

Borte bra, men sykehjemmet best?

Skjematisk evaluering av sykehjemspasienters hospitaliseringsevne



Gruppe K11:

Hege K. Netmangen Larssen

Zuhail Rahmani

Elisabeth S.V.B. Lohre

Tonje Helle Flo

Kathrine Bjugstad

Laura Valestrand

Kunnskapshåndtering, ledelse og kvalitetsutvikling

Vår 2012

Innhold:

Sammendrag	side	3
Innledning		4
Kunnskapsgrunnlag		6
Dagens praksis		13
Tiltak		15
Prosess/Organisering		17
Diskusjon		23
Konklusjon		26
Litteraturliste		28

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Med vår KLoK-oppgave ønsker vi å ta for oss manglende evaluering av sykehjemspasienters hospitaliseringsevne, hvilket synes å bidra til nedsatt kvalitet på helseytelser og dårlig utnyttelse av ressurser. Med hospitaliseringsevne menes det i denne oppgaven å beskrive den faktiske betydning og nytte en sykehjemspasient har av innleggelse i sykehus versus adekvate helsetjenester i sykehjem. Problemstillingen ble valgt på grunnlag av erfaringer fra sykehuspraksis i 10. semester, og fordi den er i tråd med Samhandlingsreformen. I Norge har man ingen nasjonale retningslinjer for vurdering av sykehusinnleggelse fra sykehjem. Det er derfor opp til vakthavende helsepersonell å bestemme i den enkelte akutte episode. Dette fører til usikkerhet, unødvendige kostnader og mer ubehag for pasienten.

Kunnskapsgrunnlag: Vi benyttet to søkeord («nursing home» AND «assessment») i UpToDate og fant to evidensbaserte oversikter. Der fant vi fram til to ulike skjemaer som brukes i USA, «Minimal Data Set» og «Advance Directive». I tillegg gjorde vi søk i Tidsskrift for Den norske Legeforening, hvor man ikke fant noen RCT, men flere studier som etterlyste forskning på feltet.

Tiltak, kvalitetsindikator og metode: Vårt forslag er å innføre bruk av kartleggingsskjema som muliggjør vurdering av hospitaliseringsevne ved akutt oppstått sykdom hos sykehjemspasienter. Vi har valgt en prosessindikator, slik at vi måler hvor mange sykehjemspasienter som har dette kartleggingsskjemaet i sine dokumenter. I tillegg har vi en resultatindikator, hvor man skal registrere antall innleggelser etter innføring av skjemaet.

Vurdering: I USA har man gode resultater etter innføring av slike skjemaer. Overførbarheten til Norge er dårlig, slik at man på nåværende tidspunkt ikke kan anbefale innføringen av et slikt skjema. Man ønsker seg bedre kunnskapsgrunnlag i Norge først. Med tanke på Samhandlingsreformen vil man tenke seg at dette vil komme, og at man da kan ta stilling til dette på nytt.

INNLEDNING

“Det er ikke det at jeg er redd for å dø. Jeg vil bare ikke være til stede når det skjer.”

-Woody Allen, amerikansk forfatter, regissør og skuespiller

Norges befolkning blir eldre og andelen eldre øker. Frem mot 2050 anslås det en dobling av gruppen over 80 år, og tidobling av de over 90 år [1]. En betydelig andel av disse kommer til å bo på sykehjem den siste tiden, og 40% vil ende livets dager her. Likevel er det ingen nasjonale retningslinjer for å evaluere en sykehjemspasient som moribund, til tross for at studier viser at 85 % av dødsfallene er mulig å forutsi [2]. Denne manglende erkjennelsen kan forklares av at det er en etisk vanskelig avgjørelse, og kanskje også som Per Fugelli kommenterer i sin bok « Døden, skal vi danse? », en konsekvens av at døden fremstår som et «ikke-tema» i dagens samfunn.

Husebø og Husebø intervjuet sykehjemsleger i 2004 [1], og det kom frem at etiske samtaler om avgjørelser i livets slutfase, sjelden var forberedt ved innkomst, men først ble utført når pasienten ble rammet av alvorlig sykdom.

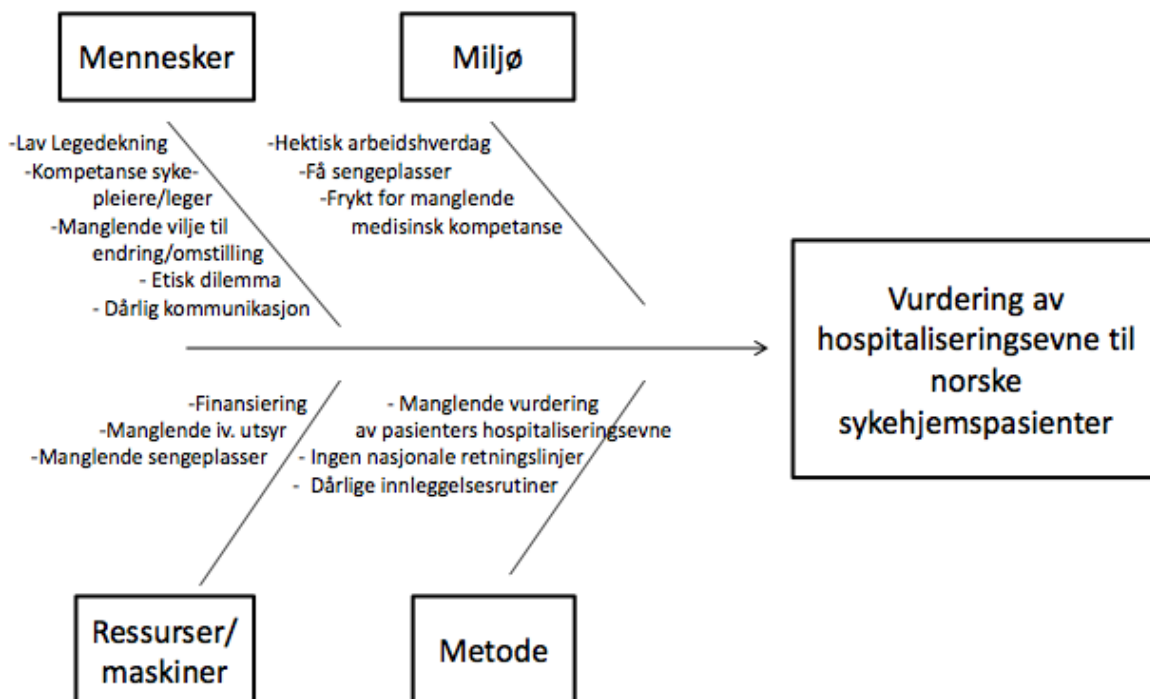
Denne manglende helhetsvurderingen av helsetilstanden til sykehjemspasienter, og dermed hospitaliseringsevnen, er definert som et problem i dag. Med hospitaliseringsevne menes en samlet vurdering av pasientens faktiske nytte av å bli innlagt til behandling i sykehus, sammenliknet med adekvat behandling gitt i sykehjemmet der han eller hun bor. Denne problemstillingen er relevant både for sykehjemmene og sykehusene, samt også for pasienter og pårørende. Dette ble for oss erfart i 10. semesters sykehuspraksis, som frustrasjon over uhensiktsmessige innleggelser fra sykehjem til sykehus. Der opplevdes det at sykehjemspasientene døde på vei til sykehuset eller kort tid etter, at de fikk sitt totale funksjonsnivå nedsatt av sykehusoppholdet, at de ble innlagt for tilstander uten behandlingseksekvens og at de ble innlagt for tilstander som kunne vært håndtert i sykehjemmene, blant annet administrasjon av intravenøs væske og ernæring.

I vår KLoK-oppgave ønsker vi å ta for oss denne kvalitetsutfordringen, nemlig at manglende evaluering av norske sykehjemspasienters hospitaliseringsevne, fører til uhensiktsmessige innleggelser.

Ved å innføre en helhetlig vurdering av pasientene og hindre de uhensiktsmessige innleggelsene, ser vi for oss følgende positive ringvirkninger: færre innleggelser fordi de uhensiktsmessige frafaller, en mer verdig avslutning på livet, at pårørende/pasient vil oppleve større grad av forutsigbarhet og trygghet, bedre lindrende behandling, hindre forlengelse av pasientens lidelse, hindre unødvendig funksjonstap på grunn av forflytning, samt bedre bruk av akutt plasser i sykehus.

Vårt forslag til kvalitetsforbedring er en standardisert evaluering ved hjelp av et skjema som skal være en del av pasientens faste dokumenter. Skjemaet vil gi føringer for hvilken behandling som vil være hensiktsmessig for den enkelte. Vi har dog i denne oppgaven ikke tenkt å utforme selve skjemaet.

Flere pasienter vil da nødvendigvis behandles og dø i sykehjem, og videre er det essensielt at sykehjemmene innehar tilstrekkelig faglig kompetanse og at det er god nok legedekning for å kunne ivareta pasientene. I denne KLoK-oppgaven vil dette være en forutsetning, noe som understøttes av lanseringen av Samhandlingsreformen i januar 2012. Det er viktig å presisere at motivet med skjemaet ikke er å hindre alle sykehusinnleggelser, det er fortsatt viktig å legge inn de pasientene som har nytte av sykehusbehandling.



