

Bedre samhandling om multisyke eldre

Kvalitetssikring av medikamentell behandling og vurdering av
helsetilstand i primærhelsetjenesten

Et kvalitetsforbedringsprosjekt i samarbeid mellom
Høgskolen i Vestfold
12 kommune samarbeidet i Vestfold
Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester i Vestfold

En pilotstudie

Høgskolen i Vestfold

Rapport ?/2011

Gro Næss, Pia Bing-Jonsson og Kari Anne Østbye Gyltnes



12-kommunesamarbeidet i Vestfold (12k)



Utviklingscenter for
sykehjem og hjemmetjenester
Vestfold

Forord

Høgskolen i Vestfold ved Fakultet for Helsevitenskap, har en intensjon om å bidra til kvalitetsutvikling av helsetjenester sammen med praksisfeltet der våre studenter har sine kliniske studier. Vi samarbeider på mange områder for å møte stadig nye utfordringer i helsetjenester til eldre. I dette prosjektet har 12 kommunesamarbeidet i Vestfold (12K), representert ved Tønsberg og Sandefjord kommune, Utviklingssenteret for hjemmetjenester, Sykehusapoteket ved Sykehuset i Vestfold og Høgskolen i Vestfold sammen utviklet og testet ut en ny modell for samhandling omkring syke eldre med stort legemiddelbruk. Helsedirektoratet har bidratt med finansiering av prosjektet sammen med 12K, her representert ved Tønsberg og Sandefjord kommune. Også Utviklingstjenesten i Vestfold har bidratt i finansieringen sammen med Høgskolen i Vestfold.

Prosjektet eies av Høgskolen i Vestfold og er forankret i ledergruppen. Prosjektleder er ansatt i høgskolen. I 12k er prosjektet forankret på ledelsesnivå hos rådmannsgruppen og faglig forankret i 12k pleie- og omsorgsnettverket (12k PLO). I Utviklingssenteret er prosjektet forankret hos leder for hjemmetjenester og representert ved prosjektkoordinator. I deltakende kommuner er prosjektet forankret hos leder for kommunehelsetjenesten og representert ved kommunaldirektør eller helse- og sosialsjef og kommunelege. I Sykehusapoteket er prosjektet forankret hos leder og representert med farmasøyt i prosjektet.

Prosjektet har vært organisert med en prosjektgruppe:

1. Gro Næss: Prosjektleder
2. Pia Bing-Jonsson og Kari Anne Østbye Gyltnes: Prosjektmedarbeidere fra Høgskolen
3. Ellinor Bakke Yddal: Representant fra Utviklingstjenesten for sykehjem og hjemmetjenester
4. Harald Næss og Lise Tanum Aulie : Representanter fra Sandefjord og Tønsberg kommune ved kommunaldirektør/helse- og sosialsjef
5. Leder 12k PLO-nettverk: Birgitte Holmene
6. Kommuneleger fra Sandefjord kommune og Tønsberg kommune:
Ole-Henrik Augestad og Frank Thrana

Ved behov for overordnede avklaringer har 12k rådmannsgruppe utgjort styringsgruppe, sammen med dekan ved Fakultet for helsevitenskap ved Høgskolen i Vestfold, kommunelege og leder for Utviklingssenteret.

Prosjektet er gjennomført etter planen takket være entusiastiske deltakere på alle nivå. Prosjektgruppen har bidratt med konstruktive innspill gjennom hele prosjektet. Sykepleierne har jobbet mye og bidratt mer enn vi kunne forvente hele veien. Legene har vært positive og medvirket til gode diskusjoner og utvikling av modellen.

Prosjektkoordinator Ellinor Bakke Yddal fra Utviklingscenteret har bidratt aktivt både til praktisk gjennomføring og faglige diskusjoner. En spesiell takk til Sykehusapoteket og farmasøyt Gløer Gløersen som har jobbet med prosjektet uten vederlag! Hans kunnskap, kloke spørsmål og engasjement har vært uvurderlig og bidratt til ny forståelse på mange områder.

Takk også til Førstelektor Torill Kloster ved Høgskolen i Vestfold for mye god hjelp til rapporten. Til slutt vil vi takke Professor Torgeir Bruun Wyller ved Ullevål Universitetssykehus for inspirasjon til arbeidet.

Horten, Juni 2011

Gro Næss

Prosjektleder

Sammendrag

Målsettinger:

1. Teste ut en modell/verktøy for å **formalisere ansvar og rutiner for oppfølging av iverksatt behandling og helsetilstand** hos multisyke hjemmeboende eldre med utstrakt legemiddelbruk.
2. Sikre at **tverrfaglig samvurdering av legemiddelbehandling og helsetilstand** hos multisyke eldre er en del av helsehjelpen pasienten mottar i primærhelsetjenesten.
3. Bidra til økt kunnskap i primærhelsetjenesten om nødvendig observasjon og vurdering hos gruppen multisyke hjemmeboende eldre med utstrakt legemiddelbruk.

Deltakere

To kommuner i Vestfold deltok med henholdsvis tre og to leger og fem sykepleiere hver. Legene og sykepleierne samhandlet om til sammen 49 pasienter. I tillegg deltok en farmasøyt fra Sykehuset i Vestfold.

Metode

Intervensjonen som ble prøvd ut var en ny samarbeidsform mellom fastlege, sykepleier og farmasøyt i kommunehelsetjenesten. Den nye samarbeidsformen inkluderte bruk av en oppfølgingsplan og en sjekklister for innsamling av opplysninger om pasienten. Kvalitative data ble innhentet for å beskrive erfaringer fra fastleger, sykepleiere og farmasøyt som deltok i utprøvingen av oppfølgingsplanen. I tillegg ble det gjennomført dokumentgransking av oppfølgingsplaner og sjekklister brukt i hjemmesykepleie, samt pasientenes medisinjournaler.

Resultat

Dokumentgranskningen viste at pasientene det ble samhandlet om i testperioden var multisyke og brukte i gjennomsnitt 8 medikamenter daglig. Det var tidligere svært ulikt hvordan disse pasientene ble fulgt opp i forhold til endringer helsetilstand og legemiddelbehandling.

Oppfølgingsplanen bidro til bedre samhandling mellom fastlege og sykepleier ved at de systematisk vurderte og fulgte opp helsetilstand og iverksatt medisinsk behandling. Sykepleieren fikk gjennom samhandlingen og bruk av oppfølgingsplanen tilgang til nødvendig informasjon for å kunne ivareta behovet for kontinuerlig oppfølging og vurdering i hjemmesykepleie. Fastlegen fikk i større grad beskjed ved "små endringer" hos pasienten og ikke bare beskjed når det oppstod en akutt funksjonssvikt eller en krise. Fastlegen fikk også bedre kjennskap til pasientens hjelpebehov. Det ser også ut til at modellen bidro til å understøtte prosessorientert dokumentasjon og ga økt beslutningsstøtte.

Farmasøytens bidrag var viktig for sykepleierens mulighet til å ivareta sitt ansvar for oppfølging og vurdering av iverksatt legemiddelbehandling. Oppfølgingsplanen bidro videre til økt forståelse for ansvar og ansvarsfordeling knyttet til helsehjelp for den aktuelle pasientgruppen.

Innhold

1. Bakgrunn for studien	1
Prosjektes mål	4
2. Metode	4
Utvalg av informanter	4
Design	5
Intervensjon.....	5
Inklusjonskriterier for pasientene det skulle samarbeides om	7
Datainnsamling.....	7
Analyse	8
3. Presentasjon av funn	10
3.1 Kjennetegn ved pasientsituasjonene det ble samhandlet om i testperioden	10
Diagnoser.....	10
Legemiddelbehandling	12
Nødvendige observasjoner.....	17
3.2 Hvordan har samarbeidet i den nye modellen foregått?.....	19
Oppfølgingsplanen	19
3.3 Et bidrag til samhandling mellom fastlege og sykepleier og systematisk vurdering og oppfølging.....	20
3.4 Tilgang til nødvendig informasjon for å kunne ivareta behovet for kontinuerlig oppfølging og vurdering i hjemmesykepleie.	21
3.5 Fastlegen får i større grad beskjed ved “små endringer” hos pasienten og bedre kjennskap til pasientens behov for helsehjelp.	23
3.6 Farmasøytens bidrag er viktig for sykepleierens mulighet til å ivareta sitt ansvar for oppfølging og vurdering av iverksatt legemiddelbehandling.....	24
3.7 Oppfølgingsplanen bidrar til økt forståelse for ansvar og ansvarsfordeling knyttet til helsehjelp for den aktuelle pasientgruppen.....	25
3.7 Forutsetning for videre bruk av oppfølgingsplan mellom fastlege og hjemmesykepleie	26
4. Diskusjon	27
4.1 Multisyke eldre pasienter i hjemmesykepleien	28
4.2 Samhandlingen	29
4.3 Oppfølgingsplanen og eksisterende informasjonsutveksling.....	34
5. Konklusjon	39
6. Behov for videre forskning	40
7. Litteraturreferanser.....	42

1. Bakgrunn for studien

Oppfølging og vurdering av hjemmeboende multisyke eldre med stort behov for helsehjelp er en relativ ny utfordring for helsevesenet. I dag er det langt vanligere for eldre å bo hjemme, til tross for stort behov for helsehjelp og funksjonssvikt på mange områder. Kommunehelsetjenesten har vært gjennom en enorm forandring de siste tiårene (Kalseth m.fl., 2004). Kommunehelsetjenesten har over de siste 20 år overtatt en vesentlig del av den helsetjenesten som tidligere ble gitt av spesialisthelsetjenesten. Dette er synliggjort gjennom stadig kortere liggetider i sykehus (Seierstad m.fl., 2010). Både sykehjem og hjemmebaserte tjenester tar i dag hånd om langt flere og sykere pasienter enn tidligere (Fjelltun, 2009, Selbæk, 2008). I det videre vil vi bruke begrepet pasient om den aktuelle gruppen multisyke eldre som bor hjemme med et stort behov for helsehjelp.

De fleste pasientene i sykehjem er multisyke og mange bruker en rekke medisiner. Pasienter med kognitiv svikt er i overveiende flertall (Romøren og Svorken, 2003, Selbæk, 2008). At disse pasientene i dag også i stor grad bor hjemme og mottar hjemmebaserte tjenester er kanskje ikke like kjent. Hjemmebaserte tjenester har i dag mange svært gamle, syke og skrøpelige pasienter med stort hjelpebehov (Næss, 2008). Siden 1992 har det i hjemmebaserte tjenestene vært en reduksjon i antall brukere mellom 67 og 79 år, mens det har vært en økning av brukere over 80 år. I tillegg har gruppen yngre brukere under 67 år økt. Den sist nevnte gruppen brukere krever store ressurser i form av bemanning og økonomi (Romøren, 2006).

Gjennom Stortingsmelding nr. 47, Samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008), har kommunehelsetjenesten blitt forespeilet i enda større grad å skulle gi helsehjelp til de økende pasientgruppene. Kommunen skal bygge opp kommunale alternativ før-, i stedet for- og etter innleggelse i sykehus. Dette vil i stor grad medføre utvidelse av de eksisterende tilbud i hjemmebaserte tjenester og vil sette andre krav til bemanning og kompetanse enn det som tilbys i dag. Sørbye mfl. (Sørbye m.fl., 2009) har gjort en gjennomgang av kunnskap om svikt i tjenester til skrøpelige eldre. Mangelfull koordinering og organisering av helsehjelpen til eldre ser ut til være et gjennomgående problem.

Eldre personer over 75 år har ofte flere kroniske sykdommer som blir behandlet med legemidler (Ranhoff, 2010). Legemidlene er riktignok indikert i forhold til behandling av de aktuelle sykdommene, men stort legemiddelforbruk øker sannsynligheten for legemiddelrelaterte problemer (Scott og Jayathissa, 2010). Eldre pasienter er mer utsatt for uønskede effekter av legemidler enn yngre pasienter fordi aldersforandringer fører til endringer i forhold til absorpsjon, distribusjon og eliminering av legemidler (Ranhoff, 2010). Økende kognitiv svikt kan også føre til at etterlevelse av foreskrevet legemiddelbehandling (compliance) kan være vanskelig. Videre er det slik at disse pasientene ofte beveger seg mellom ulike tjenester og nivåer i helsetjenesten. I overføringen mellom forskjellige tjenester og nivåer kan det lett skje feil og svikt i dokumentasjonen av

legemiddelbehandlingen (Mesteig m.fl., 2010). På bakgrunn av dette er det logisk at risikoen for legemiddelrelaterte problemer øker med antall legemidler pasienten tar (Viktil m.fl., 2007).

Når multisyke eldre med høyt legemiddelforbruk og problemer med å greie seg i dagliglivet blir akutt syke, er symptomene de får ofte ukarakteristiske (Rowe, 1985, Resnick og Marcantonio, 1997). Disse pasientene mangler ofte symptomer som f.eks. brystmerter ved hjerteinfarkt, feber ved alvorlige infeksjoner og buksmerter ved blindtarmsbetennelse. Multisyke eldre vil i stedet ved akutt sykdom utvikle spesifikke symptomer som delirium (akutt forvirring) (Inouye, 2006), ny oppstått falltendens, mobilitetssvikt og dehydrering (Aaraas m.fl., 2011). Disse symptomene påvirker syke eldre pasienters evne til å greie seg selv i enda større grad, og sykdom kan derfor med letthet forveksles med behov for økt pleie og omsorg. Det disse pasientene trenger er diagnostisering og behandling av den oppståtte sykdommen, og ikke kun opptrapping av pleie og omsorg.

Aaraas med flere (2011) har forsøkt å dele eldre der innleggelse i sykehus kan være aktuelt, i grupper. Det som legges vekt på er hvorvidt symptomene har oppstått akutt (pasient har hatt aktuelle symptomer mindre enn en uke), subakutt (pasient har hatt aktuelle symptomer mellom en uke og tre måneder) eller er kroniske (pasienten har hatt symptomer i mer enn tre måneder). I gjeldende prosjektet var hensikten å identifisere og følge opp pasienter med akutt og subakutt funksjonssvikt. Sykdom kan vise seg ved bare små endringer i funksjonsnivå før det blir en akutt funksjonssvikt. Det er derfor viktig med planlagt og systematisk oppfølging av den hjemmeboende, multisyke gamle.

I kommunehelsetjenesten er ansvaret for oppfølging lagt til fastlegen som den medisinske faglige ansvarlige. I tillegg har den eldre ofte hjemmesykepleie. Vedtakene om helsehjelp den eldre har, lyder hyppigst: "Du vil få hjelp til:

- administrering av medikamenter
- personlig hygiene
- ernæring".

Vedtakene om helsehjelp kan være svært overordnede og lite tydelige på hva denne hjelpen omfatter. En pågående studie i Vestfold viser at vedtaket om hjelp til administrering av legemidler oftest betyr hjelp til *utdeling av legemidler*, enten ved at pasienten:

- leveres multidosepakning som han selv administrer
- får hjelp til å fordele legemidler fra multidose pakning eller vanlig forpakning over i ukedosett
får hjelp til å fordele legemidler fra multidose pakning eller vanlig forpakning over i 3-4 eggeglass pr dag
- får hjelp til å innta ta legemidlene fra multidosepakning eller vanlig forpakning i rett tid (Næss, 2011).

Det betyr at pasienten får hjelp til administrering av legemidler slik vedtaket om helsehjelp tilsier, og at forskrift om legemiddelhandtering er styrende for hjelpen som gis. Dette er et

viktig bidrag til helsehjelp. Oppfølging av virkning, bivirkning, eventuelle interaksjoner og endringer i helsetilstand ser imidlertid ikke ut til å omfattes av vedtakene om helsehjelp.

Fastlegene har ansvaret for legemiddelbehandlingen av pasientene i kommunehelsetjenesten. Samtidig viser studier at legene sjelden ser denne pasientgruppen, som i forhold til sin helsetilstand har et behov for kontinuerlig oppfølging og vurdering av endringer (Modin og Furhoff, 2002). Vi vet også at fastlege og hjemmesykepleie sjelden har rutinemessig samarbeid om disse pasientene (Næss, 2008, 2011, Helsetilsynet, 2009). Det betyr at pasientene ikke får en systematisk oppfølging og vurdering av sin helsetilstand og iverksatt legemiddelbehandling. Oppfølgingen og vurderingen av pasienten kan se ut til å baseres på kontakt ved behov, uten særlig definisjon av hva som skal følges opp og av hvem.

Med dette som utgangspunkt var det interessant å se om en felles oppfølgingsplan for fastlege og hjemmesykepleie kunne være en løsning for å kvalitetssikre oppfølgingen av multisyke eldre med stort legemiddelbruk. Fordi pasientene har et stort legemiddelbruk, ønsket vi i tillegg å se om en gjennomgang av pasients legemidler gjennomført av en farmasøyt, kunne være et bidrag til å ytterligere sikre oppfølgingen av den iverksatte legemiddelbehandlingen.

Prosjektes mål

Prosjektet har tre målsettinger:

1. Teste ut en modell/verktøy for å **formalisere ansvar og rutiner for oppfølging av iverksatt behandling og helsetilstand** hos multisyke hjemmeboende eldre med utstrakt legemiddelbruk.
2. Sikre at **tverrfaglig samvurdering av legemiddelbehandling og helsetilstand** hos multisyke eldre er en del av helsehjelpen pasienten mottar i primærhelsetjenesten.
3. Bidra til økt kunnskap i primærhelsetjenesten om nødvendig observasjon og vurdering hos gruppen multisyke hjemmeboende eldre med utstrakt legemiddelbruk.

2. Metode

Studien er en pilotstudie. Pilotstudier er hensiktsmessig på områder der vi har lite kunnskap (Befring 2002.) Særlig kan pilotstudier være av betydning når samfunnsendring gir grunnlag for nye utfordringer. En stor økning i antall hjemmeboende eldre med behov for omfattende helsehjelp kan sies å være en slik samfunnsendring. Å beskrive behov, forekomster, endringer og prosesser er viktig formål med forskning. Man spør ofte hva som skjer og hvordan det skjer, slik denne studien har til hensikt å gjøre i forhold til tverrfaglig samhandling. Det betyr at hensikten med studien ikke er generaliserbar kunnskap, men å fremskaffe kunnskap som gir føringer for videre arbeid på feltet. En pilotstudie har et mindre omfang og utvalg enn studier som er ment å kvalitetssikre verktøy.

Utvalg av informanter

To kommuner deltar med henholdsvis tre og to leger og fem sykepleiere i hver. Kommune er valgt ut på bakgrunn av tidligere forskningssamarbeid, og fordi det var ønskelig med deltakelse fra kommunen som har Utviklingssenteret i Vestfold. Dessuten var det et ønske om å ha med en kommune som deltok i Elin-K, for å se elektroniske meldingstjenester var av betydning for bruk av en oppfølgingsplan. ELIN-k står for *Elektronisk Informasjonsutveksling* i pleie- og omsorgstjenesten i kommunene. Prosjektet var et samarbeid mellom Norsk sykepleierforbund (NSF), kommunenes sentralforbund (KS) og Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). Innovasjon Norge er også en av aktørene (Moen m.fl., 2002). Formålet var utvikling av helsefaglig innholdsstandard og struktur for elektronisk informasjonsutveksling i pleie- og omsorgstjenesten i kommunene. Prosjektet er avsluttet i gjeldende kommune, med beslutning om at e-melding fortsetter og breddes ut i flere kommuner. Meldingene i ELIN-k fase 1 vil inngå i Meldingsløftet og i første omgang vil de kunne tas i bruk av Samspillkommunene.

Aktuelle leger ble deretter forespurt og fem samtykket til deltakelse. En lege hadde tidligere deltatt forskningsprosjekt knyttet til pasientgruppen og var sterkt ønsket også til dette prosjektet. Via ham fant vi frem til ytterligere to fastleger med interesse for pasientgruppen og interesse for forskningsprosjekt i samme kommune. De to andre legene ble forespurt via Utviklingstjenesten på bakgrunn av kjennskap og legenes interesse for prosjektdeltakelse og kunnskap om elektronisk informasjonsutveksling. Deretter ble hjemmesykepleietjenesten i de to kommunene forespurt, og via ledelsen fant vi frem til ti sykepleiere med interesse for tema og deltakelse i forskningsprosjekt.

Design

Pilotstudien har et utforskende design og er gjennomført som aksjonsforskning (Knut Halvorsen, 2008).

