

Gro Næss:

**Hvilke sykepleiefaglige behov har skrøpelige gamle
som kommer til akuttmottaket?**

Et forskningssamarbeid mellom

Sykehuset i Vestfold

Kommunehelsetjenesten

Høgskolen i Vestfold

NSF Vestfold



Tønsberg: Høgskolen i Vestfold, 2008

Rapport 1 / 2008

Rapport nr 1 / 2008 Høgskolen i Vestfold
Copyright: Høgskolen i Vestfold/ Gro Næss
ISBN: 978- 82-7860-206-5

Forord

Høgskolen i Vestfold, avdeling helsefag har et godt samarbeid med praksisfeltet i Vestfold. Samarbeidet omfatter utfordringer og oppgaver på mange plan. Fagutvikling, forskning og kompetanseutvikling er noen av våre felles oppgaver mot vårt felles sosiale mandat: Å skape en bedre praksis.

Også Norsk Sykepleierforbund (NSF) i Vestfold engasjerer seg i stor utstrekning for å bidra til en bedre praksis utover tradisjonelt fagforeningsarbeid. Både daværende fylkesleder Solveig Osland Sandvik og nåværende fylkesleder Lisbeth Rudlang har stimulert og prioritert fagutvikling og forskning i praksis.

Jevnlige samarbeidsmøter mellom praksis, NSF og ansatte ved høgskolen førte til at arbeidet med denne studien ble igangsatt. Ulike problemstillinger rundt ivaretagelse av skrøpelige gamle som ble innlagt på sykehus var stadig på dagsorden. Etter hvert ble det klart at her manglet mye kunnskap.

Studien har vært mulig å gjennomføre fordi vi har møtt mye støtte og velvilje hos alle involverte parter. NSF fant midler til å finansiere studien. I praksis og skole har vi bare møtt velvilje og stor interesse. Uten tilgang til feltet gjennom positive ledere på alle arenaer, velvillige forskningsassistenter i akuttmottaket, tålmodige intervjuobjekter i kommunehelsetjenesten og ansatte ved Høgskolen som bidro med nyttige metodiske og analytiske vurderinger, hadde det ikke vært mulig å gjennomføre studien. En spesiell takk vil vi rette til vår dyktige veileder. Uten hennes kloke innspill og vurderinger ville denne studien ikke hatt samme kvalitet.

Takk til alle som på en eller annen måte har bidratt til å skape viten om situasjoner der skrøpelige gamle legges inn i sykehus.

Sammendrag

Hensikt:

Hensikten med denne pilotstudien er å belyse situasjonen der skrøpelige gamle kommer til akuttmottaket fra sykehjem og hjemmesykepleie. Hva kjennetegner disse situasjonene, og hvilke sykepleiefaglige utfordringer medfører de? På hvilke områder er det behov for videre forskning?

Deltakere:

Deltakere i studien har vært ansatte ved Sykehuset i Vestfold, kommunehelsetjenesten i Vestfold, leder i Norsk Sykepleierforbund i Vestfold og lektor ved Høgskolen i Vestfold. Veileder: Solveig Hauge, 1.amanuensis Universitetet i Oslo.

Metode:

Studien bygger på aktuell norsk og internasjonal forskning på feltet.

Studien har både kvalitative og kvantitative data, og den har et utforskende og beskrivende design. Data er hentet ved hjelp av et kartleggingsverktøy utviklet for studien, og intervju.

Studien har to faser. I fase en 83 pasienter som ble innlagt i akuttmottaket i løpet av en måned i 2006 kartlagt. Utvalget er her begrenset til pasienter som innlegges i medisinsk avdeling, og som kom fra sykehjem eller hjemmesykepleie.

I fase 2 er det gjennomført intervju av 10 sykepleiere som deltar i innleggelse av skrøpelige gamle i sykehus gjennom sitt arbeid i sykehjem eller hjemmesykepleie.

Resultat:

Resultater viser at pasientene innlegges med diagnoser som samsvarer med funn i andre studier. Infeksjonssykdom, dyspnoe, hjertesvikt, brystmerter og redusert almenntilstand var hyppigste hovedårsak til innleggelse. Sykepleiere i kommunen og akuttmottaket vurderte pasientenes behov for sykepleie ulikt. Hensikten med innleggelse var nokså likt fordelt mellom behov for behandling og utredning. Det ser ut til å være store lokale variasjoner iht hvilke helsehjelp som gis i kommunehelsetjenesten, og hva som betraktes som spesialisthelsetjenestens oppgave og ansvar. Lite samarbeid mellom lege og sykepleier om vurdering av pasientens situasjon ser ut til å være en medvirkende faktor til innleggelse i sykehus. Det ser videre ut til å være lite tradisjon for å samarbeide om en avklaring av pasientsituasjonen iht mulig utvikling og videre behandling. Der dette er praksis legges

pasienten sjeldnere inn i sykehus. Et markant funn var at mange pasienter kommer til sykehus med lite dokumentasjon fra lege eller sykepleier. Dette gjør at det blir vanskelig å gi pasienten den helsehjelpen han trenger, og det kan medføre stor belastning for pasienten.

Til slutt viser pilotstudien at sykepleierens vurderingsansvar for skrøpelige gamle er omfattende og økende. Disse situasjonene er kompliserte, og sykepleiere ivaretar i stor grad vurderingen av pasientens behov for helsehjelp. Studien viser behov for avklaring og utredning av vurderingsansvaret og nødvendig vurderingskompetanse.

Innholdsfortegnelse

Rapportens struktur	1
1. Bakgrunn for studien.....	2
2. Avklaring av problemstilling, forskningsspørsmål, avgrensing og sentrale begrep.....	4
Forskningsspørsmål:	4
Avgrensning	4
Sentrale begrep.....	4
3. Metode.....	6
Studiens design	6
Finansiering.....	7
Tilgang til feltet.....	7
Gjennomføring av datainnsamling.....	7
I akuttmottaket	7
I kommunehelsetjenesten	9
Datamateriale	10
Analyse av data	10
Studiens gyldighet og pålitelighet.....	13
Forskningsetiske betraktninger	14
4. Presentasjon av funn i akuttmottaket	15
Innleggelsesopplysninger.....	15
Behov for sykepleie knyttet til funksjonsområder	19
Funn som kom frem ved kobling mellom kategoriene fra akuttmottaket	24
5. Presentasjon av funn i kommunehelsetjenesten.....	26
Spørsmål 1: I hvilke situasjoner mener du skrøpelige gamle må innlegges i sykehus?.....	26
Hvilke medisinske behandling gis i kommunehelsetjenesten?	26
Hva kjennetegner pasientens situasjon?.....	27
Spørsmål 2: Hvilke sykepleiefaglige behov har skrøpelige gamle oftest når de innlegges i sykehus?...29	
Spørsmål 3: Hva er sykepleierens rolle i slike situasjoner.....	32
Spørsmål 4: Hva er det som gjør at de ikke kan få dekket sine behov for helsehjelp der de er?	35
6. Diskusjon.....	39
Hvordan samsvarer opplevelsen sykepleier i kommunene har av pasientens situasjon og diagnoser kartlagt i akuttmottaket?.....	39
Hvordan samsvarer kommunesykepleierens vurdering av pasientens behov for sykepleie når pasienten sendes til sykehus, og sykepleiebehovet som dokumenteres ved innkomst?.....	39
En metodesvakhet?.....	41
Ulike utgangspunkt og forutsetninger for å gjøre observasjoner og vurderinger?.....	41
Hva er hensikten med innleggelsen?.....	43
Nye eller kjente behov hos pasienten?	45
Ulikheter mellom sykehjem og hjemmesykepleie?	45
Hvem legger pasienten inn i sykehus?	46
Hvilke faktorer ser ut til å påvirke om pasienten legges inn i sykehus?	47
Fra sykehjem	47
Fra hjemmesykepleie	50
En sammenheng mellom ”avklarte pasientsituasjoner” og innleggelse i sykehus?	52
En sammenheng mellom samarbeid mellom lege og sykepleier og innleggelse?	53
Følgedokumentasjon	54

7. Sykepleiefaglige utfordringer	56
I akuttmottaket	56
I kommunehelsetjenesten	57
8. Behov for videre forskning	58
9. Avslutning	59
Litteratur	61
Oversikt over vedlegg	64

Rapportens struktur

Kapittel 1 inneholder innledning og bakgrunn for studien.

I kapittel 2 avklares problemstilling, forskningsspørsmål, avgrensning og begrepsavklaring.

Kapittel 3 inneholder metodebeskrivelse. Det redegjøres for valg av metode, gjennomføring av datasamling, og analyseprosessen. Det gjøres metodekritiske og forskningsetiske vurderinger.

Kapittel 4 presenterer funn fra akuttmottaket. Funn presenteres i tabeller som viser resultater fra kartleggingen. Det gis fortløpende kommentarer til tabellene.

I kapittel 5 presenteres funn fra kommunehelsetjenesten. Funn presenteres og kommenteres samlet rundt spørsmålene som ble stilt.

I kapittel 6 diskuteres funn fra akuttmottak og kommunehelsetjeneste samlet.

Kapittel 7 viser spesielle sykepleiefaglige utfordringer som fremkom gjennom diskusjon av funn. Utfordringene deles her i de to arenaene i akuttmottaket og kommunehelsetjenesten.

Kapittel 8 viser behov for videre forskning.

Kapittel 9 avslutter rapporten.

1. Bakgrunn for studien

Det foreligger lite forskning knyttet til Eldres behov for helsehjelp (Helse- og omsorgsdepartementet, 2005). I særlig grad gjelder det disse pasientens behov for sykepleie (Hofseth og Norvoll 2003). Vi vet mye om innleggelsesdiagnoser og liggetid for pasientgruppen, men lite om hva slags helsehjelp eller sykepleie spesielt de faktisk trenger.

Antall innleggelser av de eldste eldre har i hele Norge vært økende de siste årene frem til 2007 (Statistisk sentralbyrå 2008). Samtidig har det vært en betydelig synkende gjennomsnittelig liggetid i de fleste aldersgrupper, unntatt for aldersgruppen over 80. Tall fra SAMDATA viser at Eldres sykehusbruk økte med 12 % i perioden fra 2001 til 2005. I 2005 utgjorde eldre over 80 år 4,7 prosent av befolkningen, mens de brukte 21 prosent av liggedøgnene i sykehus (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2006).

Rapporten "Scenario 2030- Sykdomsutviklingen for eldre fram til 2030" fra Statens helsetilsyn viser sammenhengen mellom økende levealder og sykdomsutvikling (Stensvold 1999).

Rapporten viser at økningen i antall eldre vil ha omfattende konsekvenser:

- Store sykdomsgrupper og akutte tilstander (eks. aldersdemens, forhøyet blodtrykk, slag, hjertesvikt, diabetes, kreft, leddgikt, lårhalsbrudd, isetting av hofteproteser) som dominerer i høy alder vil øke sin utbredelse med 40 til 60 prosent fram mot 2030
- En nedgang i dødelige sykdommer som hjerte-karsykdommer (som allerede er observert) og kreft (hvor man venter på et gjennombrudd), vil forlenge livet til mennesker med kroniske lidelser som aldersdemens, muskel- og skjelettsykdommer, diabetes etc.
- Dekning av pleiebehovet, som vil øke med minst 60 prosent fram til 2030 og enda mer frem mot 2050, blir et problem fordi andelen "pleier-produserende" aldersgrupper ikke vil øke i det hele tatt fram mot dette tidspunkt (side 32)

Økningen i antall eldre, reduksjon i antall sykdommer man dør *av* og økning i antall sykdommer man lever *med*, vil føre til at flere eldre vil ha et økt antall år med sykdom og funksjonssvikt. Dette vil føre til økt behov for helsehjelp (ibid).

Det er altså ord grunn til å anta en fortsatt økning av innleggelser i sykehus. Samtidig fører krav om innsparing ved de store helseforetakene med seg reduksjon i antall senger ved flere sykehus. Antallet nye sykehjemsplasser og ansatte i hjemmesykepleie følger ikke den demografiske utviklingen av eldre. Det er derfor helt nødvendig å arbeide for å skape en felles forståelse for hva som er kommunenes og hva som er sykehusenes ansvar og utfordringer. Spesielt må det arbeides fram en ny forståelse for hva som kjennetegner situasjonen for de

stadig flere syke og omsorgskrevende hjemmeboende eldre. Når deres behov er bedre kjent, må det jobbes frem nye arbeidsformer på tvers av etablerte skiller i dagens system. I ”Respekt og kvalitet”, rapport om styrking av spesialisthelsetjenester for eldre (Sosial – og helsedirektoratet 2007b) reises problemstillingen knyttet til finansieringsmodellen for sykehusene. Kanskje er det slik at den nåværende finansieringsmodellen ikke understøtter den kliniske praksis som er mest til nytte for eldre med sammensatte problemer?

Eldre pasienter skal ha den samme adgang til mer spesialiserte helsetjenester som alle andre, men det må være deres behov for slike tjenester som medfører sykehusinnleggelse, og ikke systemsvikt i helsevesenet. Rapport om legetjenester til personer med kommunale omsorgstjenester utenfor institusjon viser at legetjenesten til disse brukerne er mangelfull (Sosial- og helsedirektoratet 2007b). Her dokumenteres sviktende rutiner for samarbeid og kommunikasjon mellom fastlegen og den kommunale omsorgstjenesten. Dette medfører i noen tilfeller til innleggelser i sykehus som kunne vært unngått.

Mange av pasientene som kommer til sykehuset fra hjemmet har hatt hjemmesykepleie før innleggelsen. Deres behov for helsehjelp er varierende. Noen har et sterkt redusert funksjonsnivå, andre opplever en forverring av en kjent sykdom, og noen har et nytt og ukjent behov for helsehjelp. Det kan være pasienter som har behov for sykepleie som krever omfattende kompetanse og ressurser utover det kommunehelsetjenesten kan tilby. Pasientens som kommer til sykehus fra sykehjem har på samme måte ulike behov for diagnostisering eller behandling. Flere (Ranhoff og Lillesund 2005, Nygaard 2002) tar til orde for at diagnostisering og behandling av eldre ikke nødvendigvis krever innleggelse i sykehus. Dette er et felt hvor vi har lite kunnskap. Generelt har vi lite kunnskap om grunnlag for beslutninger som tas om utredning, behandling, pleie og omsorg for skrøpelige gamle pasienter.

Kommunene har fått ”tyngre” brukere/pasienter både faglig og ressursmessig. Det er et stort behov for tett sykepleiefaglig og medisinsk oppfølging av eldre. Nye modeller og et økt samarbeid mellom tjenestenivåene synes helt nødvendig.

Sosial- og helsedirektoratet (SHdir) og Nasjonalt råd for prioriteringer i helsevesenet påpeker behovet for omprioriteringer i helsetjenesten for syke gamle. En omprioritering krever at det utvikles kunnskap på mange områder, slik at prioriteringer kan skje på basis av kunnskap om behov hos syke gamle. I den sammenheng ønsker vi å gjøre en pilotstudie som kan være med å avdekke områder som krever videre kunnskapsutvikling.

2. Avklaring av problemstilling, forskningsspørsmål, avgrensning og sentrale begrep

Med dette som bakteppe er problemstillingen:

”Hvilke sykepleiefaglige behov har skrøpelige gamle når de kommer til sykehus fra hjemmesykepleie eller sykehjem?”

For å finne svar på denne problemstillingen reises følgende spørsmål:

Forskningsspørsmål:

1. Hvilke behov for sykepleie identifiserer sykepleieren hos pasienten når han kommer til akuttmottaket?
2. Hva er hensikten med innleggelsen?
3. Er det ulikheter mellom pasienter fra sykehjem og hjemmesykepleie?
4. Hva mener sykepleier i kommunehelsetjenesten kjennetegner situasjoner der pasienten må til sykehus?
5. Hvilke faktorer ser ut til å påvirke innleggelse i sykehus?

Avgrensning

Studien ser bare på pasienter over 75 år som kommer til sykehus for medisinsk behandling. Pasienter som skal ha kirurgisk eller ortopedisk behandling er ekskludert.

Sentrale begrep

Sykepleiefaglige behov:

I denne studien defineres sykepleiefaglige behov som ivaretagelse av pasientens grunnleggende behov i tillegg til hans opplevelse og reaksjoner i situasjonen. Herunder kommer også de behov pasienten har som en konsekvens av sin sykdom og nødvendig behandling.

Helsehjelp:

Handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål og som er utført av helsepersonell (Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven) § 1 – 3 definisjoner)

3. Metode

Studiens design

Studien er en pilotstudie. Pilotstudien har til hensikt å utprøve metoder og avdekke områder der det er nødvendig med mer forskning. Det betyr at funn fra studien vil kunne være spørsmål eller hypoteser som krever ytterligere avklaring.

Studien er utforskende og beskrivende. På nye forskningsområder hvor det finnes lite kunnskap er pilotstudier eller kartlegginger formålstjenelige (Befring 2002). Utgangspunktet for slike studier er nettopp personlig og praktisk opplevelse av et fenomen eller et lite felt. Befring (2002) sier dette ofte er tilfelle innen omsorg. Spesielt mener han det er behov for slike studier når samfunnsendringer gir grunnlag for nye problem. At det stadig kommer flere skrøpelige gamle til akuttmottaket fra hjemmesykepleie og sykehjem ansees som en endring og et nytt ”problem”.

Å beskrive fenomen, forekomster, endringer og prosesser et viktig formål med forskning (ibid). Man spør hva som skjer, og hvordan det skjer. Dette er viktig faglig, men også en samfunnsoppgave.