Figur 1: en skjematisk oversikt over faktorer som spiller en rolle for problemstillingen (fiskebeinsdiagram)

KUNNSKAPSGRUNNLAGET

Søkestrategi

PICO-spørsmålet vårt var:

P: pasienter i norske sykehjem

I: innføring av evalueringsskjema

C: gjeldende praksis (ad hoc)

O: færre innleggelse

Søkeordene vi brukte var «nursing home» AND «assessment» AND «Norway». Vi søkte først i McMaster Plus uten å få opp relevante systematiske oversikter over norske forhold.

Ved utvidet søk i PubMed med MeSH-termer, fikk vi opp 100 treff, hvor én artikkel ble utvalgt. I tillegg ble det søkt i Tidsskrift for Den norske legeforening med søkeordene «sykehjem» og «evaluering». Dette ga 74 treff, hvor vi fant en annen aktuell artikkel i tillegg til den nevnte fra PubMed. Disse artiklene er relevante, men ingen omfatter randomiserte kontrollerte forsøk med skjema i forbindelse med sykehusinnleggelse blant sykehjemspasienter. Vi har altså ikke funnet artikler som konkret besvarer vår problemstilling i toppen av kunnskapspyramiden. Andre artikler ble plukket ut fra referanser fra de to første artiklene. Mange ulike tiltak er utprøvd lokalt i Norge, men det eksisterer få artikler som evaluerer tiltakene.

Vi forsøkte derfor å undersøke kunnskapsgrunnlaget i andre land, da særlig USA og Canada som har kommet lengre på området. Vi valgte å se til utlandet etter tips fra overlege på geriatrisk avdeling ved Arendal sykehus. Det var altså ikke fordi resultatene nødvendigvis er direkte overførbare til norske forhold, men på grunn av det store antallet studier som er gjort der. Vi søkte via Helsebibliotekets hjemmesider på UpToDate, som er et evidensbasert opplagsverk. Søkeordene var de samme: «nursing home» AND «assessment». Vi fikk her 150 treff, og utelukket derfor de som omhandlet spesifikke sykdommer og tilstander. Til slutt satt vi igjen med to oversikter: «Medical care of the nursing home patients in the United States», og «Comprehensive geriatric assessment». Ytterligere 8 artikler fant vi blant referansene til oversiktene.

Figur 2: oversikt over karakteristika ved de inkluderte studiene

Opprinnelsesland	Studiedesign	Antall	Referanse
Canada	RCT	3	16,20,22
USA	Kohort	2	14,19
USA	Kasus-kontroll	1	15
USA	Kvalitativ	1	17
Skottland	Kvalitativ	1	11
Norge, Bergen	Kasus-kontroll	1	7

Vi fikk dessuten tillegg tips av KLoK-foreleser Sarah F. Gran om å sjekke www.utviklingssenteret.no. Dette er en hjemmeside for kvalitetsforbedrende prosjekter som er iverksatt i norske sykehjem. Her fant vi informasjon om LCP, et skjema som nå er i utprøving ved en rekke sykehjem i Norge. LCP vil beskrives mer detaljert senere.

Det eksisterer ingen spesifikke retningslinjer som er utgitt av Helsedirektoratet i Norge for vurdering av hvilke pasienter som skal henvises fra sykehjem til sykehus. Det ble gjort nettsøk på Helsebiblioteket som bekrefter dette. Kunnskapssenteret har i oppdrag fra Helsedirektoratet kartlagt og beskrevet tiltak som kan redusere unødige sykehusinnleggelses hos eldre og kroniske syke. De konkluderer med at det er behov for RCT som sammenligner ulike alternativer til sykehusinnleggelse for eldre og kroniske syke i Norge. I andre land organiseres helsetjenestene forskjellig og det tilbys her andre tjenester. Derfor etterlyses det først og fremst studier av norske forhold [3,4,5].

Flere artikler viser at 40 % av alle dødsfall skjer i norske sykehjem, noe som er en høyere andel enn resten av Europa. Legedistribusjonen er markant forskjellig fra sykehus, hvor ett legeårsværk har ansvar for ca. 167 pasienter, mens på norske sykehus har et legeårsværk ansvar for 2 pasienter [2].

En spørreskjemaundersøkelse fra Bergen Røde Kors sykehjem viser at gjennomsnittsalderen er 84 år for sykehjemsbeboere, og disse har i snitt 6,7 aktive diagnoser hver. Artiklene som vi fant i

Tidsskriftet konkluderer derfor med at lindrende behandling og unngåelse av unødvendig sykehusinnleggelser er av høy viktighet [1].

En studie gjennomført av Husebø i 2004, viser at 85% av dødsfallene ble dokumentert som forventet dødsfall på sykehjem [2].

Det er viktig å diskutere livsforlengende behandling med den gamle pasienten hvis pasienten er i stand til det. Slik er det lettere å vite hva pasienten selv ønsker, hvis viktige avgjørelser må tas på vegne av pasienten. Ferdigheter som kommunikasjon, etikk, kompetanse i forhold til prognose og behandlingsmuligheter er viktige [1].

I norske sykehjem er det lite kjent hva som avgjør om en pasient blir innlagt. Transportvei til sykehus, ressurstilgang i sykehjem og pårørendes synspunkter spiller blant annet inn. Det finnes ikke studier som beskriver akutte sykehusinnleggelser av sykehjemspasienter og nytten av innleggelse er også dårlig undersøkt. Overlevelse etter akutt innleggelse av eldre med stor funksjonssvikt og dermed lave fysiologiske ressurser er dårlig. En artikkel som har gjort litteratursøk, etterlyser bedre kunnskap om palliativ behandling for å unngå unødvendige sykehusinnleggelser [6].

En retrospektiv studie utført i Bergen inkluderte 26 terminale sykehjemspasienter og kartla årsaker og forhold rundt innleggelsene ved journalgjennomgang. Studien fant ingen form for dokumentert muntlig kontakt mellom sykehjem og sykehus. Alle innleggelsene skjedde fra langtidsavdelinger og omfattet indremedisinske problemstillinger. Studien konkluderer med at 17 av innleggelsene kunne ha vært unngått, forutsatt at kompetanse for palliativ behandling var tilstede. På sykehuset ble 21 av 22 pasienter vurdert som HLR-minus. Kun halvparten av pasientene kunne gjøre rede for seg, og pårørende var ofte ikke til stede i starten da innleggelsen var akutt. Det er sykehjemslegen som har det formelle ansvaret for innleggelse av sykehjemsbeboerne, men i praksis er det ofte pleiepersonellet som må fatte beslutningen. Hvis pleiepersonell uten tilstrekkelig kunnskap til å vurdere innleggelse skal bestemme, blir konsekvensen unødvendige innleggelser i sykehus, hvor behandling i utgangspunktet kunne vært tilfredsstillende utført på sykehjemmene [7].

Liverpool Care Pathway (LCP)

LCP er en tiltaksplan som kan benyttes ved omsorg til døende og deres pårørende. På utviklingscenterets hjemmesider er denne presentert som et kvalitetsforbedrende prosjekt, men det foreligger ingen RCT-studier som evaluerer prosjektene som er iverksatt. LCP er det verktøyet vi har funnet som mest ligner på dagens praksis i USA, men brukes imidlertid først når et tverrfaglig

team allerede har blitt enige om at pasienten på sykehjemmet er terminal. Per mars 2012 er det registrert 87 sykehjem som brukssteder for LCP og disse er spredt i flere ulike fylker [8].

LCP er laget etter retningslinjer fra Marie Curie Palliativ Care Institute i Liverpool. Tiltaksplanen er anbefalt av National Institute for Clinical Excellence (NICE) og Supportive and Palliative Care Strategy. Dette er et skjema som kan benyttes på sykehjem for å vurdere terminale pasienter og utfylles uavhengig av diagnose. Skjemaet har opprinnelig blitt benyttet i England, og er derfor mer likt norske forhold sammenlignet med det amerikanske helsevesenet. Haraldsplass Diakonale sykehus i Bergen var det første norske sykehuset som tok det i bruk (2007). LCP er utarbeidet i ulike varianter for henholdsvis pasienter med behov for palliasjon, hjemmesykepleie, i sykehus og for sykehjem. Bruk av LCP har også vært utført i Østfold, og her ble det etterlyst at skjemaet skulle være elektronisk [9].

LCP versjon 11 er en norsk bearbeidet utgave som kan brukes for sykehjemspasienter. Den omfatter vurdering av symptomer, ulike behandlingskomponenter som medisiner og andre prosedyrer som kan iverksettes. Planen vurderer også pasientens innsikt og forståelse, samt at kontakt med pårørende og primærhelsetjenesten dokumenteres. I tillegg til å se på aktuell status, settes det opp en videre plan og vurdering av om målene oppnås underveis.

LCP er blitt brukt i over 20 land og har vist å gi resultater på ulike aspekter ved livets slutfase som pleietiltak, forhåndsutskrivning av legemidler ved behov, seponering av unødvendig medikasjon, psykisk og åndelig støtte samt omsorg for pårørende, men det etterlyses flere studier. Etter søk i PubMed med ordene "Liverpool Care Pathway" AND "Norway", fant man ingen artikler som omfatter norske forhold, og derfor heller ingen randomiserte kontrollerte studier.