Intervensjonen som ble prøvd ut var en ny samarbeidsform mellom fastlege, sykepleier og farmasøyt. Den nye samarbeidsformen inkluderer bruk av en oppfølgingsplan og et verktøy/en sjekklister for innsamling av opplysninger om pasienten. Vi valgte å samle kvalitative data ved å innhente erfaringer fra fastleger, sykepleiere og farmasøyt som deltok i utprøvingen av oppfølgingsplanen. I tillegg har vi gjennomført dokumentgransking av oppfølgingsplaner og sjekklister brukt i hjemmesykepleie, samt pasientenes medisinjournaler.

Intervensjon

En ny modell for samhandling mellom fastlege, hjemmesykepleier og farmasøyt var intervensjonen som skulle testes ut.

Til modellen hører det to verktøy:

- **Nødvendige opplysninger som må fremskaffes til gjennomgang av pasientsituasjoner (vedlegg 1 A)**

Skjema skulle fylles ut ved hjelp av opplysninger fra pasienten selv og fra eksisterende dokumentasjon i hjemmesykepleie. Andre studier (Næss 2011) har vist at sykepleierne ikke har nødvendig informasjon om pasienten de har ansvar for. Skjema skulle hjelpe sykepleieren til å samle systematisk informasjon om pasienten, og til å synliggjøre eventuelle forskjeller i hjemmesykepleiens opplysninger om pasienten og fastlegens opplysninger om pasienten slik at informasjonen kunne samstemmes.

- **Oppfølgingsplanen (Vedlegge 1B)**

Oppfølgingsplanen har som overordnet mål å kvalitetssikre oppfølging og vurdering av pasientens helsetilstand og iverksatt legemiddelbehandling. For å nå dette målet har oppfølgingsplanen følgende delmål:

1. Være et **redskap til samhandling** mellom fastlege og hjemmesykepleier
2. Inneholde **tilstrekkelig informasjon** til å ivareta pasientens behov for oppfølging og vurdering for **både fastlege og hjemmesykepleier**

3. Sikre at fastlege og hjemmesykepleier har et **felles bilde** av pasientens situasjon og behov og ansvar for helsehjelp

Utforming av planen som skulle testes ut er hovedsakelig gjort ut fra funn i en pågående studie i Vestfold (Næss, 2011). Her kartlegges hjemmeboende, syke eldres behov for helsehjelp.

Kompleksitet i behovet for helsehjelp, ulik informasjon om pasienten hos involvert helsepersonell, samtidig som rutinemessig samhandling mellom fastlege og hjemmesykepleier sjelden foregår, er nøkkelfunn i den overnevnte studien.

Oppfølgingsplanen har derfor følgende innhold:

- Pasientens personalia
- Pasientens diagnoser
- Pasientens legemiddelbehandling
- Sammenfatning av pasientens funksjonssvikt som følge av alderdom og sykdom
- Oversikt over nødvendig observasjoner og vurdering av pasienten
- Plan for intervensjon ved forverring av kjent funksjonssvikt og sykdom
- Informasjon om innleggelse i sykehus og kontaktinformasjon.
- Vurdering av pasientens legemiddelbehandling fra farmasøyt

Oppfølgingsplanen påføres informasjon av fastlege og tjenesteansvarlig hjemmesykepleier i et avtalt møte. Den signeres etter utfylling, og er dermed å betrakte som en gjensidig forpliktelse mellom fastlege og hjemmesykepleier i forhold til oppfølging og vurdering av pasienten. Fastlege og hjemmesykepleier forplikter seg også til å overføre informasjon og avtaler som gjøres til sine respektive dokumentasjonssystem.

Etter at fastlege og tjenesteansvarlig hjemmesykepleier har fylt ut oppfølgingsplanen skal den sendes til farmasøyten på sykehusapoteket, sammen med pasientens medisinjournal. Planen er da også påført prøvesvar som kan si noe om pasientenes nyrefunksjon. På bakgrunn av informasjonen i oppfølgingsplanen og medisin journalen skal farmasøyten gjøre en vurdering av legemiddelbehandlingen. Farmasøytens vurdering sendes tilbake til sykepleier som skal gjøre fastlegen kjent med og diskutere farmasøytens vurdering.

Vi valgte ikke å konkretisere bruk av eventuelle elektroniske hjelpemidler som START(screening Tool to alert doctors to the Right Treatment) STOP (Screening Tool of Older Persons Prescriptions) eller DRUID (Drug Information Database) ved legemiddelgjennomgangen. Dette er eksempler på nyttige verktøy i legemiddelgjennomgangen som vi antar legene allerede benytter i sin praksis rundt forskrivning til de sykeste eldre pasientene.

Kunne en slik felles oppfølgingsplan gjøre en forskjell for kvaliteten i helsehjelpen den multisyke hjemmeboende eldre mottok, og kunne den gi et bedre fundament for vurderinger og beslutninger hos de som bidrar i helsehjelpen til disse pasientene?

Inklusjonskriterier for pasientene det skulle samarbeides om

- Alder over 75 år
- Mins tre aktive diagnoser som de mottar behandling for
- Hjemmesykepleie daglig
- Sykehusinnleggelse det siste året
- Samtykke kompetanse

Utvelgelse, informasjon og forespørsel av pasienter ble gjort av hjemmesykepleien i de to kommunene (Vedlegg 2). Det var en stor utfordring å finne frem til aktuelle pasienter. Dette fordi det skulle være pasienter som de aktuelle legene og sykepleierne hadde et felles ansvar for. Hjemmesykepleien må forholde seg til og samarbeide med en rekke ulike leger i kommunene. Nå skulle sykepleierne finne frem til tretti pasienter i den ene kommunen, og tyve i den andre kommunen som de hadde felles ansvar for med henholdsvis tre og to leger. I tillegg skulle disse pasientene passe inklusjonskriteriene og samtykke til å delta. Vi så etter hvert at dette kunne bli en begrensning ved studien. Det var mange multisyke pasienter med stort behov for helsehjelp som sykepleierne hadde ansvar for som ikke kunne inkluderes, fordi de aktuelle deltakende legene ikke var deres fastlege. Med stor innsatsvilje og grundig vurdering fant sykepleierne og legene sammen likevel femti pasienter som tilfredstilte inklusjonskriteriene.

Datainnsamling

Før oppstart av testperioden som baseline (Vedlegg 3):

1. Intervju av 2 leger i kommune 1
2. Intervju av 3 leger i kommune 2
3. Fokusgruppeintervju av sykepleiere i kommune 1
4. Fokusgruppeintervju av sykepleiere i kommune 2
5. Samtale med deltakende farmasøyt

Midtveis i testperioden gjøres ny datainnsamling etter samme mønster, men med ny intervjuguide (Vedlegg 4).

Etter avslutning av testperioden (Vedlegg 5):

- Rundbordskonferanse leger og sykepleiere i kommune 1
- Rundbordskonferanse av leger og sykepleiere i kommune 2
- Samtale med deltakende farmasøyt
- Innsamling av utfylte sjekklister, oppfølgingsplaner og medisinjournaler

Høgskolelektorene gjennomførte alle intervjuene. Vi valgte å være en intervjuer og en assistent ved hvert intervju. Begge gjorde feltnotater og intervjuene ble tatt opp på bånd.

Intervjuguide var utsendt i forkant av intervjuene. Det ble stilt utdypende spørsmål i tillegg til spørsmålene i intervjuguiden. Det kunne være spørsmål om oppfatninger av det som kom frem ved å stille spørsmål som: "forstår jeg deg rett når jeg oppfatter at du mener..." Etter intervjuene ble lydfilene overført til PC og lytte til flere ganger. Intervjuene ble transkribert.

Ved rundbordskonferansene deltok alle de tre høgskolelektorene. Konferansen ble tatt opp på bånd og det ble gjort feltnotater. Etter konferanse ble lydfilen lyttet til og transkribert. En oppsummering av konferansen ble skrevet og sendt ut til alle legene og sykepleierne for utdypende kommentarer eller korreksjon.

Samtale med farmasøyt ble gjennomført tre ganger for å sikre viktige innspill underveis i testperioden. Informasjonen herfra ble ikke systematisk gransket, men brukt til å forstå hvordan legemiddel behandlingen kunne følges opp av lege og sykepleier.

I utgangspunktet er dette et kvalitetsforbedringsprosjekt. Underveis i planleggingen og oppstart av prosjektet så vi likevel at det ville fremkomme viktig informasjon om hjemmeboende eldre og deres situasjon. Det gjorde at vi valgte å inkludere pasientinformasjon og helseopplysninger i studien. Det betyr at det er innhentet samtykke til deltakelse fra pasientene det samarbeides om, og at studien er godkjent i Regional etisk komitè for medisinsk forskning (Vedlegg 6).

Dokumentgransking:

Oppfølgingsplanene, medisinjournalene og sjekklisterne som er brukt i testingen er aidentifisert, samlet inn og systematisk gransket for å se spesielt på:

1. Hva kjennetegner pasientenes helsetilstand
2. Hva kjennetegner pasientenes legemiddelbehandling
3. Hvilke observasjoner og oppfølging ser ut til å være viktig i forhold til pasientgruppen

Analyse

Intervjuene

Analyse av intervjuene har forgått i samarbeid mellom alle høgskolelektorene. Arbeidet har forgått vekselvis individuelt og samlet. Det anser vi som en styrke, ettersom analyse kvalitative data gjerne vil være mer personlig, og ulike forsker som benytter de samme ustrukturerte data kan ende opp med ulike analyser (Halvorsen 2009) Etter intervjuene har vi samlet diskutert erfaringer fra intervjuene. Deretter har vi gransket det transkriberte materialet for å finne frem til tendenser og fellesnevner i uttalelsene. På denne måten gjorde vi en klassifikasjon som kunne si oss noe om mønstre eller relasjoner. Vi så spesielt etter fellesnevner og ulikheter mellom erfaringene fra lege og sykepleier, og fellesnevner og ulikheter mellom erfaringer fra de to kommunene (Halkier, 2010). For å få frem meningsinnholdet og konteksten mening uttrykkes i, er det i funnkapitlet brukt sitater som viser hvorledes funn har kommet frem.

Også ulikheter som kunne handle om muligheter til elektronisk meldingsutveksling ble spesielt vektlagt.

Rundbordskonferanse

I utgangspunktet var det planlagt å gjennomføre intervju/ fokusgruppeintervju av leger og sykepleiere adskilt også etter at testperioden var gjennomført. Vi så midlertid at det ville være en fordel å hente data fra leger og sykepleiere samlet. Vi kunne da få muligheten også til å høre deres oppfatning av hverandres svar, og å stille oppklarende spørsmål som "hva mener du når du hører legen si at....?"

Opptakene fra rundbordskonferansene ble lyttet til og transkribert, i tillegg til at notatene som var gjort underveis ble gransket.

Analysearbeidet startet allerede under rundbordskonferansen (Knut Halvorsen, 2008). Ved å gjøre en oppsummering som ble sendt ut til alle deltakere med ønske om tilbakemelding på at det var lest, fikk vi en mulighet til sjekke ut vår oppfatning av deres informasjon.

Å være flere deltakere i denne analyseprosessen har utvilsomt bidratt til å synliggjøre flere perspektiv ved informasjonen som fremkom, selv om det har vært tidkrevende.

Det var viktig å holde fokus på å lete etter informasjon som kunne være med å svare på forskningsspørsmålene vi hadde stilt, men også å være åpen for at det kom frem informasjon som vi ikke i utgangspunktet hadde vært oppmerksom på.

To leger som deltakere i studien hadde ikke mulighet til å delta på den siste rundbordskonferansen. Det gjorde at de ikke deltok i en felles diskusjon rundt erfaringer fra bruk av oppfølgingsplanen. De to legene fikk tilsendt oppsummeringen og bidro deretter med ytterligere erfaringer i et telefonintervju. Dette for å sikre at alle bidrag var innlemmet i oppsummeringen.

Dokumentgransking

Innholdet i oppfølgingsplanene ble samlet i kategorier. Dette ble overført til en matrise (et Excel-ark) for å gi oversikt over diagnoser og legemiddelbehandling. For å sikre at overføringen ble riktig, er det foretatt en rekke stikkprøver og kontroller opp mot oppfølgingsplanene. På samme måte ble de nedfelte observasjonene i oppfølgingsplanene systematisert.

Pasientenes legemiddeljournal ble sammenholdt med oppfølgingsplanene, samt informasjon om avvik mellom legens og sykepleierens dokumentasjon av pasientens legemiddelbehandling.

3. Presentasjon av funn

Funn presenteres i forhold til følgende hovedområder:

- Kjennetegn ved pasientsituasjonene det ble samhandlet om i testperioden.
- Hvordan har samarbeidet i den nye modellen foregått?
- Oppfølgingsplanen bidrar til samhandling mellom fastlege og sykepleier der de systematisk vurderer og følger opp helsetilstand og iverksatt medisinsk behandling.
- Sykepleieren får gjennom samhandlingen og bruk av oppfølgingsplanen tilgang til nødvendig informasjon for å kunne ivareta behovet for kontinuerlig oppfølging og vurdering i hjemmesykepleie.
- Fastlegen får i større grad beskjed ved “små endringer” hos pasienten og ikke bare beskjed når det oppstår en akutt funksjonssvikt eller en krise. Fastlegen får bedre kjennskap til pasientens hjelpebehov.
- Farmasøytens bidrag er viktig for sykepleierens mulighet til å ivareta sitt ansvar for oppfølging og vurdering av iverksatt legemiddelbehandling.
- Oppfølgingsplanen bidrar til økt forståelse for ansvar og ansvarsfordeling knyttet til helsehjelp for den aktuelle pasientgruppen.
- Forutsetning for videre bruk av oppfølgingsplan mellom fastlege og hjemmesykepleie
 - Elektronisk samhandling

3.1 Kjennetegn ved pasientsituasjonene det ble samhandlet om i testperioden

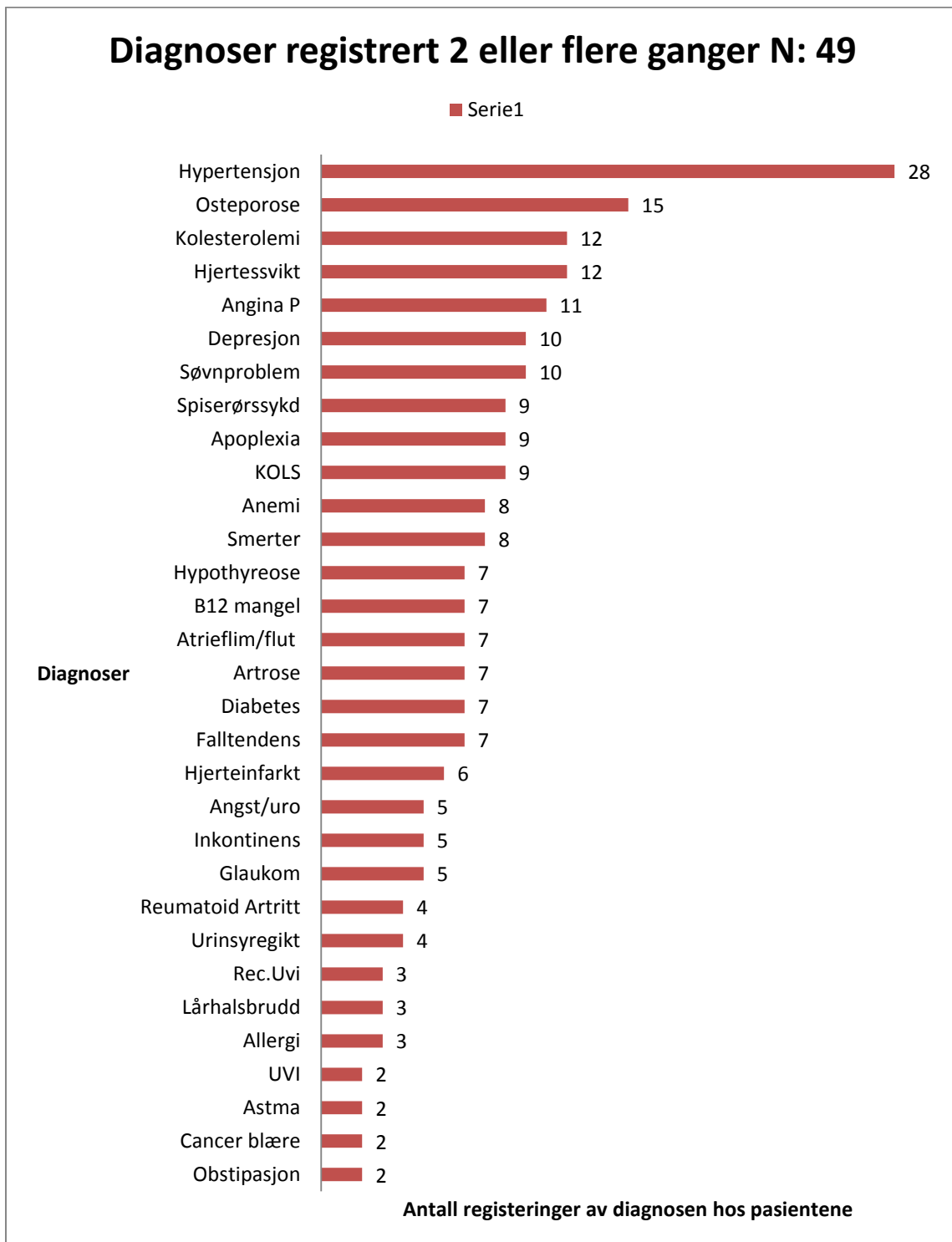
Denne delen av funnkapitlet beskriver funn som fremkom gjennom dokumentanalyse. Dokumentene som er analysert er oppfølgingsplanen, skjemaet “Nødvendige opplysninger som må fremskaffes til gjennomgang av pasientsituasjoner”, pasientenes legemiddeljournal, samt tilbakemeldinger fra farmasøyt ifht legemiddelbehandling hos alle pasientene. Dokumentanalysen ble gjort for å gi et bakgrunnsbilde av pasientsituasjonene det er samhandlet om, og som sykepleierne og legene uttaler seg i forhold til.

En pasient døde etter en måned. Vi valgte da ikke å inkludere en ny pasient, slik at dokumentanalysen er gjennomført i forhold til dokumenter fra 49 pasienter.

Diagnoser

Pasientene som er innlemmet i studien skulle som inklusjonskriterium ha tre eller flere aktive diagnoser de mottok behandling for. I utvalget fant vi at pasientene hadde gjennomsnittlig 6 diagnoser. Vi har valgt å vise en oversikt der vi har innlemmet de diagnosene som var registrert i oppfølgingsplanene to eller flere ganger. Vi har ikke benyttet ICPC koding, men gjengitt diagnosene slik de var skrevet i oppfølgingsplanene.

Tabellen viser diagnoser som er registrert to eller flere ganger hos de 49 pasienten.