Studien har både kvantitative og kvalitative data. Det kan i seg selv være et vanskelig grep. Aase og Fossåskaret (2007) mener man ved en slik kombinasjon kan stå i fare for å skape metodiske hybrider, og at man undervurderer vesensforskjellen det er mellom kvantitativt og kvalitativt orientert forskning. Når kombinasjon likevel er valgt, er begrunnelsen en antakelse om at to ulike sett med data i denne sammenheng vil kunne gi en bredere bakgrunn for å stille relevante spørsmål og områder for videre forskning. Begrunnelsen funderes altså i hensikten med studien som ikke er et ønske om generaliserbar eller utømmende kunnskap om et fenomen. Befring (2002) beskriver en mulighet for at kvantitativ tilnærming blir lagt til grunn for oppfølgende dybdeanalyse, slik denne studien er gjennomført.

Data fremkommer fra en registrering av bakgrunnsdata og sykepleiedata i akuttmottaket ved SIV, og fra intervju med sykepleiere i kommunehelsetjenesten.

Når det er valgt intervju av 10 sykepleiere, innfrir dette ikke krav om representativitet og betingelser for å generalisere (Aase og Fossåskaret 2007). Det ansees likevel som et tilstrekkelig utvalg til å kunne si noe om tendenser og peke på spørsmål som må følges videre.

Finansiering

Prosjektet er finansiert gjennom Norsk Sykepleierforbund, avdeling Vestfold,

Tilgang til feltet

Søknad ble sendt til klinikkledelsen ved SIV (vedlegg 1), og leder i akuttmottaket. Studien ble gjennomført i samarbeid med prosjekt "Omstillingsprosesser, samhandling med 1. linjetjenesten og omdisponering av sengerressurser – endret lokalsykehusstilbud til syke eldre" ved SIV.

Henvendelse ble også gjort til de kommunene der det var ønskelig å gjøre intervju av sykepleiere i hjemmesykepleie og i sykehjem. Enhetsledere forespurte sykepleiere i henholdsvis sykehjem og hjemmesykepleie om deltakelse uten spesielle ønsker til intervjuobjekt, annet enn at sykepleierne i sitt arbeid var involvert i situasjoner der pasienter ble innlagt i sykehus.

Etter en presentasjon av foreløpige funn fra akuttmottaket på et seminar i regi av Norsk Sykepleierforbund i Vestfold tok flere sykepleiere kontakt og ønsket å være med som informanter fra de aktuelle kommunene. Det ble tolket som et tegn på at de oppfattet studien som relevant og sitt eget bidrag til kunnskap om feltet som viktig.

Gjennomføring av datainnsamling

I akuttmottaket

Sykepleiere i akuttmottaket ble bedt om å bidra som forskningsassistenter. Det er laget et informasjonsskriv som ble delt ut til alle sykepleiere i akuttmottaket (Vedlegg 2). I tillegg ble sykepleierne gitt muntlig informasjon på avdelingsmøte. Det ble også laget et skjema for samtykke til å bidra som forskningsassistent i studien (Vedlegg 3)

Utvalg

I utgangspunktet ønsket vi data fra alle pasienter over 75 år som ble lagt inn i medisinsk avdeling via akuttmottaket i løpet av måneden datasamlingen pågikk. Personalet var svært entusiastiske og villige til å delta i studien. Stor arbeidsbelastning og varierende oppmerksomhet rundt studien, gjorde nok at ikke data fra alle potensielle pasienter ble registrert. Det er ikke mulig å vite hvor mange medisinske pasienter som skulle ha vært inkludert, men som av ulike grunner ikke er registrert. Et anslag gjort av sykepleiere i

akuttmottaket på bakgrunn av tidligere erfaringer, var at vi kunne forvente ca 100 pasienter i løpet av en måned. Dersom dette er et korrekt anslag, er 83 pasienter et godt utvalg. Særlig ettersom noen av disse pasientene sendes hjem fra akuttmottaket etter observasjon, og derfor ikke innlegges i sykehus. Disse pasientene skulle derfor ikke inkluderes i studien.

Registreringen

Ved hjelp av verktøyet som er utviklet spesielt for denne studien (vedlegg 5) dokumenterte sykepleierne pasientens aldersgruppe, kjønn, om han kommer fra hjem eller sykehjem, innleggelsesdiagnose, senere diagnose, hensikt med innleggelsen, innleggende lege, transport og følgedokumentasjon. Eksisterende verktøy ble vurdert, men forkastet med tanke på egnethet. Kjente ADL- verktøy ville ikke gi oss den informasjon vi ønsket om disse situasjonene. Vi ønsket å registrere de mest vanlige observasjoner, vurderinger og tiltak sykepleiere i akuttmottaket gjorde av hos denne pasientgruppen, sammen med en rekke anonymiserte bakgrunnsvariabler som ikke inngikk i de verktøy vi vurderte. Pasientens behov for sykepleie ble dokumentert etter gitte verdier eller åpne felt i ulike kategorier. Kategoriene var basert på 11 funksjonsområder. Alle data er anonyme og kun knyttet til pasientens prosjektnummer. Sykepleieren signerte skjemaet, men navnet ble kun benyttet til å kontakte sykepleieren dersom noe var uklart i dokumentasjonen. I prosjektrapporten fremkommer ikke navn på deltakende sykepleiere.

En sykepleier i akuttmottaket var prosjektdeltaker og ble frikjøpt fra akuttmottaket den måneden datainnsamlingen pågikk. Med sin kjennskap til avdelingen, pasientene og dokumentasjonen der, var hun aktivt bidragene til utforming av verktøyet til datainnsamlingen i startfasen. Hun var daglig tilstede for å samle inn de utfylte skjemaene og å bistå sykepleiere i dette arbeidet. Hun var også tilstede i noen helger for å sikre at vi fikk med oss registreringer fra pasienter som kom i helgene. I helgene kan arbeidspresset for sykepleierne i akuttmottaket være ekstra stort, og det var nødvendig at de fikk avlastning og mulighet til å gjøre registreringer dette til tross. Den frikjøpte sykepleieren gjorde ikke datainnsamling, men var en ressurs som sykepleierne kunne benytte seg av ved spørsmål eller uklarheter. Hun kunne eventuelt avlaste ved andre oppgaver slik at det kunne avsettes tid til utfylling av skjema i et svært travelt akuttmottak.

Hun samlet daglig skjema som var utfylt og tok også kontakt med sykepleier ved mangelfullt utfylte skjema, eller dersom noe var uklart

De utfylte skjemaene ble samlet i en mappe i akuttmottaket og jevnlig overført til låsbart skap på høgskolen. Data ble så overført til en database der kun prosjektleder hadde tilgang.

I kommunehelsetjenesten

Det ble laget en intervjuguide. (Vedlegg 6)

Det ble gjennomført intervju med 10 sykepleiere i kommunehelsetjenesten. I tillegg ble sykepleierne bedt om å kommentere funn fra registreringen i akuttmottaket mot slutten av intervjuet. Analysen av data fra akuttmottaket var avsluttet før intervjuene i kommunehelsetjenesten. Det syntes derfor viktig å høre sykepleiernes vurdering av noen av funnene derfra. Dette ble avklart med informantene i forkant av intervjuet.

Intervjuene kan betegnes som halvstrukturerte med noen få spørsmål som en ledetråd i intervjuet (Halvorsen 2002). Intervjuene fant sted i avlukkede rom i avdelingen der sykepleieren jobbet. Intervjuene ble tatt opp på bånd, og gjennomsnittlig varighet var en time. Underveis i intervjuene ble det nedtegnet notater. Disse notatene ble gjort for å kunne stille oppklarende spørsmål til informanten uten å avbryte mens han snakket, og det ble gjort notater til bruk i analysen. Før intervjuene hadde avdelingen fått tilsendt prosjektplanen, informasjonsskriv og intervjuguide. Ikke alle sykepleierne hadde hatt anledning til å lese dokumentene. De ble da gitt informasjon om studien og hensikten med intervjuet før intervjuet startet. Hensikten var å kartlegge sykepleiernes oppfatning av situasjoner der skrøpelige gamle må til sykehus for å få dekket sitt behov for helsehjelp.

Alle intervjuene ble startet med å skape en forståelse for hensikten med studien og intervjuet, og å gi sykepleieren visshet om at informasjonen som kom fram var viktig for kunnskap om denne delen av helsevesenet. Før intervjuet startet ble det også opplyst om respondenten rett til å ikke ville delta, og om sikring av anonymitet og konfidensialitet.

Sykepleiere i sykehjem og hjemmesykepleie ble først intervjuet i forhold til intervjuguiden. Det ble stilt oppklarende spørsmål som: "Forstår jeg deg rett når du sier at... eller betyr det du sier at" Slik kunne sykepleierne korrigere tolkning og forståelse av det som ble sagt. Dette ble gjort for å fremme intersubjektivitet (Fagermoen 2005) Deretter ble de forelagt et utdrag av resultater fra kartleggingen i akuttmottaket og bedt om å kommentere resultatene. Spesielt der det var åpenbare avvik mellom det de har svart på spørsmålene i intervjuguiden og resultater fra kartleggingen, ble de bedt om å kommentere/opplare. Det ble lagt stor vekt på at denne delen av samtalen fikk en undrende form, der mulige årsaker til ulik vurdering og behov for nærmere oppklaring var målet. Det var viktig å unngå en form på denne delen av samtalen der sykepleieren i kommunen kom i en form for behov for å forsvare seg. Det kunne

være en fare, når respondenten hadde en annen vurdering enn det som fremkom rundt situasjonen fra akuttmottaket.

Ved å velge et slik fleksibelt opplegg, ble det ikke stilt helt like spørsmål til alle respondentene. I denne pilotstudien var det ikke viktig å skape generaliserbar kunnskap, men å reise spørsmål. Derfor var en fleksibel form egnet til å skaffe bredest mulig belegg for å stille relevante spørsmål.

I kvalitativ forskning kan nye spørsmålsstillinger og tentative konklusjoner oppstå under selve datainnsamlingen. Intervju som metode gir mulighet til å fange inn også uventede funn og særtrekk (Befring 2002). Gjennomføringen av intervjuene slik den er beskrevet er et eksempel på denne muligheten ble brukt.

Datamateriale

Materialet består av:

- Registrering av 83 pasienter innlagt i løpet av en måned i 2006
- 10 transkriberte intervjuer

I kapittelet som omtaler funn fra akuttmottaket er prosent er angitt som del av totalsum og inkluderer manglende data ved prosentberegning der annet ikke er eksplisitt gjengitt i teksten eller tabellene. Dataregistreringen er ikke komplett, og i datamaterialet på 83 personer manglet utfylling i noen av kategoriene hos flere pasienter. Under noen av kategoriene var det mulig og ønskelig med flere avkryssninger for ulike behov under samme funksjonsområde. Der vil antall avkryssninger kunne overstige antall pasienter innlemmet i studien. Prosentberegningen er også her gjort i forhold til antall innlemmede pasienter.

Analyse av data

Data fra akuttmottaket er overført til en matrise i form av et Exel-ark. Det er tatt stikkprøver i etterkant for å kontrollere overføringen av data. Kodingen av verdiene ble gjort på bakgrunn av variablene i registreringsskjemaet. Formålet med slik klassifikasjon av tallmaterialet er å forenkle den nokså komplekse situasjonen fra pasientsituasjonene i akuttmottaket (Befring 2002). Bortfall av enkelte variabler er alltid et problem i forskning. Der variabelen er på forholdstallsnivå som for eksempel alder kan man omkode ubesvart til en gjennomsnittsverdi. Hvis variabelen imidlertid er på nominalnivå som for eksempel hensikt med innleggelse, kan ikke en gjennomsnittsverdi brukes (Halvorsen 2002). Man kan da eventuelt benytte seg av en

alternativ koding i denne studien er dette ikke gjort, i tabellene er det satt opp en kategori for ubesvart.

Fra denne matrisen ble det gjort frekvensanalyser og gjennomsnitt der det var mulig.

Prosentberegningen er gjort på grunnlag av totalmaterialet der annet ikke er angitt. I studien er det ikke gjort beregninger av statistisk signifikans. Korrelasjonsanalyser er vurdert, men forkastet med tanke på validitet, hensikt og nytte. Korrelasjon er en deskriptiv term som ville kunne si noe om i hvor høy grad variabler samvarierer. Vi kan ved bruk av korrelasjonsanalyse få vite hva som er relatert til hva, hva som påvirker hva og hva som vil kunne føre til hva (Befring 2002). Fordi datamaterialet er begrenset, det manglet avkrysning i noen kategorier og slike beregninger er tidkrevende, ble slik analyse valgt bort i pilotstudien. I en oppfølgende hovedstudie vil det være viktig å gjøre slik analyse. I analysen er det likevel sett på mulige sammenhenger mellom ulike data uten at det er gjort statistiske beregninger. Eksempelvis kom det frem at det så ut til å være en forskjell mellom pasienter i sykehjem og hjemmesykepleie ifht om innleggelsesdiagnosen var en kjent diagnose eller en ny diagnose. Det er da et område som trenger ytterligere undersøkelse. Det er ikke benyttet vitenskapelige kriterier for variabler som er gjenstand for vurdering, og undersøkelsen er derfor et uttrykk for fagfolkenes kliniske skjønn når det gjelder sykepleiefaglige, medisinske forhold og funksjonssvikt.

Data fra akuttmottaket ble brukt som bakteppe for intervjuene. Spesielle funn kunne testes ut mot sykepleiere i intervjuene for å få bekreftelse eller settes i nye perspektiv. Dette valget kan ha vært med på å påvirke data fra kommunehelsetjenesten. Spørsmålene som ble utformet til intervjuguiden (vedlegg 6) var av generell karakter. Utfyllende spørsmål og forståelse av det som ble fortalt var preget av funn fra akuttmottaket.

Analyse av data fra intervjuene:

Et kvalitativt materiale medfører et omfattende utskrift-, organiserings- og fortolkningsarbeid (Befring 2002). Analyseprosessen kan beskrives i fire steg.

Steg 1:

Datamaterialet fra kommunehelsetjenesten er lydfiler og notater etter intervjuene. Opptakene er overført til PC straks etter intervjuene og deretter transkribert. Lydfilene er lyttet til en rekke ganger, og teksten er lest flere ganger

Steg 2:

Etter som datainnsamling og analyse pågikk, foregikk også en datareduksjon ved de oppsummering, koding, temavalg og sammensetninger som ble gjort ved gjennomlesning.

Steg 3:

Her ble data reorganisert ved at tekstgrunnlaget ble samlet under kategorier som eksempler på tolkning.

Steg 4:

I denne fasen var det viktig å fange opp karakteristiske fellestrekk. Kunne det sees likheter i uttalelser og meningsfelleskap mellom informantene? En rekke spørsmål ble stilt til teksten som var skrevet ned. Hva og hvordan svarte informantene på de ulike spørsmålene? Er det fellesfaktorer i deres svar, og er det ulikheter i svarene? Er det ulikheter mellom svarene fra sykepleiere i sykehjem og i hjemmesykepleie? Er det ulikheter mellom sykepleiere som jobber i ulike distrikt? Er det ulikheter mellom sykepleiere i samme distrikt. Er det andre faktorer de sier noe om, som er felles uavhengig av hvor de jobber? For å skape en form for intersubjektiv kontroll var det flere som vurderte analysen. Her kom det kommentarer til tekst som var samlet under kategorier, og som kunne forstås i en annen betydning enn tolkningen som var først var gjort. Fordi det var beskrivelse som var hensikten var det viktig å være mest mulig presis og nøyaktig i gjengivelsene. At det var korrekt gjengitt kunne sjekkes mot data.

Intervjuene ble analysert etter hvert som de ble gjennomført. Slik ble intervjuene noe ulike, fordi erfaringer fra de første var med å forme de siste. Eksempelvis kunne spørsmål som i de første intervjuene ikke ga helt klare svar, tydeliggjøres i de siste intervjuene. I en pilotstudie er det viktig å skape kunnskap og forståelse for metoder som kan brukes til en hovedstudie (Befring 2002). Det var en av hensiktene med å gjøre en slik pilotstudie.

Helt til slutt ble alle intervjuene lest igjennom for å se etter overgripende funn.

Deretter ble data fra intervjuene i sin helhet sett sammen med data fra akuttmottaket. Er det noe som peker i ulike eller spesielle retninger fra de to settene med data?

Under denne siste analysen var det viktig å ta hensyn til at det var to ulike sett med data.

Ulike metoder for innsamling kan påvirke data. Det var derfor ikke uproblematisk å sammenholde dem. Når det presenteres funn fra akuttmottak og kommunehelsetjeneste, løftes det bare frem funn med sterk indikator for behov for videre forskning i en hovedstudie.

Studiens gyldighet og pålitelighet

Troverdighet er det primære og overordnede kriteriet for kvalitet i slike studier (Fagermoen 2005). Forskningsarbeidet er gjennomført mest mulig gjennomtenkt og etter anerkjente anbefalinger for slik forskning. Arbeidet er også forsøkt beskrevet slik at det kan gjenkjennes og forstås av leseren. Veiledning er søkt hos kollegaer og andre med forskningskompetanse utover det prosjektleder selv innehar. Viktige vurderinger og avveininger har slik kommet frem.

Fagermoen (2005) løfter frem begrepet ”forskeretroverdighet” når hun referer til forskeren selv som en viktig instrument i studien. For gjeldende studie vil det derfor egen bakgrunn som sykepleier og tidligere erfaring fra forskning være medvirkende. Sykepleierbakgrunnen har påvirket tolkninger som er gjort. Det har vært viktig å forsøke å løfte frem andre måter å forstå data på. Ved å diskutere med andre med annen yrkesbakgrunn har det kommet viktige innspill.

På den annen side har sykepleierbakgrunn gjort at egen kunnskap om kommunikasjon og intervju av pasienter kunne brukes i intervju av sykepleiere. Det ga også mulighet til å forstå utfordringene sykepleierne løftet frem. På den annen side kunne det gjøre at sykepleierens uttalelser ble tilslørt av egen sykepleiefaglig forståelse for tema.

