

Områdegeriatriiske team – en modell for forpliktende samhandling mellom sykehjem og sykehus

Sammendrag

Langvarig forpliktende samarbeid mellom sykehus og sykehjem er lite omtalt i medisinsk litteratur. Kontrollerte studier som grunnlag for valg av samarbeidsformer er så godt som ikke-eksisterende. Derimot har en målsetting om å inngå slikt samarbeid blitt klart uttrykt i helsepolitiske dokumenter. Artikkelen beskriver en modell hvor et områdegeriatriisk team, opprettet ved sykehuset Namsos i 1993, regelmessig reiser ut og besøker sykehjemmene i 17 kommuner i sykehusets nedslagsfelt. Virksomheten ble evaluert av to forskere fra Folkehelseinstituttet i 1998, der de konkluderer med at den subjektivt opplevde nytte av virksomheten var stor både hos legene, sykepleierne og hjelpepleierne i kommunen. Organisering av virksomheten som nå har pågått uavbrutt i 11 år beskrives, og noen av teamets egne erfaringer trekkes frem. Artikkelen konkluderer med at områdegeriatriisk virksomhet er en nyttig måte for helsearbeidere i sykehus til å ivareta sin lovpålagte veiledningsplikt overfor kommunene på. Geriatriiske team som samarbeider med sykehjem og hjemmetjeneste i kommunene, bør opprettes ved flere geriatriiske sykehusenheter. Behovet for å gjennomføre gode studier av effekten av slikt samarbeid understrekes samtidig sterkt.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

> Se også side 993

Wenche Frogn Sellæg

wefse@online.no
Medisinsk avdeling
Sykehuset Namsos
7800 Namsos

I 18 år hadde sykehjem og sykehus samme eier og finansieringsform. Da sykehjemmene i 1988 gjennom en lovendring ble overført til kommunalt eierskap (1), skapte det en bekymring hos politikerne for at det skulle skje en ansvarsfraskrivelse fra sykehusets side for de eldste pasientene med sammenlagte helseproblemer og betydelige omsorgsbehov. Derfor ble det i premissene for loven lagt inn en forutsetning om at det burde opprettes geriatriiske team eller avdelinger ved alle somatiske sykehus. Det ble understreket at sykehjemmet skulle ha sin faglige forankring i disse geriatriiske enhetene, og begrepet områdegeriatri ble lansert. De geriatriiske teamene skulle ifølge lovframlegget ikke overta behandlingen av den enkelte sykehjemspasient, men gjennom råd og veiledning sette personalet i stand til å gjennomføre behandlings- og rehabiliteringsoppgavene på en faglig riktig måte.

Allerede to år senere ble modellen prøvd ut mellom sykehuset i Kristiansund og seks kommuner på Nordmøre (2). Ti av 11 primærleger som hadde henvist pasienter i de to årene prosjektet varte, uttrykte tilfredshet med ordningen gjennom svar på et spørreskjema sendt i posten. Sykepleierne, representert ved leder for hjemmesykepleien i hver kommune, var alle tilfreds med ordningen.

På bakgrunn av de politiske signalene og erfaringene fra Nordmøre, vedtok sykehusstyret i Nord-Trøndelag i 1993 å opprette et områdegeriatriisk team ved sykehuset i Namsos. Teamet skulle både arbeide innad i sykehuset og utad mot kommunene i sykehusets nedslagsfelt. Mens teamet på Nordmøre hadde bestått av en allmennpraktiker med interesse for geriatri og en geriatriisk sykepleier, ble det i Namsos opprettet et team med geriater, geriatriisk sykepleier, fysioterapeut og ergoterapeut. Det ble samtidig opprettet en geriatriisk poliklinikk som var åpen alle ukedager teamet ikke var på områdebesøk. Senere kom det også til en geriatriisk enhet på fem senger i medisinsk avdeling.