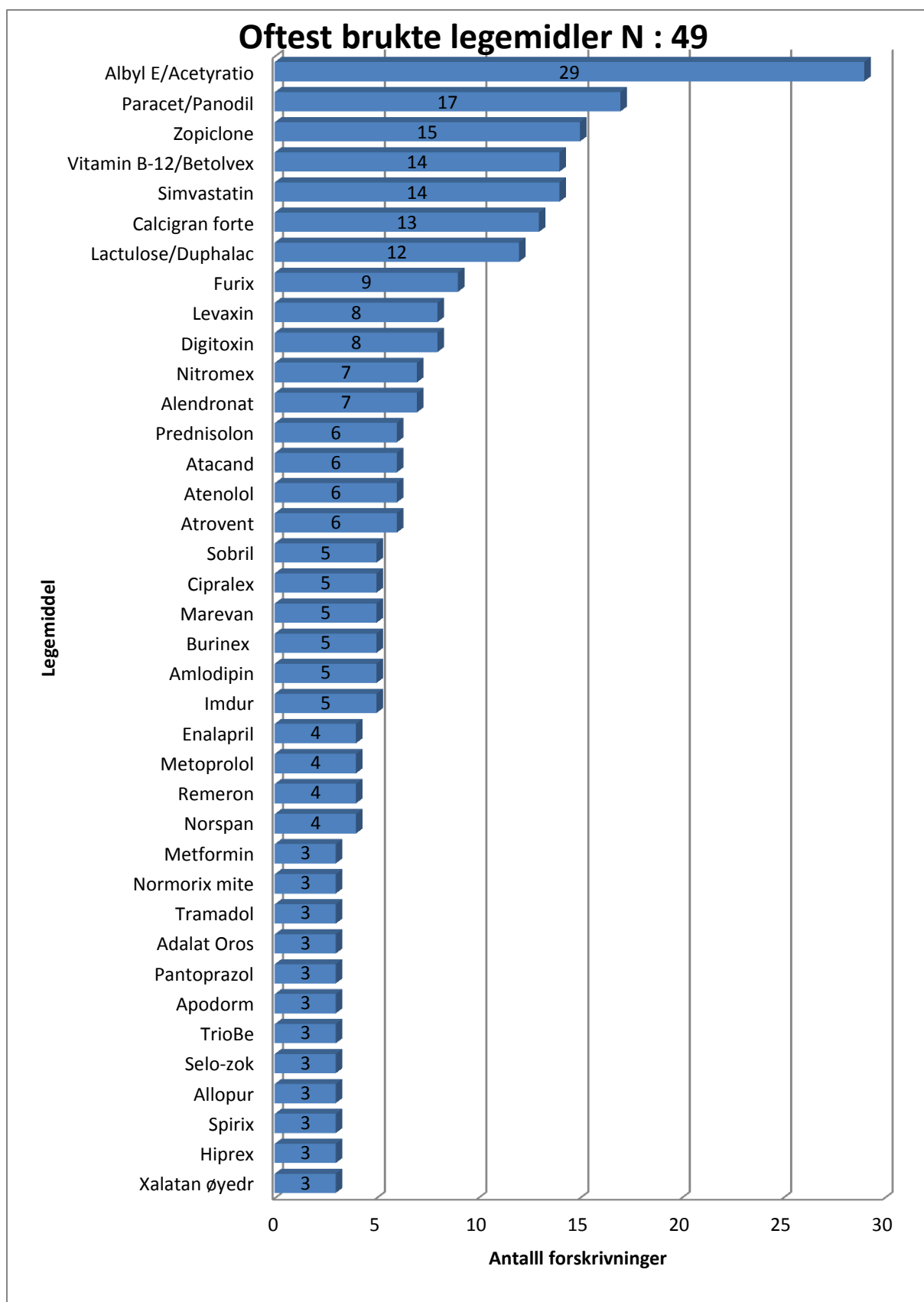


Ikke uventet ser vi at de hyppigst forekommende diagnosene er hjerte-kar sykdommer, benskjørhet, lungesykdommer, spiserørssykdommer, og depresjon. Også søvnproblem og smertetilstander er hyppig forekommende. Dette er diagnoser som ofte forekommer når pasienten legges inn i sykehus med legemiddelrelaterte problem (Zhang m.fl., 2009). Når pasientene i gjennomsnitt har 6 diagnoser, viser det pasienter med multisykdom av til dels

alvorlig karakter. Det er sykdommer som ofte behandles med en rekke legemidler parallelt. Sykehusinnleggelse hos eldre skyldes ofte forverring av en kronisk sykdom (Fortinsky m.fl., 2006).

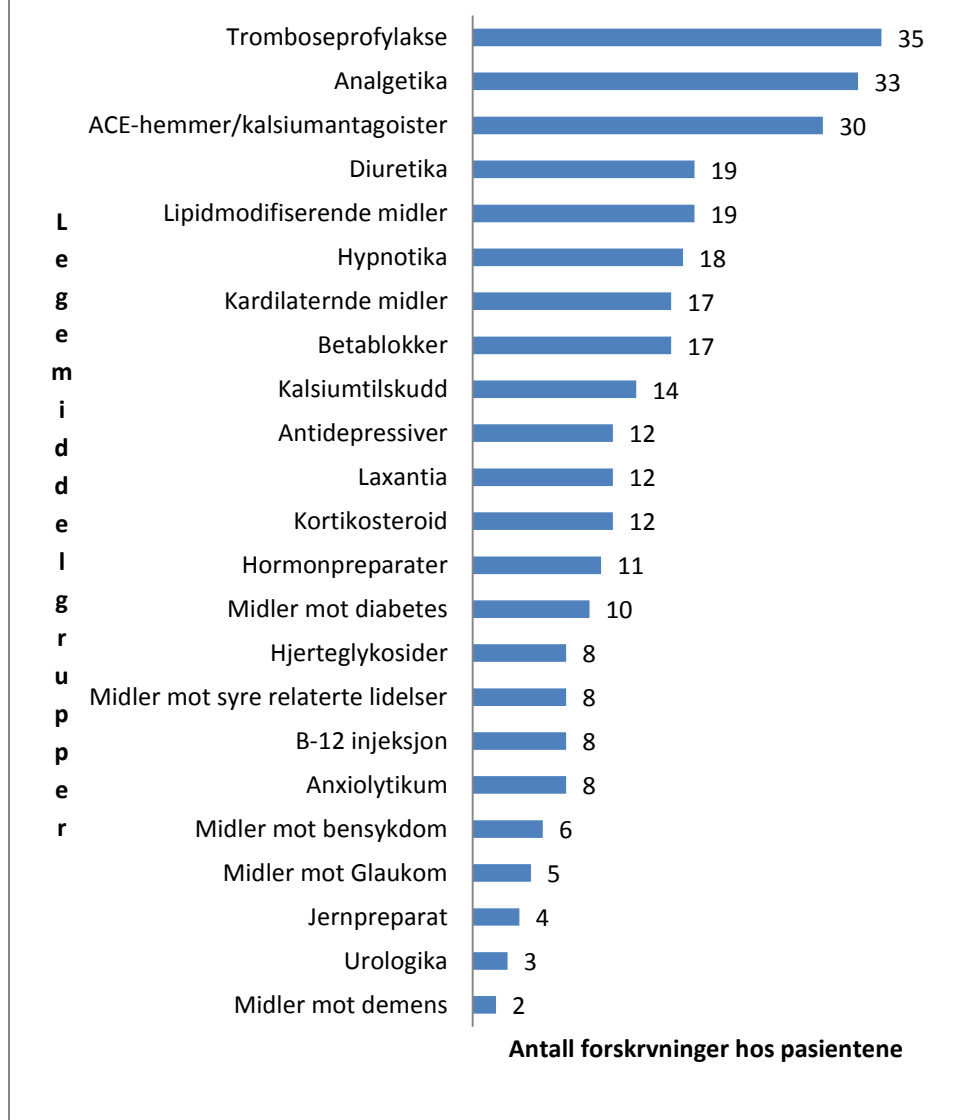
Legemiddelbehandling

Studien har et særskilt fokus på eldre med stort legemiddelbruk. Stort legemiddelbruk kan medføre behov for spesielle observasjoner og vurderinger av pasientens helsetilstand (Scott og Jayathissa, 2010). Vi har valgt å presentere en oversikt over legemidlene som oftest var brukt hos de 49 pasientene i studien. Oversikten er laget på bakgrunn av en systematisk gjennomgang av pasientens legemiddeljournaler. Oversikten viser antall forskrivninger av hvert legemiddel hos de 49 pasientene samlet.



For å vise hvordan forskrevne legemidler var fordelt i grupper, har vi samlet dem i de vanligste legemiddelgruppene som var i bruk.

Antall forskrivninger i legemiddelgrupper N: 49



Det var også forskrivninger i legemiddelgrupper som bare var å finne hos en eller to pasienter, og disse er utelatt. Et unntak er midler mot demens, som er tatt med nettopp for å vise at det bare var to pasienter som fikk slik behandling.

Gjennomsnittlig brukte pasientene 8 legemidler. Vi kan derfor snakke om polyfarmasi (Garfinkel og Mangin, 2010). Hartikainen et al. (2007) viser at bruk av fire eller flere legemidler øker fall risikoen hos pasienter i kommunehelsetjenesten.

Som oversikten viser, er legemidler i gruppen tromboseprofylakse mest vanlig hos denne gruppen syke hjemmeboende eldre. Det er ikke overraskende med tanke på at et stort antall av pasientene har hjerte-kar lidelser.

Den nest mest brukt legemiddelgruppen er analgetika. Hele 33 pasienter brukte en form for analgetika. Det er interessant med tanke på at bare åtte pasienter var registrert med en

smertediagnose. Det kan skyldes at smertebehandlingen er knyttet til andre diagnoser som medfører smerter. Smerter er svært utbredt blant eldre og smertetilstander har høy komorbiditet med ulike somatiske og psykiske lidelser. Mellom 25% og 65% av hjemmeboende eldre har kroniske smerter. De vanligste smertetilstandene antas å være leddsmerter, generelle ryggplager og nevropatisk smerte etter herpes zoster og hjerneslag. Også smerte etter fall forekommer ofte hos eldre (Lunde m.fl. 2008)

Likevel viser gjeldende studie at smertebehandling hos syke eldre vies lite oppmerksomhet og oppfølging fra fastlege og hjemmesykepleie, slik også andre studier viser (Næss, 2011).

Det er også verdt å merke seg at 19 pasienter bruker lipidmodifiserende midler. Det er 12 pasienter som er registrert med kolestrolemi. Slik behandling er vanlig for å forebygge ytterligere hjerte-kar sykdom, men det er grunn til å spørre om nytten av slik behandling ved høy alder opp mot mulige bivirkninger og interaksjoner. Statinforbruket har siden 2004 steget med 47 prosent. Man anslår at 500.000 bruker statiner, og at mins 50.000 plages av bivirkninger (Nilsen, 2011).

Ser man legemidlene som har hjerte- karsykdom som indikasjon, er det 110 forskrivninger hos de 49 pasientene. Det forteller om stort bruk av legemidler som krever kontinuerlig oppfølging og vurdering, særlig hos sårbare pasientgrupper som multisyke eldre.

Det var 18 pasienter som brukte hypnotika. Bare 10 pasienter hadde diagnosen søvnvansker. Søvnvansker er vanlig hos eldre (King m.fl., 2008). Det er også en legemiddelforskrivning som ofte mangler diagnose bak forskrivningen (Næss, 2011). Man kan selvfølgelig hevde at dersom pasienten har en forskrivning på sovemedisiner, har han naturlig nok et problem med søvn. Det er likevel viktig å være bevisst behandling med hypnotika hos eldre, særlig over lang tid (King m.fl., 2008).

Nesten en fjerdedel av pasientene brukte legemidler mot depresjon. Det betyr at 12 pasienter har en behandlingskrevende depresjon. To av disse manglet diagnose bak forskrivningen. Depresjon hos eldre er ofte underdiagnostisert, og det er en vanlig følgesykdom etter andre sykdommer som hjerneslag. Depresjon kan være vanskelig å skille fra en tilstand med kronisk smerte. Eldre kan gi utrykk for depresjon gjennom å formidle ulike typer smerte (Lunde et al 2008).

Det var åtte pasienter som brukte anxiolytika. Det betyr at disse pasientene hadde behov for hjelp knyttet til angst eller uro. Som det fremkommer av oversikten over diagnoser vist tidligere, var det fem pasienter som hadde en diagnose ifht angst/uro Mange syke gamle bor alene hjemme med store utfordringer knyttet til sin helsetilstand og funksjonsnivå. At disse pasientene kan oppleve angst og uro er forståelig. Det var likevel få registreringer i oppfølgingsplanene knyttet til angst og uro til tross for slik diagnose og behandling.

Vi fant at 10 pasienter brukte midler mot diabetes. Det er interessant å se dette i lys av at bare syv hadde diagnosen diabetes, og at oppfølging av blodsukker eller kosthold med tanke på pasientens diabetes sykdom sjelden kom frem i oppfølgingsplanene.

Det var 12 pasienter som brukte legemidler med indikasjon anemi. Syv av pasientene var registrert med B12 mangel. Det var få pasienter som hadde et definert behov for oppfølging på dette området.

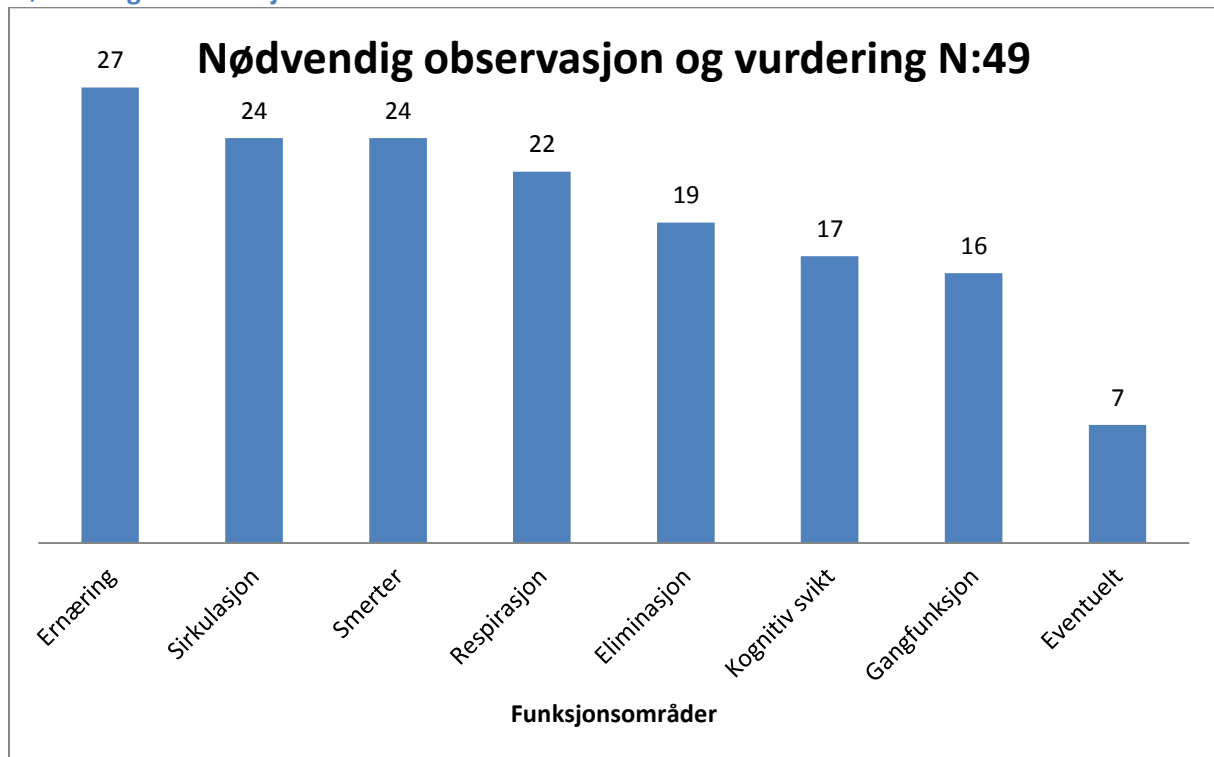
Det er også verdt å merke seg at ni pasienter hadde spiserørssykdom og at åtte pasienter brukte syrehemmende midler. Ingen pasienter hadde nedtegnet informasjon om oppfølging av spiserørssykdom eller denne legemiddelbehandlingen.

Også for flere av de andre legemidlene var det vanskelig å se at legemiddelbehandlingen var fulgt opp med definerte behov for observasjoner eller behov for oppfølging i oppfølgingsplanen som ble prøvd ut. Det kan handle om at oppfølgingsplanen ikke var egnet til fremskaffe en slik logisk sammenheng mellom pasientens helsetilstand, legemiddelbehandling og nødvendige observasjoner.

Det kan også handle om manglende forståelse for bruk av oppfølgingsplanen. Det kan igjen handle om lite opplæring og nye rutiner. Men det kan også handle om lite forståelse for nødvendigheten av slik dokumentasjon og systematisk oppfølging av pasientgruppen. Det kan også sees i sammenheng med eksisterende rutiner for dokumentasjon generelt.

På tross av dette ga altså både sykepleiere og leger uttrykk for at observasjon og vurdering av pasientene var blitt bedre ved bruk av oppfølgingsplanen. Det kan sees som et uttrykk for at det her var et stort potensiale til forbedring som det også kan jobbes videre med.

Nødvendige observasjoner



Funksjonsområdet ernæring var registrert med nødvendige observasjoner hos 27 av de 49 pasientene. Det vil si hos mer enn halvparten av pasientene. I oppfølgingsplanene sto det ofte:

“Pasienten spiser lite.” I informasjonen sykepleierne hadde samlet inn før møtet med legene, var det hyppig nedtegnet at pasienten spiste lite. Også andre studier fra hjemmesykepleien viser at pasientene ofte får hjelp til funksjonsområdet ernæring (Næss, 2011). Vedtak om hjelp til ernæring er ett av de tre vanligste vedtakene om helsehjelp i kommunehelsetjenesten sammen med hjelp til administrering av medikamenter og hjelp til personlig hygiene. Polyfarmasi og legemidler generelt kan påvirke og skade mage/tarmsystemet. Dyspepsi er en vanlig plage hos eldre. Åtte pasienten brukte midler mot syre relaterte plager. Det kunne derfor forventes flere nedtegnelser av observasjoner knyttet til slik oppfølging hos pasientgruppen. Observasjonene som var nedtegnet var lite presise utover å følge med hva pasienten får i seg. Når mer enn halvparten av pasientene brukte analgetika, er det grunn til å se pasientens manglende matlyst også opp mot eventuell smertetilstander.

Funksjonsområdet sirkulasjon var registrert med nødvendig observasjoner hos 24 av pasientene. Det vil si omtrent halvparten av pasientene. Det muligens mindre enn forventet, med tanke på at mange av pasientene har hjerte-karlidelser og bruker en rekke legemidler som påvirker sirkulasjon. Observasjon av blodtrykk og ødemer var hyppigst forekommende under funksjonsområdet sirkulasjon. Neal-Boyland (2007) peker på at kardiovaskulære endringer lenge kompenseres hos eldre og deretter vises i form av andre symptomer enn

hos yngre pasienter. Slik kan endringer i mental status og falltendens skyldes kardiovaskulære problem hos pasienten.

Funksjonsområdet smerte/velvære hadde også 24 registreringer av nødvendige observasjoner. Det er mindre enn forventet, i lys av at hele 33 pasienter bruker analgetika. Oppfølging og vurdering av iverksatt smertebehandling er viktig med tanke på livskvalitet, og det må også sees i sammenheng med pasientens eventuelle manglende matlyst. Eldre som plages av smerte, har ofte andre symptomer, f.eks. depresjon, angst, søvnforstyrrelser, dårlig matlyst eller vekttap (Kongsgaard et al 2008)

Funksjonsområdet respirasjon har 22 registrerte nødvendige observasjoner. Respirasjon vil påvirkes når pasienten har en respirasjonssykdom, men respirasjon er også viktig å observerer med tanke på sirkulasjonssvikt. Ni pasienter var registrert med KOLS, og et stort antall hadde som beskrevet hjerte-kar lidelser.

Behov for observasjon i forhold til eliminasjon fant vi hos 19 pasienter. Det var oftest knyttet til obstipasjon og 12 pasienter brukte laxantia. Mange av pasientene bruker legemidler som kan gi treg mage. I tillegg drikker mange eldre lite, og de syke eldre er ofte lite i aktivitet. Flere er inkontinente for urin og noen hadde kateter som skulle observeres. Tre pasienter hadde residiverende UVI og skulle observeres for infeksjonstendens.

Hos 17 pasienter var det nedtegnet nødvendige observasjoner knyttet til kognitiv funksjon. Ingen pasienter hadde diagnosen demens, og to pasienter brukte midler mot demens. Denne studien hadde som utvalgsriterium for pasienter at pasienten skulle ha samtykkekompetanse. Det betyr likevel ikke at pasienten ikke kan ha en kognitiv svikt. Observasjonene som var nedtegnet var knyttet til endring i kognitiv funksjon.

Gangfunksjon var nedtegnet med behov for oppfølging hos 16 pasienter. Syv pasienter hadde en beskrevet falltendens. En rekke av legemidlene som brukes av pasientene kan påvirke gangfunksjonen. Når mange av pasientene også har en sykdom som påvirker sirkulasjonen, er det naturlig at gangfunksjon og falltendens må observeres og vurderes i lys av fare for ortostatisk blodtrykksfall. Hartikaninen et al (2007) fant at 8% av eldre over 70 år årlig søker akutt hjelp etter fall skader. Også Taft et al (2011) fant en signifikant korrelasjon mellom fall som medførte sykehusinnleggelse, økende alder og antall legemidler.