Intervjuers personlighet og arbeidsmåten vil alltid kunne påvirke intervjuresultatene. Det er en fare for at respondenten svarer det han tror intervjueren vil høre. Registrering av kroppsspråk osv underveis kan gi en pekepinn i forhold hvordan spørsmålene fungerer (Halvorsen 2002). Arbeidet med analysen av data fra akuttmottaket hadde helt klart innvirkning både i intervjusituasjonen, men også i analyseprosessen av data fra kommunehelsetjenesten. Det ble viktig å forsøke å være dette bevisst, samtid som det var viktig å være åpen for nye og motsatt forståelser og vurderinger. Umiddelbart etter intervjuene ble det laget refleksive notater der forskeren så tilbake på intervjusituasjonen og faktorer som kunne tenkes å være innvirkende på funn. Klassifikasjon av innsamlet informasjon fra intervjuene var til dels problematisk og tidkrevende slik det vanligvis er etter intervju som metode (ibid).

En forutsetning for at studien skal være troverdig er at den er pålitelig. Nøyaktighet og grundighet i alle ledd av studien er tilstrebet. Det handler om nøyaktighet i alt fra utforming av verktøy til datainnsamling, overføring av data til matriser, overføring fra matriser til tabeller, transkriberinger, intervjunotater, analyse prosessen og vurdering av tidligere forskning på feltet med mer. Vi gjør alltid større eller mindre målefeil. Ved kvantitative

studier kan man se på reliabilitet gjennom ulike beregninger (Befring 2002). For denne studien er det ikke utført slike målinger, men tilstrebet etterrettelighet og etterprøvnbarhet i alle studiens ulike faser.

Forskningsetiske betraktninger

Studien har søkt og fått tilrådning fra Regional etisk komité februar 2006. Studien er også meldt Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (vedlegg 7). Det er hentet tillatelse til gjennomføring av datainnsamling hos ledelsen ved Sykehuset i Vestfold, og hos leder i akuttmottaket (Vedlegg 1) På samme måte er det hentet tillatelse til å gjennomføre intervju i kommunene hos virksomhetsledere som ga tilsagn via e-post.

Frivillig informert deltagelse er en forutsetning i all forskning. Tillatelse måtte hentes hos den enkelte sykepleier som ble innlemmet som forskningsassistent og som informant. (Jfr forrige kapittel)

Data skulle ikke hentes hos pasienten, men fremkomme i dokumentasjonen sykepleierne gjorde. Sykepleierne skulle ikke innhente andre opplysninger hos pasienten enn det som inngår i en vanlig datasamling i akuttmottaket. Data er begrenset til opplysninger som normalt er kjent og tilgjengelig av lege og sykepleier med pasientansvaret, og utfylling av skjema var dermed en systematisering av tilgjengelige opplysninger i journal, kardedex m.v. Det er dermed ikke sagt at disse opplysningene kan brukes fritt i forskning, men det betyr at pasienten ikke skulle utsettes for ytterligere belastende datasamling Det er ikke angitt nærmere inklusjonskriterier for bestemte tilstander eller variabler. Opplysninger om bosted, sivil status med mer ble ikke samlet. Data fra eksisterende dokumentasjon ble anonymisert og overført til skjema (vedlegg 5) som på forhånd var utprøvd og godkjent i sykehuset.

En akutt sykehusinnleggelse er alltid en påkjenning, særlig gjelder dette skrøpelige eldre. Å måtte ta stilling til en eventuell deltakelse i en studie ville kunne medføre ytterligere belastning. Fremgangsmåten som ble valgt ville sikre pasientens anonymitet. I dialog med Regional etisk komité ble det derfor besluttet å ikke innhente samtykke hos den enkelte pasient. Også deltakende sykepleieres anonymitet er ivaretatt ved at det ikke brukes navn eller arbeidssted i rapporten.

4. Presentasjon av funn i akuttmottaket

I det følgende presenteres funn i akuttmottaket slik de fremkom etter analysen. Det gis en kort kommentar eller forklaring til hver tabell. I neste kapittel diskuteres funn fra begge fasene av studien samlet.

Innleggelsesopplysninger

Tabell 1: Innleggelsesdag n: 83							
Dag	Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag	Lørdag	Søndag
%	16	18	21	21	12	8	4

Tabell 1:

Antall pasienter som er innlemmet i prosjektet de ulike dagene kan være påvirket av andre faktorer i akuttmottaket. Det kan være ulik arbeidsbelastning, bevissthet og oppmerksomhet rundt prosjektet og tilstedeværelse av prosjektdeltaker med mer.

Tabell 2: Alder n:83				
Årsgruppe	75- 79	80 – 85	86 – 90	91 -
%	17	39	32	12

Tabell 3: Kjønn n:83		
Kjønn	Mann	Kvinne
%	28	72

Tabell 2, 3:

Det er ikke grunn til å tro at alder og kjønn på pasientene som ble innlemmet i prosjektet påvirkes i samme grad som innleggelsesdag.

Tabell 4: Innlegges fra n:83				
Boform	Hjemmet	Sykehjem	Annen institusjon	Ikke besvart
%	60	28	7	5

Tabell 4:

I en kartlegging av pasienter over 75 år innlagt i medisinsk avdeling, fant man at i alt 85 % er innlagt fra hjemmet, 6 % fra sykehjem, 3 % fra annet sykehus og 7 % på annen måte (Statens helsetilsyn 1999). Det vil si at betydelig flere pasienter i gjeldende pilotstudie er lagt inn fra sykehjem.

Tabell 5: Transport til sykehus n: 83				
Type transport	Privat	Drosje	Ambulanse	Ikke besvart
%	13	6	78	3

Tabell 5:

Det fremkommer at ambulanse er det transportmiddel som hovedsakelig brukes når pasienten legges inn i sykehus.

Tabell 6: Innleggende instans n: 83					
Lege	Fastlege	Institusjonslege	Legevakt	Annet	Ikke besvart
%	37	16	18	3	26

Tabell 6:

For hele 22 pasienter var det uklart hvem som var innleggende instans. Prosjektdeltaker i akuttmottaket gjorde oppmerksom på at det tidlig manglet data her, men det var ofte uklart for sykepleieren hvem som var innleggende instans slik at det ikke kunne fylles ut. Manglende dokumentasjon fra både lege og sykepleier bidro til at det ikke fremkom. Garåsen mfl fant i sin studie i 2003 at bare 12 % var innlagt av sin fastlege, mens 83 % var vurdert av lege før innleggelse i sykehus. Deres studie omfattet imidlertid også pasienter til kirurgisk avdeling.

Tabell 7: Hensikt med innleggelse n:83				
Type hensikt	Diagnose	Behandling	Lindring	Uavklart
%	49	49	10	7

Tabell 7:

Det var mulig å gjøre flere avkryssninger under hensikt med innleggelse. I innleggelsessituasjonen er ofte noe uklar. Vi så det likevel som hensiktsmessig å etterspørre

sykepleierens antakelse av hensikt med innleggelsen. I tidligere kartlegging av inneliggende pasienter i medisinsk avdeling over 75 år, var diagnosen for 60 % av pasientene allerede kjent ved innleggelse (Statens helsetilsyn 1999) Det vil si et nokså sammenfallende funn med gjeldende studie.

Tabell 8: Diagnose ved innleggelse og etter undersøkelse av lege n: 83		
Tallene viser prosent i forhold til n		
Diagnosetype	Ved innleggelse	Etter undersøkelse
Brystsmerter	16	12
Redusert almenntilstand	16	11
Pneumoni/dyspnoe	16	12
Dehydrering	8	6
Atrieflimmer/hjertesvikt	8	7
Uvi/annen infeksjon	6	5
Syncope	6	4
Nedsatt Hb	5	6
Forvirring/uklar	5	0
Hypo/Hyperglucemi	4	7

Tabell 8:

For noen av pasientene var det ikke skrevet ned diagnose etter undersøkelse, eller det var ikke skrevet noen innleggelsesdiagnose. For noen av pasientene var det skrevet flere diagnoser. Det kan stilles spørsmålstegn til pålitelighet og nytten av denne tabellen. Mange pasienter hadde lite dokumentasjon med seg fra lege og sykepleier ved ankomst sykehus. Datasamlingen baserer seg derfor hos noen pasienter på en mangelfull dokumentasjon av tidligere og aktuelle sykehistorie, samt vurdering gjort av sykepleierer og leges etter ankomst sykehus. Der pasienten hadde vært innlagt i sykehuset tidligere hadde pasienten en journal i sykehuset. Denne ga opplysninger om tidligere sykehistorie. Det er likevel sammenfall mellom de diagnoser som er registrert, og det bilde som fremkom ved en undersøkelse av pasienter over 75 år i medisinsk avdeling over hele landet gjennomført i 1998 (Statens helsetilsyn 1999).

De vanligste diagnosene, som da var hovedårsaken til sykehusoppholdet var apoplexi, hjertesvikt/lungeødem, luftveisinfeksjon og hjerteinfarkt. Undersøkelsen viste at hovedårsaken til sykehusoppholdet bare utgjorde en liten del av sykdomsforekomsten innen denne sykdomsgruppen. Dette gjenspeiler at mange pasienter i indremedisinske avdelinger har sammensatte helseproblemer som ikke fanges opp av hoveddiagnosen. Pasientene i studien fra 1998 hadde i gjennomsnitt 2,6 av i alt 12 opplistede aktuelle medisinske tilstander, og hver fjerde har minst 4 av disse tilstandene.

I tabellen som viser diagnoser fra gjeldende studie er det bare tatt med diagnoser som ble registrert hos mer enn tre pasienter ved innleggelse.

Diagnoser som Cancer pulm, Comotio, Hematemese, TIA- anfall, Thyreotoxicose med flere ble også registrert i akuttmottaket, men altså i mindre omfang. Det er verdt å merke seg at antallet pasienter med syncope og forvirring går ned etter legeundersøkelse i sykehus, mens antallet pasienter med hypo/Hyperglucemi går opp. Det kan vise noe av kompleksiteten ved slike situasjoner, der en forvirring eksempelvis kan skyldes endringer i blodsukker.

Ranhoff og Linnestad (2005) finner at hoftebrudd, pneumoni, hjerneslag, brystmerter, hjertesvikt og anemi er de vanligste innleggelsesårsakene hos gamle generelt. Det stemmer overens med funn gjeldende studie. Ranhoff og Linnestad mener imidlertid at bare for pasienter med hoftebrudd og alvorlig anemi har innleggelse en nytte for pasientene fra sykehjem. For de resterende diagnosegruppene mener de at innleggelse som regel ikke har noen nytte, forutsatt at god palliativ behandling og intravenøs medisinerer kan gis i sykehjemmet. For noen av diagnosegruppene mener de at innleggelse kan være nyttig for enkelte pasienter, men at de fleste bør behandles i sykehjemmet. Også andre (Travis et al 2001) har sett på hospitalisering av eldre fra sykehjem. De finner at pasienter med pneumoni og hjertesvikt er de største gruppene som legges inn. Travis finner imidlertid at pasienter med demens oftere enn ikke demente legges inn i sykehus i motsetning til andre studier (O'Malley et al 2007). O'Malley finner sammenfallende symptomer som årsak til innleggelse som gjeldende pilotstudie, det vil si dyspnoe og brystmerter.

Samlet sett gir ikke denne kategorien et fullstendig bilde av diagnoser, men det gir et visst inntrykk av symptombildet hos pasienten ved innleggelse. Derigjennom kan man også se noen indikatorer på forventet behov for sykepleie. Det er eksempelvis grunn til å tro at diagnoser som redusert almenntilstand, pneumoni, dyspnoe, hjertesvikt og brystmerter medfører behov for sykepleie knyttet til funksjonsområdene respirasjon og sirkulasjon. Diagnoser utgjør en

fortettet informasjon av pasientens medisinske tilstand og gir sykepleiefaglige implikasjoner for pasientene (Hofseth og Norvoll 2003).

Behov for sykepleie knyttet til funksjonsområder

For alle funksjonsområdene var det mulig og ønskelig å gjøre flere avkryssninger. Mange av pasientene hadde behov for flere sykepleietiltak under hvert funksjonsområde. Det betyr at total % samlet i kolonnen vil kunne overstige 100 % som utgjør de 83 pasientene som er innlemmet i studien.

Tabell 9: Respirasjon n= 83				
Type hjelp	Ingen	Observasjon	O2-beh.	Expectorat
%	59	31	24	0

Tabell 9:

Tabellen viser at mer enn halvparten av pasientene hadde lite behov for sykepleie knyttet til respirasjon. Omtrent en fjerdedel hadde behov for O2-behandling, mens en tredjedel hadde behov for observasjoner knyttet til dette funksjonsområdet. Sett i lys av de vanligste diagnosene ved innleggelse, pneumoni, brystmerter, hjertesvikt og redusert almenntilstand, kunne man kanskje forventet et noe høyere behov for hjelp til funksjonsområdet respirasjon.

Tabell 10: Sirkulasjon n = 83					
Type hjelp	Ingen	Obs Puls/BT	Adm. medikament	Adm. Væske	Sårstell
%	56	45	19	17	4

Tabell 10:

Denne tabellen viser at under halvparten av pasientene hadde behov for sykepleie knyttet til sirkulasjon. Et tiltak som var mulig å dokumentere her var observasjon av puls og BT. Det er et nokså vanlig tiltak i en situasjon der pasienten akuttinnlegges i sykehus. Bare hos 45 % av pasientene ble det i denne studien dokumentert behov for slik sykepleie.

Tabell 11: Ernæring n:83								
Type hjelp	Ingen matlaging	Hjelp i spisesituasjon	Hjelp til å drikke	TPN	Sonde	Obs	Annet	
%	41	40	14	14	1	2	5	2

Tabell 11:

Ernæring er et funksjonsområde der skrøpelige gamle ofte har udekkede behov. Nasjonal helseplan 2007- 2010 (Helse- og omsorgsdepartementet 2006) understreker dette behovet. Sykdom eller medisinsk behandling kan påvirke matinntaket og ernæringstilstanden i negativ retning. Funksjonssvikt på ulike områder kan påvirke den gamles mulighet til å tilfredsstille eget ernæringsbehov. Når den gamle blir så syk at sykehusinnleggelse er nødvendig, er det grunn til å anta at ernæringssituasjonen er påvirket (Ranhoff 2008) I hvilken grad den er påvirket, og hvilke behov for sykepleie pasienten har på dette området er det antagelig ikke uproblematisk å avdekke i akuttmottaket. Matservering eller spisesituasjoner er ofte ikke aktuelt i akuttmottaket. Særlig blir det vanskelig når pasienten ikke har med seg dokumentasjon fra sykepleier med god kjennskap til situasjonen, eller noen beskrivelse fra ansvarlig lege. Et notat fra AMK eller et medisinkort er til liten hjelp for å vurdere pasientens behov på dette området.

Tabell 12: Eliminasjon n:83					
Type hjelp	Ingen	Urininkontinens	Avførings-inkontinens	Obstipasjon	Manglende diurese
%	45	28	16	7	7

Tabell 12:

Funn fra tidligere nevnte undersøkelsen av pasienter over 75 år i sykehus viste at 76 % var kontinente både for urin og avføring (Statens helsetilsyn 1999). Fra gjeldende studie er dette bilde noe annerledes, bare 45 % er uten behov knyttet til eliminasjon.

Tabell 13: Fysisk aktivitet n:83 antall avkryssninger :129							
Type	Ingen	Til å	Til å	Forflytning	Forflytning	Påkledning	Balanse/
hjelp		stå	gå	I seng	generelt		fall
%	23	2	32	26	24	38	8

Tabell 13:

Under fysisk aktivitet har man ofte registrert flere behov på samme pasient.

Funn fra overnevnte undersøkelsen av inneliggende i sykehus viste at halvparten (53 %), ikke kunne gå eller trenger følge ved gange eller har falltendens og dermed har store bevegelsesvansker. Mer enn hver fjerde pasient (28 %) hadde balansesvikt eller falltendens, mot bare 8 % i gjeldende studie. Det kan handle om at falltendens er en observasjon og vurdering som er vanskelig å vurdere på kort tid i akuttmottaket. Ser man på hjelpebehovet registrert samlet under dette funksjonsområdet i gjeldende studie, er bare 23 % selvhjulpne. Det er flere (26 %) som er så dårlige at de må ha hjelp til forflytning i seng, enn de som er selvhjulpne. Av de som er så dårlige at de har behov for hjelp til forflytning i seng, kommer 33 % av disse fra hjemmet. 38 % trenger hjelp til påkledning, og 32 % til å gå. Samlet sett viser dette skrøpelige eldre med et lavt funksjonsnivå.

Tabell 14: Personlig hygiene n: 83			
Type hjelp	Ivaretar selv	Noe assistanse	Omfattende hjelp
%	29	45	26

Tabell 14:

Pasientene som er innlemmet i studien har alle et etablert sykepleietilbud i forkant av innleggelsen. Det er der for ikke overraskende at 71 % trenger hjelp til personlig hygiene. 26 % trenger omfattende hjelp. Det er muligens færre enn man kunne forvente, ut fra diagnoser ved innleggelse og utsagn fra sykepleiere i kommunen. De forteller, slik det fremkommer i kapittel 6 og 7, om skrøpelige gamle med et stort behov for hjelp til stell ved innleggelse i sykehus.

Tabell 15: Velvære/smerte n:83				
Type hjelp	Ikke behov	Lindre akutt smerte	Lindre kronisk smerte	Ikke besvart
%	39	23	25	13

Tabell 15:

I forhold til velvære og smerte mangler data fra 13 % av pasientene. Hele 39 % registreres uten behov for smertelindring. Symptombildet hos syke gamle er ofte svakt og annerledes enn hos yngre pasienter (Ranhoff 2008). I tillegg bruker mange av disse pasientene en rekke medikamenter som kan tenkes å kamuflere smerte. Det kan ha vært medvirkende til at det har vært vanskelig å dokumentere noe på dette området.