Virksomheten til det geriatriiske teamet ble evaluert av Folkehelseinstituttet i 1998 (3). Den geriatriiske enheten består uforandret i dag, og det har vært liten utskiftning av personalet. Formålet med denne artikkelen er å beskrive 11 års erfaring med samarbeid mellom sykehuset og sykehjemmene i de 17 kommunene som områdeteamets arbeid dekker.

Områdedagens organisering

Hver kommune blir tilbudt besøk av det geriatriiske teamet 1–2 ganger i året. Det medfører en reisedag hver eller annenhver uke for teamet. Tilbudet omfatter pasienttilsyn på sykehjemmet eller i pasientens hjem, pårørendesamtaler, råd og veiledning til personalet på sykehjemmet og i hjemmetjenestene, enten i forhold til enkeltpasienter eller situasjoner som personalet opplever som vanskelige. Miljømessige tiltak diskuteres, for eksempel hvordan skjermede enheter skal organiseres og utstyres. Legemiddelbruken ved sykehjemmet gjennomgås, og det gis undervisning hvis det er ønskelig, enten når teamet er på besøk eller i form av videokonferanser. Ved enkelte besøk har psykiatrisk sykepleier forsterket teamet. Det er også blitt avholdt møter med kommuneadministrasjonen og helsepolitikere om utbyggingsplaner. Det aller meste av tiden benyttes på sykehjemmet (ramme 1).

Helt fra starten har teamet lagt vekt på at det er kommunelegene, sykehjemsbestyrerne og pleie- og omsorgslederne som i samarbeid skal avgjøre hva de vil bruke besøket av det geriatriiske temaet til. I utgangspunktet står hele teamet til rådighet for kommunen, men det er dagsprogrammet som avgjør om alle reiser ut. Reiseruten legges opp tidlig hver høst og kort etter nyttår – slik at primærhelsetjenesten får god tid til å legge opp programmet for dagen. Senest fjorten dager før besøket melder kommunen tilbake på et eget skjema hvilke pasienter som ønskes tilsett, hvilke problemer som ønskes diskutert

! Hovedbudskap

- Geriatriisk team ivaretar sykehusets veiledningsplikt overfor kommunehelsetjenesten
- Sykehjemmene bør ha en faglig forankring i geriatriisk team
- Forskning på samhandling mellom nivåene i helsetjenesten etterlyses

Ramme 1**Tjenester som tilbys kommunene fra geriatrisk team**

- Vurdering av pasienter i sykehjemmet
- Samtale, råd og veiledning til personalet
- Samtale med pårørende
- Gjennomgang av medikamentbruk i sykehjemmet
- Undervisning
- Oppfølging av pasienter utskrevet fra sykehuset
- Vurdering av hjemmeboende pasienter
- Planlegging av skjermede enheter for demente
- Dialog med politikere og planleggere om utbygging

Ramme 2**Legenes oppfatning av teamets nytteverdi (av 38 leger som svarte)**

- 23 av legene mente selv å ha stor nytte av teamet
- 10 av legene mente selv å ha noe nytte av teamet
- 14 av legene mente at pasientene hadde stor nytte av vurderingen
- 19 av legene mente at pasienten hadde noe nytte av vurderingen
- Ingen av spørsmålene ble besvart med ingen nytte, men 10 leger svarte ikke

Ramme 3**Pleiernes oppfatning av teamets nytteverdi**

- 141 av de 154 som svarte mente deres kunnskap om geriatriske problemer hadde økt
- 146 mente at diagnostikk og medikamentbruk ble bedret etter teamets besøk
- 31 av dem som svarte hadde aldri fått beskjed om at teamet var på besøk
- 3 av 4 som svarte ønsket seg flere områdedager