På området eventuelt var det nedtegnet behov for observasjon og vurdering hos syv pasienter. Det kunne være oppfølging av henvisning til ørelege på grunn av endret hørsel, eller at det skulles purres på trygdebolig. Ved flere tilfeller var eventuelt brukt til oppfølginger som kunne vært dokumentert under andre funksjonsområder. Det kunne være observasjon av virkning av støttestrømper, eller observasjon av blødningstendens som følge av samtidig bruk av Marevan og Albyl E.

Gjennomgangen av dokumenterte diagnoser, legemidler og nødvendige observasjoner er gjort for å beskrive det som fremkom skriftlig etter at sykepleier, fastlege og farmasøyt ved hjelp av oppfølgingsplanen har gjort en systematisk vurdering av pasientsituasjonene. Vi så at oppfølgingsplanene var til dels nokså ulikt utfylt. Det kan handle om at det ikke var gitt tilstrekkelig informasjon og opplæring i forkant at testperioden. Det kan også handle om ulik kompetanse om syke eldres behov for oppfølging. Det kan på den annen side også handle

om ulik oppfatning av dokumentasjon og nødvendighet av observasjon, oppfølging og samarbeid rundt denne pasientgruppen hos

3.2 Hvordan har samarbeidet i den nye modellen foregått?

Plansamtale

Samarbeidet mellom sykepleiere fra hjemmetjenesten og fastlegene bestod hovedsakelig i ett møte kalt plansamtale. Sykepleierne besøkte fastlegene på deres kontor hvor de sammen gikk igjennom et skjema kalt oppfølgingsplan. Det tok fra 15 minutter opp til en halv time å gå igjennom hver pasient/hver oppfølgingsplan. Sykepleierne hadde samlet mye informasjon på forhånd, og det var hovedsakelig de som fylte ut oppfølgingsplanene. Noen av fastlegen skrev ut medisinalister og journalutskrift som sykepleier kunne legge ved oppfølgingsplanen. Mange av deltagerne syntes at oppfølgingsplanen var veldig detaljert, og de var innimellom i tvil på hva de skulle skrive på de ulike punktene. Dette omtales nærmere under neste punkt. Alle deltagerne syntes det var nyttig å møtes ansikt-til-ansikt for å skape kontakt og danne et grunnlag for videre samarbeid omkring pasienten.

Et par av fastlegene avtalte nytt møte med sykepleier etter plansamtalen, mens de andre gjorde avtaler med sykepleierne om å ta kontakt per e-melding, e-post eller telefon hvis det skjedde endringer i pasientens tilstand. I utgangspunktet var det tenkt at man skulle avtale et nytt tidspunkt for samvurdering av pasienten. Det skulle være i tillegg til kontakt ved behov om det oppsto endring i pasientens situasjon. Hyppigheten av samvurderingen ville imidlertid påvirkes av behov i pasientens situasjon. Alle fastlegene følte det noe kunstig å avtale et nytt møte på forhånd som ikke var bunnet i behov eller endring av tilstand.

Oppfølgingsplanen

Sykepleier hadde gjort en omfattende datasamling om pasienten i forkant av plansamtalen. Sammen med fastlegene fylte sykepleierne ut en oppfølgingsplan for hver pasient (Vedlegg 7). Oppfølgingsplanen skal kvalitetssikre at lege og sykepleier har samme informasjon om pasienten, og legge en plan for videre oppfølging av pasienten. Dokumentet hadde ikke vært prøvd ut tidligere. Under intervjuene med fastlegene og sykepleierne midtveis i prosjektperioden ble det gitt mange forslag til endring og modifisering av oppfølgingsplanen. Forslagene til endring og modifisering ble inkorporert i skjemaet og igjen lagt frem for fastlegene og sykepleierne ved prosjektslutt. Deltagerne syntes det endrede skjemaet var tilfredsstillende (Vedlegg 8).

De fleste tilbakemeldingene på den opprinnelige oppfølgingsplanen var at skjemaet var for langt og hadde en del vanskelige formuleringer. Skjemaet ble endret språklig ved å bruke ord- og setningsforslag fra prosjektdeltagerne, og en del rubrikker ble eksemplifisert for å gjøre det lett å forstå hvordan de skulle fylles ut. Videre gikk en del av tilbakemeldingene på den opprinnelige oppfølgingsplanen på at den måtte gjenspeile en klarere ansvarsfordeling

mellom fastlege og sykepleier. Denne endringen ble tatt inn under punktet "Prøver som skal følges opp".

Flere av prosjektdeltagerne ønsket at oppfølgingsplanen skulle gjøres om til en enklere sjekkliste; en liste der man kunne krysse av for å ha gått igjennom punktene i oppfølgingsplanen, men der det ikke var nødvendig å dokumentere i så stor grad. Denne tilbakemeldingen er svært relevant, da det er et poeng å ikke skape nok et dokument som partene må forholde seg til. Det er imidlertid slik i dag at fastlegenes og sykepleiernes dokumentasjonssystem ikke kan kommunisere. Partene sitter med ulik informasjon, og vi ser det som nødvendig å holde på den opprinnelige formen av oppfølgingsplanen for å sikre at begge parter sitter med den samme informasjon og et likt bilde av ansvarsfordelingen seg i mellom.

3.3 Et bidrag til samhandling mellom fastlege og sykepleier og systematisk vurdering og oppfølging

Eksisterende praksis

Ved oppstart av prosjektet fantes ingen rutiner hos fastlege og hjemmesykepleie for systematisk oppfølging av helsetilstand og iverksatt medisinsk behandling hos den aktuelle pasientgruppen. Sykepleierne fortalt at de ikke hadde noen å samarbeide med. De opplevde å vite lite om pasienten, de manglet mye nødvendig info om pasienten. De sa: "Vi føler oss dumme mange ganger. Ringer til legen "i 100 år" noen ganger. Mange ganger må vi ringe legevakt eller AMK når det er noe akutt. Vet ikke helt hva legen gjør i forhold til pasienten".

Ny praksis

Oppfølgingsplanen bidrar til samhandling mellom fastlege og sykepleier der de systematisk vurderer og følger opp helsetilstand og iverksatt medisinsk behandling.

Sykepleierne har en felles oppfatning av at plansamtalen har vært svært oppklarende i forhold til diagnoser og medikamentell behandling. De har fått et bedre helhetsbilde av pasienten og uttrykte at pasientene totalt sett er bedre ivaretatt nå enn tidligere. De er blitt mer bevisst på målgruppa den multisyke eldre og hva de skal følge opp. En sykepleier sa: "Du får en del å følge opp på de gamle kroniske eldre som det er mye med.. får litt mer fokus på det, på mer konkrete ting.. også å gi tilbakemelding til legen ikke minst, resultatet av det du gjør. Legen er mer bevisst på å kalle inn. Går begge veier: Slik at pasienten får bedre oppfølging." De samme legene var også tydeligere enn legene i kommune 1 på at plansamtalen førte til bedre kvalitet på helsehjelpen. En lege sa konkret: "Føler at de pasientene vi har felles er bedre ivaretatt nå enn før.. før har vi sittet på hver vår tue og antatt." En annen lege sa: "Vi avstemmer situasjonen og behovet for helsehjelp."

" En annen sykepleier sa: "Under samtalene med legene var den en del ting som kom opp som var nytt: diagnoser og medisiner. Det var oppklarende for både legene og oss. Pasientene sto på medisiner som vi ikke visste at de stod på. Det var bra å få system på det." Dette utsagnet er alvorlig. Det viser at pasientens legemiddelbehandling kan være ukjent for hjemmesykepleie. Særlig dersom pasienten har vedtak om hjelp til administrering av

medikamenter. Uten fullstendig oversikt over pasientens legemiddelbehandling har sykepleieren ingen mulighet til å ivareta sitt ansvar for pasienten. Noen pasienter fikk også time hos fastlegen etter at sykepleier hadde hatt samtale med legen. Til det sa en sykepleier: "Jeg synes det var naturlig at legen tok kontakt med meg hvis det dukket opp noe nytt under det legebesøket, istedenfor at det var jeg som skulle etterspørre det. Det er jo det vi savner litt fra før av; å få tilbakemelding fra fastlege etter at pasient har vært der, for eksempel et lite skriv om prøvesvar. Det blir ikke konkret når vi kun får informasjon fra pasient eller pårørende."

3.4 Tilgang til nødvendig informasjon for å kunne ivareta behovet for kontinuerlig oppfølging og vurdering i hjemmesykepleie.

Eksisterende praksis

Sykepleierne fortalte ved oppstart at de ofte manglet informasjon om pasientene. Det var vanskelig å skaffe oversikt over pasientens diagnoser og behandling. I akutsituasjoner manglet de ofte info om pasienten når de ringte lege eller legevakt. Sykepleierne i prosjektet oppga at de ikke har fullstendig informasjon om pasientenes diagnoser og sykehistorie i sitt daglige arbeid i hjemmetjenesten. Dette viser også tidligere studier (Næss, 2008).

Ny praksis

Sykepleieren får gjennom samhandlingen og bruk av oppfølgingsplanen tilgang til nødvendig informasjon for å kunne ivareta behovet for kontinuerlig oppfølging og vurdering i hjemmesykepleie. Sykepleierne hadde gjort en omfattende kartlegging av pasienten før første møte med fastlegen, men opplevde likevel å få ny informasjon om diagnoser, medisiner og sykehistorie i dette møtet. En sykepleier sa: "Det er ålreit å møte legene. Jeg fikk en mer helhetlig forståelse av pasientene. Det var fint å se om de hadde samme oppfatning som meg, også i forhold til observasjoner. Nå er jeg mindre redd for å ta kontakt med legen på et tidlig stadium. Spesielt en av fastlegene oppfordret til dette. Vi drar den terskelen for å ringe til legen for langt. Sykepleieren kan her sies å gi uttrykk for en type autoritetsangst ved å være redd for å ta kontakt med legen. Legen sees da ikke som en likeverdig og lett tilgjengelig samarbeidspartner rundt vurdering av pasienten. Sykepleieren og fastlegene får gjennom samarbeidet økt bevissthet rundt og økt fokus på endringer i pasientens funksjonsnivå. De får også et bedre beslutningsgrunnlag for å iverksette tiltak hos pasienten. Flere uttrykte at informasjonen førte til et bedre beslutningsgrunnlag: "Det er med på å forme bildet mitt av pasienten og hvordan den kan klare seg videre, og hva vi kan legge opp til av behandling i forhold til om vi kan stole på at det blir gjennomført." Sykepleier har fått større fokus på å observere endringer i funksjonsnivå og bekreftet at oppfølgingsplanen har bidratt til et bedre beslutningsgrunnlag. Flere Sykepleiere trakk fram viktigheten av å fokusere på datasamlingen i samhandlingen

med legen. Til det sa en sykepleier: " Da får vi gått gjennom funksjonsområdene, nødvendige observasjoner, finner problemområdene og setter i verk rette tiltak med en gang. Vi ble enige om konkrete ting som skulle følges opp BT, blodsukker, veiing i forhold til ernæring."

Sykepleieren bekrefter her at intensjonen med oppfølgingsplanen nås. Nettopp slike konkrete observasjoner og tiltak basert på en tverrfaglig vurdering var hensikten.

I forkant av plansamtalen gjorde sykepleierne et forarbeid med å framskaffe nødvendige opplysninger (Vedlegg 1) til gjennomgang av pasientsituasjonene med lege. Arbeidet viste seg å være tidkrevende arbeid. Foreliggende dokumentasjon i hjemmesykepleietjenesten bar preg av å være ufullstendig, i liten grad oppdatert og vanskelig tilgjengelig – det vil si lite systematisert og oversiktlig informasjon. I flere tilfeller kjente ikke sykepleieren pasienten fra før og det ble derfor tydelig at foreliggende data var mangelfulle. Flere sykepleiere opplevde informasjon som generell og i liten grad knyttet opp mot funksjonsområder i tråd med sykepleiefaglig tenkning: "Vi har IPLOS punktet:" å ivareta egen helsetilstand", men det er ett så veldig bredt område så vi får ikke skilt ut respirasjon, sirkulasjon og...søvn, smerte og velvære og alt.. Det blir liggende som en stor bolk. Hvis du skal ha det med, må du velge det som eget problemområde under å ivareta egen helsetilstand. Det går jo an å skille, men den blir så stor og upresis mange ganger." Et hovedinntrykk i denne sammenheng var også at IPLOS score var alt for lav i forhold til reelt hjelpebehov. Punktet "å ivareta egen helsehjelp" fungerte som et oppsamlingspunkt i forhold til konsekvenser av alvorlige patologiske tilstander som krevde avanserte sykepleiefaglige prosedyrer, som for eksempel nefrokateter. Disse uttalelsene kommenteres under punktet om oppfølgingsplanen og eksisterende dokumentasjon.

Når det gjaldt manglende oppdatering var vedtak i all hovedsak ikke endret siste halvår og stemte ikke overens med behov for faktisk helsehjelp eller arbeidslister (enten behovet var større eller mindre). Også dette stemmer med funn i tidligere studier (Næss, 2011). Sykepleierne gir også uttrykk for at det er brudd i samarbeidet mellom bestiller og utfører. De får ikke tilgang til vurderinger som er gjort for tiltak og stiller også spørsmål ved vurderingsgrunnlaget til utredningsavdelingen/ bestiller. "Kartleggingen i forkant av møtet med legen er nesten den som er den viktigste. Den utredningen som gjøres i kommunen er sjelden på grunnlag av samtale med pasienten hjemme, men telefon til lege eller sykehus. ..Så etter kort tid kan det hende vi må gå inn å endre IPLOS fordi pasienten er mye dårligere enn de har vurdert, eller bedre. Det er noe annet når vi som er der daglig vurderer, istedenfor ett hjemmebesøk..eller at de tar det over telefon."

Sykepleierne måtte altså før plansamtalen med lege gjøre en del datasamling på nytt, blant annet gjennom samtaler med pasienten. Flere sykepleiere utrykte et ønske om å ta tilbake funksjonen og ansvaret som bestiller har i dag: "Den kartleggingen gjorde vi før..savner en grundig kartlegging som etter skjema (sjekklisten brukt i prosjektet). Da har man et kjempegodt bilde av pasienten med en gang. Da får vi gått gjennom funksjonsområdene – nødvendige observasjoner, finne problemområdene og sette i verk rette tiltak med en gang". Sykepleierne ga dermed uttrykk for at de gjennom utfylling av skjema "nødvendige opplysninger som må fremskaffes før plansamtale med lege", fikk en ny og bedre oversikt over pasientens situasjon. Dette er interessant. I forkant av studien trodde vi at skjemaet skulle brukes til å systematisere og hente ut informasjon fra eksisterende dokumentasjon. I

stede ser vi her at skjema ble et verktøy til å fremskaffe en oversikt i pasientsituasjonen som sykepleieren savnet. Det bekreftet sykepleierne når de underveis ønsket å bruke skjemaet for å samle informasjon til eget bruk om sine pasienter som ikke var inkludert i studien.

3.5 Fastlegen får i større grad beskjed ved “små endringer” hos pasienten og bedre kjennskap til pasientens behov for helsehjelp.

Eksisterende praksis

Ved oppstart kunne sykepleier og lege sitte med ulike oppfatninger av hva som var pasientens diagnoser og legemiddelbehandling. Legene fortalte at de sjelden ser disse syke gamle pasientene, de uteblir fra avtalte timer og avslutter behandling (eks Marevan) fordi de ikke kan komme seg til INR kontroll.

Ved oppstart savnet legene beskjed om endring hos pasienten før det blir akutt. Legene mente de ofte misbrakte sykehuset, fordi de ikke hadde noe annet alternativ når hjemmesykepleien ringte og meldte en “krise”. Sykepleierne savnet tilbakemelding ifht hvilke observasjoner som skal gjøres. Observasjoner blir ofte tilfeldig og personavhengig, og sykepleierne blir ikke tilkalt før det er “krise”. Det er ofte omsorgsarbeider eller ufaglærte som går til disse pasientene i hjemmesykepleien.

En lege sa følgende: ” Det er litt tilfeldig rutiner på å sette i gang samarbeid. Når noen får en akutt sykdom, eller får en tilstand som krever hjemmetjeneste, så er det ikke noe rutine på å formidle kunnskap, møter... det tenker jeg er viktig å komme i gang med. Hvordan det organisatorisk skal skje er vel noe som kan komme ut av dette.”

Ny praksis

Fastlegen får i større grad beskjed ved “små endringer” hos pasienten og ikke bare beskjed når det oppstår en akutt funksjonssvikt eller en krise. Fastlegen får og så bedre kjennskap til pasientens hjelpebehov.

Både leger og sykepleiere var blitt mer bevisst på hyppigere bruk av e-meldinger, men legene var skeptisk til at det kunne bli for mye informasjonsutveksling også. Så langt ved prosjektets avslutning opplevdes det ikke som en aktuell problemstilling. I mange tilfeller erfarte de imidlertid at Journalnotatene fra hjemmetjenesten var ustrukturert. Det kunne være en utfordring med et ajourført oversiktsbilde. Til det sa en av legene: ”Vi er ikke interessert i alle pleie-ting (som hvor mange minutter de skal få hjelp til å gå på do), og særlig ikke når informasjonen om helsehjelpen er uoversiktlig og uforståelig. Slik det er nå tror jeg at få vil ta seg bryet med å lese denne informasjonen.” De samme legene etterspurte en primærkontakt som har ansvaret for å koordinere og oppdatere journalen. Dette er utsagn som viser behovet for en samhandling mellom fastlege og sykepleier som er basert på nødvendig og systematisk kjennskap til pasientens situasjon og behov for helsehjelp.

3.6 Farmasøytens bidrag er viktig for sykepleierens mulighet til å ivareta sitt ansvar for oppfølging og vurdering av iverksatt legemiddelbehandling.

Eksisterende praksis

Legene fortalte ved oppstart at Multidoseordningen har gjort det mye lettere i forhold til medisiner hos de gamle multisyke med stort legemiddelbruk. De sa: " Vi samarbeider godt med apoteket i forhold til medisiner." En lege sa: " Sykepleierne deler ut medisiner og sørger for at de tas til riktig tid. Jeg forventer ikke at sykepleierne følger med på virkning eller bivirkning. Jeg er litt skeptisk i forhold til nytten av at farmasøytten skal gjøre en vurdering. Det kan fort bli for teoretisk fra farmasøytens side". Legen viser her en manglende forståelse for sykepleierens lovpålagte ansvar og kompetanse. Vi ser at legen bare knytter sykepleierens rolle til å hjelpe pasienten til å ta sine medisiner på lik linje med annet helsepersonell som deler ut medisiner. I lys av dagens praksis i hjemmesykepleien er det er forståelig oppfatning hos legen (Næss, 2011).

Ny praksis

Bidraget fra farmasøytten er det vanskelig å vurdere i forhold til direkte nytte for pasientoppfølgingen. Erfaringene med samarbeidet med farmasøytten var knappe fordi flere av fastlegene ikke hadde mottatt tilbakemeldinger fra han. Dette skyldes kommunikasjonssvikt i prosjektet, tilbakemeldingene stoppet opp hos hjemmesykepleien som trodde at legen hadde fått en kopi av svaret som var sendt dem. De legene som hadde mottatt tilbakemelding fra farmasøytten anså dette som nyttig, men i varierende grad.

Tilbakemeldingene fra farmasøytten gikk ut på at farmasøytten stilte noen spørsmål i forhold til kombinasjoner av medisiner (Vedlegg 9). Han gjorde videre oppmerksom på interaksjoner mellom medikamentene. Fastlegene synes disse spørsmålene og opplysningene var gode påminnelser på noe de allerede visste. Legene sa at de kan også kjøre medisiner i interaksjonsprogram som Druid.no, men må ofte gjøre kompromisser på tross av farmasøytisk råd for å kunne behandle alle pasientens sykdommer. En lege sa det slik: "Kommentarene han kommer med er fornuftige, men det er jo tatt ut av en sammenheng fordi han ikke kjenner pasientene. Han kjenner ikke helheten. Det er vanskelig for han å vite detaljer rundt pasienthistoriene. Vi må gjøre kompromisser, men helt ok å få kommentarene. Fint å bli mint på dette." Tre av legene sa at kommentarene fra farmasøytten ikke hadde ført til at de har gjort noen endringer av den medikamentelle behandlingen. En lege fortalte at kommentarene hadde førte til endring i legemiddelregimet.