Tabell 16: Kognitiv funksjon n:83							
Type hjelp	Ingen	Hjelp til orientering	Manglende kommunikasjon	Mestres uro	Håndtere situasjonen	Administrere egen hverdag	Annet
%	53	18	8	12	20	12	1

Tabell 16:

Annet var her at pasienten ikke kunne snakke på grunn av dyspnoe. Også under dette funksjonsområdet registrerte man flere behov hos noen av pasientene. 53 % hadde likevel ingen behov knyttet til kognitiv svikt. Det er en interessant registrering i lys av kunnskap om kognitiv svikt hos denne gruppen pasienter generelt, og i lys av kunnskap om akutt delirium i situasjonen rundt sykehusinnleggelse av skrøpelige gamle. Med tanke på den korte tiden pasienten er i akuttmottaket er det kanskje ikke overraskende at man ikke identifiserer behov knyttet til kognitiv svikt. Særlig når man vet at pasienten har begrenset dokumentasjon med seg ved innleggelse. Å identifisere kognitiv svikt uten kjennskap til pasienten kan i mange tilfelle være svært vanskelig. Den gamle kan tilsynelatende fremstå som klar og orientert og med god oversikt over egen situasjon. Opplysninger som fremkommer kan være svært troverdige. Imidlertid kan det vise seg at nyere endringer i den gamles situasjon ikke kommer frem, og at viktige medisinske vurderinger og observasjoner derfor kan bli feilaktige eller manglende.

I tidligere nevnte kartlegging av eldre over 75 år i sykehus (Statens helsetilsyn 1999) fant man at i alt 59 % ikke hadde noen svikt i mentale dimensjoner som var definert. Definerte dimensjonene var her korttidsminne, urolig/vandrende atferd, tristhet/depresjon og engstelse/angstpreget sinnstilstand. Det vil si at funn fra tabell 16 og 17 i gjeldende studie ble registrert samlet i overnevnte kartlegging, og at studiene ikke uten videre kan sammenlignes her.

Tabell 17: Psykiske behov n:83						
Type	Ingen	Støtte pga nedstemthet	Takle angst	Takle uro	Annet	Ikke besvart
hjelp						
%	75	5	5	7	2	6

Tabell 17:

I forhold til psykiske behov mangler data fra 6 % av pasientene. For hele 75 % ble det ikke registrert noen behov knyttet til psykisk funksjon. Det kan handle om manglende tid til å samle slike data, eller det kan handle om at det forventes å se en viss uro hos alle pasienter ved akutt innleggelse uten at det er grunn til å iverksette noen tiltak. Det sier studien ikke noe om. Det er likevel et tankekors, når man vet at akuttinnleggelse for skrøpelige gamle kan medføre en betydelig belastning og risiko for utvikling av delirium (Ranhoff 2008)

Tabell 18: Livssyn og verdi n: 83				
Type hjelp	Ingen	Ivareta egen verdighet	Annet	Ikke besvart
%	80	6	0	14

Tabell 18:

I forhold til livssyn og verdi mangler data fra 14 % av pasientene. For hele 80 % av pasientene registreres det ikke slike behov. Dette er et funksjonsområde som krever kjennskap til pasienten for å kunne identifisere behovet. Det er heller ikke et funksjonsområde som tradisjonelt er en av de viktigste i forhold til akutt sykepleie. Det vil også kunne være svært ulikt hva man definerer inn som behov i denne kategorien, utover det som var definert i registreringsskjema. Det er likevel grunn til å se på at bare 6 % hadde behov for hjelp til å ivareta egen verdighet som her var definert inn under dette funksjonsområdet. Skrøpelige

eldres verdighet er truet i mange situasjoner (Kirkevold 2008). Når den gamle blir så syk at innleggelse i sykehus er nødvendig, er det grunn til å anta at dette er en situasjon der verdigheten er truet. Spesiell aktsomhet og vurdering av slike behov i situasjonen er derfor viktig.

Tabell 19: Følgedokumentasjon fra kommunehelsetjenesten ved innleggelse n:83				
Type dokumentasjon	Innleggelsesskriv fra lege	Sykepleie-dokumentasjon	Annet	Ingen dokumentasjon
%	54	15	31	7

Tabell 19:

Denne tabellen viser at om lag halvparten hadde med seg et innleggelsesskriv fra lege. Hvor mange av disse pasientene som var vurdert av lege sier studien ikke noe om. Det er likevel grunn til å anta at mange av pasientene kommer til sykehus uten at lege har vurdert pasientens behov for helsehjelp. Denne antakelsen begrunnes i funn fra kommunehelsetjenesten som presenteres i kapittel 6 og 7.

7 % av pasientene hadde ingen dokumentasjon med seg. 6 % hadde med seg både innleggelsesskriv fra lege og sykepleiedokumentasjon. Det betyr at mange kun hadde et kort notat fra innleggende lege eller ambulanse. Ved innleggelse foreligger dermed svært mangelfulle opplysninger om pasientens sykepleiefaglige behov og behovet for helsehjelp samlet sett.

Funn som kom frem ved kobling mellom kategoriene fra akuttmottaket

Som tidligere beskrevet i metodekapitlet er det ikke gjort korrelasjonsanalyser. Noen kategorier var det likevel naturlig å sammenholde uten å gjøre statistiske analyser.

- Pasienter fra hjemmesykepleie legges oftest inn med forverring av kjent situasjon. Dette kan sees ved sammenligning av tabell 4 og 7 samt punktet hvor pasientens tidligere sykdommer er beskrevet. (Se skjema til bruk for registrering vedlegg 5, og tabell 4 side 15 og 7 side 16) Dette stemmer overens med funn Garåsen mfl gjorde i 2003 (Garåsen m.fl. 2005).

- Sykehjemmene legger oftest inn med spørsmål om en ny diagnose. Dette kommer frem på samme måte som beskrevet over.
- Sykepleiere i akuttmottaket dokumenterer ikke behov for sykepleie som forventet ut fra innleggelsesdiagnosene. Til tross for innleggelsesdiagnoser som brystmerter, hjertesvikt og pneumoni/dyspnoe dokumenteres eksempelvis lite behov for sykepleie knyttet til funksjonsområdene respirasjon og sirkulasjon. Dette eksemplet blir synlig ved å se på tabell 8, 9 og 10.

5. Presentasjon av funn i kommunehelsetjenesten

Funn presenteres i tilknytning til spørsmålene i intervjuguiden og diskuteres videre i kapittel 6 sammen med funn fra akuttmottaket. I denne presentasjonen brukes sitat fra intervjuene for å vise utsagn som har bidratt til funn.

Spørsmål 1: I hvilke situasjoner mener du skrøpelige gamle må innlegges i sykehus?

Svarene som ble gitt til dette spørsmålet er kategorisert under overskriftene

- hvilke medisinsk behandling gis i kommunehelsetjenesten?
- hva kjennetegner pasientens situasjon?

Hvilke medisinsk behandling gis i kommunehelsetjenesten?

Noen sykepleiere forteller om at de håndterer det meste av behov for helsehjelp, bortsett fra intravenøs antibiotikabehandling. O2-behandling, smertebehandling og væskebehandling eller annen intravenøs behandling gis, men altså ikke antibiotikabehandling. Ved spørsmål om hvorfor grensen går akkurat her, gir de ingen forklaring bortsett fra at det er en sykehusbehandling og ikke en behandling som de gir i sykehjemmet. Sykepleiere fra flere sykehjem forteller om en slik grense. Andre sykepleiere forteller derimot at de gir intravenøs antibiotikabehandling i hjemmesykepleien inntil 4 ganger i døgnet. Dette utdypes under spørsmål 2. Både i sykehjem og hjemmesykepleie gis det nokså avansert helsehjelp, slik som dialyse og respiratorbehandling. Det mest fremtredene er likevel de lokale variasjonene i behandlingstilbudet i kommunen til tross for tilknytning til samme helseregion og sykehus. Eldres rettigheter til pleie- og omsorgstjenestene er i utgangspunktet godt definert. Rettighetene reguleres hovedsakelig av kommunehelsetjenesteloven, sosialtjenesteloven og pasientrettighetstloven. Hvor skillet mellom helsehjelp som skal ytes i kommunen og i spesialisthelsetjenesten går er ikke like godt definert. I lovgivningen stilles det krav til hvilke tjenester som skal kunne tilbys, til kvaliteten på disse tjenestene og til internkontroll og tilsyn. Fylkesmannen er tilsynsmyndighet for sosiale tjenester, mens Statens helsetilsyn og de 19 fylkeslegene er tilsynsmyndighet for helsetjenestene.

Det foreligger også konkretiserte rettigheter til helse- og sosiale tjenester. Rettighetene gjelder både rett til tjenester, for eksempel rett til sykehjemsplass - og rettigheter når tjenesten gis, for eksempel rett til informasjon. Alle eldre har rett til nødvendig og forsvarlig helsehjelp. Retten

til nødvendig helsehjelp er lovfestet i kommunehelsetjenesteloven § 2-1 og fra 1. januar 2001, i pasientrettighetsloven § 2-1. Denne rettigheten kan innebære rett til forebyggende behandling, medisinsk behandling, attføring, pleie og omsorg. Hvorvidt en pasient skal legges inn i sykehus for å få for eksempel antibiotikabehandling intravenøst når det er behandling han trenger, vil avhenge av mange faktorer. Noen av disse vil omtales i kapittel 7 under pkt ”hva påvirker om pasienten legges inn i sykehus”.

Hva kjennetegner pasientens situasjon?

Det fortelles oftest om en pasientsituasjon der pasienten har et sykdomsbilde preget av infeksjon, dyspnoe, redusert almenntilstand og smerte. Det samsvarer med innleggelses diagnoser og funn i andre studier (Statens helsetilsyn 1999).

Det fortelles også om at pårørende ofte bidrar til at pasienten legges inn i sykehus, både fra hjemmet og sykehjemmet. I den sammenheng forteller sykepleierne at pasient og pårørende kan oppleve for lite informasjon fra sykehuset eller behandlende lege. Pasienten kan ha fått en diagnose, men mangler tilstrekkelig informasjon om forventet forløp og mulig behandling. Personalet i kommunehelsetjenesten kan ha fått informasjon, men pårørende etterspør mer informasjon. Dersom ikke lege er tilgjengelig i kommunehelsetjenesten, ønsker pårørende pasienten innlagt i sykehus. Det ser ut til at det i noen situasjoner er vanskelig å tilfredsstille behovet for informasjon og behandling i sykehjemmet. Særlig gjelder det altså når lege ikke er tilgjengelig. Sykepleierne som er intervjuet jobbet på ulike avdelinger, med ulike pasientgrupper og ulik sykepleierdekning. Også legedekning varierte. God dekning av lege og sykepleier ser ut til å gi større tilfredshet i forhold til informasjon hos pårørende, og mindre press fra pårørende om innleggelse for å avklare situasjoner. Sykepleierne forklarer pårørendes ønske om innleggelse i sykehus med sykehjemmenes lave status i helsetjenesten, og at pårørende ikke opplever at pasienten kan få den behandlingen han trenger i sykehjemmet. Sykepleierne forteller at de i slike situasjoner ofte mener pasienten kan få den hjelpen han trenger i sykehjemmet, men at pårørende ikke ser det slik. De mener også at det kan henge sammen med manglende avklaring av situasjonen og hvilke helsehjelp pasienten skal ha. Dette støttes av Travis mfl (2001).

Flere sykepleiere sier at det som kjennetegner pasientens situasjon er behovet for omfattende sykepleie, ikke medisinsk behandling.

Følgende utsagn viser dette:

”Sånn som det er nå, er mange pasienter for syke til sykehjem. Sykehjem vil ikke ha dem fra sykehuset, da kommer de hjem. Det ser ut til at de er for syke for sykehjemmet, da må vi ta imot dem! Det finnes ikke grenser for hva vi skal ta imot! Ofte legges de da inn i sykehuset igjen.” De kan ikke være hjemme!

Slike utsagn var i overensstemmelse med antakelsen vi hadde før gjennomføring av studien. Studien har imidlertid vist at bildet er langt mer nyansert og komplisert enn denne antakelsen. Likevel er det en dimensjon som trer frem knyttet til disse innleggelsene.

I kartleggings skjema var det mulig å dokumentere andre opplysninger av betydning for behovet for sykepleie. I forhold til en av pasientene nedtegnet sykepleieren i akuttmottaket dette:

Pas. Innlagt 3/5-06 pga hyperthyreoidisma, Ble satt på Neo-Mercazole. Pas ble utskrevet 10/05- 06 og kommer 11./5- 06 for reinnleggelse med de samme sympt. Pas har hje. Hjelp hver 14 dag . Hj. Spl var innom 10/5- 06 for et vurderingsbesøk, og de vurderte henne som for dårlig til å være hjemme og skaffet henne sykehjemsplass. Fastlegen vurderer henne som for dårlig til sykehjemsplass, og henviser henne til sykehuset

Notatet viser ikke pasientens problem og hjelpebehov knyttet til konsekvensene av den medisinske tilstanden, men det er tydelig at behovet for hjelp er stort og tilstanden er ustabil. Så stor at pasienten sendes tilbake til sykehus for videre behandling og hjelp. Antagelig er dette en situasjon slik sykepleieren i kommunen siktet til, der hun sa at noen som sendes hjem også er for syke til sykehjem.

Utsagnet fra sykepleieren i kommunen, notatet fra akuttmottaket og andre utsagn under intervjuene viser at mange sykepleiere opplever vanskeligheter i sitt arbeid knyttet til ivaretagelse av pasienter med omfattende behov for helsehjelp. Det støttes av studien gjort av Førde mfl (2006). Dårlig organisering forsterker ressursmangel, og kapasiteten i helsetjenesten til eldre syke i tillegg må økes for å imøtekomme behovene.

Nasjonalt råd for prioritering i helsetjenesten (2003) påpeker mangelen på kunnskap om hva som faktisk skjer i helsetjenesten med behandling av syke gamle. Gjeldende pilotstudie er et bidrag som viser noen konsekvenser av dagens situasjon.

Spørsmål 2: Hvilke sykepleiefaglige behov har skrøpelige gamle oftest når de innlegges i sykehus?

Sykepleierne forteller at de pasientene som legges inn ofte trenger hjelp til de fleste gjøremål. Spesielt forteller sykepleiere fra hjemmetjenesten om syke eldre med stor funksjonsvikt og omfattende hjelpebehov. Svar her var eksempelvis:

”Ofte kan det være pasienter som trenger hjelp til de fleste gjøremål. Mat, urin avf osv. Kan ikke gjøre rede for seg. Vet ikke hvor de er hen. Kan ikke gå, er sengeliggende.”

”Mange har et omfattende behov for sykepleie. De er uttrygge og krever mye tid. De trenger tilstedeværelse, hjelp til å drikke og spise.”

Dette er beskrivelsen av en svært hjelpetrengende og syk pasient, og sykepleieren mener altså at det er et kjennetegn ved pasienter som legges inn i sykehus. Årsaken til at pasienten er i denne situasjonen er ukjent. Pasienten slik han beskrives her, vil ha behov for hjelp knyttet til de fleste funksjonsområdene. Det er ikke det samme bilde som fremkommer fra kartleggingen av pasienter i akuttmottaket. Dette diskuteres videre i kapittel 7.

”Det de som regel trenger, er iv antibiotika-behandling . Medikamenthåndtering.”

Dette er et av flere utsagn som viser at intravenøs antibiotika behandling betraktes som en oppgave for spesialisthelsetjenesten.

En annen sykepleier svarte:

”Ifht å være demente, mange er utrygge. Noen er ikke utredet, men har en begynnende demens.”

Her beskrives situasjoner hvor fysiske behov ikke er i hovedfokus. I forhold til forventet økning i forekomst av demens, viser dette til et stort behov for utredning av demens sykdom. Antakeligvis er dette en type utredning som ikke best skjer ved akuttinnleggelse i sykehus. At sykepleiere forteller om at det ofte blir løsningen kan nok ha flere forklaringer.

Andre sier:

”Væskebehandling, men PEG-sonde løser en del nå.”

Underernæring og dehydrering er en vanlig tilstand for mange pasienter i eldreomsorgen (Ranhoff 2008) Det kan etter hvert medføre utvikling av andre alvorlige og irreversible tilstander. Intravenøs væskebehandling er noen tilfelle helt nødvendig i en periode, og det ser ut til at det særlig er en utfordring der pasienten bor hjemme. Også sykepleiere i sykehjem forteller at pasienten legges inn i sykehus fordi man mangler mulighet til en slik behandling i sykehjemmet. Andre forteller at i de i stor utstrekning administrerer slik intravenøs væskebehandling. Dette er sykepleiere som jobber i avdelinger der det er økt bemanning av lege og sykepleier.

En sykepleier i hjemmetjenesten svarte slik:

”Mange av de vi legger inn trenger hjelp til å lage mat, være der mens de spiser. Det går på tid. Vi er flinke til å signere og gi medisiner. Hva med den viktigste medisinen, maten? Den har vi ikke tid til. Jeg vet ikke hvor mange ganger jeg har gitt beskjed på rapporten, henne må de mate. Får da til svar: Hva det har jeg ikke tid til på denne lista her! Forferdelig å høre på!

En annen sykepleier i hjemmetjenesten sier:

”Det er flere av våre som sulter. De orker ikke mat. De vil ikke noen av dem. Kan det ha noe med livssituasjonen? De blir satt på en stol med mat foran seg som blir stiv og lite appetittlig og en vannflaske som du kan klare å bruke de neste timene. Selskap til spisingen ville gjort situasjonen bedre. De skulle vært tid til det på listen. For å få i de mat. Da kunne vi unngått noen innleggelsler.”
Sier de har spist, de demente. Viser seg at de har ikke spist, Vi godtar, fordi vi har det travelt.
Også de klare, de føler seg ikke sultne. Noen er trett av dage og vil ikke spis. Det store spørsmålet er om hvis livskvaliteten var bedre, ville de ønsket å spise og å leve lenger?”