Ved søk kun med "Liverpool Care Pathway", finner man flere kvalitative studier, men heller ikke her noen RCT. En kvalitativ studie som er utført etter implementering av LCP på et sykehus i Italia, tyder på at LCP gjorde det lettere for lege og sykepleier å samarbeide om riktig medisiner og smertelindring samt bedret kommunikasjon med pårørende [10].

Data fra en kvalitativ studie i Skottland viser en reduksjon fra 15 til 8 % i antall unødvendige innleggelse og dødsfall på sykehus, etter iverksettelse av LCP på syv sykehjem. Dette medførte en videre reduksjon i antall liggedøgn med 38%. Antall pasienter hvor det ble nedtegnet HLR-minus økte fra 15% til 72% (p-verdi under 0,001) etter iverksettelse av LCP [11].

En skriftlig evaluering fra LCP-prosjektet som var iverksatt ved seks sykehjem i Østfold, viser mange positive erfaringer med LCP. Evalueringen ble gjort på bakgrunn av ukentlige logger fra

sykepleierne og andre ressurspersoner i prosjektet. Personalet rapporterer å ha blitt mer samkjørte, og fått en økt felles trygghet i møte med terminale pasienter og deres pårørende. Det har også blitt tydeligere for de ansatte på hvilke områder hvor det kreves mer innsats; spesielt åndelige og eksistensielle behov. Tiltaksplanen sikret systematisk dokumentasjon, samtidig som at det ble bedre symptomkontroll og kontinuitet i den palliative behandlingen. De positive erfaringene viser at LCP er et godt hjelpemiddel for å sikre god praksis, men det finnes ingen tall på dette og det trengs randomiserte kontrollerte studier for å trekke noen form for konklusjon [12].

Det foreligger brosjyrer som «De siste dager og timer», og en nasjonal veileder for beslutningsprosesser for begrensnig av livsforlengende behandling for alvorlig syke og døde. På nåværende tidspunkt finnes det ingen sjekklister eller skjema for vurdering av medisinsk status og nytte av hospitalisering på sykehjem [13].

I USA har det siden 1990 vært lovpålagt at alle sykehjem skal spørre sine pasienter om å fylle ut «advance directive». Dette er et skjema som pasienten selv fyller ut om hvorvidt han vil motta livsforlengende behandling, her skisseres ulike scenarier og ønsket behandling for hvert tilfelle, for eksempel om man vil legges på dialysemaskin ved nyresvikt. Her har man også mulighet for å krysse av på «do not hospitalize».

Etter skjemaet er utfyllt vil pasienten havne i fire ulike grupper:

Kategori	Egnet for
1	Alle typer medisinsk behandling
2	Sykehusbehandling, men ikke intensivbehandling og status som HLR-minus
3	Medisinsk behandling på sykehjem
4	Kun palliativ behandling

Pasienten oppfordres til å fylle ut skjemaet med pårørende tilstede. Etter at det ble lovpålagt har andel pasienter på sykehjem med «advance directive» økt fra 5% til 35% [14].

Man fant forskjell i pårørendes tilfredshet i en undersøkelse fra USA i 2007, hvor man hadde gått gjennom 1587 mennesker som døde i sykehjem, sykehus eller hjemme. I denne kasus-kontroll-

studien fant man at pårørende til pasienter som ikke hadde fylt ut en «advance directive» rapporterte flere kommunikasjonsproblemer med lege enn de som hadde «advance directive» (korrigert OD: 1,4) [15].

I tillegg til dette er det anbefalt at alle på sykehjem skal få en «comprehensive geriatric assessment» som utføres av et team bestående av lege, sykepleier og sosionom, i noen tilfeller også ernæringsfysiolog, psykiater, tannlege, audiolog og optiker. Her skal man kartlegge medisinske, psykososiale og fysiske utfordringer som pasienten har, for å deretter lage en plan som beskriver behandling og oppfølging. Det er flere studier som viser at dette er kostnadseffektive tiltak [16]. Alle sykehjem skal samtidig utføre «minimal data set» på alle pasienter, noe som også er lovpålagt. Dette er et standardisert skjema laget av Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS), som består av personalia, diagnoser, mental status, funksjonsnivå, nødvendige hjelpemidler, ernæringsstatus, medikamenter. På slutten skal man fylle inn hva man forventer skal skje med pasienten, der alternativene er å reise hjem (mange blir lagt inn på korttidsavd i USA), å bli på sykehjem, å motta langvarig behandling på sykehjem eller å nå palliativ fase [17].

Her har det i 2010 kommet en oppdatert versjon, kalt Minimal Data Set 3.0. Sykepleiere på sykehjemmene rapporterte stor grad av tilfredshet, 98 % av sykepleierne syntes skjemaet ga en riktigere oversikt over pasientens helse [18].

En kohortstudie fra USA tok for seg 60.000 sykehjemspasienter og så på innleggelsesraten før og etter implementeringen av dette skjemaet. Den ujusterte sannsynligheten for innleggelser gikk fra 0.205 til 0.151, med en OR på 0.74 (95% CI 0.60-0.91) [19].

Studier har vist at ved å ha et optimalt behandlingsopplegg på sykehjem kunne man redusere sykehusinnleggelser med 12% (p-verdi på 0,001). I denne RCT fra Canada, utført mellom 2001 og 2005, hadde man randomisert pasienter på sykehus til to grupper, en intervensjonsgruppe og en kontrollgruppe. Intervensjonsgruppen fikk ved tegn til nedre luftveisinfeksjon en gjennomgang av vitale parametre av sykepleier for å bestemme hvorvidt pasienten skulle innlegges eller ei. Hvis pasienten hadde målinger som viste at han var ustabil, som høy puls, lav oksygenmetning eller ikke klarte ta til seg næring, ble han innlagt. I kontrollgruppen var det opp til hver enkelt sykepleier på jobb å bestemme videre forløp. Med et bestemt skjema som sykepleier gikk gjennom, kunne man se en klar forskjell fra intervensjonsgruppen (0 av 34 innlagte personer) og kontrollgruppen (18 av 74, 24%) når det gjaldt innleggelser av stabile pasienter [20].

I California, USA, anbefaler California Coalition for Compassionate Care at sykehjemspersonalet inviterer pårørende til en samtale med pasienten for å fastslå status nå og videre behandling og oppfølging. Dette gjøres så jevnlig. Denne modellen kalles ECHO (Extreme Care, Humane Options) og her har man et team bestående av leger, sykepleiere og annet personell som bestemmer behandlingsmål [21].

En RCT fra Canada med 1292 sykehjemspasienter så på tilfredsheten hos pårørende av sykehjemspasienter som fikk fylle ut et «Let me decide»-skjema, i forhold til sykehjem som ikke hadde dette. Skjemaet ble fylt ut kun av pasient selv med eller uten hjelp av pårørende. Det var ingen forskjell i tilfredsheten til pårørende, eller i mortalitetsraten. Det var derimot forskjell når det kom til økonomi (Can 3490\$ vs Can 5239\$, p-verdi 0.01) og antall innleggelses til sykehus (27% vs 48%, p-verdi 0,001) [22].

Det best dokumenterte virker å være «advance directive» sammen med «minimal data set», særlig fordi det er de som er lovpålagte. Flere av studiene vi fant på de ulike skjemaene i utlandet konkluderte ofte med at “det ble bedre” uten å ha noe tallmateriale å henvise til, dette svekker kunnskapsgrunnlaget.

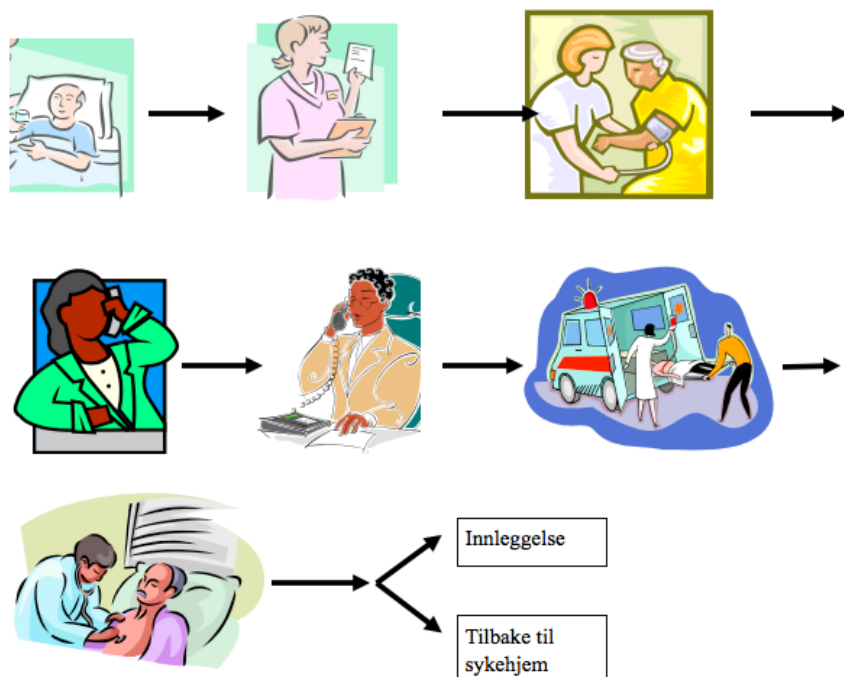
Kunnskapsgrunnlaget for både Norge og utlandet er svært variert. I Norge har man ingen retningslinjer, og man har i forskjellige kommuner ulike modeller som prøves ut i disse dager, for eksempel LCP. Vi har ikke funnet noen randomiserte studier som beskriver iverksettelse av tiltak i Norge. I blant annet USA og Canada har man kommet lengre, med en rekke skjemaer som brukes, hvorav to er lovpålagte. Disse to lovpålagte skjemaene “advance directive” og “minimal data set” ser ut til å ha best evidens. Etter vår mening er det grunn til å anta at en forenklet utgave av MDS, tilpasset norske forhold, kunne være et kvalitetsforbedrende tiltak for å avgjøre hvilke sykehjemspasienter som bør behandles på sykehjem versus på sykehus.