Sykepleierne opplevde samarbeidet med farmasøytten som positivt. En sykepleier sa det slik: "Det er vanskelig for oss sykepleiere å holde styr på interaksjoner mellom medisiner. Det er

så flott at vi kan overlate det ansvaret til en farmasøyt. Det som er nyttig er at nye og andre øyne ser på medikamentene for eventuelt å oppdage noe vi ikke ser. “

3.7 Oppfølgingsplanen bidrar til økt forståelse for ansvar og ansvarsfordeling knyttet til helsehjelp for den aktuelle pasientgruppen

Eksisterende praksis

Leger og sykepleiere fortalte om uklare forventninger til hverandre. Noen leger hadde få eller ingen forventninger til at sykepleierne skulle følge med på iverksatt legemiddelbehandling. Andre mente det var naturlig at sykepleierne som administrerte legemidlene også observerte eventuelle virkninger og bivirkninger.

Sykepleierne var også litt uenige om hva som var deres ansvar i forhold til oppfølging av iverksatt legemiddelbehandling og endringer i helsetilstand. Noen mente det var en naturlig del av deres rolle, men at den var vanskelig fordi de manglet mye informasjon og noen å samarbeide med. Andre mente det var legens ansvar å følge opp pasienten på denne måten.

Ny praksis

Den nye samhandlingsmodellen kan bidra til å tydeliggjøre de ulike rollene/funksjonene som sykepleier og lege har overfor den multisyke eldre. Dataene avdekker økt forståelse for de ulike yrkesgruppens rammer og innhold, men også manglende bevissthet om forskjell i roller. Både sykepleier og lege synliggjør hva de tenker om sin egen og den andre yrkesgruppens funksjon og oppfatninger om faglige perspektiver og ståsted. Sykepleierne viste å ha varierende fokus på forebyggende arbeid, men flere sykepleiere uttrykte en bevisstgjøring om eget forebyggende arbeid. En sykepleier sa: ”Pasienten gjør seg bedre på legekontoret, eller dårligere, det går vel begge veier. Men det er også en del av de punktene som de eldre ikke tenker på selv, men som vi som sykepleiere kan gå inn med forebyggende tiltak. Fanger litt mer opp enn legen..kanskje det forebyggende helsearbeidet..gjennom kartleggingssamtalen..forebygging er jo kjempeviktig.” De samme sykepleierne opplevde at legene hadde behandlingsfokus og var mest opptatt av diagnoser og medisiner under samhandlingen. Til dette sa legene:” Vi kommer inn i bildet når det er kriser, noen ser vi bare annen hvert år. Mye behandling er jo også forebyggende, blodtrykks- og diabetesmedisinering osv. Vi er jo opplært i å diagnostisere, vurdere og evt. behandle, det er vår setting. Sykepleierne sitter i en litt annen tradisjon og da blir det en litt annen måte å se det på.”

En felles oppfatning fra både leger og sykepleierne, uavhengig av kommune, var at det var nyttig å komme til en felles forståelse om pasientsituasjon og helsehjelpen, samt klarere

ansvarsdeling. En lege sa: "Sykepleier tok imot opplysninger om pasienten og jeg fikk dele ansvaret. Ble enige om hva vi skulle følge opp. Avlastning." En annen lege (k1) til det samme: "Diabetes gjør de jo en jobb med. Jeg har ansvaret for INR, Marevan. Er det jeg eller de som følger med at prøvene blir tatt? Viktig å ha et system på det, skrive det opp her" (viser til oppfølgingsplanen). Vedrørende ansvarsdeling uttalte flere sykepleiere at legene kanskje ikke har skjønnet hvor mye ansvar sykepleieren har hos pasienten. Til det sa en sykepleier: "De får kanskje mer respekt for det vi gjør. Men samtidig opplevde jeg at legen holdt litt ansvaret vekk fra meg:..nei, men det trenger ikke dere passe på..det kan jeg gjøre når pasienten er her. Så noen ganger var det sånn at jeg opplevde å få mindre ansvar..at legen tok på seg mer... litt begge veier kanskje. Men det er jo greit å vite hvem som skal gjøre hva." Sykepleierne syntes alt i alt at samarbeidet med fastlegene i prosjektet har vært en svært positiv erfaring. De opplevde å få ny, relevant informasjon om de involverte pasientene, de opplevde en klarere ansvarsfordeling og en større trygghet på når og hvordan de skal ta kontakt med fastlegen i pasientforløpet.

3.7 Forutsetning for videre bruk av oppfølgingsplan mellom fastlege og hjemmesykepleie

Hovedbetingelsen for et samarbeid mellom fastleger og sykepleiere i hjemmetjenesten er elektronisk samhandling. Det var både fastlegene og sykepleierne enige om. I kommunen som ikke har innført Elin-K fungerte kommunikasjonen uhensiktsmessig ved bruk av personlige e-postadresser og fax. Denne kommunikasjonsformen ble personavhengig og meldingene kom ikke direkte inn i pasientjournalen. I kommunen som har innført elektroniske meldingstjenester, var deltagerne svært fornøyde med kommunikasjonen som etter plansamtalen hovedsakelig foregikk elektronisk.

Til tross for at elektronisk samhandling må være en forutsetning, påpekte alle deltagerne at det var svært positivt at fastleger og sykepleiere møttes ansikt-til-ansikt. En sykepleier sa: " Det er fint å kunne møtes ved kompliserte pasienter for alt kan ikke løses elektronisk. Da kan vi ta flere pasienter på en gang. Sykepleier kan for eksempel bestille en time hos fastlegen tidlig på morgenen, det er en effektiv måte å gjøre det på. Hvis man gjør dette jevnlig så blir det etter hvert en rutine og det blir ikke særlig tidskrevende." Flere sykepleiere sa at tidsbruken i prosjektet gikk hovedsakelig på å fylle ut skjema. "Etter det hadde jeg ikke brukt noe særlig mer tid på disse pasientene enn jeg ville gjort ellers, " sa en av sykepleierne.

Videre mente flere deltagerne at et slikt samarbeid bør kun dreie seg om de sykeste og skrøpeligste pasientene i hjemmetjenesten. Sykepleierne må gjøre et forarbeid i forhold til hvilke pasienter de trenger å ta opp med legen. Kartleggingen sykepleierne gjorde i forhold til dette prosjektet tok mye tid fordi de måtte lete etter pasientopplysninger på ulike steder. Sykepleierne gjør ellers ikke systematiske vurderinger fordi det er tildelingsteamet i kommunen som har denne oppgaven i dag. Sykepleierne savnet denne oppgaven for å kunne gjøre en helhetlig vurdering av pasienten. Det var dessuten viktig for sykepleierne at oppfølgingsplanen må være lett tilgjengelig i akuttsituasjoner så man fort kan finne den frem og få nytte av det som står der.

En annen forutsetning som flere av fastlegene og sykepleierne var enige om var at oppfølgingsplanen må være kort og konsis. Noen syntes det endrede skjemaet fortsatt var for langt. Videre var en kommentar at oppfølgingsplanen burde speile en klarere rolledeling mellom lege og sykepleier. "Nå er det litt flytende hvem som skal fylle ut hva og hvem som skal bruke det", sa denne deltageren.

For fastlegene er det viktig at samarbeidet ikke skaper ekstra arbeid. "Mange av punktene som ligger i oppfølgingsplanen ligger allerede i våre journalsystem, og det er ikke motiverende å måtte fylle ut dette dobbelt. Det blir en terskel for å gjøre dette. Den må være naturlig integrert i begge journalsystem."

En fastlege hevdet at "For å få alle leger i landet til å bli med må vi vurdere å gi en takst på utfylling av oppfølgingsplanen. Hvis vi skal få enda et skjema som det ikke godtgjøres for vil ikke det være positivt." En sykepleier uttrykte skepsis til hvorvidt fastlegene er interessert i et slikt samarbeid med dem: "Er andre leger interessert i å bruke tid på dette? Kan vi stole på at de vil samarbeide med oss? De avtaler vi gjør er forpliktende og vil være til hjelp i forhold til der vi ikke har så god samhandling."

Sykepleierne mener at de må få forståelse fra sin ledelse for at samarbeid med fastlegene er en oppgave som må prioriteres. En sykepleier sa: "Det er svært hektisk med en strøm av nye pasienter. Vi har hjelpepleier som er leder av vår sone i hjemmetjenesten, og denne yrkesgruppen har et annet fokus og kanskje ikke forståelse for det sykepleiefaglige fokuset som er så avgjørende for de sykeste, skrøpeligste gamle som bor hjemme."

4. Diskusjon

Hensikten med pilot prosjektet er å kvalitetssikre medisinsk oppfølging og vurdering av hjemmeboende eldre med mange diagnoser og utstrakt legemiddelbruk og som mottar helsehjelp fra primærhelsetjenesten.

Modellen og verktøyet er testet ut i tre måneder etter planen. Det har vært gjennomført en tverrfaglig samvurdering av de utvalgte pasientene. Diskusjonene vil ha følgende sentreringpunkter for å belyse muligheter og utfordringer knyttet til å bruke en felles oppfølgingsplan :

- Multisyke eldre pasienter i hjemmesykepleien
- Samhandlingen
- Legens rolle
- Sykepleierens rolle
- Farmasøytens rolle
- Pasientens rolle
- Oppfølgingsplanen og eksisterende dokumentasjonssystem

4.1 Multisyke eldre pasienter i hjemmesykepleien

Ettersom sykepleierne etterlot seg et informasjonsskriv om pilotstudien hos alle pasientene som samtykket, fikk vi underveis flere henvendelser fra pårørende som synes det var underlig at et slikt prosjekt skulle gjennomføres. Var ikke et slikt samarbeid en del av den eksisterende praksis? Disse kommentarene ser vi som uttrykk for en forventning fra pasientene og deres pårørende om at involvert helsepersonell samarbeider om helsehjelpen som gis i kommunene. Det sammenfaller med funn fra studien som kartlegger behov for helsehjelp hos syke hjemmeboende eldre. Her uttrykker eldre selv helt klare forventninger om at fastlege og hjemmesykepleier har et felles ansvar for å følge dem opp, og at de har et samarbeid (Næss, 2011).

Kompleksiteten i pasientsituasjonene er beskrevet i funnkapitlet. Målgruppen i prosjektet, multisyke eldre, kjennetegnes ved at de har mange sykdommer, har høyt legemiddelforbruk, kognitive problemer (selv om det i dette prosjektet var krav om samtykkekompetanse) og problemer med å greie seg i dagliglivet. Når det oppstår sykdom hos denne pasientgruppen er symptomatologien ofte ukarakteristisk (Rowe, 1985, Resnick og Marcantonio, 1997). På grunn av ukarakteristiske og spesifikke symptomene, er det stor fare for at sykdomsutviklingen kan bli oversett, hvis sykepleier og andre som hjelper pasienten i det daglige ikke har kunnskaper om hva de skal observere og vurdere. Liten eller ingen kunnskap om pasientens faktiske diagnoser og medisinforbruk øker sannsynligheten for misforståelser og at sykepleier overser sykdomsutvikling.

Problem med polyfarmasi og uriktig medisinbruk korrelerer med alder, comorbiditet, funksjonssvikt og antall legemidler. Det øker også sannsynligheten for innleggelse i sykehjem, redusert mobilitet, hospitalisering og dødsfall (Garfinkel 2010) Det betyr at pasientene det samhandles om i denne pilotstudien kan antas å være utsatt for slike problem.

Til tross for dette, opplevde mange av sykepleierne at pasientene ikke var særlig syke og ikke hadde behov for observasjon og oppfølging i særlig grad. Det kan være at pasienten til tross for sin situasjon hadde ressurser til å ivareta sitt eget behov for oppfølging, eventuelt i samarbeid med pårørende. Det er grunn til å stille spørsmål ved den vurderingen, fordi samtlige pasienter hadde vedtak om hjelp til administrering av medikamenter. Når man trenger denne helsehjelpen er det antagelig en indikasjon til å anta at også oppfølgingen og vurderingen av helsetilstand og legemiddelbehandling er vanskelig for pasienten å ivareta? (Taft (2011) peker på at kompleksitet og endringer i pasientsituasjoner oversees av både lege og sykepleier i kommunehelsetjenesten.

Sykepleierens rolle og ansvar knyttet til multisyke hjemmeboende eldre er lite beskrevet i litteraturen. En studie gjennomført av Dick og kollegaer (Dick og Frazier, 2006) har vist at observasjon, monitorering, koordinering og håndtering av pasientens helsetilstand over tid er sykepleierens oppgaver.

Når pasienten i gjeldende pilotstudie bruker åtte medikamenter i gjennomsnitt, er det en rekke vurderinger som må gjøres i forhold til å sikre optimal behandling og avdekke behov for justeringer. Hva skyldes da sykepleierens opplevelse av en frisk pasient uten slike behov?

Det kan handle om manglende fokus på dette som sykepleierens ansvar og oppgaver i hjemmesykepleie. Det kan handle om manglende rutiner og system som muliggjør systematisk oppfølging og vurdering i hjemmesykepleietjenestens hverdag. Det kan også handle om manglende kompetanse til avansert geriatrisk vurdering.

Antagelig er manglende oppmerksomhet på sårbarhet hos de sykeste eldre uansett en medvirkende faktor til utvikling av akutt funksjonssvikt uten at noen registrerer utviklingen. Seierstad et al (2010) fremmer en bekymring knyttet til at det i spesialisttjenesten oppleves å være stadig mindre rom for eldre pasienter med sammensatte og komplekse lidelser. Disse pasientene skyves ut til primærhelsetjenesten som på sin side muligens heller ikke ser kompleksiteten. I tillegg synes det som det blir vanskeligere å få eldre pasienter med diffuse symptomer og funksjonssvikt innlagt for utredning og diagnostisering.

4.2 Samhandlingen

Sykepleierens rolle i samhandlingen

Ved oppstart av prosjektet fantes ingen rutiner hos fastlege og hjemmesykepleie for samarbeid om systematisk oppfølging av helsetilstand og iverksatt medisinsk behandling. Sykepleierne fortalt at de ikke hadde noen å samarbeide med. De opplevde å vite lite om pasienten, og de manglet mye nødvendig informasjon om pasienten. I akuttsituasjoner manglet de ofte informasjon om pasienten når de ringte fastlege eller legevakt. Det har også fremkommet i tidligere studier fra akuttsituasjoner hos syke eldre (Næss, 2008) Sykepleierne bekrefter her avvik beskrevet av Helsetilsynet (2009) Det er alarmerende, når vi vet at sykdom hos multisyke gamle kan vise seg ved bare små endringer i funksjonsnivå før det blir en akutt funksjonssvikt som er en alvorlig tilstand for den gamle (Aaraas m.fl., 2011). En planlagt og systematisk oppfølging av den hjemmeboende, multisyke gamle var altså ikke en del av helsehjelpen i de to kommunene før prosjektstart.

Gjennom prosjektet har sykepleierne rapportert at plansamtalen har vært svært oppklarende i forhold til hva som er pasientens faktiske diagnoser og medikamentell behandling. De har fått et bedre helhetsbilde av pasienten og uttrykte at pasientene er bedre ivaretatt nå enn tidligere. Sykepleierne er blitt mer bevisst på målgruppen multisyke eldre og hva de skal følge opp. I prosjektet har sykepleierne og fastlegene gjennom samarbeidet fått økt fokus på endringer i pasientens funksjonsnivå. Fastlegene fortalte før testperioden nettopp om manglende fokus på små endringer i funksjonsnivå hos pasienten fra hjemmesykepleien. De ønsket seg beskjed om små endringer før det ble en akutt funksjonssvikt hos pasienten, og de har bekreftet at en felles oppfølgingsplan bidro til at de fikk beskjed ved små endringer.

Sykepleierne opplevde å få et bedre beslutningsgrunnlag for å iverksette tiltak hos pasienten etter møtet med fastlegene. De oppga også å ha fått større fokus på og grunnlag for å observere endringer i funksjonsnivå.

I likhet med tidligere forskning (Næss, 2008) fortalte våre prosjektdeltagere om svært mangelfull og ufullstendig informasjon om pasientene de ivaretar i hjemmetjenesten (jfr. Pkt om oppfølgingsplan og eksisterende informasjonsutveksling). Funnene i dette pilotprosjektet ser ut til å være sammenfallende med de avvik som ble dokumentert under et helsetilsyn av hjemmetjenesten i en bydel i Oslo kommune (Helsetilsynet, 2009). Helsetilsynet fant at

bydelen ikke sikret forsvarlig medisinsk oppfølging og legemiddelhåndtering ved medikamentell behandling av pasienter i hjemmesykepleien, og at samarbeidet mellom fastlegen og hjemmetjenesten var svært mangelfullt. Dette var avvik fra følgende myndighetskrav: kommunehelsetjenesteloven §§ 1-3a og 6-3, legemiddelhåndteringsforskriften §§ 4, 5 og 7, internkontrollforskriften § 4, kvalitetsforskriften § 3, Helsepersonelloven §§ 39 og 40 og journalforskriften §§ 7 og 8 (Helsetilsynet, 2009).

I prosjektet har sykepleierne blitt mer bevisst på multisyke eldre og fått økt fokus på endringer i pasientens funksjonsnivå. Det kan se ut som manglende informasjon var en av årsakene til at de ikke tidligere var like oppmerksom på dette. Hvorvidt sykepleierne mangler kompetanse på å vurdere og iverksette tiltak overfor denne pasientgruppen er utenfor dette prosjektets målsettinger å avdekke. Det ligger ofte alvorlig sykdom bak en akutt funksjonssvikt hos eldre (Aaraas m.fl., 2011). Funksjonssvikten kan arte seg som øket falltendens, redusert allmenntilstand, med eller uten feber, tapt matlyst, dårlig væskeinntak, øket forvirring og rask demensutvikling. Sykdomspanoramaet kan være infeksjoner, dehydrering, hjerneslag, diabetes, kreftsykdom, depresjoner/forvirringstilstander (Aaraas m.fl., 2011). Rask, planlagt diagnostikk og behandling kan bidra til å begrense funksjonstap, og i mange tilfeller forebygge opptrapping av pleie- og omsorgstjenester og i mange tilfeller innleggelse på sykehus. Uttalelser fra prosjektdeltagerne kan tyde på at et tett samarbeid mellom fastlege og sykepleier i hjemmetjenesten kan bidra til raskere og bedre oppfølging av de sykeste gamle i hjemmetjenesten. En viktig forutsetning for dette samarbeidet er at det er en tydelig ansvars- og oppgavedeling mellom fastlege og sykepleier, slik oppfølgingsplanen i dette prosjektet la opp til.

Det er allikevel viktig å påpeke at det er ikke et mål i seg selv å hindre at pasienter med funksjonssvikt får tjenester på sykehus. Målet er så raskt som mulig å få en medisinsk vurdering av funksjonstapet for å iverksette adekvate tiltak. Tiltak kan være behandling i hjemmet, eller det kan være sykehusinnleggelse. Poenget er at avgjørelsen omkring dette må skje som et samarbeid mellom pasient, pårørende, hjemmetjeneste og fastlege, og helst ikke i akuttmottaket. Det kan se ut som plansamtalen og oppfølgingsplanen er verktøy til å legge til rette for et slikt samarbeid. En tverrfaglig oppfølging på tvers av organisasjonsnivå med tilgang rask tilgang til spesialisthelsetjenester vil antagelig være et ennå bedre tilbud for den multisyke hjemmeboende gamle.

Hansson et al (2010) beskriver flerfaglig samarbeid som helt nødvendig for å møte behovene for helsehjelp i et moderne samfunn. Deres studie viser at sykepleierne i primærhelsetjenesten i større grad enn legene er innstilt på et slikt samarbeid. Det handler i følge Hansson et al om profesjonelle normer hvor legene i større grad enn sykepleierne er sosialisert inn i en rolle som autonome eksperter.

En stor metaanalyse viser at bred, tverrfaglig vurdering og optimalisering av helsetilstanden hos hjemmeboende eldre kan bedre deres funksjonsnivå og redusere sannsynligheten for innleggelse både i sykehjem og sykehus. Dette var ikke undersøkelser av alternativer til innleggelse i en akuttsituasjon, men av intervensjoner i en mer stabil fase for å redusere behovet for sykehusbehandling på lang sikt. Forskingen viser at alle eldre kan profitere på individuell vurdering og adekvate helsetiltak (Beswick m.fl., 2008).