Disse sykepleierne forteller om svært vanskelige situasjoner. Utfordringer i forhold til å utøve faglig forsvarlig sykepleie er åpenbare. Her fortelles om pasienter som sulter, og om forhold som forklarer hvorfor det kan bli slik. Hvor går grensen for faglig forsvarlighet når det er åpenbart at pasienten ikke får den hjelp han trenger og derigjennom utvikler mangletilstander og sykdom?

En tredje sykepleier svarte:

”Pasientene er ensomme, har lite tilsyn, får lite stimuli og blir svake. De blir til slutt lagt inn. De drikker lite fordi da må de på do ofte! Må ha hjelp.”

Også denne sykepleieren forteller om manglende tid og utilstrekkelig hjelp til grunnleggende behov i situasjonen. Resultatet blir sykehusinnleggelse. Helsefremmende og forebyggende arbeid er lite prioritert i hjemmesykepleie (Fermann og Næss 2008). Kanskje kunne økt tilsyn og stimuli på andre måter fremme helse og forebygge utvikling av sykdom og behov for sykehusinnleggelse? For pasienten vil det kunne bety økt livskvalitet. Dersom man tenker seg økonomi i helsehjelp til eldre som en helhet, vil det kunne bety vesentlige innsparinger. Dagens organisering og finansieringsordning gir liten mulighet til slik tenkning.

En tredje sykepleier svarte:

”Forverring av situasjonen gjør at de innlegges. Tiltakene vi kjenner virker ikke, da må de legges inn.”

Denne sykepleieren forteller om forverring av situasjoner som en vanlig årsak til innleggelse i sykehus fra hjemmesykepleie. Det er et gjennomgående funn også fra kartleggingen i akuttmottaket.

Disse utsagnene er med på å tegne et bilde av svært syke gamle mennesker som:

- Har redusert funksjonsnivå
- Er urolige
- Har et stort behov for medisinsk behandling, pleie og omsorg

Når svarene sammenlignes, kan det se ut til at svarene til en viss grad varierer med avdelingstypen der sykepleieren arbeider. Eksempelvis kan det se ut til å være en forskjell i svarene gitt av sykepleiere i langtids og korttids-avdelinger. Korttidsavdelinger med pasienter som får lindrende behandling legges sjeldnere inn i sykehus enn pasienter som bor i langtidsavdelinger. Dette diskuteres nærmere i kapittel 6.

I hjemmesykepleie er svarene noe mer variert. Det er store variasjoner i forhold til hvilke oppgaver som utføres av hjemmesykepleien, og det får dermed konsekvenser også for hva som kjennetegner pasienten ved innleggelse. Et eksempel her er også antibiotikabehandling intravenøst, som noen distrikt gir og andre ikke gir. Studien indikerer likevel at pasientene

som legges inn i sykehus fra hjemmesykepleie kan være svært syke og ha et omfattende behov for vurdering og behandling.

Spørsmål 3: Hva er sykepleierens rolle i slike situasjoner

Via dette spørsmålet var vi ute etter informasjon om hva som var sykepleierens ansvar og oppgave når pasienter legges inn i sykehus. Etter analysen av materialet fra akuttmottaket hadde vi en antakelse om at sykepleieren i kommunehelsetjenesten hadde en aktiv rolle. Denne antakelsen var basert på registrering av følgedokumentasjon, innleggende instans med mer. Hvordan ville sykepleieren selv beskrive sin rolle?

Svarene som ble gitt på dette spørsmålet kunne være:

”Vurdere, hvor ille er det? Gi O2, kontakte lege, informere legen om pasientens tilstand. De vurderer innleggelse, eventuelt går vi via legevakt. Oftest legevakt. Legevakt kommer sjelden. Pasienten legges inn på bakgrunn av sykepleierens observasjoner.

Et annet svar var:

”Du får beskjed om det du skal gjøre, crp, BT osv. Du blir hos pasienten til ambulansen kommer. Så kontakter du pårørende. Ikke kontakt med sykehuset. Sender med papirer og observasjoner. Ikke legens. Sykehuset har ofte noe skriftlig info fra legen.”

Sykepleier forteller her om telefonisk kontakt med lege, men at lege ikke tilser pasienten. Her styrkes antakelsen om en aktiv rolle, når sykepleieren sier at pasienten legges inn på bakgrunn av sykepleierens observasjoner og at legevakten sjelden ser til pasienten.

En sykepleier i hjemmesykepleie svarer slik:

”Dra ned selv for å vurdere. Være sikker på at jeg burde ringe lege. Ved angst for eksempel kan man roe ned. Roe pårørende osv. Må ta seg tid og sette seg. Så må du få en så riktig vurdering som mulig. Mange ganger er min vurdering annerledes enn hjelpepleier eller pårørende.”

Samtlige sykepleiere forteller om omfattende vurderinger av pasientens situasjon og behov for helsehjelp. Mange forteller at de tilkalles i situasjoner der annet personell uten sykepleiefaglig kompetanse er hos pasienten. I hjemmesykepleie kan en sykepleier ha det sykepleiefaglige ansvaret for et stort antall pasienter som de ikke selv har tilsyn med den aktuelle vakten. De er da avhengig av at den som er hos pasienten for det første gjør nødvendige observasjoner, men også vurderer og tar kontakt med sykepleier som har det overordnede ansvaret for pasienten. Dette ansvaret er ikke uproblematisk for sykepleieren (Fermann og Næss 2008)

Flere forteller som denne sykepleieren om pårørende som må roes ned og orienteres. Noen sykepleiere forteller om sinte pårørende som utøver et stort press for å få pasienten lagt inn i sykehus. Mange gjør undersøkelser og finner frem til data de vet legen vil ha behov for i sin vurdering av situasjonen. Samtlige forteller om at de gjør omfattende vurderinger av pasientens situasjon og behov for helsehjelp.

Strandquist (2007) leder et stort prosjekt (KOMPASS) i hjemmetjenesten. Prosjektet har riktig grunnbemanning, funksjonsfordeling, kompetanseutvikling, spesialkompetanse og sammenhengende tjenester som utviklingsområder. Prosjektet har blant annet kartlagt pasientsituasjoner i hjemmetjenesten i utvalgte kommuner i løpet av en uke. Man har sett på omfang av tjenestene, tidsbruk, kompetansebehov med mer. Slike kartlegginger er viktige fordi de gir oss et bedre bilde og en annen forståelse for kompleksiteten i disse tjenestene. Slik kan man bedre bemanne i forhold til det faktiske behovet i kommunen. For å utvikle kunnskap om behov hos spesielle grupper og sykepleiefaglige utfordringer knyttet til disse behovene, er det nødvendig å gjøre ytterligere forskning. En tverrfaglig tilnærming som også inkluderer pasient og pårørende vil kunne gi et utfyllende bilde av pasientens behov for helsehjelp. Eksempelvis er ikke spesielle behov oppgaver og ansvar hos skrøpelige eldre i hjemmesykepleie dokumentert tilstrekkelig. Dette er en voksende pasientgruppe som må vies større oppmerksomhet.

Det ser ut til å være svært varierende samarbeid mellom lege og sykepleier. Mange forteller om vanskeligheter med å få lege til å vurdere pasientens situasjon.

En sykepleier i hjemmesykepleien forteller:

”Liker best å ringe fastlegen. Kjenner fastlegen. De gangene jeg ringer, får jeg kontakt. Har sjekket ut det legen trenger å vite på forhånd. Også til legevakt legen. Når legen sier jeg har ikke tid, sier jeg: Jeg dokumenter på data at jeg har ringt, og ønsket at du skal komme. Etter min faglige vurdering synes jeg du burde komme. Nå er ansvaret ditt. Da er det sjelden de ikke kommer.”

Her plasserer sykepleieren ansvaret for vurdering av pasienten hos legen. Hun viser likevel sitt eget ansvar for å gjøre sykepleiefaglige vurderinger før hun kontakter lege.

Hun fortsetter:

”Du kan også be legen ringe legevakten og si at de har fått en henvendelse fra hjemmesykepleien. Legen kan si at han ikke har mulighet til å se til pasienten, og be om at pasienten blir prioritert av legevakten. Det er ikke hjemmesykepleien som skal mase. Jeg blir irritert når vi får beskjed om at vi maser på legevakten når vi har ringt fastlegen og de ber oss ringe legevakten. De har også mye å gjøre, og skyver det ned. Vi får skyllebøtte fra legevakten når vi ”maser”, og det er kjedelig.”

Slike utsagn beskriver et helsevesen som ikke ivaretar pasientens behov for helsehjelp. Sykepleieren bruker mye tid og krefter for å skaffe pasienten medisinskfaglig vurdering som han rettmessig har krav på. Lov om helsepersonell § 16 pålegger virksomheter som yter helsehjelp at virksomheten skal organiseres slik at helsepersonell blir i stand til å oppfylle sine lovpålagte oppgaver. Situasjonen slik den her beskrives, kan knappast betegnes som slik tilrettelagt.

Når det blir vanskelig å få til et slikt tilsyn eller samvurdering fra lege, sier det antakelig mest om en systemsvikt. Det er ikke grunn til å anta at det handler om uvillighet fra fastlege eller legevakt.

En annen sykepleier i hjemmesykepleien sier dette helt eksplisitt :

”Ikke ubetinget enkelt å få kontakt med lege. Vi må jobbe for å få det til. Ved en annen måte å organisere dette på, ville det ha hjulpet. Det er behov for en ny organisering. Ikke godt nok, trenger å lage en organisering hvor det er mulig å få kontakt med en lege som har tid, kunnskap og som er interessert. Ringer i ”100 år” mange ganger for å kontakt med. Skulle hatt direkte kontakt mulighet.”

Denne sykepleieren etterspør mulighet til å få kontakt med lege som har tid, kunnskap og som er interessert. Vurdering av skrøpelige gamle krever nettopp dette (Helse- og omsorgsdepartementet 2005).

En sykepleier fra en annen kommune forteller derimot at hun de alltid får kontakt med lege ved behov, og at de har gode rutiner for samarbeid og vurdering av pasienten. Denne sykepleieren forteller om rutiner som gir henne trygghet i forhold til å alltid ha en lege som kan bidra til vurdering i slike situasjoner. Hun sier behovet for vurdering av situasjonen sjelden bidrar til innleggelse i sykehus, i motsetning til sykepleiere som ikke har slike rutiner og denne tryggheten.

De fleste sykepleierne fortalte at de skrev en rapport som de sendte med pasienten til sykehus.

”Vi skriver sykepleier rapport. Vi har et fast skjema, sykepleier epikrise. Legen skriver eget innleggelsesskriv.”

Denne uttalelsen står i motsetning til at bare 15 % av de kartlagte pasientene hadde med seg noe sykepleiedokumentasjon fra kommunehelsetjenesten. Dette er interessant. Hva gjør at sykepleiere forteller at de sender med dokumentasjon, når det ser ut til å være en mangel ved de fleste innleggelsene? Temaet følges opp i diskusjon i kapittel 6.

Samlet sett peker svarene på dette spørsmålet på behov for vurdering, vurderingskompetanse og økt samarbeid mellom lege og sykepleier.

Spørsmål 4: Hva er det som gjør at de ikke kan få dekket sine behov for helsehjelp der de er?

Studien startet som nevnt med en antakelse om at det var noen skrøpelige gamle som ble innlagt i sykehus fordi deres behov for sykepleie var så omfattende at det ikke kunne dekkes i kommunehelsetjenesten. Behovet for helsehjelp har underveis fremstått som langt mer

komplisert enn denne antakelsen. Noen av svarene til spørsmål 1 kunne forstås dit hen at tidspress gjorde det umulig å ivareta pasientens store hjelpebehov. Som direkte svar på spørsmål om hvorfor pasienten ikke kan få dekket sitt behov fremkom også andre svar.

En sykepleier i hjemmetjenesten svarte slik:

”Årsak til innleggelse oftest pasientens behov for en diagnose som forklaring på endringer i situasjonen. De viser ikke smerte som oss. Det er vanskelig å oppdage. Vi prøver smertestillende ved uro. Det er viktig å gi informasjon til sykehuset om pasienten. Det kan få viktige konsekvenser når pasienten ikke har kunnskap om egen situasjon. Gal behandling og diagnose kan skje. Sykehuset ser ikke at pasienten er dement.”

Denne sykepleieren peker på behovet for og konsekvenser av manglende dokumentasjon. Nesten samtlige sykepleiere pekte på dette som en viktig oppgave for sykepleieren når pasienten legges inn i sykehus. Spørsmålet blir da som tidligere nevnt, hvorfor sykepleiedokumentasjon sjelden følger pasienten ved innleggelse? Det gir denne studien ikke svar på.

Behov for diagnostisering

Svaret fra sykepleieren som er sitert over viser et behov for diagnostisering ved endring i situasjonen. Slike endringer kan oppstå gradvis, eller de kan oppstå akutt. Det kan være en oppgave for spesialisthelsetjenesten, men kanskje ikke i alle sammenhenger. Dersom kommunen har et godt samarbeid mellom hjemmesykepleie/sykehjem og ansvarlig lege, og i tillegg har gode rutiner for samarbeid med spesialisthelsetjenesten vil diagnostisering i noen tilfelle kunne skje i kommunehelsetjenesten. For å mulighet til å drive mer utstrakt diagnostisering enn det som gjøres i dag må man styrke legedekningen i sykehjemmene. I dag er det én lege per 167 pasienter i syke- og pleiehjem. Det tilsvarende tallet for sykehus er én lege per 2,2 pasienter. Ifølge Bettina Husebø (2002) jobber ingen av landets 80 geriater som sykehjemslege.

Husebø kaster inn en brannfakkell i diskusjonen om hvor langt fastlegenes beredskap skal strekke seg. Hun mener det ikke holder å henvise til legevakt etter klokken 15. Hun sier som noen av sykepleierne som ble intervjuet, at manglende tilgang til kontakt med lege kan føre til unødig sykehusinnleggelse og ressursløsing, men også til sterk uro hos pasient og pårørende.

Det er grunn til å anta at dette også gjelder pasienter i hjemmesykepleie. Pasienter i hjemmesykepleie og sykehjem kan ha nokså sammenfallende behov for helsehjelp.

Behov for samarbeid med lege og kompetanse til å vurdere situasjonen

Andre svarte at bedre legedekning i sykehjemmene og egne leger med tid avsatt til hjemmesykepleie ville føre til at mange pasienter unngikk sykehusinnleggelse. Andre sa de ønsket seg: *”Noen vi kan ringe og diskutere med. Noen som har kompetanse ifht de gamle.”*. Helsepersonelloven er helt klar på dette punkt. § 4 sier at helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner og skal innhente bistand eller henvise pasienten videre der dette er nødvendig og mulig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelse skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell.

I en studie gjennomført i regi av Legeforeningens forskningsinstitutt fant man at 92 % av sykepleierne og 79 % av legene innenfor spesialist- og kommunehelsetjenesten av legene mener ressursmangel og nedprioriteringer medfører betydelige belastninger for de ansatte. 29 % oppga at de opplevde redusert kvalitet på behandling ukentlig eller daglig, og 25 % svarte at de daglig eller ukentlig møtte redusert kvalitet på utredning og diagnostikk til syke gamle (Førde, Pedersen, Nortvedt og Aasland 2006). Muligens er svarene som gitt fra sykepleiere i gjeldende studie et uttrykk for noe av det samme som fremkom i Legeforeningens studie? I legeforeningens studie mente ca 70 % av legene at overbehandling eller behandling på et for høyt nivå som følge av ressursmangel var et problem. Det betyr kanskje at noen av pasientene kunne vært behandlet utenfor sykehus dersom ressursene var annerledes? Samme studie viser en tredel av sykepleierne og en firedel av legene mener at pleie- og omsorgsbehovene synes å være mangelfullt ivaretatt. Nesten en av tre opplever mangelfull koordinering og organisering av hjelpen til eldre som et vanlig forekommende problem. Dårlig organisering fører til at ressursene ikke utnyttes maksimalt.

Noen sykepleiere i gjeldende studie mente også at bedre kompetanse i både sykehjem og hjemmesykepleie generelt ville gjøre at pasienten i større grad kunne få dekket sine behov der. Dette ønsket begrunnet flere med utsagn som:

”Ønsker at vi kunne beholde de gamle her. De blir mer og mer fortvilet og forvirret når de må sendes til sykehus.”

At sykehusinnleggelse kan medføre akutt forvirring er kjent (Ranhoff 2008). Det vil derfor være av avgjørende betydning at sykehusinnleggelse ikke blir løsningen i situasjoner der vurdering og behandling kan gjennomføres i kommunehelsetjenesten. Det krever imidlertid gode rutiner, tilgang til kvalifisert personell og samhandling mellom 1 og 2 –linjetjenesten.

6. Diskusjon.

I dette kapitlet vil funn fra fase 1 og 2 diskuteres samlet. Hva kommer frem når man ser funnene samlet? Kommer det frem noe nytt som kjennetegner situasjonene og behovet for sykepleie?

Hvordan samsvarer opplevelsen sykepleier i kommunene har av pasientens situasjon og diagnoser kartlagt i akuttmottaket?

Er det slik at diagnosen pasienten legges inn med og som settes etter undersøkelse av lege i sykehus, samsvarer med den oppfatningen sykepleiere i kommunehelsetjenesten har av situasjonen? Dette spørsmålet var det sentralt å stille seg, med bakgrunn i en forforståelse av at pasienter legges inn med stort behov for sykepleie snarere enn medisinsk behandling og vurdering.