Folkehelseinstituttets evaluering

Målet for evalueringen var å identifisere sterke og svake sider ved modellen med områdegeriatriske team. Evalueringen skjedde på grunnlag av et skjema med 85 spørsmål som ble levert ut til de tilstedeværende etter hvert områdebesøk. Svarene ble sendt direkte til Folkehelseinstituttet. I alt 185 sykepleiere og hjelpepleiere besvarte skjemaet, mens 38 av 43 leger svarte. 15 av disse sa seg villige til et lengre telefonintervju. Det er redegjort grundig for hele evalueringen i rapporten (3), her skal bare enkelte av svarene med relevans for samarbeidet med sykehjemmet trekkes frem. På spørsmål om nytteverdien av teamet svarte to tredeler av legene at geriatrisk team var til stor nytte for dem, noe som ble utdypet i intervjuene der teamets råd og veiledning ble fremhevet som bidrag til egen trygghet (ramme 2). Av pleierne mente 92 % av dem som deltok i de områdegeriatriske dagene, at deres kunnskap om geriatriske problemstillinger hadde økt. Tre av fire pleiere ønsket seg flere områdedager (ramme 3). Samtidig var det 31 av dem som svarte som ikke hadde hatt kontakt med det geriatriske teamet, hovedsakelig fordi de ikke kjente til at teamet kom på besøk.

Når det gjelder pasientenes nytte av teamets besøk, svarte 14 av legene at utredningen var til stor nytte for pasienten, mens de øvrige 19 som svarte på dette spørsmålet, krysset av for noe nytte. På et tilsvarende spørsmål svarer nesten alle pleierne (95 %) at teamets intervensjon bidrar til at diagnostiseringen og medikamentbruken bedres eller endres.

Kunnskapsgrunnlag

Senter for medisinsk metodevurdering foretok i november 2003, på oppdrag av sekretariatet i Nasjonalt råd for prioriteringer i helsevesenet, en kartlegging av kunnskapsgrunnlaget når det gjelder helsetjenester for gamle (4). Rapporten omfatter blant annet samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. På grunn av korte tidsfrister gjør ikke rapporten krav på å være fullstendig. Det ble lagt vekt på studier som vurderer effekten av ulike utskrivningsrutiner fra sykehus og samarbeidsformer mellom sykehuset og dem som overtar ansvaret for pasienten etter utskrivningen. Majoriteten av studiene kommer fra USA og har kanskje mindre relevans for norske forhold. Studier av samarbeid mellom sykehus og sykehjem er ikke nevnt. Tvert imot er pasienter som ble utskrevet fra sykehus til sykehjem, ekskludert fra store undersøkelser som DEED I og II (Discharge of Elderly from Emergency Department) (5, 6).

Ved New Hampshire-Dartmouth Psychiatric Research Center i Hannover, USA, ble det i 2002 gjort en litteraturgjennomgang av studier av psykiatriske spesialisttjenester i sykehjem (7). Tre typer av studier ble vurdert, basert på konsultasjoner av psykiater, av psykiatrisk sykepleier og av et tverrfaglig

psykiatrisk team. Man fant meget få kontrollerte studier. Men observasjonsstudier av ulike slag indikerer at den mest effektive modellen var den som var basert på tverrfaglige team, og den minst effektive bruk av spesialisthelsetjenesten var den tradisjonelle liason-virksomheten der en kliniker vurderer pasienten og sender en skriftlig rapport til bestilleren.

Diskusjon

Det vitenskapelige grunnlag for valg av samarbeidsmodeller mellom sykehus og sykehjem synes å være svakt. Nødvendigheten av et slikt samarbeid er først og fremst påpekt i politiske dokumenter. Sykehjemsreformen i 1988 gav verken et økonomisk incitament eller en lovpålagt plikt til å inngå slikt samarbeid, selv om det ble uttrykt sterk vilje til å styrke sykehusgeriatrien, iverksette områdevirksomhet og til å forankre sykehjemmene faglig i spesialisthelsetjenesten. Dette sluttet også Stortingets sosialkomité seg til (8). Det er først med den nye lov om spesialisthelsetjenester at helsepersonell i sykehus har fått plikt til å gi råd, veiledning og opplysninger om helsemessige forhold som er påkrevd for at kommunehelsetjenesten skal kunne løse sine oppgaver. Spesialisthelsetjenesten kan ifølge merknadene til loven ikke unnlate å oppfylle veiledningsplikten under henvisning til ressurser eller arbeidsbelastning. Dette er også en absolutt plikt i den forstand at veiledning skal gis av eget tiltak eller etter anmodning fra kommunehelsetjenesten og omfatter alle forhold som knytter seg til undersøkelse, behandling, pleie, omsorg eller rehabilitering.