Samhandlingen mellom fastlege og sykepleier i prosjektet “Bedre samhandling om multisyke eldre” kan se ut til å være en modell for å ivareta den individuelle vurderingen av svært syke pasienter i hjemmetjenesten.

Legens rolle i samhandlingen

Ved prosjektoppstart kunne sykepleier og fastlege sitte med ulike oppfatninger av hva som var pasientens diagnoser og legemiddelbehandling. Legene fortalte at de sjelden ser disse syke gamle pasientene, som ofte uteblir fra avtalte timer og avslutter behandling (f.eks marevan) fordi de ikke kan komme seg til INR-kontroll. Ved oppstart savnet legene beskjed om endring hos pasienten før det ble en akutt tilstand hos pasienten. Legene mente de selv ofte misbrukte sykehuset, fordi de ikke hadde noe annet alternativ enn å legge inn pasienten når hjemmesykepleien ringte og meldte en “krise”. Legene ga her uttrykk for behovet for helsehjelp på et nivå mellom hjemmesykepleie og innleggelse i sykehus. Dette støttes i St.meld 47 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008).

Både leger og sykepleiere har gjennom prosjektet blitt mer bevisst på hyppigere bruk av e-meldinger og det å informere hverandre. Fastlegene var allikevel skeptisk til at det kunne bli for mye informasjonsutveksling. Ved prosjektets avslutning opplevdes det ikke som en aktuell problemstilling. Et paradoks blir da det faktum at fastlegene “agerer på kontakt” (Næss 2011). Det betyr at de er avhengig av at noen melder et behov for deres tjenester. Det betyr for i denne sammenheng oftest hjemmesykepleien eller pårørende, som varsler om en endring og behov for ny vurdering av den syke gamle. I mange tilfeller erfarte fastlegene imidlertid at journalnotatene fra hjemmetjenesten var ustrukturerte og til liten nytte. Dette kan sees i sammenheng med tidligere forskning gjort i fht dokumentasjon i hjemmesykepleie (Gjevjon og Helleso, 2010).

Erfaringer fra dette prosjektet samsvarer med annen forskning som viser at det kan være svært varierende og lite samarbeid om felles pasienter mellom fastlege og sykepleier i hjemmetjenesten (Næss, 2008). I en kunnskapsoppsummering laget på oppdrag fra Helsetilsynet påpekes det også svikt i samarbeid i kommunehelsetjenesten om skreddersydd oppfølgingsplan for den enkelte pasient (Sørbye m.fl., 2009). Konsekvensen av varierende og lite samarbeid mellom fastlege og sykepleier i hjemmetjenesten kan se ut til å være at det oppstår akutte situasjoner og at pasienter blir innlagt i sykehus. Det er svært uheldig hvis pasienter ikke blir henvist til sykehus i tilfeller der sykehusets diagnostiske eller terapeutiske ressurser ville ha påvirket deres prognose i positiv retning (med tanke på overlevelse, symptomer og/eller funksjonsnivå) (Aaraas m.fl., 2011). Det er også uheldig hvis pasienter innlegges i sykehus uten å ha nytte av det, eller det kunne vært unngått med tettere oppfølging i kommunehelsetjenesten.

Det hersker i dag en allmenn oppfatning om at mange eldre legges unødvendig inn i sykehus. Kunnskapsoppsummeringen laget på oppdrag fra Helsetilsynet påpeker at det er en myte at eldre i stor grad blir unødvendig innlagt i sykehus (Sørbye m.fl., 2009). Eriksen (Eriksen, 1999) konkluderer sin avhandling med at vi risikerer at mange som har nytte av det ikke blir innlagt, dersom antall innleggelser reduseres ved å prøve forutsi hvem som ikke kommer til å ha nytte av et sykehusopphold. Er det slik at de unødvendige innleggelsene det er snakk om i stor grad dreier seg om innleggelser som kunne vært forebygget ved tettere oppfølging i kommunehelsetjenesten? Uttalelser fra fastlegene i dette pilotprosjektet peker i den

retningen. Det er rimelig å anta at folk flest ønsker å unngå en sykehusinnleggelse og heller forebygge sykdom og funksjonsfall. Hvis de planlagte endringene av helsetjenestene som vil innebære en drastisk forskyvning av helseoppgaver til kommunehelsetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008) bygger på myten om unødvendige innleggelser av eldre i sykehus, står vi i fare for å tilby syke eldre pleie og omsorg, når de burde hatt diagnostikk og behandling (Folgerø, 2010).

En spørreundersøkelse om helsehjelp til syke over 75 år blant leger og sykepleiere innenfor spesialist- og kommunehelsetjenesten i Norge (n=2103) konkluderte med at medisinske kjerneområder som diagnostikk og vitale behandlingsbehov ikke ser ut til å være tilstrekkelig dekket (Forde m.fl., 2006). Mangelfull koordinering og organisering av helsehjelp til eldre ser også ut til å være et gjennomgående problem. Samhandling i kommunehelsetjenesten bør derfor rustes opp før økt samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten settes i verk.

Den medisinske rollen i behandling og re-/habilitering av skrøpelige eldre hjemmeboende er lite verdsatt av samfunnet generelt, men kanskje også blant fastlegene selv (Stott m.fl., 2008). Dagens tilbud til disse pasientene består først og fremst av pleie- og omsorg. Prosjektdeltagerne fortalte om at fastlegene og sykepleier kunne ha svært ulik oppfatning av samme pasient. Dette kunne være at sykepleierne ikke hadde informasjon om at pasienten var kritisk syk, eller at fastlegen hadde inntrykk at pasienten klarte seg mye bedre enn det sykepleierne erfarte. Hjemmetjenesten, slik det fungerer i mange kommuner i dag, inkluderer ikke medisinsk vurdering i sin beslutningsstøtte. En korrekt medisinsk diagnose er imidlertid avgjørende hvis både behandling og pleie/omsorg skal oppnå full effekt (Stott m.fl., 2008). Erfarne fastleger med interesse for eldreomsorg og geriatri vil også kunne gi verdifulle innspill til pleien og omsorgen som gis som annet helsepersonell ikke hadde tenkt på. Det hadde våre prosjektdeltagere flere eksempler på. På bakgrunn av dette er jevnlig medisinsk vurdering en svært viktig komponent i oppfølgingen av multisyke eldre som bor hjemme.

- Farmasøytens rolle i samhandlingen

I denne studien er det vanskelig å trekke noen konklusjoner rundt nytten av farmasøytens bidrag i samhandlingen. Det var prosjektorganiseringen og –gjennomføringen som var mangelfull, ikke farmasøytens bidrag. Viktil og Blix (Viktil og Blix, 2008) peker på at håndtering av legemiddelrelaterte problemer i praksis er en tverrfaglig oppgave der legen, sykepleier og farmasøyten er nøkkelpersoner. Slike tverrfaglige legemiddelgjennomganger er mer etablert i sykehus enn i kommunehelsetjenesten. Det er dokumentert at farmasøyter bidrar til å avdekke, forebygge og løse legemiddelrelaterte problemer på sykehus (Viktil m.fl., 2004). Flere studier tyder på at det er behov og nytte av tverrfaglige legemiddelgjennomganger også i sykehjem (Kersten m.fl., 2009, Ruths m.fl., 2003, Kjell H. Halvorsen m.fl., 2010, Roberts m.fl., 2001, Kunnskapssenteret, 2010). Det er ingen grunn til å tro at det ikke er behov for dette også i hjemmebaserte tjenester, tatt i betraktning at mange brukere der er multisyke med polyfarmasi (Næss, 2008). Dette er et område som bør utforskes nærmere.

Erfaringene med samarbeidet med farmasøyten i prosjektet var knappe fordi flere av fastlegene ikke hadde mottatt tilbakemeldinger fra farmasøyten. De legene som hadde mottatt tilbakemelding fra farmasøyten anså dette som nyttig, men i noe varierende grad. Tilbakemeldingene fra farmasøyten gikk ut på at farmasøyten stilte fastlegene noen spørsmål i forhold til kombinasjoner av medisiner. Han gjorde videre fastlegene oppmerksom på interaksjoner mellom medikamentene. Et eksempel på slik tilbakemelding fra farmasøyten vises i vedlegg 9. Fastlegene synes disse spørsmålene og opplysningene var gode påminnelser på noe de allerede visste. De påpekte også at utvalget i dette prosjektet var svært begrenset, og at tilbakemeldingene de hadde fått heller ikke var på hele pasientutvalget. Skepsisen i forhold til farmasøytens rolle kan på den annen side muligens forklares utfra en manglende kjennskap til kliniske farmasøyter og farmasøyter med spesiell kompetanse knyttet til eldre og legemidler.

Sykepleierne derimot mente farmasøytens tilbakemeldinger var svært relevante og nyttige i forhold til videre observasjon av pasienten. Sykepleierne baserte sine uttalelser på tilbakemelding knyttet til alle pasientene. Det kan altså her synes som om sykepleierne som skal ivareta den daglige oppfølgingen av pasienten har mer nytte av samarbeidet med farmasøyten enn fastlegen, som har ansvaret for legemiddelbehandlingen.

Det kan handle om at legene har et mangelfullt grunnlag å uttale seg på i dette prosjektet, men det kan også handle om at legen har en mer omfattende legemiddelkompetanse enn sykepleieren. Det er likevel viktig å understreke sykepleierens opplevelse av farmasøytens bidrag som nyttig fordi sykepleieren i dagens praksis har et stort ansvar for oppfølging av iverksatt legemiddelbehandling.

Farmasøyten ga tilbakemelding om at oppfølgingsplanen ga mulighet til å stille spørsmål til legemiddelbehandling, men at det ville være mer hensiktsmessig å være tilsted i plansamtalen for å få mer informasjon om pasientsituasjonen for å kunne spisse vurderingen noe mer. Helsedirektoratet jobber med å lage retningslinjer for legemiddelgjennomgang i

sykehjem, hjemmesykepleie og hos fastlege. Også i dette arbeidet diskuteres mulighetene for å involvere kliniske farmasøyter for å sikre slike vurderinger som fremkom av farmasøyten i dette prosjektet. På nasjonalt plan gjennomføres i disse dager en pilot i forhold til legemiddelgjennomgang i sykehjem (Nasjonal kampanje for pasientsikkerhet i regi av Kunnskapssentret)(Kunnskapssenteret, 2011). Også her ser man på muligheter til å sikre farmasøytiske deltakelse i legemiddelgjennomgangen.

Pasientens rolle i samhandlingen

Kun få studier har fokusert på økt innsats av det eksisterende hjelpeapparat i kommunehelsetjenesten for å bedre kvaliteten på tjenestene. En studie fra Danmark, som har en oppbygging av helsetjenesten vi godt kan sammenligne oss med, evaluerte en intervensjon som omhandlet økt samarbeid mellom fastleger og sykepleiere i hjemmetjenesten (Rytter m.fl., 2010). Studien indikerer at tettere oppfølging av en behandlingsplan er gjennomførbart. Likeledes indikerte studien at økt samhandling mellom pasient, sykepleier og fastlege øker pasientens forståelse og mestring av egen situasjon, og at pasient dermed tar kontakt med fastlege eller sykepleier når de følger seg dårlig, i stedet for sykehuset. En annen studie fra USA, som har en helsetjeneste svært forskjellig fra den norske, viste at et tverrfagligteam med høy kompetanse (geriater, geriatrik avansert sykepleier og sosial arbeider) hadde svært gode resultater i forhold til kvalitet på pleie/omsorg og pasienttilfredshet når de arbeidet målrettet inn mot gruppen skrøpelige, hjemmeboende eldre (Beck m.fl., 2009). Slike team finnes ut i fra vår kunnskap ikke i Norge, men kan være et eksempel til etterfølgelse i fremtidig forskning og fagutvikling.

Dette prosjektet innebar ikke intervjuer med involverte pasienter. Utsagn fra fastlegene og sykepleierne peker allikevel i den retning at flere involverte pasienter hadde uttrykt at de var svært fornøyd med den økte oppfølgningen, og at de følte seg bedre ivaretatt i prosjektet enn tidligere. Pasientgruppen er mennesker med mange sykdommer og stort hjelpebehov, og kan ikke uten videre forventes å være en aktiv part i en samhandling mellom fastlege og sykepleier i hjemmetjenesten. Den kan allikevel være en tanke at pårørende i større grad blir involvert i samhandlingen enn dette prosjektet gjorde. Rytter (Rytter m.fl., 2010) viser i sin studie at involvering av pasient, og her kan pårørende være pasientens representant, kan føre til økt trygghet til å bruke fastlege og hjemmesykepleie som primære kontaktpunkter ved sykdom.

4.3 Oppfølgingsplanen og eksisterende informasjonsutveksling

Kan en oppfølgingsplan bidra til nødvendig informasjon for vurdering og oppfølging av pasientens behov?

Det er hjemmetjenesten som er, eller bør være, i posisjon til kontinuerlig å observere pasientsituasjonen med større eller mindre endringer i funksjonsnivå. Hjemmetjenesten kan sees som premissleverandør av helseinformasjon i samhandlingen om pasientoppfølgingen. Gjennomføringen av prosjektet avdekket at systematisk informasjonsinnhenting og vurdering *i samarbeid med pasienten* ikke var en del av eksisterende praksis. Hensynet til

pasientens medbestemmelsesrett er framtreddende i pasientjournalforskriften, pasientrettighetsloven samt yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere og leger (Sykepleierforbund, 2011, Legeforening, 2002). Utprøving av modellen førte til systematisk og strukturell informasjonshenting. Det ser ut til at modellen bidro til bedre kartlegging og ivaretagelse av pasientens preferanser på grunn av økt nærhet til pasientsituasjonen.

Dokumentasjonsplikten er hovedsakelig begrunnet i hensynet til kvalitet og kontinuitet i pleien og behandlingen, samt muligheten til etterprøvbare helsehjelpen som er gitt (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999). Funn viser at oppfølgingsplanen, som en skjematisk mal, bidro til nødvendig informasjon for å kunne utføre forsvarlig helsehjelp. Både sykepleiere og leger sa at *innholdet* i informasjonen gav et helhetlig bilde av pasientsituasjonen og faglig trygghet i oppfølgingen. Eksempel på at sykepleierne opplevde oppfølgingsplanen som nyttig var at de underveis ba om å få benytte verktøyet også til andre pasienter i kommunen som ikke var inkludert i prosjektet. Udekkede behov ble gjort til kjenne gjennom ny praksis. Legene på sin side opplevde det nyttig å vite at sykepleierne hadde tilstrekkelig informasjon og at de kom til felles og helhetlig forståelse for pasientsituasjonen. I denne sammenheng påpekte begge yrkesgrupper viktigheten av en sykepleiefaglig kompetent primærkontakt/ samhandlingspartner.

Kan en oppfølgingsplan bidra til prosessorientert dokumentasjon og økt beslutningsstøtte?

Før oppstart av prosjektet bar hjemmetjenestens dokumentasjon preg av å være ufullstendig, i liten grad oppdatert og vanskelig tilgjengelig. Dokumentasjonen ble også beskrevet som det Moen m.fl. (2002) kaller *fortløpende dokumentasjon*. Fortløpende dokumentasjon har et fortellende preg og ord og uttrykk er ikke standardisert i noen grad. Dokumentasjonen kan sammenliknes med en dagbok eller en logg. Den er mer eller mindre detaljert og inneholder subjektive og objektive data (Moen m.fl., 2002). Prosjektets funn samsvarer med forskning som viser at fortløpende dokumentasjon er utbredt i hjemmetjenesten (Gjevjon og Helleso, 2010).

I forskningslitteraturen er det en utbredt forståelse at den *proessorienterte dokumentasjonen* er best egnet for å sikre kontinuitet og kvalitet i pleie- og behandling (Gjevjon og Helleso, 2010, Gyltnes, 2006). Moen m.fl. (2002) beskriver utarbeiding av sykepleieplaner som prosessorientert dokumentasjon. Prosessorientert dokumentasjon av sykepleien er også i tråd med Helsetilsynets anbefalinger for ordning av pasientjournalen, som samsvarer med journalforskriftens kvalitetskrav til hva dokumentasjonen skal omfatte (Statens helsetilsyn, 1994, Helse- og omsorgsdepartementet, 2000, Strandquist, 2007, KITH, 2011, Sykepleierforbund, 2007). I pasientjournalforskriftens § 8 (med hjemmel i helsepersonellovens § 40) er det gitt detaljerte bestemmelser om hva en pasientjournal skal inneholde (Helse- og omsorgsdepartementet, 2000). Det stilles også krav til hvordan innholdet skal behandles. I tillegg til sykepleierne og legenes erfaringer om den *eksisterende informasjonens* uhensiktsmessige *form/struktur*, kan en stille spørsmål om informasjonens *innhold* tilfredsstillende faglige og juridiske krav til gyldighet og etterrettelighet.

En av hensiktene med pasientjournalen er at den også skal fungere som et arbeidsverktøy for sykepleiere og leger. Det betyr at sykepleiedelen i journalen må struktureres og inneholde informasjon som ivaretar daglig oppfølging. Før prosjektstart erfarte sykepleierne

manglende mal/standard for beslutningsstøtte i hjemmetjenestens EPJ-system. De savnet en mal som ivaretok systematisk observasjon og vurdering av pasientens funksjonsområder, i tråd med prosessorientert dokumentasjon. En tankevekker er at standard for funksjonsområder (for eksempel "sirkulasjon", "ernæring") var fjernet fra CosDok programmet - hjemmetjenestens EPJ system i den ene kommunen.

Sykepleierne opplevde at verktøyene i samhandlingsmodellen erstattet en "tapt funksjon" i EPJ. Det vil si en systematisk kartlegging av helsetilstand på ulike funksjonsområder. Verktøyene dekket en savnet funksjon i eksisterende journalsystem. I samsvar med litteratur om beslutningsstøttesystem (Sykepleierforbund, 2007, Moen m.fl., 2002) ble verktøyene sett som hjelpemiddel til kliniske beslutninger, både gjennom påminnelser i form av standardtekst og indirekte råd om hva det skulle samhandles om.

Gjennom prosjektet erfarte både sykepleiere og leger oppfølgingsplanen som en systematisk beslutningsstøtte. Verktøyets *struktur* fungerte som en standard/ mal og førte til økt beslutningsgrunnlag, det vil si fungerte som et faglig beslutningsstøtteverktøy. Samhandlingsmodellen vil, dersom den gjennomføres etter intensjonen inneholde:

a) *nødvendig informasjonskartlegging*, eksempelvis funksjonssvikt og indikasjon for legemiddelbehandling

b) *en konkret handlingsplan* i forhold til nødvendige observasjoner og vurderinger, prøver som skal følges opp, tiltak ved akutt endring samt revurdering på et gitt tidspunkt.

Kapitlet har så langt belyst funn basert på sykepleiernes og legenes erfaringer. Sykepleiernes kartlegging i forkant og oppfølgingssamtalen bidro til å framskaffe nødvendig og tilstrekkelig informasjon for å møte pasientens hjelpebehov. Samhandlingsmodellen ser ut til å understøtte prosessorientert dokumentasjon og økt beslutningsstøtte.

Deltakernes erfaringer viser at EPJ og e-meldinger i seg selv ikke er tilstrekkelig for kontinuerlig systematisk dokumentasjon og informasjonsutveksling. Utprøving av modellen avdekket uohensiktsmessig *organisering* av eksisterende informasjonsutveksling innad i hjemmetjenesten og mellom hjemmetjeneste og fastlege. Uklar *ansvarsfordeling* og uoversiktlige, uohensiktsmessige *arbeidsprosesser* i informasjonsutvekslingen ble avdekket.

Organisatoriske forutsetninger

Bemanning, ansvarsfordeling og sykepleierens rolle

Sykepleierne i prosjektet påpekte at en forutsetning for å innføre modellen med oppfølgingsplan er riktig grunnbemanning og funksjonsfordeling i hjemmetjenesten. Hovedinntrykket ved prosjektstart var for lav sykepleiedekning og uklar ansvarsfordeling, noe som ble ytterligere synliggjort i prosjektgjennomføringen. I følge Gjevjon (Gjevjon, 2009) kan lav bemanning, begrensede ressurser og krav til effektivitet føre til at de ansatte må være fleksible og bli brukt der det er behov, og ikke nødvendigvis der de er kjent. Det går imidlertid ikke fram av rapporten om tjenestene er koordinert i henhold til *kompetansebehov*. Når det arbeides for å ivareta kontinuitet i hjemmetjenesten, kan det se

ut som *tjenesteperspektivet* er det rådende, og ikke *pasientperspektivet* (Gjevjon, 2009, Hellesø og Lorensen, 2005).