Det ser ut til å være samsvar mellom kommunesykepleierens oppfatning av pasientens symptomer og diagnose når sykehusinnleggelse er nødvendig, og innleggesdiagnoser som kartlegges i akuttmottaket. Begge steder oppgis brystmerter, pneumoni/dyspnoe, redusert almentilstand og hjertesvikt som viktigste hovedårsak til innleggelse.

Hvordan samsvarer kommunesykepleierens vurdering av pasientens behov for sykepleie når pasienten sendes til sykehus, og sykepleiebehovet som dokumenteres ved innkomst?

Data fra kommunehelsetjenesten og akuttmottaket er av ulik karakter. Data fra akuttmottaket er basert på registrering av pasientsituasjoner, mens data fra kommunehelsetjenesten er basert på generelle oppfatninger og erfaringer. Årsaken til at denne metoden ble valgt er beskrevet i metodekapitlet. Det gjør at disse data ikke uten videre kan sammenholdes. Ved gjennomgang av beskrivelsene som gis av sykepleiere i kommune er det likevel mulig å skissere noen hovedtrekk ved pasientens behov:

- Pasienten har stort pleiebehov
- Pasienten har redusert funksjonsnivå
- Pasienten er urolig

I akuttmottaket dokumenteres ikke behov som sammenfaller med kommunesykepleiernes vurdering av pasientens situasjon, eller forventet sykepleiebehov som følge av diagnoser ved innleggelse. Det er ikke belegg for å si at sykepleiere i akuttmottaket dokumenterer stort pleiebehov eller redusert funksjonsnivå hos de fleste av disse pasientene. Sykepleiere i kommunehelsetjenesten vurderte funksjonsnivået generelt hos pasientene ved innleggelse som lavt. I akuttmottaket ble imidlertid 41 % vurdert til å kunne ivareta egen ernæring. Litt under halvparten av pasientene ble vurdert til å kunne ivareta egen eliminasjon, og 39 % til å kunne ivareta egen hygiene. Et annet eksempel er sykepleie knyttet til psykiske behov. En av hovedårsakene til innleggelse er i følge sykepleiere i kommunehelsetjenesten uro, mens hele 75 % vurderes til å ikke ha behov knyttet til psykisk tilstand. På området kognitiv funksjon vet vi at opp mot 70 – 80 % av de eldre i sykehjem lider av alderdemens i ulik grad (Ranhoff mfl 2007). Også mange av pasientene som mottar hjemmesykepleie har en alderdemens. Voyer et al (2005) finner i sin studie at delirium (akutt forvirring) er et vanlig syndrom hos eldre pasienter som legges inn som akutt hjelp i sykehus. 10 til 20 % vil fylle kriteriene for delirium. I Norge mener Ranhoff mfl (2007) at delirium forekommer hos 20 – 40 % av akutt syke eldre, men at forekomsten i sykehjem trolig er høyere fordi det der er mange pasientene med demens. Voyer et al fant imidlertid at tidligere kognitiv svikt ikke ser ut til å påvirke utviklingen av delirium ved akutt innleggelse i sykehus (2005).

Dette betyr at det er grunn til å anta at mange av pasientene som legges inn i sykehuset hadde en kognitiv svikt i form av en aldersdemens eller delirium. Det stemmer også med uttalelsene fra sykepleierne i kommunehelsetjenesten.

Ved undersøkelsen av pasienter over 75 innlagt i sykehus så man også på noen helsemessige funksjoner (Statens helsetilsyn 1999).

Hver fjerde har inkontinens for urin og/eller avføring, litt under halvparten har mental funksjonssvikt, og godt over halvparten har store bevegelsesvansker, dvs. kan ikke gå eller trenger følge. Et interessant funn fra undersøkelsen i 1998 er resultatene som viser at det var til dels betydelig oversykelighet blant dem med funksjonssvikt.

Funksjonssvikten var på noen områder hyppigere enn det de medisinske diagnosene tilsier. En diagnose eller en dokumentert medisinsk tilstand gir bare begrenset informasjon om funksjonen, og man fant altså at pasienten hadde større funksjonssvikt enn diagnosen skulle tilsa. Derigjennom var også behovet for sykepleie større enn forventet gjennom diagnosebildet. Altså et helt annet funn enn fra gjeldende pilotstudie i akuttmottaket der

hjelpebehovet var mindre enn forventet, men samsvarende med bildet gitt fra sykepleiere i kommunehelsetjenesten i pilotstudien.

I akuttmottaket vurderte sykepleierne at 53 % av pasientene var uten behov for hjelp knyttet til kognitiv svikt. Det betyr at de ikke fant tegn til delirium eller annen kognitiv svikt. Handler dette om at syke gamle med kognitiv svikt sjeldnere legges inn i sykehus, eller handler det om manglende kompetanse eller mulighet til å avdekke slik svikt i et travelt akuttmottak? Studier viser ulik oppfatning omkring dette tema. Noen studier (Travis 2001) mener pasienter med demens hyppigere legges inn i sykehus, men andre (O'Mally et al 2007) mener de sjeldnere legges inn i sykehus.

Det vil altså oppsummerende si, at sykepleiere i akuttmottaket og sykepleiere i kommunene er ikke beskriver det samme behovet for pleie eller hjelp knyttet til funksjonsområder.

En metodesvakhet?

Det kan være mange årsaker til denne ulikheten. Noe kan være metodisk betinget som beskrevet over, og noe kan ha sammenheng med svakheter ved kartleggingen i akuttmottaket. Det kan ha vært uklart hvordan man skulle dokumentere behov for sykepleie til tross for informasjon og oppfølging fra frikjøpt sykepleier. Muligens har ikke alle fått tilstrekkelig informasjon om hvordan kartleggingsskjema var tenkt brukt. Skjemaet var kanskje ikke utformet slik at det fanget opp alle mulige tiltak. Metodesvakhet er en mulighet ved alle slike kartlegginger.

Ulike utgangspunkt og forutsetninger for å gjøre observasjoner og vurderinger?

Et eksempel som tidligere er nevnt er at 59 % av pasientene oppgis å ha tilfredsstillende respirasjon når innleggelsesdiagnose ofte er brystmerter, dyspnoe eller andre diagnoser som ofte påvirker disse funksjonsområdene. Sykepleiere i akuttmottaket har her vurdert at mange av pasientene ikke trengte noe som helst hjelp til vurdering, observasjon, O2- behandling eller annen behandling. Det samme gjelder funksjonsområdet sirkulasjon. I akuttmottaket ble hele 56 % vurdert til å ha tilfredsstillende sirkulasjon. Det er generelt grunn til å anta at pasienter med brystmerter eller pneumoni/dyspnoe vil ha en påvirkning av funksjonsområdene sirkulasjon og respirasjon.

Tidsperspektivet

Det kan også handle om tidsperspektivet sykepleierne i akuttmottaket har til rådighet for sine observasjoner og vurderinger. Pasienten oppholder seg i akuttmottaket fra kun kort tid til

mange timer. Dette til tross, eller kanskje spesielt ettersom symptombildet hos eldre ofte er svakt eller annerledes enn hos yngre pasienter er sykepleierens vurderinger i akuttmottaket viktige. Sykepleiere i kommunen har som oftest, men ikke alltid en annen kjennskap til pasienten som er opparbeidet over tid. Noen av funksjonsendringene er ikke synlig umiddelbart, men krever kjennskap til pasientens utgangspunkt og totale situasjon. Når det ikke foreligger dokumentasjon fra kommunehelsetjenesten ved innleggelse er slik vurdering vanskelig. Dette er også et problem når sykepleiere i kommunen skal gjøre sine vurderinger av pasienten. Det kan være at sykepleieren tilkalles for å gjøre en vurdering av pasientens behov for helsehjelp uten særlig kjennskap til pasienten som kan tilhøre en annen sone enn den sonen sykepleieren til daglig arbeider i. De har da heller ikke samlet kunnskap om pasienten over tid, og mangler kanskje tilgang til tilstrekkelig dokumentasjon for å gjøre korrekte observasjoner og vurdering.

Spesialkompetanse i geriatri og egnede lokaler

Kanskje bør vurdering av syke gamle som kommer til akuttmottaket gjøres av personell med spesialkompetanse i geriatri og i egne lokaler? Parker et al (2006) hevder at dersom akutt sykehusinnleggelse er nødvendig, må det gjøres i en avdeling med spesiell fysisk utforming og spesielle innleggelsesprosedyrer som sikrer identifisering av pasientens aktuelle problem og behov. Man må unngå unødvendig miljømessig og fysiologisk stress som kan føre til delirium.

Sykepleiere i akuttmottaket har spesialkompetanse på observasjon og vurdering i akutte situasjoner. Sykepleiere i kommunen har som oftest et mer langsiktig perspektiv på sine vurderinger av skrøpelige gamle. Handler det om at disse pasientene krever en annen vurdering enn den som til vanlig finner sted i akuttmottaket? Handler det om at observasjoner og vurdering i akuttmottaket har fokus på vitale funksjoner og at redusert funksjonsnivå ikke er viktig eller får oppmerksomhet i akuttmottaket? Sykepleiere i akuttmottaket håndterer pasienter med store traumer, kompliserte pleiebehov og forholder seg ofte til uavklarte situasjoner som krever spesiell årvåkenhet. Livreddende behandling er ofte hovedfokus. Får det konsekvenser for den syke gamle med vage symptombilder som ofte er påvirket av en rekke medikamenter, og i tilfelle hvilke? Krever ivaretagelse av syke eldre geriatrisk kompetanse utover det sykepleiere i akuttmottaket har slik Parker et al (2006) fremhever?

Følgedokumentasjon

Eller handler den ulike vurderingen om manglende følgedokumentasjon? Er det slik at når pasienten ikke har god dokumentasjon av sitt funksjonsnivå og eventuelle endringer starter "gjetteleken" når pasienten kommer til sykehuset? Det er lett å forstå at observasjon og vurdering uten noen form for sykepleiefaglig vurdering fra personell som kjenner pasienten blir vanskelig.

Hva er hensikten med innleggelsen?

Hensikt med innleggelse er nokså likt fordelt mellom behov for behandling og behov for utredning. Det er viktig å presisere at dette svaret bare representerer en oppfatning hos sykepleieren som hadde ansvar for pasienten i akuttmottaket. Det er ikke bruk vitenskapelige kriterier for vurdering, den baseres på faglig skjønn.

Likevel er det grunn til å reise spørsmål om akuttmottaket og sykehuset er det beste sted for å vurdere og behandle den gamles behov for helsehjelp? Det reiser også spørsmål om den store variasjonen i behovet for helsehjelp som angis som årsak til innleggelse. Noen sykehjem legger konsekvent inn pasienter med behov for antibiotikabehandling intravenøst, mens de gir morfin og annen høypotent medikasjon. Det er hjemmesykepleiedistrikt som gir antibiotika intravenøst X 4, mens de legger inn når pleiebehovet blir for stort. Hva er gjeldende standard i fylket, eventuelt finnes det noen gjeldende standard? Denne ulikheten kan ha mange forklaringer, men den viser behov for en avklaring av ansvar og oppgavefordeling knyttet til skrøpelige gamle.

En amerikansk studie (Dosa 2006) fant at dødeligheten var lik eller redusert når en beboer fra sykehjem ble behandlet for sin pneumoni i sykehjemmet istedenfor å flyttes til sykehus. Innleggelse i sykehus medførte også økte kostnader og økt sykелighet. Studien konkluderer med at pasienter med pneumoni bare skal legges inn i sykehus fra sykehjem etter vurdering av gitt kriterier.

Ranhoff og Linnsund (2005) fremmer også kriterier til bruk ved vurdering av hensikt ved sykehusinnleggelse ved ulike diagnoser. Gjeldende studien viser at vurderingene som gjøres i forbindelse med innleggelse liten grad er tuftet på slike kriterier, men i stor grad er avhengig av sykepleierens kompetanse, tilgang til lege, holdninger og rutiner i avdelingen. Ranhoff og Linnsund mener mange av pasientene med de aktuelle innleggelsesdiagnosene fra gjeldende pilotstudie kunne vært behandlet uten å flytte pasienten fra sykehjemmet. Sykehjemsbeboere har selvsagt de samme rettigheter og krav til nødvendig og kvalifisert helsehjelp som alle

andre i Norge. Spørsmålet er om den beste behandlingen er å sende pasienten til sykehus? Campbell et al. (2004) og Boockvar et al (2005) viser at prognosen etter akutt sykehusinnleggelse for eldre med stor funksjonssvikt og demens er svært dårlig med tanke på overlevelse. For de skrøpelige eldre kan omfattende og plagsomme undersøkelser og behandling være til lite nytte og medføre høy risiko for komplikasjoner. Travis et al (2001) fant at beslutning om innleggelse i sykehus fra sykehjem kunne deles i to grupper. Konfliktfylte innleggelser, og ikke- konfliktfylte innleggelser. Konfliktfylte innleggelser innebar at det var en konflikt mellom partene som var involvert i beslutningen dvs pleiepersonell, lege, pasient og pårørende.. Vanskeligheter med å få kontakt med lege og manglende skriftlig beslutning om behandling av pasienten kjennetegnet disse situasjonene. Situasjonene som ikke var konfliktfylte innebar en åpen kommunikasjon mellom deltakerne i beslutningsprosessen, kjennskap til pasientens ønske der det var mulig, og kunnskap, forpliktelse og holdning hos personalet ifht å følge bestemmelser som var tatt. Beslutningene var dokumentert i pasientens journal.

Mye er skrevet om palliative behandling den senere tid (Haugen mfl 2006, Botrell et al 2001). Det fastslås at pasienter med langtkommet, uhelbredelig sykdom trenger enkel tilgang til kompetent behandling og pleie. Slik pleie og behandling skal utføres både ved sykehus og i kommunehelsetjenesten. For å lykkes med å gi disse pasientene et godt tilbud må det være et samspill mellom hjemmesykepleie, fastlege, sykehjem, sykehus og spesialkompetanse i palliasjon. Gjeldende pilotstudie kan ikke si noe om innleggelse av pasienter i terminalfasen. Basert på uttalelser fra sykepleierne og annen litteratur (Botrell et al 2001) er det likevel grunn til å anta at noen skrøpelige eldre legges inn i sykehus i den hensikt å avslutte sitt liv der. Det kan være en god avgjørelse, men ikke dersom den syke gamle legges inn i en travel post med mangelfull dokumentasjon og dermed må pleies av personell uten særlig kjennskap til pasienten.

Hverdagen i sykehjem i Norge preges ofte av lav bemanning og manglende ressurser både på lege- og sykepleiersiden. Mange av pleierne er ufaglærte. Ressursinnsats og kompetanse hos personalet står ikke i relasjon til pasientenes situasjon og behandlingsbehovet. I lys av dette er det da kanskje et bedre alternativ å flytte pasienten til sykehus?

Det skjer heldigvis mye i kommunehelsetjenesten i Norge. I Trondheim har man eksempelvis utviklet spesialiserte korttidsplasser i sykehjem for behandling og omsorg på et omsorgsnivå mellom et ordinært sykehjemstilbud og sykehus Garåsen mfl. (2005). De vanligste diagnosene

hos pasienter som fikk dette tilbudet var nettopp KOLS, lungesykdom, Angina Pectoris, hjertesvikt osv. Det vil si pasienter i samme kategori som fra denne studien. Også i Drammen kommune har man omorganisert kommunehelsetjenesten til å omfatte et liknede tilbud. I disse forsterkede avdelingene har man en styrket lege- og sykepleierdekning samt fysioterapeut. Slike avdelinger må ha god faglig kompetanse og mulighet for en rask tilgang på spesialisthelsetjenester. Det er nødvendig med både geriatrik kompetanse og palliativ kompetanse i sykehjem. Samarbeidstiltak og systematisk kompetanseoppbygging er viktig for å sikre kvaliteten på en slik tjeneste.

Nye eller kjente behov hos pasienten?

Tatt i betraktning usikkerhetsmomentene som beskrevet knyttet til diagnoser i tabell nr 7, ser det ut til at:

- 38 pasienter innlegges med tidligere kjent diagnose
- 45 pasienter innlegges med ny diagnose

Garåsen med flere (2005) fant i sin studie av alle øyeblikkelig hjelp-innleggelser ved St. Olavs Hospital i løpet av en uke i 2003 at nyoppstått sykdom var den viktigste enkeltårsaken til innleggelse, men nyoppstått sykdom utgjorde likevel bare 35 % av innleggelsene. Studien omfattet alle innleggelser, ikke bare i medisinske avdelinger. Pasienter med forverring av kronisk sykdom og uklar tilstand som trengte avklaring i sykehus utgjorde 55 % i de medisinske avdelingene. Det vil si at bildet var noe annerledes enn gjeldende pilotstudie.

Ulikheter mellom sykehjem og hjemmesykepleie?

- Sykehjemmene legger oftest inn med spørsmål om en ny diagnose (74 % av innleggelsene fra sykehjem)
- Hjemmesykepleien legger oftest inn med forverring av en kjent situasjon (55 % av innleggelsene fra sykehjem)

Lite er kjent om medisinsk behandling i hjemmesykepleie. Modin og Furhoff (2002) fant i sin studie i Stockholm at pasientene jevnlig hadde tilsyn av sykepleier, men at de så legen sjeldnere enn andre pasienter. Flere vurderinger ble tatt uten direkte kontakt mellom legen og pasienten. Mest vanlig var dette i forhold til vurdering av medisiner og symptomer. Pasienter med kognitive problemer synes å få enn mindre aktiv legehjelp. Studien konkluderte med at

legen spilte en aktiv rolle i behandlingen av pasienten i hjemmesykepleie, selv om legen sjelden møtte pasienten. Sykepleierens jevnlige tilsyn kan ha redusert behovet for legetilsyn. Forhold i Sverige kan antageligvis sammenlignes med norske forhold.