DAGENS PRAKSIS

Som eksempel på dagens praksis har vi valgt å se på gjeldende rutiner for sykehusinnleggelse av sykehjemspasienter i Drammen kommune, og har i den forbindelse hatt samtale med en sykepleier og prosjektansvarlig ved Geriatrisk Kompetanse Senter i kommunen. Samtalen belyser blant annet manglende standardisering av journalføringsrutiner som kartlegger pasientens kliniske tilstand, behovsgrad og mål for medisinsk behandling, samt pasientens ønsker. Avgjørelsen om hvorvidt en innleggelse i en akutt situasjon er hensiktsmessig tas på ad hoc-basis, og ikke på grunnlag av forhåndsbestemte pasientforutsetninger. Det finnes heller ikke noen skjemaer som definerer de ovennevnte momenter.

Drammen kommune har ca. 64.000 innbyggere, hvorav 4,6 % er over 80 år. Kommunen har tilsammen ni sykehjem, og 509 sykehjemsplasser, hvorav 409 er langtidsplasser. 14,6 % av innbyggere som er 80 år og over, er beboere på institusjoner [23]. Ettersom denne statistikken ikke avviker stort fra det som er gjennomsnittlig for resten av landet [23], samt at det ikke finnes noen standardiserte skjema, er det nærliggende å tro at praksisen i Drammen kommune samsvarer med de fleste kommuner forøvrig, og kan derfor være representativ for hele landet.

Idet en akutt helsetilstand oppstår hos sykehjemspasienten, vil som regel vakthavende helsepersonell med høyest kompetanse tilkalles. Det er i de fleste tilfeller en sykepleier, men det kan også være en vernepleier eller hjelpepleier. Vedkommende vil i første omgang orientere seg om situasjonen, og om nødvendig undersøke vitale parametere som for eksempel måling av blodtrykk, puls, temperatur, eventuelt urin-stix og CRP. Videre vil sykepleieren konferere med en lege om pasientens tilstand. Det ideelle er å snakke med pasientens fastlege, eller sykehjemslegen, men siden de ofte ikke er tilgjengelige, selv i vanlig arbeidstid, vil det i mange tilfelle ende opp med at sykepleieren diskuterer situasjonen telefonisk med en legevaktslege. Legevaktslegen, som sjelden kjenner pasienten, vil basere sin kliniske vurdering på de opplysningene vedkommende presenteres av sykepleieren via telefonen. Legen vil da, om nødvendig henvise pasienten til sykehuset med spørsmål om innleggelse og videre utredning og behandling. Når pasienten omsider kommer til sykehuset, blir vedkommende undersøkt av vakthavende lege, som på nytt vurderer innleggelsen. Hvis det viser seg at innleggelsen ikke er aktuell, vil pasienten sendes tilbake til sykehjemmet.



Figur 3: Flytskjema

I følge informanten reagerer helsepersonell i de fleste tilfeller med usikkerhet og utrygghet når en slik situasjon melder seg. De blir nødt til å ta stilling til en rekke medisinske problemstillinger samt etiske dilemmaer, ofte i en travel situasjon preget av følelser hos fortvilte pasienter og ikke minst pårørende. Det kan igjen bidra til å skape misforståelser og konflikter mellom personale og pårørende. Det påpekes også at personalets usikre opptreden ikke sjelden smitter over til pårørende som oppfatter hele situasjonen som lite tilfredsstillende, og dermed ønsker at ”gamlemor” helst kommer seg på sykehuset hvor det er ”tryggest”.

Som et forsøk på å endre praksisen som skaper frustrasjoner og utilstrekkelig kommunikasjon mellom pasienter/pårørende og personalet, har Drammen kommune satt i gang prosjektet «Rett pasient på rett sted til rett tid». Manglende adekvat opplysning om blant annet pasientenes sykdomsforløp, avklaring av behandlingsmål og behandlingsplan, samt deres ønsker og forventninger, er blant de forklarende faktorer som synliggjøres i prosjektet på at nettopp slike episoder som ofte ender opp med unødvendige innleggelse på sykehuset, oppstår. På bakgrunn av prosjektets resultater, foreslår Drammen kommune en ”avklaringsamtale” gjennomført tidligst mulig i forløpet, som et tiltak for å få avklart de ovennevnte momenter. Det forventes også at samtalen skal tjene som et hjelpeverktøy for sykehjemspersonale ved vurdering av innleggelse. (Prosjektrapporten ikke offentliggjort ennå).

Det tydeliggjøres altså her at det i skrivende stund ikke eksisterer nasjonale retningslinjer for standardiserte rutiner vedrørende sykehusinnleggelse av sykehjemspasienter. Enkelte kommuner har avdekket behovet for innføring av rutinemessige avklaringssamtaler for sykehjemspasienter med hovedfokus på pasientens verdier samt tilfredsstillende behandling og omsorg i livets avsluttende fase.

TILTAK

Tiltaket som foreslås i denne oppgaven er rettet mot pasienter på sykehjem. Vårt forslag er å innføre bruk av et kartleggings skjema som muliggjør vurdering av hospitaliseringsevne ved akutt oppstått sykdom hos sykehjemspasienter. Dette skjemaet skal følge sykehjemspasientenes dokumenter, på lik linje med medisinararket, og være et verktøy i situasjoner der pasientens tilstand forverres akutt og sykehusinnleggelse diskuteres som et behandlingsalternativ. I denne oppgaven utarbeider vi ikke et konkret skjema, men vi drøfter en mulig utforming, samt viser til flere skjemaer brukt i andre land med samme mål for øye. Skjemaet tenkes å skulle være en beskrivelse av pasientens tilstand og funksjonsnivå på flere plan. Dette bør være utarbeidet av spesialister på feltet og helst springe ut fra evidensbasert medisin. Forslag til momenter som kan være med i kartleggings skjemaet listes opp i tabellen nedenfor.

Medisinske forhold Aktuelle og tidligere sykdommer Medikamentbruk Mobiliseringsevne Smerteproblematikk
Naturlige funksjoner Ernæringsstatus/appetitt Vannlating Avføring Søvn
Sanseorganer Syn Hørsel Taleevne Kommunikasjon
Kognitiv funksjon Språk Demenstegn Psykiske forstyrrelser Sinnsstemning/livsløst
Sosialt Sivil status Familie/pårørende Venner Religion
Personlige preferanser HLR-status Livsforlengende behandling Respiratorbruk Sykehusinnleggelse

Avslutningsvis vil det kunne være mulig å kategorisere pasienten ut fra hvor egnet vedkommende er til å motta behandling ved akutt oppstått sykdom. I andre land benyttes skjemaer som klassifiserer pasientene i ulike kategorier, ut fra hva slags behandling de kan nyttiggjøre seg [17]. Et eksempel på kategorier er vist i tabellen nedenfor.

Kategori	Egnet for
1	Alle typer medisinsk behandling
2	Sykehusbehandling, men ikke intensivbehandling og status som HLR-minus
3	Medisinsk behandling på sykehjem
4	Kun palliativ behandling

Skjemaet skal utfylles rutinemessig hos pasienter som kommer til sykehjemmet, og deretter oppdateres med jevne mellomrom. Dersom det oppstår varige endringer i pasientens helsetilstand, eksempelvis etter et gjennomgått hjerteinfarkt eller forverring av demens, bør også skjemaet justeres. Hovedansvarlig for at denne utfyllingen gjennomføres vil være avdelingssykepleier.

Ved innkomst til sykehjemmet, eller dersom intet skjema er utfylt fra før, gjøres den største jobben. I forkant av utfyllingen av skjemaet er alle nødvendige opplysninger hentet inn. Helseopplysninger fra journalen, inkludert medisinalisten, innhentes som vanlig via fastlegen. Vi tenker oss videre at pasienten og pårørende har en innkomstsamtale med en sykepleier ved sykehjemsavdelingen, eventuelt med sykehjemslegen tilstede. Etter at informasjon om skjemaets mål og hensikt er gitt, går man gjennom punktene i skjemaet, og både pasient og pårørende kan komme med sine synspunkter. I visse tilfelle vil det være nødvendig at pårørende samtaler med personalet uten at pasienten er tilstede, og vice versa.