I et prosjekt initiert av Norsk sykepleierforbund om kompetanse og kvalitet i hjemmetjenesten, presenteres behovet for pasientansvarlig (PAS) og primærkontakt (Strandquist, 2007). Prosjektet la til grunn at ansatte med helsefaglig høyskoleutdanning kunne være PAS, det vil si i de fleste tilfeller sykepleier. Imidlertid var funksjonsbeskrivelsene og forholdet mellom funksjonene PAS og primærkontakt lite konkrete og ordningen ble praktisert forskjellig (Strandquist, 2007). I en prosjektkommune var for eksempel ansvaret for pasientene ikke tydelig fordelt på sykepleierne. Flere mente at sykepleierne skulle dele ansvaret for de sykeste pasientene. Samtidig var det utydelig hvilken sykepleier som hadde ansvar for pasienter som oftest fikk hjelp fra helsefagarbeidere og assistenter. Noen av pasientene hadde sjelden eller aldri besøk av sykepleier (Strandquist, 2007).

Sykepleierrollen og ansvarsfordelingen mellom sykepleier og lege ble tydeligere for deltakerne gjennom prosjektet. Sykepleiernes opprinnelige funksjon (Henderson, 1960, 1980, 1991, Orem, 2001, Kirkevold, 1992) og virke: sykepleiepraksis (Kim, 2000), ble erfart "tatt tilbake" til pasientens beste. Sykepleierne uttrykte også å bli mer bevisstgjort sykepleiefunksjonen, slik den i følge sykepleierne er og bør være. Gjennom prosjektet påpekte begge yrkesgrupper viktigheten av en sykepleiefaglig primærkontakt med nærhet til pasientpreferanser og pasientsituasjon i sin helhet. Ut i fra erfaringer med prosjektgjennomføringen ser det ut til å være nødvendig med et kritisk blikk på bestiller – utfører modellen (BUM) i hjemmetjenesten. Bør BUM - modellen revurderes og/ eller videreutvikles? I NSF-ID's veileder om dokumentasjon og samhandling (Sykepleierforbund, 2007) anbefales det at *sykepleietjenesten arbeider aktivt for å klargjøre informasjonsbehovet sykepleiere har, både intra- og interorganisatorisk.*

Prosjektet kan sees som et bidrag i denne sammenheng, men avdekker også behovet for en økt sykepleiebemannings, ansvarsfordeling i pleieteamet og funksjonsbeskrivelser for systematisk informasjonshåndtering. I St.mld. 16 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2010) om organisatoriske virkemidler står det at rasjonell oppgavefordeling må utvikles lokalt og nasjonalt. Ledere på alle nivåer har ansvar for å motivere og legge til rette for samarbeid (Helse- og omsorgsdepartementet, 2010, Sykepleierforbund, 2007). Sykepleierne i prosjektet understreket også at kvalitetsforbedring og endring må forankres hos ledelsen. I en av deltakerkommunene er det hjelpepleier som soneleder i hjemmetjenesten. Det kan være relevant å diskutere hvilke faglige og organisatoriske begrensninger det kan gi i et samhandlings- og kvalitetsforbedringsperspektiv.

Avklaring av arbeidsprosesser og behov for opplæring i bruk av elektroniske verktøy for samhandling

Målet med prosjektgjennomføringen var blant annet å formalisere ansvar og rutiner for iverksatt behandling og helsetilstand. Et viktig fokus i funnene var *hva slags* informasjon som utveksles, og *hvordan* den utveksles innad i hjemmetjenesten og mellom fastlege og hjemmetjeneste. Ved uttesting av modellen ble det i tillegg avdekket behov for utarbeiding

av retningslinjer for dokumentasjonens innhold og struktur, samt hensiktsmessige rutiner for å dokumentere.

Det er krav om utvikling av kvalitetsindikatorer opp mot virksomhetens internkontroll (Helse- og omsorgsdepartementet, 2010, Moen m.fl., 2002). Våren 2010 startet Utviklingscenteret i Vestfold en kartlegging av kvaliteten på pleiedokumentasjonen i en av deltakerkommunene. Det ble konkludert med at de ansatte trengte opplæring i pleieplanskriving og formelle krav (Vestfold, 2010). Opplæring ble gjennomført av utviklingscenteret parallelt med gjeldende prosjekt. Samhandlingsmodellen og oppfølgingsplanen kan sees som en kvalitetsindikator og et ledd i kvalitetsforbedrende arbeid.

En avgjørende faktor i samhandlingen, både innad i hjemmetjenesten og utad mot fastlege, er hensiktsmessige arbeidsverktøy. I følge EPJ Monitor (2008) var det 56% av kommunene som oppga at de hadde fullført innføring av EPJ innenfor hjemmesykepleien, (rapporten estimerte 70% i 2010). Begge deltakerkommunene har intern EPJ for informasjonshåndtering og dokumentasjon, men bare den ene kommunen har system for e-melding mellom hjemmetjeneste og fastlege gjennom Elin-K prosjektet (2007-2009). Det er relevant å spørre om det er behov for å se nærmere på eksisterende EPJ systemers muligheter og begrensninger for informasjonshåndtering? Det vil være forskjellig i kommunene, avhengig av med/uten e-melding og system.

Erfaringer fra prosjektgjennomføringen har vist at innføring av et nytt verktøy som oppfølgingsplanen, krever opplæring og oppfølging i verktøyets hensikt og anvendelse. Implementering av et nytt verktøy i eksisterende EPJ- system har også muligheter og begrensninger. Utfordringen med å implementere en felles oppfølgingsplan er at den ikke blir liggende som et statisk verktøy, men anvendes systematisk og dynamisk inn mot de enkelte fagsystem, - og fortløpende via e-meldinger mellom fagsystemene.

Prosjektets funn samsvarer med organisatoriske virkemidler som Stortingsmelding 16 påpeker: *Eksisterende møteplasser må utnyttes, og nye skapes*. Funnene framhever at e-meldinger er en hovedforutsetning for tverrfaglig samhandling. Imidlertid kom det også klart fram i prosjektgjennomføringen at elektronisk verktøy og e-meldinger i seg selv ikke er tilstrekkelig for kontinuerlig og kvalitetsmessig dokumentasjon og informasjonshåndtering. Når det gjelder Stortingsmelding 16 og henvisning til at nye møteplasser må skapes, understøtter funnene nytten av å møtes. Rapporten understreker at moderne informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) kan ikke alene sikre effektiv samhandling.

5. Konklusjon

Pilotstudien skulle:

1. Teste ut en modell/verktøy for å **formalisere ansvar og rutiner for oppfølging av iverksatt behandling og helsetilstand** hos multisyke hjemmeboende eldre med utstrakt legemiddelbruk.

Oppfølgingsplanen har bidratt til å formalisere ansvar og rutiner for oppfølging av iverksatt behandling og helsetilstand hos pasientene. Både sykepleiere, leger og farmasøyt bekrefter at det er tydeligere hvem som har ansvar for hvilke oppgaver i forhold til pasientens behov for slik helsehjelp.

2. Sikre at **tverrfaglig samvurdering av legemiddelbehandling og helsetilstand** hos multisyke eldre er en del av helsehjelpen pasienten mottar i primærhelsetjenesten.

Oppfølgingsplanen har bidratt til en tverrfaglig samvurdering av pasientsituasjonene utover det som var praksis ved oppstart av pilotstudien.

3. Bidra til økt kunnskap i primærhelsetjenesten om nødvendig observasjon og vurdering hos gruppen multisyke hjemmeboende eldre med utstrakt legemiddelbruk

Studien har bidratt til mer kunnskap om kjennetegn ved behov for helsehjelp hos multisyke eldre. Det er kunnskap som ikke er generaliserbar, men som kan være viktig i forhold til å vise områder der det må gjøres mer vitenskapelig arbeid for å skape gode grunnlag for å gjøre beslutninger om organisering av og tilbud om helsetjenester til syke hjemmeboende eldre. Studien har også bidratt til å kaste lys over sykepleierens og legens ansvar, rolle og oppgaver knyttet til helsehjelp til pasientgruppen.

Helsehjelp til multisyke hjemmeboende eldre innebærer også å forholde seg til en rekke kontrollerbare og ukontrollerbare variabler med tanke på pasienten, pårørende og sosiale forhold. Likevel vil det være rom for forbedringer i den kliniske utøvelsen på områder der helsepersonell kan kontrollere nøkkelfaktorer.

Vår oppfatning er at behovet for slik systematisk oppfølging av denne pasientgruppen er stort, og at det kan være en slik nøkkelfaktor. Arbeidet med oppfølgingsplanen har vært nyttig både for sykepleier og lege i oppfølgingen av de syke gamle pasientene. Dette prosjektet kan ikke si noe om nytten for pasienten. Vi har ikke målinger som sier noe om

eventuell effekt. Leger og sykepleiere forteller imidlertid om mer samstemt vurdering av pasientsituasjonen, og om endringer som er gjort i pasientbehandlingen som følge av samvurderingen. Sykepleierne forteller om økt fokus på observasjon og oppfølging. Det er dermed grunn til å tro at "små endringer" oftere observeres. Sykepleierne forteller også om bedre mulighet til å få kontakt med lege angående en pasientsituasjon de har en felles oppfatning av. Slik sett er det grunn til å tro at man fanger opp små endringer og iverksetter tiltak *før* pasienten utvikler akutt funksjonssvikt, og at oppfølgingsplanen dermed kan sies å ha en ønsket effekt.

Sykepleierne som har deltatt i studien forteller at flere pasienter og pårørende har opplevd deltagelse i prosjektet som svært positivt. Pasienter har sagt at de føler seg bedre ivaretatt i prosjektet enn de var før. En sykepleier sa følgende: "Jeg opplevde jo at der vi manglet diabetes diagnose og var inne og målte et blodsukker synes han (pasienten) det var fantastisk fint og betryggende, at det var noen som passet på han liksom. Selv om legen sikkert tok langtidsblodsukker, så var han sikkert ikke ofte hos legen for han var ganske frisk og oppegående. Kona synes også det var fantastisk." Om andre pasienter sa en sykepleier: "En annen som vi fulgte tettere opp med blodtrykksmåling, var også kjempefornøyd. Også hun med KOLS ville mer enn gjerne være med i prosjektet for å bli vurdert grundig...bare fordeler det. Alle var veldig positive."

Slike pasientutsagn som vi fikk tilgang til gjennom sykepleierne, styrker vår oppfatning om et stort behov for tverrfaglig og systematisk oppfølging og vurdering også fra pasientens side. Vår oppfatning er derfor avslutningsvis at en bedre struktur og ansvarsfordeling, hensiktsmessige verktøy og systematisk bruk av kompetanse kan være en vei til en bedre utnyttelse av ressurser i helsevesenet på tvers av eksisterende organisatoriske rammer og begrensninger.

6. Behov for videre forskning

Pilotstudien gir ikke grunnlag for generaliserbar kunnskap. Den viser likevel sårbarhetspunkter og viktige innsatsområder for nye samhandlingsmodeller. Det vil være behov for forskning knyttet til implementering og måling av eventuelle effekter på flere områder.

Pilotstudien viser områder der det er nødvendig med mer kompetanse for å møte behovene i morgendagens helsetjeneste til syke hjemmeboende eldre. Her finner pilotstudien støtte i andre studier som omtalt. Det vil være nødvendig med systematisk kompetanseutvikling og strukturert bruk av sykepleierens kompetanse for å møte behovene hos den aktuelle pasientgruppen. Slik satsning bør dokumenteres og vitenskapelig evalueres.

Samhandlingsreformen bær bud om nye oppgaver, behov for omorganisering og utvidet ansvar knyttet til helsetjenester i kommunene. En rekke prosjekt har søkt og fått midler til å

prøve ut nye modeller. Det er helt nødvendig at slike prosjekt og omleggingen av helsetjenesten vi står foran, følges av forskning. Vi må utvikle kunnskap om eventuelle effekter og konsekvenser av ny praksis som fundament for videre utvikling av våre helsetjenester til syke eldre.

7.Litteraturreferanser

- Aaraas, I. J., Jensvold, M., Bjøru, H., Olsen, A., Rinnaas, I. H., Wyller, T. B., Bing-Jonsson, P. C., Folgerø, T. & Tveito, L. (2011) I *Helsetjenester til syke eldre. Rapport fra ekspertgruppe nedsatt av Helse- og omsorgsdepartementet november 2010*. Oslo.
- Beck, R. A., Arizmendi, A., Purnell, C., Fultz, B. A. & Callahan, C. M. (2009) House calls for seniors: building and sustaining a model of care for homebound seniors.[Erratum appears in J Am Geriatr Soc. 2010 Nov;58(11):2258]. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(6) Jun, s. 1103-9.
- Beswick, A. D., Rees, K., Dieppe, P., Ayis, S., Goberman-Hill, R., Horwood, J. & Ebrahim, S. (2008) Complex interventions to improve physical function and maintain independent living in elderly people: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*, 371(9614) Mar 1, s. 725-35.
- Dick, K. & Frazier, S. C. (2006) An exploration of nurse practitioner care to homebound frail elders. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 18(7) Jul, s. 325-34.
- Eriksen, B. O. (1999) I *The potential for reducing inappropriate hospital admissions. A study of health benefits and costs in a department of internal medicine*. Tromsø, Universitetet i Tromsø.
- Fjelltnun, A. M. S. (2009) I *Å vente på sykehjemsplass: en studie av livssituasjonen til hjelpetruende eldre og deres pårørende*. Tromsø, Universitetet i Tromsø.
- Folgerø, T. (2010) I *Lik rett til diagnostikk og behandling?* Oslo, Dagens Medicin
- Forde, R., Pedersen, R., Nortvedt, P. & Aasland, O. G. (2006) [Enough resources to the care of the elderly?]. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 126(15) Aug 10, s. 1913-6.
- Fortinsky, R. H., Madigan, E. A., Sheehan, T. J., Tullai-McGuinness, S. & Fenster, J. R. (2006) Risk factors for hospitalization among Medicare home care patients. *Western Journal of Nursing Research*, 28(8) Dec, s. 902-17.
- Garfinkel, D. & Mangin, D. (2010) Feasibility study of a systematic approach for discontinuation of multiple medications in older adults: addressing polypharmacy. *Archives of Internal Medicine*, 170(18) Oct 11, s. 1648-54.
- Gjevjon, E. R. (2009) I *Kontinuitet i hjemmetjenesten - en foreløpig rapport basert på intervjuer med tjenestemottakere, pårørende og ledere*. Gjøvik, Senter for omsorgsforskning.
- Gjevjon, E. R. & Hellesø, R. (2010) The quality of home care nurses' documentation in new electronic patient records. *Journal of Clinical Nursing*, 19(1-2) Jan, s. 100-8.
- Gyltnes, K. A. Ø. (2006) I *Veiledende pleieplaner og ivaretagelse av pasientressurser*. Oslo, Universitetet i Oslo.
- Halkier, B. (red.) (2010) *Fokusgrupper*. Oslo, Gyldendal Akademisk.
- Halvorsen, K. (red.) (2008) *Å forske på samfunnet. En innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo, Cappelen Forlag.
- Halvorsen, K. H., Ruths, S., Granas, A. G. & Viktil, K. K. (2010) Multidisciplinary intervention to identify and resolve drug-related problems in Norwegian nursing homes. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 28(2) Jun, s. 82-8.
- Hellesø, R. & Lorensen, M. (2005) Inter-organizational continuity of care and the electronic patient record: A concept development. *International Journal of Nursing Studies*, 42(7), s. 807-822.
- Helse- og omsorgsdepartementet (1999) I *LOV 1999-07-02 nr 64: Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)*. Oslo, Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2000) I *Forskrift om pasientjournal* Oslo, Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2008) I *St.meld.nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Oslo.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2010) I *St. meld. 16. Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)*. Oslo.

- Helsetilsynet (2009) I *Rapport fra tilsyn med hjemmetjenester til pasienter i hjemmesykepleien i Oslo kommune bydel Gamle Oslo*. Oslo, Helsetilsynet i Oslo og Akershus.
- Henderson, V. (1960) I *ICN. Sykepleierens grunnprinsipper*. Oslo, Norsk Sykepleierforbund.
- Henderson, V. (1980) Preserving the essence of nursing in a technological age. *Journal of Advanced Nursing*, 5, s. 245-260.
- Henderson, V. (1991) I *Sykepleiens natur. Refleksjoner etter 25 år*. Oslo, Universitetsforlaget.
- Inouye, S. K. (2006) Delirium in older persons. *New England Journal of Medicine*, 354(11) Mar 16, s. 1157-65.
- Kalseth, B. B., Midttun, L., Paulsen, B. & Nygård, L. (2004) I *Utviklingstrekk i kommunhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten - oppgaveutvikling og samspill*. Trondheim, SINTEF Helse.
- Kersten, H., Ruths, S. & Wyller, T. B. (2009) Farmakoterapi i sykehjem. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 129(17) Sep 10, s. 1732-5.
- Kim, H. S. (2000) I *The Nature of Theoretical Thinking in Nursing*. New Yourk, Springer Publishing Company.
- King, A. C., Pruitt, L. A., Woo, S., Castro, C. M., Ahn, D. K., Vitiello, M. V., Woodward, S. H. & Bliwise, D. L. (2008) Effects of moderate-intensity exercise on polysomnographic and subjective sleep quality in older adults with mild to moderate sleep complaints. *Journals of Gerontology Series A-Biological Sciences & Medical Sciences*, 63(9) Sep, s. 997-1004.
- Kirkevold, M. (1992) I *Sykepleieteorier - analyse og evaluering*. Oslo, Ad Notam Gyldendal.
- KITH (2011) *Fastsetter felles IT-språk: Utreder, Standardiserer, Sertifiserer*. [internett] Tilgjengelig fra: <http://www.kith.no/>
- Kunnskapssenteret (2010) I *Effekt av tiltak for å redusere potensielt uhensiktsmessig bruk av legemidler i sykehjem: en systematisk oversikt over randomiserte kontrollerte forsøk*. Oslo, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- Kunnskapssenteret (2011) I *trygge hender 24-7* [internett] Tilgjengelig fra: <http://www.pasientsikkerhetskampanjen.no/> [lest: 27.05.2011].
- Legeforening, D. N. (2002) I *Etiske regler for leger*. Oslo, Den Norske Legeforening.
- Mesteig, M., Helbostad, J. L., Sletvold, O., Rosstad, T. & Saltvedt, I. (2010) Unwanted incidents during transition of geriatric patients from hospital to home: a prospective observational study. *BMC Health Serv Res*, 10, s. 1.
- Modin, S. & Furhoff, A.-K. (2002) Care by general practitioners and district nurses of patients receiving home nursing: a study from suburban Stockholm. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 20(4) Dec, s. 208-12.
- Moen, A., Hellesø, R., Quivey, M. & Berge, A. (red.) (2002) *Dokumentasjon og informasjonshåndtering: Faglige og juridiske utfordringer og krav til journalføring for sykepleiere*. Oslo, Akribe Forlag.
- Nilsen, L. (2011) I *Legene overser statinbivirkninger*. 04.05.2011 utg. Oslo, Dagens Medisin.
- Næss, G. (2008) I *Hvilke sykepleiefaglige behov har skrøpelige gamle som kommer til akuttmottaket?* Tønsberg, Høgskolen i Vestfold.
- Næss, G. (2011) Hvilke behov for helsehjelp har skrøpelige hjemmeboende gamle? *Rapport in press*.
- Orem, D. E. (2001) I *Nursing concepts of Practice*. St. Louis, Mosby Inc.
- Ranhoff, A. H. (2010) Legemidler til eldre - til nytte eller skade. *Tidsskrift for sykepleiere i geriatri og demens*, 2(2), s. 6-8.
- Resnick, N. M. & Marcantonio, E. R. (1997) How should clinical care of the aged differ? *Lancet*, 350(9085) Oct 18, s. 1157-8.
- Roberts, M. S., Stokes, J. A., King, M. A., Lynne, T. A., Purdie, D. M., Glasziou, P. P., Wilson, D. A., McCarthy, S. T., Brooks, G. E., de Looze, F. J. & Del Mar, C. B. (2001) Outcomes of a randomized controlled trial of a clinical pharmacy intervention in 52 nursing homes. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 51(3) Mar, s. 257-65.
- Romøren, T. I. (2006) Kommunale hjemmetjenester - fra eldreomsorg til "yngreomsorg"? *Aldring og Livslöp*, 4, s. 2-10.