Det er vår erfaring gjennom 11 års reisevirksomhet at det nettopp er veiledningsdelen av virksomheten som oppfattes som mest nyttig av både legene, pleierne og teamet selv. Det er en type veiledning som går begge veier. Vi som reiser ut får et inngående kjennskap til helsetjenestetilbudene i den enkelte kommune og hvordan samarbeidet med sykehuset oppleves fra deres perspektiv. Vi blir kjent med sykehjemmene, vet hvilke pasienter i sykehuset som kan skrives tidlig ut fordi ressursene er til stede lokalt for en tett oppfølging av pasienten. Vi har nok også fått en større forståelse av de lokale helsearbeideres ønske om å legge inn sykehjems pasienter for en diagnostisk avklaring. Terskelen er lav for innleggelse til somatisk utredning av en sykehjemspasient i de tilfeller der resultatet vil få betydning for hvilke ressurser som skal settes inn i det videre forløp. Samtidig er sykehjemmene raske til å ta unna pasienter som fra sykehusets side oppfattes som utskrivningsklare. Mange innleggelser unngås fordi vi kjenner hverandre så godt at råd og veiledning kan gis i tide per telefon. Vi har lagt stor vekt på tilgjengelighet fra teamets side per telefon eller videokonferanser.

Innad i sykehuset bidrar teamet med funksjonsutredning, vurdering av rehabiliterings-

og hva de for øvrig ønsker å bruke den områdegeriatriske dagen til. Selv om det ofte er sykepleiere som definerer behovet for tilsyn, går alle henvisninger som vanlig gjennom pasientens lege. I mange av kommunene er legen som oftest til stede under hele eller deler av områdedagen.

potensialet hos gamle pasienter med akutt sykdom eller skade, og fungerer som brobygger ut mot kommunehelsetjenesten når det gjelder spørsmål om hvilket omsorgsnivå pasienten vil ha behov for etter utskrivning. På den måten blir teamet også involvert i vurdering av pasienter som ligger i andre avdelinger enn den geriatriiske. Men den høye om løpshastigheten av pasienter ved sykehuset og den reduserte liggetiden ved de medisinske avdelingene fører til at langt fra alle pasientene som kunne ha behov for teamets intervensjon, oppnår dette.

En av svakhetene ved organisering av områdedagen, slik det også fremkom i evalueringen, har vært sviktende intern kommunikasjon i kommunehelsetjenesten. Dette kan medføre at deler av både helse-, pleie- og omsorgstjenestene ikke er kjent med at teamet kommer, og følgelig heller ikke har hatt mulighet til å fremme sine ønsker om hvordan teamet skal brukes. Det er gjerne lederne som setter dagsordenen. Manglende kommunikasjon medfører likeledes at fremmøtet kan være vekslende. Selv om evalueringen viste at primærlegenes holdning til teamet og nytten av teamets arbeid var svært positiv, hadde det fra vårt synspunkt vært ønskelig om sykehjemslegene i større grad hadde satt av tid til å være til stede under områdedagen.

Vi er i tvil om nytten av tradisjonell kate-terundervisning, selv om enkelte kommuner ønsker å bruke områdedagen til en faglig oppdatering. Det er først og fremst gjennom en dialog, der helsearbeiderne i kommunen selv tar opp et problemkompleks de strever med, at nytten av intervensjonen tydeligst merkes.