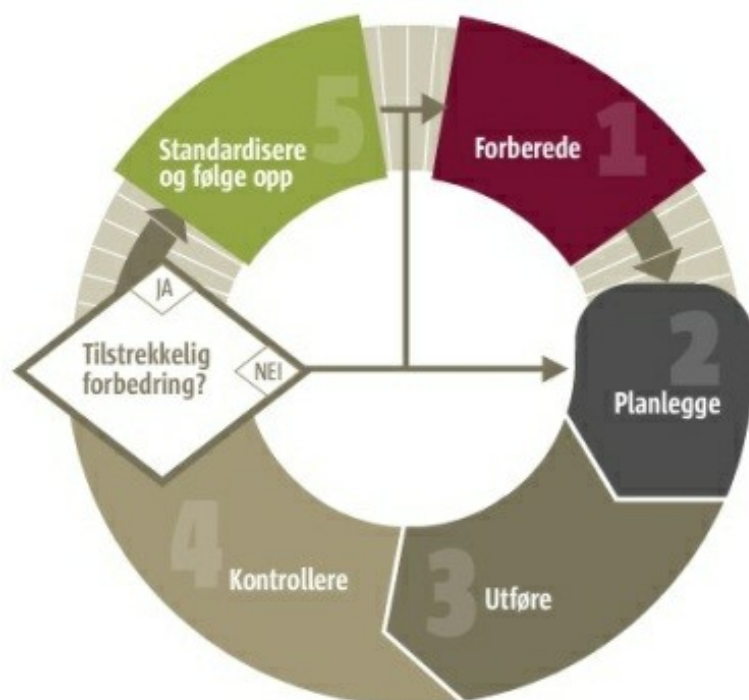
Selve utfyllingen av skjemaet tenkes å bli gjort i samarbeid mellom sykehjemslege og sykepleier på avdelingen. På mange sykehjem er sykehjemslegen med på minst ukentlige rapporter der sykehjemspasientene diskuteres, det tas opp hvordan helsetilstanden til pasienten er, man justerer medisiner deretter, og fatter eventuelle ytterligere tiltak. Vi ser for oss at skjemaet utfylles i en lignende setting, der alle nødvendige opplysninger foreligger. Oppstår det spørsmål rundt for

eksempel kategorisering av pasienten kan man rådføre seg med lege ved geriatrik avdeling på sykehuset.

Etter at skjemaet er ferdig utfylt kan det være nyttig å legge resultatet fram for pasient og pårørende for å sikre seg at man har en felles forståelse av hvordan situasjonen er. Dette vil være spesielt viktig i situasjoner der pasienten kategoriseres til å være mindre egnet for innleggelse på sykehjem hvis det oppstår akutt sykdom/forverrelse.

PROSESS OG ORGANISERING

For at gjennomføringen av et prosjekt skal bli så god som mulig, er det å ha gjort grundig forarbeid avgjørende. Ved arbeid med kvalitetsforbedring benyttes ofte Langlely-Nolan-modellen [24]. I dette prosjektet ønsker vi å benytte den modifiserte PDSA-sirkelen for å tydeliggjøre hvilke trinn i forbedringsarbeidet som trenger ekstra fokus. Leddene i den modifiserte sirkelen er Forberede - Planlegge - Utføre - Kontrollere - Standardisere og følge opp [25].

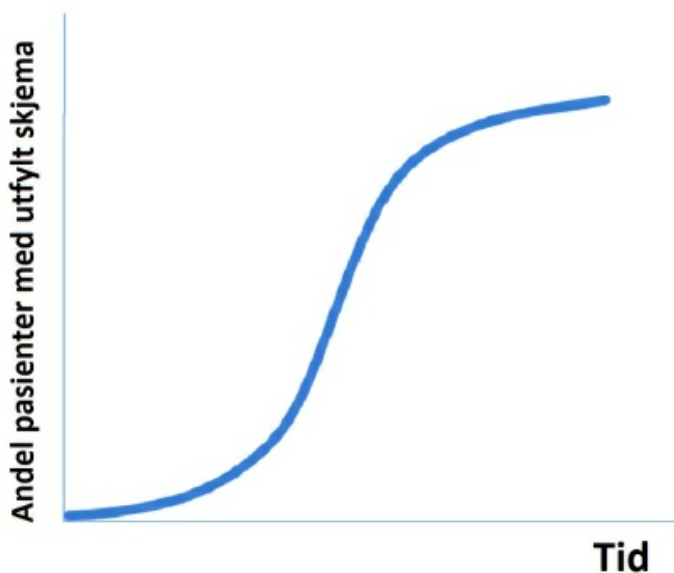


I forberedelsesfasen ligger fokus på å erkjenne at kvaliteten ikke er optimal, og deretter vurdere tjenestekvaliteten. Her kan den såkalte kvalitetsstjernen med sine seks dimensjoner av kvalitet benyttes. De viktigste kvalitetsaspektene i vårt prosjekt vil bli å sikre at tjenestene er trygge og sikre; i form av at multimorbide, geriatriske pasienter ikke skal utsettes for behandling som gjør mer skade enn gagn. Ved å unngå unødvendige sykehusinnleggelser bedres ressursbruken i helsevesenet. Innføring av et scoringsskjema som utfylles rutinemessig ved innleggelse i sykehjem bidrar til at man i større grad kan involvere brukerne – det vil si både pasientene og deres pårørende – i viktige beslutninger. Her må man også sikre at tjenestene er virkningsfulle, ved å vurdere kunnskapsgrunnlaget bak dem.



For at tiltaket vi foreslår skal kunne implementeres, må de ansvarlige for prosjektet være engasjerte, kompetente og respektert på arbeidstedet. Det vil være naturlig i dette prosjektet å opprette en tverrfaglig arbeidsgruppe. Vi ser for oss at denne gruppen ledes av avdelingssykepleier på sykehjemmet, og forøvrig består av sykehjemslegen, en sykepleier fra avdelingen, samt en lege fra geriatrikisk sykehusavdeling. Avdelingssykepleier vil være ansvarlig for at skjemaene blir utfylt ved innleggelse og oppdateres jevnlig, og utgjør en viktig kontakt til sykepleierne og resterende pleiere på sykehjemmet. Sykehjemslegen vil ha det medisinske ansvaret for de ulike pasientene, og vil sammen med hjemmets sykepleiere ha direkte kjennskap til pasientene. Geriateren vil kunne benytte seg av sin spisskompetanse, særlig når det gjelder pasienter med uttalt komorbiditet, og vil kunne være et bindeledd mellom sykehjemmet og sykehusets geriatrikiske avdeling.

I planleggingsfasen lages en plan for arbeidet, i tillegg til at det settes mål for hva man ønsker å oppnå med prosjektet. Vårt langsiktige mål vil være at det på alle pasienter på sykehjemmet fylles ut et kartleggingskjema. Denne måleindikatoren kan kategoriseres som en prosessindikator, i det at den måler hvordan prosessen fungerer underveis. I tillegg vil vi se på et resultatmål, som er antall sykehusinnleggelser fra sykehjemmet.



Man kan regne med at utviklingen av andel pasienter med utfylt skjema vil følge en sigmoid kurve, se figur ovenfor, der man litt ute i prosjektiden vil få gjort unna ganske mange skjemaer, før de aller siste vil gå tregere og muligens aldri bli utfylt i det hele tatt. Prosjektets varighet settes til ett år, og målet etter ett år er at 95 % av pasientene skal ha skjema utfylt. For å holde motivasjonen oppe i løpet av prosjektperioden vil vi gjøre målinger hver tredje måned. Delmålene her er at etter tre måneder har 30 % fått utfylt skjema, mot 50 % etter et halvt år, 75% etter ni måneder og 95 % ved prosjektslutt etter ett år. Når det gjelder antall sykehusinnleggelser vil tanken være at disse skal reduseres. Dette er avhengig av hvor mange innleggelser som foregår ved baseline, altså forut for innføringen av kartleggingsskjemaet. Et mål her vil selvsagt ikke være å komme ned i null innleggelser, men å se en reduksjon i antall, særlig av innleggelser som resulterer i at pasienten dør på sykehuset etter kort tid, eller innleggelser der man ikke har noe å tilby pasienten.