- Romøren, T. I. & Svorken, B. (2003) I *Velferdsstat og velferdskommune: iverksettingen av "Handlingsplan for eldreomsorgen" i kommunene i Nord-Trøndelag*. Oslo, Norsk Institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Rowe, J. W. (1985) Health care of the elderly. *New England Journal of Medicine*, 312(13) Mar 28, s. 827-35.
- Ruths, S., Straand, J. & Nygaard, H. A. (2003) Multidisciplinary medication review in nursing home residents: what are the most significant drug-related problems? The Bergen District Nursing Home (BEDNURS) study. *Quality & Safety in Health Care*, 12(3) Jun, s. 176-80.
- Rytter, L., Jakobsen, H. N., Ronholt, F., Hammer, A. V., Andreasen, A. H., Nissen, A. & Kjellberg, J. (2010) Comprehensive discharge follow-up in patients' homes by GPs and district nurses of elderly patients. A randomized controlled trial. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 28(3) Sep, s. 146-53.
- Scott, I. & Jayathissa, S. (2010) Quality of drug prescribing in older patients: is there a problem and can we improve it? *Internal Medicine Journal*, 40(1) Jan, s. 7-18.
- Seierstad, T. Ø., Holmeide, A. M. & Eimot, M. (2010) I *Utskrivningsklare pasienter - Hvem er de og hvor hører de hjemme?* Lovisenberg, Analysesenteret AS.
- Selbæk, G. (2008) I *Behavioural and psychological symptoms of dementia in Norwegian nursing homes - prevalence, course and association with psychotropic drug use*. Oslo, Universitetet i Oslo.
- Statens helsetilsyn (1994) I *Pasientjournalen. Innhold, gruppering og arkivering av pasientdokument*. Oslo, Statens helsetilsyn.
- Stott, D. J., Langhorne, P. & Knight, P. V. (2008) Multidisciplinary care for elderly people in the community. *Lancet*, 371(9614) Mar 1, s. 699-700.
- Strandquist, M. (2007) I *Kompetanse i hjemmetjenesten. Kvalitet og forutsigbarhet for pasienten*. Tønsberg, Høgskolen i Vestfold.
- Sykepleierforbund, N. (2007) I *Dokumentasjon av sykepleie i elektronisk pasientjournal*. Hamar, Norsk Sykepleierforbund.
- Sykepleierforbund, N. (2011) I *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Norge, Norsk Sykepleierforbund.
- Sørbye, L. W., Grue, E. V. & Vetvik, E. (2009) I *Kunnskap om svikt i tjenester til skrøpelige eldre. Nyere forskning relatert til helse- og sosialtjenesten*. Oslo, Diakonhjemmet Høgskole.
- Vestfold, U. f. s. o. h. (2010) I *Årsrapport*. Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester Vestfold
- Viktil, K. K. & Blix, H. S. (2008) The impact of clinical pharmacists on drug-related problems and clinical outcomes. *Basic & Clinical Pharmacology & Toxicology*, 102(3) Mar, s. 275-80.
- Viktil, K. K., Blix, H. S., Moger, T. A. & Reikvam, A. (2007) Polypharmacy as commonly defined is an indicator of limited value in the assessment of drug-related problems. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 63(2) Feb, s. 187-95.
- Viktil, K. K., Blix, H. S., Reikvam, A., Moger, T. A., Hjemaas, B. J., Walseth, E. K., Vraalsen, T. F., Pretsch, P. & Jorgensen, F. (2004) Comparison of drug-related problems in different patient groups. *Annals of Pharmacotherapy*, 38(6) Jun, s. 942-8.
- Zhang, M., Holman, C. D. A. J., Price, S. D., Sanfilippo, F. M., Preen, D. B. & Bulsara, M. K. (2009) Comorbidity and repeat admission to hospital for adverse drug reactions in older adults: retrospective cohort study. *BMJ*, 338, s. a2752.

Vedlegg

Vedlegg 1: Sykepleierskjema: Nødvendige opplysninger som må fremskaffes til gjennomgang av pasientsituasjoner.

Vedlegg 2: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring til deltagende pasienter og helsepersonell.

Vedlegg 3: Intervjuguide brukt før oppstart av testperioden (baseline)

Vedlegg 4: Intervjuguide brukt midtveis i testperioden

Vedlegg 5: Program/intervjuguide for rundbordskonferanse

Vedlegg 6: Godkjenning fra Regional Etisk komite for medisinsk forskning

Vedlegg 7: Samarbeidsplan (opprinnelig versjon): Plan for oppfølging av medisinsk behandling og vurdering av helsetilstand hos pasienter i samarbeid mellom hjemmesykepleie.

Vedlegg 8: Samarbeidsplan (bearbeidet versjon): Plan for oppfølging av medisinsk behandling og vurdering av helsetilstand hos pasienter i samarbeid mellom hjemmesykepleie.

Vedlegg 9: Eksempel på tilbakemelding fra farmasøyten i prosjektet.

Vedlegg 1.

Nødvendige opplysninger som må fremskaffes til gjennomgang av pasientsituasjoner:

Navn: (fjernes før dette dokumentet brukes i studien)

Prosjekt nr: (fylles ut av prosjektleder)

Pasientens alder :

Bosituasjon:

Familie/sosialt nettverk:

Tidligere sykehistorie:

Aktive diagnoser (dvs som du mener gir pasienten problem/behov nå):

Vedtak om helsehjelp med endringer det siste halve året:

Tidsbruk hos pasienten:

Iplos – skår:

Medikamentell behandling: (Legg evt med med. ark)

Eventuelle bivirkninger?

Sist innlagt i sykehus (Når, hvorfor, resultat?)

Hva er definert som problem/behov hos denne pasienten i pleieplan eller individuell plan?

Hvordan vurderer du pasientens funksjonsnivå? (Samlet vurdering)

Hvordan er pasienten påvirket av alderdom/sykdom ifht:

(Vær spesielt obs på endringer)

Respirasjon: dyspnoe, hoste, expektorat osv.

Sirkulasjon: (BT/P, ødemer, sårtendens, ortostatisk blodtrykksfall)

Ernæring: Vekt/BMI. Ernæringsstatus. Spesielle behov hos pasienten?

Eliminasjon: (Diurese, avføring inkontinens)

Smerte/velvære: (Har pasienten smerter, evt når og hvor, Effekt av smertelindring?)

Hygiene: (Hva kan pasienten gjøre selv ifht hygiene/personlig stell)

Fysisk funksjon: (Hva kan pasienten klare ifht bevegelse/aktivitet i hverdagen, falltendens?)

Kognitiv funksjon: (Er pasienten klar og orientert, tegn til en kognitiv svikt? Akutt forvirring?)

Psykisk funksjon: (Er pasienten i godt humør, nedstemt i noen grad, viser han tegn til psykisk lidelse?)

Eventuelt annet du ønsker å diskutere med legen?:

Vedlegg 2. Informasjonsskriv a) og samtykkeerklæring til deltagende pasienter b) og deltagende helsepersonell c).

a. Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”Kvalitetssikring av oppfølging av helsetilstand og medikamentell behandling hos hjemmeboende multisyke eldre med utstrakt legemiddelbruk?”

Bakgrunn og hensikt

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie for å kvalitetssikre oppfølging av deg i kommunehelsetjenesten med tanke på din helsetilstand og medisinene du bruker. . Mange syke gamle som bor hjemme og mottar hjemmesykepleie har et stort behov for medisinsk oppfølging og vurdering. Denne studien vil prøve ut nye rutiner for samarbeid mellom fastleger, hjemmesykepleie og farmasøyt på sykehuset.

Hva innebærer studien?

Studien innebærer at anonymiserte opplysninger om deg vurderes i en gruppe av sykepleiere, leger og farmasøyt for å avgjøre hvilke observasjoner og vurderinger som er nødvendig for å sikre deg god oppfølging fra kommunehelsetjenesten..

Opplysningene om deg som skal brukes i studien fremkommer fra hjemmesykepleien og fastlegen din, dersom du tillater at dine opplysninger brukes i studien.

Til sammen skal gruppen av helsepersonell vurdere og kartlegge 50 pasientsituasjoner.

Du vil ikke måtte svare på noen spørsmål eller gjøre noe annet for å delta i studien.

Mulige fordeler og ulemper

Det vil ikke medføre noen ulemper for deg å delta i studien. Det kan være en fordel at din situasjon diskuteres grundig og at dine hjelpebehov fremkommer tydelig. Dersom det fremkommer at du har spesielle behov som ikke ivaretas, vil din kommune gjøres oppmerksom på at en slik situasjon er avdekket.

Hva skjer med prøvene og informasjonen om deg?

Informasjonen skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennerende opplysninger. Det vil ikke eksistere noen liste med navn over pasienter som er vurdert i studien.

Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dette vil ikke få konsekvenser for din videre hjelp fra kommunen. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte

Prosjektleder Gro Næss på telefon 47 75 29 86.

b. Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien ”Kvalitetssikring av oppfølging av helsetilstand og medikamentell behandling hos hjemmeboende multisyke eldre med utstrakt legemiddelbruk”

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Stedfortredende samtykke når berettiget, enten i tillegg til personen selv eller istedenfor

(Signert av nærstående, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, rolle i studien, dato)

c. Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien ”Kvalitetssikring av oppfølging av helsetilstand og medikamentell behandling hos hjemmeboende multisyke eldre med utstrakt legemiddelbruk”

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 3. Intervjuguide brukt før oppstart av testperioden (baseline)

Intervju av fastleger/sykepleiere i prosjekt ”Kvalitetssikring av oppfølging av helsetilstand og medikamentell behandling hos hjemmeboende multisyke eldre med utstrakt legemiddelbruk”.

Intervjuguide

- Hva oppfatter du som ditt ansvar knyttet til oppfølging av helsetilstand og medikamentell behandling hos dine pasienter som er over 75 år, hjemmeboende, multisyke og har utstrakt legemiddelbruk?
- Hva oppfatter du som hjemmesykepleiers ansvar for den samme pasientgruppen?
- Hvordan foregår samarbeidet med hjemmesykepleietjenesten knyttet til denne pasientgruppen, og hva samarbeider dere om?
- Er det andre instanser/fagpersoner du samarbeider med i forhold til denne pasientgruppen? Hvordan foregår eventuelt dette samarbeidet?
- Hvordan samarbeider du med pasient og pårørende i forhold til oppfølging av helsetilstand og medikamentell behandling hos denne pasientgruppen?
- Hvilke utfordringer ser du knyttet til ivaretagelse av helsehjelp til denne pasientgruppen?

Vedlegg 4. Intervjuguide brukt midtveis i testperioden

Intervjuguide – midtveisintervju (brukes til både lege og sykepleier)

Hvordan foregår samarbeidet i den nye modellen?

Utfylling av skjema – hvor, hvordan og hvem, tidsbruk

Hva erfarer du som resultat av plansamtalen?

For pasienten?

For legen?

For sykepleieren

Opplever du at noe er annerledes i samarbeidet i den nye modellen:

For pasienten?

For legen?

For sykepleieren?

Hva opplever du er ditt ansvar for oppfølging av multisyke eldre i den nye samarbeidsmodellen?

Hvilke erfaringer har du gjort med farmasøytens bidrag i modellen?

Er det noe du mener bør endres i denne nye måten å samarbeide om multisyke hjemmeboende eldre?

23.11.2010

Gro Næss

Program for oppsummeringsmøte/rundbordskonferanse i prosjekt “bedre samhandling om multisyke eldre”

15.30 – 17.30

1. Innledning ved Gro.

2. **Revidert utgave av oppfølgingsplan.** Hva er endret og hvorfor ved Pia Bing-Jonsson.
Farmasøytens rolle ved Gro

Oppfølgingsplanen prøves ut av dere i mindre grupper ifht et case.

Oppsummering i plenum.

3. **Hensikten med en felles oppfølgingsplan for hjemmesykepleie og fastlege.** Hva sier lovverk og forskrifter - innledning ved Gro. Tilbakemeldinger har dere gitt oss underveis - ved Kari Anne Gyltnes.

Diskusjon i grupper:

En mulighet til å sikre bedre kvalitet på oppfølging av den multisyke eldre med utstrakt legemiddelbruk?

Kan oppfølgingsplanen bidra til tydeligere ansvarsfordeling?

Kan oppfølgingsplanen bidra til bedre beslutningsgrunnlag?

Oppsummering i plenum.

4. **Forutsetninger for å bruke oppfølgingsplanen i praksis.** Metodiske utfordringer og mulige rammer i fremtiden ved Gro. Tilbakemeldinger dere har gitt oss underveis ved Pia.

Diskusjon i grupper:

Hva skal til for at dere kan bruke oppfølgingsplanen i fremtiden? (Rammer)

Hva skal til for at oppfølgingsplanen skal være nyttig for dere? (Innhold, struktur med mer)

Oppsummering i plenum.

- 5. Avslutning med erfaringer fra deltakelse i prosjektet. Veien videre frem til publikasjoner.**

Vel hjem!



UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTET

Høgskolelektor Gro Næss
Høgskolen i Vestfold
3103 Tønsberg

**Regional komité for medisinsk og helsefaglig
forskningsetikk sør-øst D (REK sør-øst D)**
Postboks 1130 Blindern
NO-0318 Oslo

Telefon: 22 85 05 93

Dato: 04.03.11
Deres ref.:
Vår ref.: 2010/2868-1

E-post: post@helseforskning.etikkom.no
Nettadresse: <http://helseforskning.etikkom.no>

**2010/2868-1 "Bedre samhandling om multisyke eldre- kvalitetssikring av
medikamentell behandling og vurdering av helsetilstand i primærhelsetjenesten"**

Det vises til svar på merknader av 04.01.2011. Prosjektsøknaden med svar på merknader ble behandlet i komiteens møte 10.02.2011.

Prosjektleder er høgskolelektor Gro Næss.

Forskningsansvarlig er Høgskolen i Vestfold ved øverste administrative ledelse.

Vedtak:

Komiteen har vurdert søknaden og godkjenner prosjektet med hjemmel i helseforskningsloven § 10.

Tillatelsen er gitt under forutsetning av at prosjektet gjennomføres slik det er beskrevet i søknaden, protokollen, og de bestemmelser som følger av helseforskningsloven med forskrifter.

Dersom det skal gjøres endringer i prosjektet i forhold til de opplysninger som er gitt i søknaden, må prosjektleder sende endringsmelding til REK. Vi gjør oppmerksom på at dersom endringene er vesentlige må prosjektleder sende ny søknad, eller REK kan pålegge at så gjøres.

Forskningsprosjektets data skal oppbevares forsvarlig, se personopplysningsforskriften kapittel 2, og Helsedirektoratets veileder for «Personvern og informasjonssikkerhet i forskningsprosjekter innenfor helse- og omsorgssektoren», <http://www.norsk-helsenett.no/informasjonsikkerhet/bransjenormen/Personvern%20og%20informasjonssikkerhet%20i%20forskningsprosjekter%20v1.pdf>

Tillatelsen gjelder til 31.12.2011. Av dokumentasjonshensyn skal opplysningene bevares til 31.12.2014. Opplysningene skal lagres aidentifisert i en nøkkel- og en opplysningsfil. De skal deretter anonymiseres eller slettes.

Prosjektet skal sende sluttmelding til REK Sør-Øst D, se helseforskningsloven § 12, senest 31.06.2012.

Med vennlig hilsen

Stein A. Evensen (sign.)
professor dr.med.
leder

Ingrid Middelthon
seniorrådgiver

Kopi:
Høgskolen i Vestfold

Vedlegg 7: Samarbeidsplan (opprinnelig versjon): Plan for oppfølging av medisinsk behandling og vurdering av helsetilstand hos pasienter i samarbeid mellom hjemmesykepleie.

Plan for oppfølging av medisinsk behandling og vurdering av helsetilstand hos pasienter i samarbeid mellom hjemmesykepleie, farmasøyt og fastlege.

Skjemaet fylles ut av ansvarlig sykepleier som signerer sammen med lege.

Hjemmesykepleie ikommune

Ansvarlig sykepleier

Fastlege.....

Farmasøyt.....

Tidspunkt for avtaleinngåelse.....

Samarbeid skal skje via telefon

Tidspunkt for samvurdering

Pasientens navn	Fødselsnummer

Kjente diagnoser:	Medikamentell behandling kun preparatnavn (for fullstendig oversikt se medisinliste)

Kjente konsekvenser og funksjonssvikt som følge av helsetilstand (kort redegjørelse)

--

Nødvendige observasjoner og vurderinger:	Hyppighet
Respirasjon:	
Sirkulasjon:	
Eliminasjon:	
Ernæring:	
Smerte/velvære:	
Kognitiv funksjon:	
Gangfunksjon:	
Evt:	

Prøver som skal følges opp	Revurdert dato

Vurderingssamtale Mellom lege og sykepleier skal finne sted (hyppighet):	Gjennomført samtale
	Dato:

Plan for eventuell akutt endring med funksjonssvikt ifht kjente lidelser	Revurdering
Dato:	Dato:

Telefon/kontaktperson SIV:	Dato for evt. kontakt:
Navn:	Dato:
Tlf:	

Farmasøyt gjennomgått medikamentell behandling:	Dato for gjennomgang og signatur:
Resultat av gjennomgang:	

Innlagt sykehus:

Dato fra/til:	Årsak:
Dato fra/til:	Årsak:
Dato fra/til:	Årsak:

Signatur ansvarlig sykepleier og fastlege:	Dato

--

Nødvendige observasjoner og vurderinger (bare aktuelle områder)	Hyppighet
Respirasjon: Eks: OBS dyspne pga. hjertesvikt.	
Sirkulasjon: Eks: OBS endring i BT pga. ny medikamentell behandling.	Eks: BT 1g.pr.uke
Eliminasjon: Eks: OBS diurese pga. lavt væskeinntak.	
Ernæring: Eks: OBS vekt pga. lavt ernæringsinntak.	Eks. Vekt 1 g. pr. uke
Smerte/velvære: Eks: OBS smerter i ryggen.	
Kognitiv funksjon: Eks: OBS tiltagende forvirring ved infeksjon.	
Fysisk aktivitet: Eks: OBS gangfunksjon.	
Annet:	

Prøver som skal følges opp av		Hyppighet/ dato
Lege	Sykepleier	

Plan ved akutt endring av pasientens helsetilstand
Eksempel 1: Urinprøve ved tiltagende forvirring. Eksempel 2: Evt. medisin Furix ved dyspnè

<p>Kontaktperson:</p> <p>Pårørende:</p> <p>Tilknytning (f.eks sønn) og navn:</p> <p>Tlf:</p> <p>sykehus/spesialist/annet helsepersonell:</p> <p>Tittel og navn:</p> <p>Tlf:</p>
--

Farmasøyt gjennomgått medikamentell behandling:	Dato for gjennomgang og signatur:
Resultat av gjennomgang:	

Innlagt sykehus/polikliniske undersøkelser siste år:

Dato fra/til:	Årsak:
Dato fra/til:	Årsak:
Dato fra/til:	Årsak:

Ny vurdering av pasienten er satt til følgende dato:

--

Innholdet i denne oppfølgingsplanen er overført til foreliggende dokumentasjonssystemer hos fastlege og hjemmetjeneste:

Signatur ansvarlig sykepleier og fastlege:	Dato

Vedlegg 9: Eksempel på tilbakemelding fra farmasøyten i prosjektet.

Farmasøyt gjennomgått medikamentell behandling:	Dato for gjennomgang og signatur:
Resultat av gjennomgang: Bør bruke paracetamol fast når han står på Norgren. Børde kanskje bruke Calcigram fast (og er Alendronal) mot osteoporose. Anbefaler heller ikke bruk av kosttilskudd som Vitae Pro. Det har bl. a. sterk antikolinerg effekt.	20/1-11 Elin Glansen