Hvem legger pasienten inn i sykehus?

37 % legges inn av fastlege

16 % legges inn av institusjonslege (kan også være fastlege)

18 % legges inn av legevakt

For de resterende 26 % er det mulig at pasienten legges inn uten at lege har vært med på vurderingen av pasientens behov for helsehjelp.

Det er legens ansvar å vurdere og rekvirere en sykehusinnleggelse. Funn viser at lege i flere situasjoner ikke tilser pasienten i forbindelse med vurdering av en innleggelse i sykehus.

Denne studien viser at sykepleieren i flere situasjoner står alene om en slik vurdering og beslutning. Det støttes av studien Garåsen med flere gjorde i 2003, der 17 % av pasientene ikke var vurdert av lege før innleggelse.

Botrell et al (2001) fant i sin studie at sykepleiere i sykehjem er ”De facto decision-maker for transfer” (side 317) . Dette på grunnlag av sykepleiernes 24 timers tilstedeværelse og kjennskap til pasienten.

I gjeldende pilotstudie fremkommer vanskeligheter for sykepleieren med å få kontakt og tilstrekkelig samarbeid med lege i denne vurderingen av pasientens situasjon og behovet for helsehjelp. I noen situasjoner ser det ut til at legens vurdering av situasjon ikke omfatter annet en rask telefonisk vurdering basert på sykepleierens observasjoner og vurderinger. Dette gjelder ikke alle sykepleiere og alle distrikt eller kommuner, men det gjelder flere distrikt og kommuner. Det betyr at det er behov for en grundigere undersøkelse av rutiner, samarbeid, ansvar og rolle i slike situasjoner.

Hvilke faktorer ser ut til å påvirke om pasienten legges inn i sykehus?

Fra sykehjem

Ranhoff og Linnsund (2005) fremmer tre ulike motiv for innleggelse i sykehus:

- Diagnostikk og avklaring
- Behandling for å bedre overlevelse og funksjon
- Lindrende behandling

Det ser ut til å stemme med motiv sykepleierne ga for innleggelse av pasienter. Utover dette ser det ut til at det er noen faktorer som medvirker i beslutningen om å flytte pasienten til sykehus. Variasjon ifht innleggelse i sykehus fra sykehjemmene ser ut til å henge sammen med

- pasientbelegg
- rutiner
- personalsituasjonen
- legedekning.

Dette stemmer overens med funn Ranhoff og Linnsund (2005) gjorde. De mener årsak til akutte sykehusinnleggelser ikke er studert i Norge, men at økt legetjeneste, kunnskap om lindrende behandling, samt planlegging av behandlingsnivå i samråd med pasient og pårørende er ved eventuell akutt sykdom er en viktig faktor for en bedre praksis. De mener lite er kjent om beslutningsprosessen omkring sykehusinnleggelse, og at det er stor variasjon i behandlingskultur i de enkelte sykehjem. Det indikerer også denne studien.

I forhold til pasientbelegg henviser det til inndeling i ulike avdelinger. Fra lindrende avdelinger og korttidsavdelinger fortalte sykepleiere om få innleggelser i sykehus. Her er situasjonen avklart, pasienten er i livets slutfase, eventuell behandling er ofte bestemt og slike avdelinger har ofte god dekning av sykepleier og lege. Det finnes rutiner for akuttsituasjoner.

Denne beskrivelsen stemmer overens med beskrivelsen av langtidspasienter og korttidspasienter i sykehjem som SHdir gir i veileder til kommunene (Sosial og helsedepartementet 2007a). Det gjør at innleggelse i sykehus sjelden er nødvendig for den syke gamle i korttidsavdelingene. Imidlertid ser det ut til at også pasienter i langtidsavdelinger har et mer sammensatt sykdomsbilde og behov for helsehjelp, slik at også disse pasientene trenger hjelp til vurdering av sin situasjon i større grad.

Sykepleiere som jobber i langtidsavdelinger fortalte om mange pasientsituasjoner som er noe mer uavklart. Funksjonssvikt kan oppstå over tid eller akutt, og det er sjelden planlagt hva som skal gjøres i ulike situasjoner. Det mangler rutiner for vurdering i slike situasjoner, og det er ofte en sykepleier som har ansvar for et stort antall pasienter. Kanskje har legen vært i avdelingen nylig, og kommer ikke tilbake før neste uke.

Funksjonssvikten kan ha utviklet seg over tid, for så å vise seg mer eller mindre akutt i en situasjon der lite personale med nødvendig kompetanse er tilgjengelig. Løsningen kan da bli akuttinnleggelse i sykehus.

Sælleg (2005) omtaler i sin artikkel en modell for forpliktende samarbeid mellom sykehjem og sykehus. Et geriatrisk team ivaretar sykehusets veiledningsplikt overfor kommunehelsetjenesten. Hun mener sykehjemmene bør ha en faglig forankring i geriatrisk team. Gjennom råd og veiledning blir personalet i stand til å gjennomføre behandlings- og rehabiliteringsoppgavene faglig forsvarlig. Teamene reiser ut og blir kjent med sykehjemmene. Teamet kjenner heletjenestetilbudet i kommune, og vet hvilke pasienter som kan skrives ut i forhold til lokale ressurser til en tett oppfølging av pasienten. Like viktig etablerer slik team en større forståelse for innleggelse i somatiske avdelinger for en diagnostisk avklaring. Sælleg mener også mange innleggelser i sykehus unngås fordi personalet i sykehjem og i det geriatriske team kjenner hverandre godt og råd og veiledning kan gi tidlig i pasientforløpet. Dette stemmer overens med funn i denne studien. Sykepleierne etterlyste nettopp en mulighet til å få råd og veiledning fra noen med spesialkompetanse. For geriatrisk team er følgende oppgaver skissert:

- 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 (Sælleg 2005 s 1020)

Opgavene som her er skissert vil antagelig kunne imøtekomme flere behov som fremkom hos sykepleierne i kommunehelsetjenesten.

Tradisjonelt har man benyttet spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt til å avholde undervisning i forhold til utvalgte emner i kommunehelsetjenesten. Det gir nyttig kunnskap. Kanskje ligger det en større gevinst i å ved å ha en dialog rundt enkeltpasienter og de utfordringer pasientens totale situasjon medfører? En annen gevinst er at teamet bidrar inn i sykehuset med funksjonsutredning, vurdering av rehabiliteringspotensialet hos syke eldre med akutt sykdom eller skade. Slik spesialkompetanse er viktig for riktig oppfølging av syke eldre, og altså ikke bare for å sikre oppfølgingen av pasienter etter sykehusinnleggelse, men kanskje vel så viktig for å forhindre unødvendige innleggelser.

Bird et al 2007 fant at en integrert tjeneste til eldre med komplekse behov reduserer behovet for sykehusinnleggelse. Eldre pasienter er ofte ikke i stand til selv å vurdere sitt hjelpebehov, og dermed reduseres deres helsetilstand og funksjonsnivå slik at de til slutt får et akutt behov for sykehusinnleggelse. Bird et al tar til orde for en ny modell for helsetjeneste til disse skrøpelige gamle for å unngå slike unødvendige sykehusinnleggelser. I en slik ny modell inngår en alternativ kommunehelsetjeneste i nært samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Til tross for at denne undersøkelsen fant sted i Australia, er det faktorer i modellen som også kan være av interesse i Norge. I Norge er det for eksempel få vedtak om hjemmesykepleie av forebyggende og helsefremmende karakter (Fermann og Næss 2008).

En italiensk studie fant at multisykklighet, tidligere innleggelser og sosiale faktorer også var av innvirkning i forhold til innleggelse av skrøpelige gamle. Denne studien fant imidlertid at pasienter med stor svikt i ADL-funksjon i mindre grad ble lagt inn i sykehus enn gamle uten kjente fysiske begrensninger (Landi et al 2004). Gjeldende pilotstudie har ikke data som kan si noe om sosiale forhold.

Bowman et al (2001) fant at infeksjoner og dårlig kontrollert hjertesvikt dominerte sykehusinnleggelser fra sykehjem. De mener mange av disse pasientene kunne unngått innleggelse med alle de belastninger det medfører for pasienten, dersom man hadde en mer aktiv behandling av medisinske tilstander av de gamle i sykehjem sammen med bedre informasjon til legen som er ansvarlig for innleggelsen. En annen faktor som kunne hindre sykehusinnleggelse var rutiner for spesialist veiledning under behandling på sykehjemmet. Undersøkelsen av pasienter over 75 år innlagt i sykehus viste at trettini prosent av pasientene var innlagt i sykehus som *ikke* har spesialisthelsetjeneste i geriatri. Resultatene tyder på at sykehus med spesialisthelsetjeneste i geriatri har færre terminalpasienter, men de har flere

hjelpetrengende pasienter som krever godt samarbeid innad i sykehuset og utad mot kommunehelsetjenesten. Dette er interessant og bør undersøkes nærmere.

Fra hjemmesykepleie

Faktorer som ser ut til å påvirke innleggelse fra hjemmesykepleien er

- rutiner
- personalsituasjonen
- tilgang til kontakt med lege

Mange av de samme faktorene som beskrevet over ser ut til også å gjelde innleggelse fra hjemmesykepleie. Sykepleierne forteller om ulike rutiner for oppfølging og vurdering av skrøpelige hjemmeboende gamle. Flere fortalte om liten mulighet til å følge opp behandling, og lite tid til viktige observasjoner for å kartlegge eventuelle endringer hos pasienten. Først når situasjonen endrer seg dramatisk blir sykepleier tilkalt, hvis ikke avanserte prosedyrer krever jevnlig tilstedeværelse av sykepleier. Ved innføring av pasientansvarlig sykepleier kan man muligens bedre noe på rutiner, slik at jevnlig observasjon og vurdering er mulig (Strandquist 2007). I undersøkelsen av inneliggende pasienter over 75 år fant man at hos 60 % var diagnosen avklart, og det var ikke behov for videre utredning (Statens helsetilsyn 1999). Nær hver tredje pasient hadde behov for videre utredning, og hver femte pasient har ennå ikke fått avklart diagnosen. Det tyder på at behovet for behandling er større enn utredning. På den annen side fant man her at andelen med *hjemmesykepleie* er 12 % høyere (45 %) og andelen med *mye hjemmesykepleie* (daglig og/eller om natten) dobbelt så høy (25 %) for dem med behov for geriatrisk vurdering sammenliknet med hele pasientgruppen. Behovet for geriatrisk vurdering er altså stort hos pasienter som kommer fra hjemmesykepleie til sykehus, og dette behovet kan være årsak til innleggelse i sykehus. For pasienter med behov for geriatrisk vurdering i overnevnte sykehus-undersøkelse var kjennetegnet at:

- 67 % har mental funksjonssvikt eller psykiske symptomer
- 40 % er inkontinente
- 25 % er avmagret
- 65 % kan ikke gå eller går med følge eller har falltendens (Statens helsetilsyn 1999)

Dette bilde viser pasienter som samsvarer med pasientene sykepleierne i kommunehelsetjenesten ga i gjeldende studie. De sa pasientene ble lagt inn når:

- Pasienten har stort pleiebehov
- Pasienten har redusert funksjonsnivå
- Pasienten er urolig

Dette kan tyde på at behovet for geriatrik vurdering er en viktig faktor i forhold til beslutning om å legge pasienten inn i sykehus. Pasienten trenger altså ikke en ordinær utredning i forhold til ny diagnose, men en mer omfattende geriatrik utredning. Spørsmålet er om den mest hensiktsmessige organisering da er å legge pasienten inn i en ordinær medisinsk avdeling for å få dekket dette behovet for helsehjelp? Mange mener det må skje i en avdeling med geriatrik spesialkompetanse (Asplund mfl 2000) Hickman mfl (2007) har gjort en studie der de har sett på intervensjoner for å ivareta eldre i akutt avdeling i sykehus. De mener skrøpelige gamle i økt grad ivaretas i et system basert på akutt behandling. De finner at slike avdelinger ikke er egnet til å møte behov hos skrøpelige gamle med kroniske og komplekse sykdomsbilder. Personell situasjonen er en helt klar medvirkende faktor til sykehusinnleggelse fra hjemmesykepleie. Sykepleiere som deltar i pilotstudien forteller at to sykepleiere kan ha ansvar for inntil 600 pasienter i en kommune på en kveldsvakt. De har da ansvar også for pasienter utenfor det distriktet de vanligvis jobber i. Det betyr at de bare har begrenset kjennskap til noen av pasientene gjennom dokumentasjon og rapporter som er tilgjengelig (Fermann og Næss 2008). I tillegg må de basere sine vurderinger på observasjoner gjort av personell uten sykepleiefaglig kompetanse, men med kjennskap til pasienten fra tidligere. Når det oppstår alvorlige eller akutte endringer i en pasientsituasjon er det forståelig at sykehusinnleggelse blir løsningen.

I tillegg er det grunn til å spørre om det er et faktum at skrøpelige gamle gradvis blir sykere fordi de ikke får den hjelpen de trenger? Fører det til at de til slutt trenger sykehusinnleggelse slik sykepleierne fortalte under intervjuene? Materiellet i denne pilotstudien er ikke stort nok og av en slik karakter at dette kan fastslås, men det peker på et behov for å undersøke dette nærmere.

En sammenheng mellom ”avklarte pasientsituasjoner” og innleggelse i sykehus?

Avklarhet i pasientsituasjonen ser ut til å virke inn i forhold til innleggelse i sykehus fra hele kommunehelsetjenesten. Sykepleiere som arbeidet i avdelinger med rutiner for å avklare mulig behandlingsforløp og tiltak fortalte om få innleggelser i sykehus. Korttidsavdelinger i sykehjem ser ut til å ha slike rutiner i større grad enn ordinære langtidsavdelinger og hjemmesykepleie. Antageligvis er det mye å hente på å jobbe for å avklare pasientsituasjonene i større grad også her. Schulman-Green et al (2006) fant i sin studie at leger og eldre pasienter ønsket å diskutere mål og behandling, men at de i varierende grad gjorde det. Begrenset tid, fokus på symptomer under visitten, felles opplevelse av lite interesse var årsaker til dette faktum.

En studie av O`Malley et al (2007) fant at avanserte direktiver for pleie og behandling reduserte sannsynligheten for sykehusinnleggelse hos sykehjemspasienter.

Også andre studier peker på nødvendigheten av avanserte direktiver rundt behandling av syke gamle (Pekmezaris et al 2004). Når pasienten har en avklart situasjon som sier noe om eventuell sykehusinnleggelse, resuscitering, eventuell medisinsk behandling, ernæring og væsketilførsel, går antall sykehusinnleggelser fra sykehjem ned. Om dette er situasjonen i hjemmesykepleie bør kartlegges.

I KOMPASS (Strandquist 2007) er det gjennomført en ordning med pasientansvarlig sykepleier (PAS) Om PAS står følgende:

”PAS skulle være pasientens og pårørendes kontakt og talsmann og ha ansvar for å sikre kontinuitet, faglig forsvarlighet og koordinering av tjenestetilbudet” (Standquist 2007 side 60).

I denne funksjonsbeskrivelsen tydeliggjøres sykepleierens ansvar for kontinuitet, faglig forsvarlighet og koordinering av tjenestetilbud. I lys av dette ansvaret vil det være sykepleierens oppgave å bidra til avklarte pasientsituasjoner med tanke på planer for videre behandling og eventuell innleggelse i sykehus.

Dersom pasienten har uttalt seg om ønsker i tilknytning til behandling ved alvorlig akutt eller forverring av kronisk sykdom, må disse være dokumentert i journalen (Ranhoff og Linnsund 2005). Hvorfor det generelt ikke er mer fokus og oppmerksomhet på å avklare pasientsituasjoner i samarbeid med pasient og pårørende i sykehjem og hjemmesykepleie må undersøkes nærmere.

En sammenheng mellom samarbeid mellom lege og sykepleier og innleggelse?

Lite samarbeid mellom lege og sykepleier knyttet til vurdering av endring i pasientens tilstand ser ut til å medføre sykehusinnleggelse i hele kommunehelsetjenesten. Flere sykepleiere forteller eksplisitt at de opplever en slik sammenheng. Andre sykepleiere forteller at godt samarbeid omkring vurdering av pasienten gjør at de sjelden har behov for å legge pasienten inn i sykehus fra sykehjem. Sett sammen med annen forskning på området (Førde mfl 2006), er det grunn til å anta at det kan være en sammenheng mellom manglende samarbeid rundt vurdering og diagnostisering av syke eldre i kommunehelsetjenesten og innleggelse i sykehus. Kværner (2005) gjorde en studie av fastlegers oppfatning av samarbeidet med sykehjem. I alt deltok 1637 leger. Fire av fem leger er tilfredse med legetjenesten i sykehjem. Spesielt var leger med tilsyns funksjon tilfredse. Legene oppga likevel at det er potensial for forbedring i kommunikasjon mellom fastlege og pleie- og omsorgsetaten. Kværner viser at jo mer legetid hver enkelt beboer fikk, jo bedre var sykehjemets tilbud om opptrening, smertebehandling og medisinsk oppfølging. Dette støttes av Helsetilsynets rapport om kommunale helsetjenester i pleie- og omsorgssektoren (Helsetilsynet 2003).

Kværner viser en klar sammenheng mellom tilfredshet med legetjenesten og kontinuitet i informasjonsflyt mellom fastleger og kommunehelsetjenesten. I arbeidet med gjeldende studie er det ikke funnet tilsvarende studier for å undersøke legers oppfatning av samarbeidet knyttet til pasienter i hjemmesykepleien. Fastleger har ansvaret for syke eldre som mottar hjemmesykepleie, mens legetjenesten i sykehjem er en kommunal oppgave. Pilotstudien indikerer store variasjoner med hensyn til samarbeid mellom lege og sykepleier, særlig i hjemmesykepleie. Pilotstudien har ikke til hensikt å diskutere legedekning i sykehjem eller hjemmesykepleie. Det må likevel understrekes at det ser ut til at lite tilgang til samarbeid med lege ser ut til å påvirke sykepleierens rolle og ansvar, og at det ser ut til å få konsekvenser for pasienten i form av mulig sykehusinnleggelse.