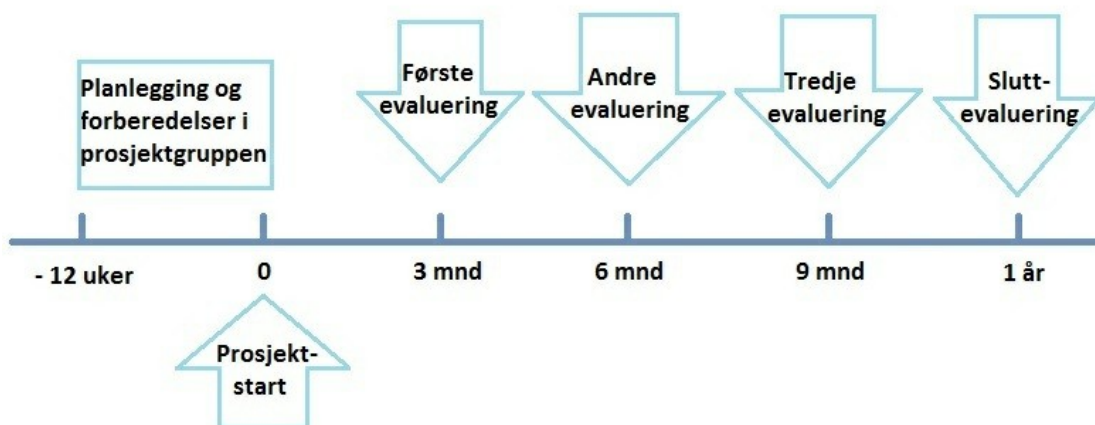
Den neste fasen i sirkelen er utførelse, og i dette prosjektet vil det være å rette fokuset mot utfyllelse av skjemaer. I første omgang kan man fokusere på de som kommer nye til avdelingen, deretter avklare en framdriftsplan. Selve utfyllelsen av skjemaene ledes av avdelingssykepleier, og gjøres som nevnt tidligere av sykehjemslegen sammen med sykepleier som har kjennskap til pasienten. Hele avdelingen bør informeres om viktigheten bak dette tiltaket, for eksempel gjennom egne temakvelder med framlegging av tenkte caser og forklaring av hvilken bedring man ser for seg ved implementering av kartleggingsskjemaet i sykehjemmet.

Siste punkt på sirkelen omfatter standardisering og oppfølging. Avdelingssykepleier har ansvar for å sikre at skjemaet fylles ut og benyttes slik som det er tenkt. Underveis i prosjektet må det gjøres

oppfølging av hvordan det går. I dette prosjektet er det påtenkt å gjøre evaluering av tiltaket hver tredje måned.

Dersom bruken av skjemaet etter et år er blitt en del av vanlig praksis på sykehjemmet, bør dette tas inn i institusjonens prosedyrer og opplæringsprogrammer.

Figuren nedenfor viser en grafisk framstilling av prosjektets tidslinje og framdriftsplan. Det settes av tolv uker til planlegging og forberedelse i prosjektgruppen.



Gjennomførbarhet

I vårt forslag til tiltak forutsetter vi et «ideelt» sykehjem, med både nødvendig kompetanse blant personell og tilgjengelighet av medisinsk utstyr som gjør at alvorlig syke pasienter som ikke er egnet for sykehusinnleggelse kan motta blant annet adekvat smertelindring ved sykehjemmet. Dette er i tråd med Samhandlingsreformen, der kommunen gis et større ansvar for kronisk syke og eldre pasienter [26].

For at skjemaet skal bli benyttet i en oppstått akutt situasjon er det viktig at alle de ansatte på sykehjemmet kjenner til skjemaet, og at det er etablert skikkelige rutiner for hvordan informasjonen i skjemaet skal formidles til legen som vurderer sykehusinnleggelse av en akutt syk pasient.

Kostnad-/nyttevurdering

Kostnadene ved implementering av kartleggings-skjemaet innebærer i størst grad arbeidstiden medlemmene i prosjektgruppa vil legge ned i planlegging, gjennomføring og evaluering. I vår prosjektplan har vi satt av tolv uker til dette, og vi ser for oss at det er nødvendig at medlemmene

bruker i gjennomsnitt to timer ukentlig på prosjektet i denne perioden. I løpet av den ettårige prosjektperioden vil flere møter være nødvendig, sannsynligvis utover evalueringsmøtene hver tredje måned. Det vil også måtte arrangeres personalmøter der de ansatte ved sykehjemmet informeres om prosjektet i forkant, samt møter for evaluering underveis og i etterkant.

Et av hovedmålene for skjemaet er å unngå unødvendige sykehusinnleggelser, ved på forhånd å ha vurdert hvilke pasienter som framstår som uegnet til dette. Vi antar at reduksjonen i innleggelser stort sett vil være blant nettopp de unødvendige, og dette vil for sykehusets del medføre mindre kostnader. Utgifter til blant annet ambulansetransport til, og ofte også fra, sykehuset vil bli mindre. Enkelte pasienter vil ikke bli tilbudt dyr og omfattende behandling, da det ut fra skjemaet viser seg at dette ikke vil gagne dem, og en kostnad vil her kunne bli spart. For de pasientene som kun ville ha endt som svingdørspasienter, blir særlig den ikke-økonomiske belastningen betraktelig redusert. Alt i alt håper vi at bruken av skjemaet medfører en kvalitetsheving av helsetjenestene.

Man kan tenke seg at sykehjemmet vil få større utgifter i form av behandling av pasienter som ellers ville havnet på sykehus. Dette vil absolutt være en reell kostnad, men i tråd med Samhandlingsreformen skal det være avsatt midler til bedre håndtering av alvorlig syke i kommunehelsetjenesten.

Forventet motstand og barrierer

Hovedformålet for denne oppgaven er å beskrive det rent praktiske rundt innføringen av tiltaket. Som nevnt er tiltaket innføring av et kartleggingsskjema, og her vil prosjektgruppen kunne møte motstand på flere områder. Enkelte i staben vil være skeptiske til nok et bidrag til den omfattende «papirmølla» som ofte preger helsevesenet. Det kan kritiseres at det eksisterer en fare for at skjemaet kun blir liggende i pasientpermen uten å bli brukt når akutsituasjon skulle oppstå, eller at skjemaet ikke blir oppdatert ofte nok og dermed ikke inneholder gyldig informasjon. For å komme de ansatte i møte her er det i hovedsak viktig med god informasjon. Medlemmene i prosjektgruppen må ha utarbeidet en strategiplan for hvordan informere og engasjere sykehjemspersonalet, så de i stor grad føler eierskap til kartleggingsskjemaet, og er i størst mulig grad bevisste på hvilke muligheter og fordeler bruk av skjemaet kan medføre. Et viktig poeng her vil være at bruken av skjemaet bidrar til en systematisering av informasjonsinnhenting og kommunikasjon som i utgangspunktet bør foregå hos alle sykehjemspasienter, men som ofte neglisjeres som en konsekvens av tidsnød. Avdelingssykepleiers rolle må tydeliggjøres, så det er åpenbart at han er ansvarlig for at skjemaet oppdateres og anvendes.

Det vil sannsynligvis komme tilbakemeldinger fra staben om opplevelse av manglende kompetanse og erfaring. Et virkemiddel her vil være å opprette kontakt med sykehusets geriatriiske avdeling. Med en spesialist i geriatri som en del i prosjektgruppen, har prosjektet en direkte kontakt i sykehusavdelingen. Både geriateren og geriatriiske sykepleiere vil kunne holde kurs og opplæring for sykehjemspersonellet, blant annet i vurdering og behandling av alvorlig syke og informasjon om hva som kan tilbys på sykehuset og ikke. Det bør være mulighet for at sykehjemmets sykepleiere kan ha en åpen linje til den geriatriiske avdelingen for å få råd fra mer erfarne sykepleiere i en oppstått akutsituasjon. Dette vil kunne bidra til at de sykehjemsansattes følelse av uhåndterbart ansvar i vanskelige situasjoner blir mindre, og at mestringsfølelsen øker.

En rekke praktiske og logistiske problemstillinger vil kunne oppstå. Tross forutsetningen om at prosjektskykehjemmet er «ideelt», i tråd med samhandlingsreformen, vil man kunne forvente utilstrekkelige fasiliteter for behandling av alvorlig syke og døende. Det kan mangle medisinsk utstyr, ikke være nok enerom på sykehjemmet, og så videre.

Pasient og særlig pårørende vil kunne kritisere at det ser ut til at en beslutning er tatt på forhånd angående hvilken behandling pasienten skal motta, og at dette motvirker at en individuell vurdering gjøres i hvert tilfelle. For å forebygge at slike misnøyesituasjoner oppstår er tydelig informasjon formidlet i en åpen og direkte kommunikasjonssetting avgjørende. Tanken bak skjemaet må som sagt beskrives, og pasient og pårørende må føle at dette er et verktøy som skal bedre behandlingskvaliteten for den enkelte pasient. Forhåpentligvis vil bedre kontakt mellom sykehjem og pårørende gi en bedre forståelse for pasientens helsetilstand, slik at en beslutning om å avstå fra sykehusinnleggelse i større grad aksepteres og vurderes som riktig fra pårørendes side. Vi håper også at pårørende i økende grad opplever å bli tatt hensyn til og bli tatt på alvor når det gjelder viktige beslutninger i den siste tiden av deres nærmestes liv.

DISKUSJON

Å velge ikke å hospitalisere en moribund pasient er en vanskelig avgjørelse. Dette er en høyst aktuell problemstilling selv når sykehusinnleggelsen ikke gagnar verken pasienten, hennes pårørende eller institusjonene involvert. Valgets kval reflekteres kanskje i mangelen på nasjonale retningslinjer med hensyn til vurdering sykehjemspasienters hospitaliseringsevne. Dagens praksis beretter om et mangfold av mer eller mindre veloverveide ad hoc-beslutninger når den akutte hendelse før eller siden inntreffer.