Vi registrerer at stadig flere pasienter utredes for demens i primærhelsetjenesten. Der henvisningene før gav få opplysninger utover symptomet glemsomhet, vedlegges nå nesten alltid resultatene av Mini Mental Status (MMS) og klokketest, samt komparentopplysninger fra pårørende. Mens bruk av tunge psykofarmaka ved vanskelig atferd hos sykehjemsbeboerne tidligere var svært vanlig, har legemidlene nå blitt færre og dosene lavere. Mens bare ett av sykehjemmene i 1993 hadde en skjermet enhet, er det i dag bare én kommune som mangler dette tilbudet. Det er gjennom endret praksis hos dem vi samarbeider med at vi får bekreftelse på nytten av vår virksomhet.

Det er to faktorer ved siden av tverrfagligheten vi har sett som avgjørende for den positive evalueringen teamet har fått av sitt arbeid. Det ene er kontinuiteten i tilbudet. Vi forplikter oss til å komme tilbake gang på gang. Det medfører at kontakten holdes ved like også mellom besøkene slik at primærhelsetjenesten har kontinuerlig tilgang på konsulent- og veiledningsvirksomhet. Det andre er lydhørhet for behovene som helsearbeiderne i kommunene har. Det er på deres premisser dialogen føres. Vi kommer ikke som spesialister med ferdige fasitsvar, men

opplever at gjensidig respekt for hverandres ståsted er det som skaper de beste løsningene.

Svarene som ble gitt fra helsepersonell i kommunen i forbindelse med evalueringen, avspeiler subjektive oppfatninger av opplevd nytte og gir ikke nødvendigvis det sanne bilde av virkeligheten. Men på et felt hvor gode studier er så godt som fraværende, gir en omfattende evaluering av dette slaget i det minste en indikasjon på at man er på rett vei.

Konklusjon

Samarbeid mellom sykehus, sykehjem og de kommunale hjemmetjenestene i form av et sykehusbasert tverrfaglig områdegeriatrisk team er en nyttig arbeidsform. Teamet er en viktig brobygger mellom omsorgsnivåene for eldre pasienter med sammensatte lidelser og store omsorgsbehov, og en god metode for helsearbeiderne i sykehuset for å oppfylle sin veiledningsplikt. Det haster med å iverksette gode studier som kan gi den områdegeriatriske virksomheten et sterkere vitenskapelig fundament og forhåpentligvis bidra til at stadig flere sykehus oppretter ambulante geriatriske team.

Litteratur

1. Ot.prp. nr.48 (1985–86). Om endringer i lov av 19. november 1982 nr. 66 Om helsetjenesten i kommuner og andre lover. (Sykehjemmene i den kommunale helse- og sosialtjenesten.)
2. Ranhoff AH. Områdegeriatri på Nordmøre. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 3538–40.
3. Narum AB, Romøren TI. Vi har ingen tradisjon for geriatri. Førstelinjetjenestens vurdering av bruk og nytte av Geriatrisk team i Nord-Trøndelag. Nasjonalt geriatriprogram rapport nr. 1/2000. Oslo: Sosial- og helsedepartementet/Statens helsetilsyn, 2000.
4. Helsetjenester og gamle – hva er kunnskapsgrunnlaget? Rapport til Nasjonalt Råd for prioriteringer i helsevesenet. Trondheim: Senter for medisinsk metodevurdering, SINTEF, 2003.
5. Caplan GA, Brown A, Crocker WD et al. Risk of admission within four weeks of discharge of elderly patients from the emergency department. The DEED study. Age Ageing 1998; 27: 697–703.
6. Caplan GA, Williams AJ, Daily B et al. A randomized, controlled trial of Comprehensive Geriatric Assessment and Multidisciplinary Intervention after discharge of Elderly from the Emergency Department – The DEED II Study. J Am Geriatr Soc 2004; 52: 1417–23.
7. Barthels SJ, Moah GS, Dums AR. Models of mental health services in nursing homes: a review of the literature. Psychiatr Serv 2002; 53: 1390–6.
8. Inst. O. nr. 56 (1985–86). Innstilling fra Sosialkomiteen om endringer i lov av 19. november 1982 nr. 66 Om lov om helsetjenesten i kommuner og andre lover. (Sykehjemmene i den kommunale helse- og sosialtjenesten.)