Samhandlingsreformen som ble igangsatt i januar 2012, har følgende motto: “Rett behandling – på rett sted – til rett tid”. Her overføres ansvaret for koordinerte og hensiktsmessige helsetjenester til kommunene under parolen: “Lik tilgang til gode og likeverdige helse- og omsorgstjenester, uavhengig av personlig økonomi og bosted. Dette skal fortsatt være den viktigste bærebjelken i den norske velferdsmodellen” [27]. Følgende fem hovedgrep ble lansert:

1. Klarere pasientrolle – dette omhandler i hovedsak pasientens medvirkning
2. Ny framtidig kommunerolle – overføring av ansvar til kommunene
3. Etablering av økonomiske insentiver – kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten, samt kommunalt ansvar for utskrivingsklare pasienter
4. Utvikling av spesialisthelsetjenesten – riktigere oppgavefordeling samt helhetlig pasientforløp
5. Tydeligere prioriteringer – i forhold til demografi og epidemiologi i utvikling

Disse prioriteringene og politiske føringene, samt opplevd frustrasjon i forhold til mangelen på nasjonale helhetlige retningslinjer danner grunnlaget for vår oppgave, og ligger sånn sett til grunn for følgende diskusjon. Der felles rutiner mangler, er det vanskelig å oppnå kvalitetssikret behandling, samt at den vanskeligere kan utføres i tråd med oppdaterte retningslinjer.

Litteratursøk og gjennomgang av dagens praksis viser at det ikke er noe felles kunnskapsgrunnlag i Norge som ligger til grunn for avgjørelsen av om en sykehjemspasient skal hospitaliseres. Således er det ad hoc-metoden som rår grunnen, iallfall ved mange institusjoner. Vårt forslag er dermed utarbeidelsen av et skjema som skal følge sykehjemspasientens øvrige dokumenter, og som utgjør en samlet vurdering og gjennomgang av hospitaliseringsevne FØR akutt hendelse inntreffer. Skjemaet vil kunne lede til en klassifisering av den enkelte pasient tilhørende en av flere mulige kategorier, som så blir styrende for fremtidig behandling. Slike kategorier er eksempelvis beskrevet i den amerikanske metoden “Advance directive”.

Gjennomgang av litteratur og liknende praksis i andre land, samt enkelte pilotprosjekter her til lands, har gitt indikasjoner på viktige momenter. Videre er det allerede et definert behov for nasjonale retningslinjer, i det at Helsedirektoratet har bedt Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten kartlegge og beskrive tiltak som kan redusere unødige sykehusinnleggelser hos eldre og kronisk syke [3,4,5].

USA og Canada er langt fremme på området, og som beskrevet i avsnittet om kunnskapsgrunnlaget, er det gjort valideringsstudier for å undersøke effekten av tiltakene. I USA er det lovpålagt at pasientene fyller ut et såkalt "Advance Directive" som kategoriserer pasienten i en av de fire gruppene som beskrevet over. Videre anbefaler man en tverrfaglig utredning kalt CGA (Comprehensive Geriatric Assessment) som igjen leder til en individuell behandlingsplan. Endelig er det ytterligere et lovpålagt skjema MDS (Minimal Data Set) utfylt av sykehjempersonalet, som bekrefter kategoriseringen i de tidligere omtalte fire kategorier. Totalt sett er det som følge av tiltakene rapportert redusert antall sykehusinnleggelser, samt at RCT'er har vist økonomisk gevinst av tiltakene, sammenliknet med kontrollgrupper, der de harde endepunktene var identiske (dødelighet).

De beskrevne amerikanske tiltak er naturlig nok ikke direkte overførbare til norske forhold. Mindre befolkning, ulik finansieringsmodell, annen statlig organisering samt ulik juridisk praksis må alle kunne sies å virke inn på overførbarheten. Et slikt mangfold av ulike kategoriseringer som beskrevet i de ulike amerikanske metoder er neppe ønskelig i norske institusjoner. Det er sannsynligvis mer hensiktsmessig å innføre ett felles skjema, muligens med rom for lokale variable som for eksempel transporttid til sykehus. På denne måten oppfyller man Samhandlingsreformens krav til likhet i tjenester og tilbud, samt at standardisering i et lite land, bidrar til kvalitetssikring i gjennomføringen av tiltaket.

En verdig avslutning på livet er likevel ikke fullstendig upløyd mark i Norge. Som tidligere nevnt har Helsedirektoratet initiert utredninger som beskriver hospitalisering av sykehjemspasienter. I tillegg har noen sykehjem i Norge igangsatt tiltak for å bedre omsorgen ved livets slutt. Ved Haraldsplass sykehjem i Bergen, samt ved seks ulike sykehjem i Østfold følger man filosofien og metodene beskrevet i Liverpool Care Pathway (LCP), et system utviklet i England på 1990-tallet for å standardisere og optimalisere terminal omsorg. Selv om denne metoden ikke er identisk med den oppgaven søker å beskrive, sier rapportene fra disse sykehjemmene noe om erfaringene som er gjort på området. Metoden er en form for klassifisering av terminalt syke, med retningslinjer for optimal behandling i forhold til sykdomsstadium. Den beskriver dog ikke eksakt det vår oppgave søker å

skape et system for – forhåndsvurdering av hospitaliseringsevne for alle sykehjemspasienter. Erfaringene fra Østfold er i all hovedsak gode [28]. Det er beskrevet at personalet opplever mer trygghet og at de er mer samkjørt når det gjelder et per definisjon vanskelig tema. Videre fungerer metoden som en inngangsport til det som betraktes som krevende samtaler, med pasient og pårørende. Av utfordringer vedrørende metoden nevner noen av rapportene at samarbeid med lege ikke fungerte tilfredsstillende, spesielt ved institusjoner hvor sykehjemslegen var ansatt i lav stillingsprosent, eller hvor sykehjemslegefunksjonen var uklart definert. Videre ble det påpekt at kategorisering kan oppleves som lite fleksibelt og med manglende individualitet, samt at man savnet et elektronisk verktøy for metoden. Likevel må tiltaket kunne betraktes som en klar forbedring i forhold til praksis som beskrevet ved et sykehjem i Drammen kommune, der man ikke har noen gjeldende retningslinjer for hospitalisering av sine pasienter. Sjelden er temaet diskutert på forhånd, og ved inntråd akutt hendelse tilkalles personale med høyest kompetanse. Det har i mange tilfelle vist seg vanskelig å etablere kontakt med sykehjemslege eller pasientens fastlege i en slik akutt situasjon. Ofte ender man opp med å henvise pasienten til sykehus via en legevaktslege som i beste fall kjenner pasienten, men som oftere aldri har møtt vedkommende. Resultatet er mange unødvendige innleggelser, der pasienten ofte kan oppleve å sendes direkte tilbake til sykehjemmet.

Det er enkelt å peke på argumenter som taler til fordel for en standardisert vurdering av hospitaliseringsevne hos mer eller mindre morbid sykehjemspasienter. Likevel vil en måtte forvente å møte på motstand ved initiering samt gjennomføring av et slikt tiltak. En del av disse momentene er diskutert under delene Tiltak, Prosess og organisering.

Et av de viktigste momentene i en slik implementering, vil være om de foreslåtte tiltakene springer ut fra et validert kunnskapsgrunnlag. Igangsettelse av tiltak som ikke er grundig nok utredet med særnorske forhold tatt i betraktning, ansees som lite hensiktsmessig. Tiltakene i USA er validert gjennom flere RCT'er, mens det ved gjennomføring av LCP i Norge er publisert artikler som beskriver tiltakene, men uten forankring i foretrukne vitenskapelige metoder, som for eksempel RCT, og heller ingen beskrivelser av harde endepunkter. Dette samsvarer også med behovet for videre utredninger med RCT'er med utgangspunkt i norske forhold, slik bestillingen til Kunnskapscenteret fra Helsedirektoratet var.

Ressurser, såvel økonomiske som tilgang på kompetent personale, vil være en naturlig begrensning ved innføringen av et slikt skjema, samt de faglige krav som følger av færre sykehusinnleggelser av til dels multimorbide sykehjemspasienter. Når det gjelder økonomi, er det gjennom Samhandlingsreformen øremerket midler til flere helseoppgaver utført av kommunene. Videre er

det et uttalt mål i den samme reformen at en større andel av helsetjenestene skal foregå på et lavere omsorgsnivå enn det som til nå har vært tilfelle. Det er her naturlig å påpeke at en slik ordning ikke må føre til dårligere helsetjenester for den geriatrike populasjon. Målet må være å øke andelen hensiktsmessige innleggelser, samt å spare pasienten for ubehaget, og i noen tilfeller skaden, en slik endring i daglig situasjon og pleie kan medføre. Videre må kommunehelsetjenestens kompetanse styrkes. Det er en forutsetning for å gjennomføre adekvate tiltak når hospitalisering ikke finner sted, som for eksempel intravenøs antibiotikabehandling, at sykehjemspersonalet har den nødvendige opplæring i slike prosedyrer. Videre fordrer det at sykehjem har det nødvendige tekniske utstyr.

Vår oppgave forutsatte hypotetisk sett at tiltaket implementeres i “det ideelle sykehjem”. Det kan naturligvis innvendes at en slik institusjon ikke eksisterer. Tanken er likevel at kompetanse i kommunehelsetjenesten gradvis skal heves med Samhandlingsreformen, og at tiltaket ikke er en endelig versjon i utgangspunktet, men at det innføres gradvis og med rom for nødvendige revisjoner underveis.

KONKLUSJON

Denne KLoK-oppgaven har tatt for seg et mulig system for å vurdere hospitaliseringsevnen hos sykehjemspasienter. Det er i dag diskrepans mellom opplevd og ønsket praksis i de ulike helseinstitusjonene, og virkningene av et mulig tiltak vil være både økonomiske, samt bedre helsetjenester for pasienter i form av færre unødvendige sykehusinnleggelses der disse kan unngås. Dette fører igjen til opplevd mestring hos de involverte parter, pasienter, pårørende og ikke minst helsepersonell.

Diskrepansen mellom praksis og mulige tiltak utgjør et stort forbedringspotensiale, og er dermed en velegnet problemstilling for en KLoK-oppgave.

Oppsummert vil initieringen av et vurderingsskjema for hospitaliseringsevne fordre et valid og veldokumentert kunnskapsgrunnlag, der norske forhold er studert. Videre må ressurser være tilstede, både med hensyn til økonomi, teknisk utstyr og pleiepersonalets kompetanse.

KLoK-oppgaven viser at slike tiltak gjennomføres i andre land med høy tilfredshet, samt økonomiske besparelser. Det vil fordre ytterligere forskning, samt utarbeidelse av et skjema beregnet på norske forhold å gjennomføre omtalte prosjekt. I Samhandlingsreformens ånd, men særlig med pasientenes beste i tankene, synes det riktig å anbefale en omlegging av det som i dag oppfattes som tilfeldige avgjørelser til en kunnskapsbasert nasjonal standard.

Konkret betyr det at vi på nåværende tidspunkt, selv ikke dersom alle praktiske forhold hadde vært på plass, kan anbefale innføring av slikt skjema. Mer forskning, særlig på norske forhold, er påkrevd. Oppsummert sagt kan en kanskje si at borte (sykehusbehandling) foreløpig er bedre enn hjemme (sykehjemmet)!

LITTERATURLISTE

1. Husebø Sandgathe Bettina, Husebø Stein. Ethiske avgjørelser ved livets slutt i sykehjem. Tidsskr Nor Legeforen 2004; 124: 2926-7.
2. Husebø Sandgathe Bettina, Husebø Stein. Sykehjemmene som arena for terminal omsorg— hvordan gjør vi det i praksis? Tidsskr Nor Legeforen 2005; 125: 1352-4.
3. Vist GE, Holte HH, Forsetlund L, Flottorp S, Underland V, Johansen M, Lindahl AK. Alternativer til sykehusinnleggelse for eldre og personer med kronisk sykdom—Del 1 En oversikt over systematisk oppsummert forskning. Notat 2010. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2010.
4. Lindahl AK, Johansen M. Alternativer til sykehusinnleggelse for eldre og personer med kronisk sykdom—Del 2 Publisert forskning om tiltak i kommunehelsetjenesten som kan redusere behov for liggedøgn i sykehus. Notat Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2010.
5. Brudvik M., Bakke T. Alternativer til sykehusinnleggelse for eldre og personer med kronisk sykdom. — Del 3: Erfaringer og evalueringer fra prosjekter som kan redusere liggedøgn i sykehus. Notat 2010. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2010.
6. Ranhoff Hylen Anette, Linnsund Jan Magne. Når skal sykehjemspasienter innlegges i sykehus? Tidsskr Nor Legeforen 2005; 125: 1844-7.
7. Hofacker von Sebastian, Naalsund Paal, Iversen Skorpen Grethe et al. Akutte innleggelser fra sykehjem til sykehus i livets slutfase. Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 1721-4.
8. Liverpool Care Pathway [Internett]. Bergen: Helse Bergen ; [sitert 19.03.2012]. Tilgjengelig fra: <http://www.helse-bergen.no/omoss/avdelinger/klb/Sider/liverpool-care-pathway.aspx>
9. Bruk av Liverpool Care Pathway (LCP) i livets slutfase [Internett]. Østfold: Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester Østfold; [sitert 19.03.2012]
Tilgjengelig fra : <http://www.utviklingscenter.no/bruk-av-liverpool-care-pathway-lcp-i-livets-slutfase.4914335-184860.html>

10. [Di Leo S](#), [Beccaro M](#) et al. Expectations about and impact of the Liverpool Care Pathway for the dying patient in an Italian hospital. *Palliative medicine* 2011;25(4):293-303.
11. Hockey J, Watson J et.al. The integrated implementation of two end-of-life care tools in nursing care homes in the UK: an in-depth evaluation. *Palliative medicine* 2010;24(8):828-38.
12. Lillemoen Lillian. Avsluttende behandling Tiltaksplan for døende pasienter. *Sykepleien* 2011 99(01):60-63.
13. Husebø Sandgathe Bettina, Husebø Stein. Sykehjemmene som arena for terminal omsorg- hvordan gjør vi det i praksis? *Tidsskr Nor Legeforen* 2005; 125: 1352-4.
14. Bradley EH, Wetle T, Horwitz SM. The patient self-determination act and advance directive completion in nursing homes. *Arch Fam Med*. 1998;7(5):417.
15. [Teno JM](#), [Gruneir A](#), [Schwartz Z](#), [Nanda A](#), [Wetle T](#). Association between advance directives and quality of end-of-life care: a national study. [J Am Geriatr Soc](#). 2007 Feb; 55(2):189-94.
16. [Mark Loeb](#), [Soo Chan Carusone](#), [Ron Goeree](#), [Stephen D. Walter](#), [Kevin Brazil](#), [Paul Krueger](#), et al. Effect of a clinical pathway to reduce hospitalizations in nursing home residents with pneumonia: a randomized controlled trial. *JAMA*.2006;295(21):2503-2510.
17. Nursing Home Quality Initiative [Internett]. USA: Centers for medicare and mediaid services ; [siteret 03.04.2012]. Tilgjengelig fra: https://www.cms.gov/NursingHomeQualityInits/25_NHQIMDS30.asp
18. Nursing Home Quality Initiative [Internett]. USA: Centers for medicare and mediaid services ; [siteret 03.04.2012]. Tilgjengelig fra: https://www.cms.gov/NursingHomeQualityInits/25_NHQIMDS30.asp#TopOfPage
19. [Mor V](#), [Intrator O](#), [Fries BE](#), [Phillips C](#), [Teno J](#), [Hiris J](#), [Hawes C](#), [Morris J](#). Changes in hospitalization associated with introducing the Resident Assessment Instrument. [J Am Geriatr Soc](#). 1997 Aug;45(8):1002-10.

- 20.. [Mark Loeb](#), [Soo Chan Carusone](#), [Ron Goeree](#), [Stephen D. Walter](#), [Kevin Brazil](#), [Paul Krueger](#), et al. Effect of a clinical pathway to reduce hospitalizations in nursing home residents with pneumonia: a randomized controlled trial. *JAMA*.2006;295(21):2503-2510.
21. Extreme Care, Humane Options. California USA: California Coalition for Compassionate Care; [sitert 03.04.2012].
Tilgjengelig fra: www.sachealthdecisions.org/html/echo_nursing_facility_recommen.html
22. [Molloy DW](#), [Guyatt GH](#), [Russo R](#), [Goeree R](#), [O'Brien BJ](#), [Bédard M](#), et al. Systematic implementation of an advance directive program in nursing homes: A randomized controlled trial. *JAMA*. 2000 Mar 15;283(11):1437-44.
23. Statistikk Sentralbyrå.Utvalgte nøkkeltall Drammen Kommune 2010. Tilgjengelig fra www.ssb.no
24. Langley , Nolan, Nolan, Norman, Provost: The Improvement Guide, New York; Jossey Bass,1996.
25. Og bedre skal det bli.[Internett]. Kunnskapsenteret: [sitert 05.04.2012]. Tilgjengelig fra:
http://www.ogbedreskalidetbli.no/metoder_verktoy/Metode_for_kvalitetsutvikling/1103
https://lh3.googleusercontent.com/u26QqoASxVJxrNhJr9j2LvdyM0ZzELCWBmE5qOo9A39Vzyf2GW76uVYHgo0lSw1ATC_Dz0I9O4I9EUqaxC7alURKJgQHIdoDK0RERB9sEASSX-lfFN0
26. Samhandlingsreformen i kortversjon [Internett]. Helse- og omsorgsdepartementet:[sitert 12.04.2012]. Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/kampanjer/samhandling/om-samhandlingsreformen/samhandlingsreformen-i-kortversjon.html?id=650137>
27. St.meld. nr. 47 (2008-2009): Samhandlingsreformen. Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-/2.html?id=567203>

28. Lillian Lillemoen, Ranghild Ulseth Velund, Elisabeth Østensvik. Tiltaksplan for døende pasienter. [Internett]. [sitert 10.04.12] Tilgjengelig fra:
<http://www.sykepleien.no/Content/590435/tiltaksplan%20for%20d%F8ende.pdf>