Følgedokumentasjon

Pasienten mangler ofte dokumentasjon fra lege og sykepleier ved innleggelse i sykehus.

- 54 % har med seg innleggelsesskriv fra lege
- 15 % har med seg sykepleiedokumentasjon
- 31 % har med seg notat fra AMK eller medisinkurve
- 7 % har ingen dokumentasjon med

Det gjør at det kan ta lang tid før pasienten får den hjelp han trenger. Sykepleierens vurdering av pasientens funksjonsnivå, eventuelle endringer, symptomer og nye problem/behov må følge pasienten til sykehus. Når bare 15 % av pasientene i denne studien har med seg noen form for sykepleiedokumentasjon til sykehuset er dette alvorlig. Bare 6 % hadde både med seg dokumentasjon fra lege og sykepleier.

Følgedokumentasjon var i utgangspunktet ikke et fokus for denne studien. Vi skulle kartlegge sykepleiefaglige behov hos pasienten. Dialog med sykepleiere i akuttmottaket før oppstart gjorde at det kom frem en antakelse om at dette var viktig å kartlegge. De hadde en opplevelse av at det var sparsomt med dokumentasjon som fulgte pasienten til sykehus. Deres antakelser ble som beskrevet over bekreftet. Dokumentasjon er et sykepleiefaglig ansvar som er definert. Likevel vet vi at det er en del av arbeidet som ofte nedprioriteres i det daglige arbeidet (Hofseth og Norvoll 2003). I hele 1 av 4 kommuner mangler systemer for elektronisk pasientjournal (Sosial- og helsedirektoratet 2006).

I tiden etter denne kartleggingen i akuttmottaket er det gjort mye for å bedre informasjonsflyten. Fra sentralt hold (Helse- og omsorgsdepartementet 2005) er det satt fokus på samhandling og informasjonsoverføring mellom 1 og 2 linjetjenesten. Fyrtårnprosjektet – Sandefjord kommune, er et elektronisk samarbeid i helsesektoren. Sandefjord kommune er utpekt av Sosial- og helsedirektoratet til å utvikle rutiner for samarbeid som skal gi erfaringer som også kan gi retning for andre kommuner. Hovedfokus for samarbeidet mellom kommune og SIV er fastlegenes samarbeid med SIV ved innleggelser og utskrivinger, og samarbeid rundt inn- og utskrivelser generelt. ELIN- K er et samarbeidsprosjekt mellom Norsk Sykepleierforbund og KS om utvikling av helsefaglige innholdsstandard og struktur for elektronisk informasjonsutveksling i pleie- og omsorgstjenesten i kommunene.

Det har altså vært jobbet for å kartlegge og bedre informasjonsflyten mellom pleie- og omsorgstjenesten, fastlegene og sykehusene. Tradisjonelt har det i slike kartlegginger vært mest fokus på informasjon fra sykehus til kommune ved utskriving av pasienter, ikke ved innleggelse fra et etablert sykepleietilbud til sykehuset. I undersøkelsen av inneliggende pasienter over 75 år (Statens helsetilsyn 1999), fant man at hos bare 8 % av pasientene som hadde hjemmetjenester før innleggelse, har sykepleier på post hatt kontakt med hjemmetjenestene for å utveksle informasjon om pasientens tilstand før innleggelse innen 1 uke etter innleggelse i sykehus. Det viser at heller ikke etter innleggelse er det særlig vanlig å kontakte kommunehelsetjenesten for utfyllende opplysninger om pasienten. Før utskrivelse derimot, er det derimot tatt kontakt med kommunen i 60 % av tilfellene. Kan dette handle om at sykehuset ikke tar kommunens vurderinger av pasienten på alvor, mens de sikrer seg at kommunen raskest mulig kan ta pasienten tilbake?

Noen av intervjuene med sykepleiere i gjeldende studie er gjort så sent som høsten 2007, og sykepleierne forteller at det fremdeles ikke finnes gode nok rutiner for overføring av sykepleiedokumentasjon ved innleggelse fra sykehjem eller hjemmesykepleie. Noen kommuner har etter denne kartleggingen utviklet egne skjema som alltid følger pasienten, men det ser ut til å være langt igjen før dette er en god nok rutine for alle pasienter. Hellesø (2005) fant i sin studie at implementering av EPJ ikke endret handlingsmønster for informasjonsutveksling ved innleggelse i sykehus. Pasienten selv og pårørende var fortsatt en vesentlig informasjonsbringer og hadde en koordineringsfunksjon ved innleggelse i sykehus. Hun påpeker at manglende informasjonsutveksling mellom helsearbeidere ved innleggelse i sykehus er rapportert som en ekstra stressfaktor for eldre pasienter med kroniske sykdommer. Skrøpelige gamle tilhører de mest sårbare og vanskeligstilte pasientene som har størst behov for å bli møtt av en helhetlig helsetjeneste. Kunnskap om dokumentasjon, teknisk utstyr, rutiner og holdninger til av dette arbeidet må få økt fokus.

7. Sykepleiefaglige utfordringer

Et spesielt fokus har vært å se de sykepleiefaglige utfordringene knyttet til skrøpelige eldre som innlegges i sykehus, både i akuttmottaket og i kommunehelsetjenesten.

"Scenario 2030 - Sykdomsutviklingen for eldre frem til 2030" har sett på behovet for pleie i årene som kommer (Stensvold m.fl. 1999). I lys av denne prognosen er det viktig å allerede nå sette spesielt fokus også på de sykepleiefaglige utfordringene knyttet til skrøpelige gamle.

"Store sykdomsgrupper som dominerer i høy alder vil øke med fra 40 til 60 prosent fra til 2030. Dette setter store krav til helse- og sosialtjenesten. Det gjelder konsultasjoner, sykehusinnleggelse og pleie- og omsorgstilbudet. Pleiebehovet vil øke med minst 60 % fram til 2030. Dekningen av pleiebehovet vil bli et problem idet de pleierproduserende aldersgrupper ikke vil øke i det hele tatt fram til 2030."(Stensvold m.fl. 1999 s 32)

I akuttmottaket

Sykepleiere i akuttmottaket har et stort ansvar for observasjon, vurdering og behandling av skrøpelige gamle som kommer til akuttmottaket. I tillegg skal de skape trygghet rundt en syk gammel pasient som kan være urolig og til dels forvirret.

Studien viser at sykepleiere i akuttmottaket står i en vanskelig situasjon når de tar i mot og skal observere og behandle skrøpelige pasienter som har med seg svært lite dokumentasjon. Skrøpelige gamle har ofte et komplisert sykdomsbilde. Observasjoner og vurdering er vanskelig fordi:

- Allmennsymptomer ofte er dominerende
- Spesifikke organsymptomer kamufleres
- Stort medisinbruk kan kamuflere symptomer og tegn
- Sykehistorien er sammensatt
- Kommunikasjon med pasienten kan være vanskelig
- Kognitiv svikt, eventuelt akutt delirium kan gi redusert samtykkekompetanse

Studien har ikke undersøkt om det er vanlig at sykepleiere i akuttmottaket har spesiell geriatriisk kompetanse. Dersom det ikke er vanlig, har sykepleierne en ennå vanskeligere jobb. Studier peker på nødvendigheten av å ha slik kompetanse og fordelene ved å ta imot skrøpelige eldre i spesielt egnede avdelinger i stede for vanlige akutte avdelinger (Parker et al. 2006) Faren for utvikling av delirium hos pasienten, og at personalet gjør gale observasjoner

og vurderinger er stor uten nødvendig kompetanse og dokumentasjon fra kommunehelsetjenesten. Selv om pasienten ofte er i akuttmottaket en kort periode ved innleggelse, gjøres det her viktige observasjoner og behandling. Vurderinger fra akuttmottaket påvirker også avgjørelser under resten av innleggelsestiden og eventuell hjemsendelse. For pasienten vil det være det første møtet med sykehuset, og opplevelsene her kan ha stor innvirkning på pasientens situasjon.

I kommunehelsetjenesten

Studien indikerer at sykepleierens rolle i kommunehelsetjenesten er i endring fordi:

- Pasienter i hjemmesykepleie og sykehjem har et mer komplisert sykdomsbilde og behov for medisinsk faglig oppfølging, behandling og vurdering
- Sykepleieren har større ansvar for å vurdere pasientens medisinske tilstand og behov for helsehjelp. Spesielt gjelder dette i hjemmesykepleie.
- Sykepleieren har lite tid hos den enkelte pasient avsatt til jevnlig observasjon og vurdering av situasjonen.
- Observasjoner og vurderinger gjøres i noen tilfeller uten tilstrekkelig kjennskap til pasienten, særlig der akutte endringer oppstår.
- Det er tidvis vanskelig å få tilgang til lege for samvurdering av pasienten.
- Det er lite praksis i forhold til å avklare pasientsituasjonen og forventet utvikling og eventuell behandling
- Vurdering av pasientsituasjonen er mer komplisert enn tidligere. Mange pasienter i sykehjem og hjemmesykepleie har et komplekst sykdomsbilde der:
 - Allmennsymptomer ofte er dominerende
 - Spesifikke organsymptomer kamufleres
 - Stort medisinbruk kan kamuflere symptomer og tegn
 - Sykehistorien er sammensatt
 - Kommunikasjon med pasienten kan være vanskelig
 - Kognitiv svikt (som delirium) kan gi redusert samtykkekompetanse
 - Sykepleieren står stadig oftere alene om disse vurderingene.

Ansvarsøkningen medfører at kravet til sykepleiernes vurderingskompetanse er omfattende og tilsvarende økende.

8. Behov for videre forskning

Pilotstudien hadde som hensikt å klarlegge områder som trenger mer forskning.

Problemstillingen søker å avdekke behov for sykepleie hos pasienter som legges inn i sykehus fra hjemmesykepleie eller sykehjem. Behovene som fremkommer fra akuttmottaket og kommunehelsetjenesten er ikke entydige. Det kan i seg selv være en konsekvens av manglende samhandling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Det kan også være en konsekvens av en organisering av denne delen av helsetjenesten som ikke ivaretar pasientens behov for kontinuitet og helhetlig vurdering av en sammensatt og komplisert situasjon. Sykepleiere i kommunen sammen med annen forskning på feltet forteller at den skrøpelige gamle ofte har behov for omfattende sykepleie og medisinsk faglig vurdering.

Studien avdekker forhold som har sitt utspring i behov hos den skrøpelige gamle, men som viser uklare ansvarsområder og oppgaver. Sykepleiere i kommunen viser, om enn i ulik grad at dette er et problem. Behovet for kompetanse til å vurdere sammensatte og kompliserte pasientsituasjoner er åpenbart både i sykehjem og hjemmesykepleie.

Når situasjonen er uavklart og sammensatt og dokumentasjon ikke følger pasienten får sykepleiere i akuttmottaket en vanskelig oppgave når pasienten kommer dit. Skrøpelige gamle krever spesiell tilnærming, observasjon, vurdering og tilrettelegging for å hindre komplikasjoner.

Oppsummert vil følgende områder være viktig for videre forskning:

- Hvilke vurderinger har sykepleierne i kommunehelsetjenesten ansvar for?
- Hvilken vurderingskompetanse har sykepleieren behov for?
- Hvordan kan vurderingskompetansen styrkes i utdanningen og i praksis?
- Hvordan kan samarbeid mellom leger og sykepleiere utvikles og kvalitetssikres i kommunehelsetjenesten for å sikre pasienten den helsehjelp han trenger?
- Hvordan kan samarbeid mellom 1. linjetjeneste og spesialisttjeneste utvikles for å sikre pasienten nødvendig helsehjelp?
- Hvilke verktøy og rutiner kan sikre følgedokumentasjon ved innleggelse i sykehus?
- Hvordan kan akuttmottaket styrkes for å bedre ivaretagelse av spesielle behov hos skrøpelige gamle?

9. Avslutning

Pilotstudien viser at det er en rekke utfordringer knyttet til ivaretagelse av syke eldre. Det er i seg selv ikke ny kunnskap. Studien dokumenterer særlige behov knyttet til diagnostisering og behandling av syke gamle som bor i eget hjem eller sykehjem. Dagens system ser ut til å medføre store lokale variasjoner med hensyn til rutiner og kvalitet på helsetilbudet til den enkelte pasient. Ansvarsfordelingen mellom de ulike aktørene synes svært uklart.

Studien indikerer at forskning og fagutvikling relatert til ivaretagelse av skrøpelige gamle må prioriteres. Vi trenger et velfungerende tjenestetilbud bygget på ny kunnskap om pasientens og samfunnets nye behov, snarere enn gamle og fastlåste grenser mellom spesialisthelsetjeneste og primærhelsetjeneste og oppgavefordeling mellom de ulike aktørene. En endret finansieringsordning synes nødvendig for å sikre tilstrekkelig samarbeid mellom lege- og sykepleiertjeneste i kommunehelsetjenesten. Geriaterne Black og Bowman (1997) sa for ti år siden at det var på tide å strukturere det profesjonelle ansvaret for skrøpelige eldre. De hevdet ansvaret var dårlig definert. Pilotstudien indikerer fortsatt uklarhet i ansvar for vurdering, oppfølging og behandling av skrøpelige gamle. I Norge har fastleger et ansvar for pasienter som mottar hjemmesykepleie. Eldre pasienter som mottar hjemmesykepleie ser ut til å ha et økende behov for diagnostisering og medisinsk behandling. I den sammenheng ser det ut til å være en endring i sykepleierens rolle slik dagens system fungerer. Hofseth og Norvoll (2003) fant i sin studie at så mange som 30 % av pasientene i hjemmesykepleien hadde et udekket behov for medisinsk utredning. De fant også at observasjoner og tilsyn hos pasienter som krevde omfattende tilsyn, var et område der kvaliteten sviktet og faglig uforsvarlighet forekom.

Det er grunn til å anta at også sykepleiere i sykehjemmene er berørt av den samme utviklingen.

Som et svar på problemstillingen vi stilte i starten, kan man derfor si at det er noe uklare grenseoppganger for hva som er sykepleiefaglige behov og hva som er medisinske behov hos pasienter som legges inn i sykehus fra hjemmesykepleie og sykehjem.

For sykepleiefaget er det derfor spesielt viktig at det gjøres et arbeid for å avdekke det reelle oppgave- og ansvarsforholdet i kommunehelsetjenesten. Denne studien viser at det kan se ut til å foregå en ansvarsforskyving, hvor sykepleiere får et stadig større ansvar for svært syke gamle i kommunehelsetjenesten. Det er et ansvar som må avgrenses, tydeliggjøres og formaliseres. De nye oppgavene og ansvaret må også få konsekvenser for

kompetanseutvikling i kommunehelsetjenesten. Arbeidsbeskrivelser for sykepleiere og rutiner for samarbeid med andre yrkesgrupper og instanser må utvikles for å sikre kvalitet på helsetjenesten uavhengig av store lokale variasjoner.

Litteratur

- Asplund, K. [m.fl.] (2000) Geriatric-Based Versus General Wards for Older Acute Medical Patients: A randomized Comparison of Outcomes and Use of Resources. *Journal of American Geriatrics Society*, 48, 381 – 1388.
- Befring, E. (2002) Forskningsmetode, etikk og statistikk. Oslo, Det Norske Samlaget
- Belxile, E.[m.fl.] (2005) Characteristics of institutionalized older patients with delirium newly admitted to an acute care hospital. *Clinical Effectivness in Nursing*, 9, (1-2),13–25.
- Bird, S.R.[m.fl.]. (2007) Integrated care facelitation for older patients with complex health care needs reduces hospital deman. *Australian Health Review*, 31 (3) 451– 462.
- Black, D., Bowman, C. (1997) Community institutional care for frail elderly. *BMJ*, (315), 441-442.
- Boockvar, M.D. [m.fl.] (2005) Outcomes of Infection in Nursing Home Residents with and without early Hospital Transfer. *Journal of American Geriatric Society*, 53, 590-596
- Bottrell, M. [m.fl.]. (2001) Transferring Dying Nursing Home Residents to the Hospital: DON perspectives on the Nurse's Role in Transfer decisions. *Geriatric Nursing*, 22 (6) 313-317.
- Bowman, C.E. [m.fl.] (2001) Acute hospital admission from nursing homes: some may be avoidable. *Postgrade Medical Journal*, 77, 40-42.
- Dosa, D. (2006) Should I Hospitalize My Resident With Nursing Home-Acquired Pneumonia? *Journal American Medical Directors Association*, 7, 74- 80.
- Fermann, T., Næss, G. (2008) Sykepleie til eldre hjemmeboende. I: Kirkevold, M. [m.fl.] *Geriatrisk Sykepleie*. Oslo, Gyldendal Norsk forlag.
- Førde, R. [m.fl.] (2006) Får eldreomsorgen nok ressurser? *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 126 (25) 1913-6
- Eikeland, G., Garåsen, H., Jacobsen, G. (2005) Finnes det alternativer til øyeblikkelig hjelp-innleggelser? *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*. 125 (17) 2355 – 7
- Fagermoen, M.S. (2005) Kvalitative studier og kvalitetskriterier. *Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning*, 7 (2) 40 – 54
- Garåsen, H. (2008) Eldre pasienter i sykehus eller i intermedieravdeling i sykehjem - en kostnadsanalyse. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 128 (3) 283–5
- Halvorsen, K. (2002) Forskningsmetode i helse- og sosialfag: En innføring i samfunnsvitenskapelig metode. Oslo, Cappelen akademiske forlag
- Haugen, D.F. [m.fl.] (2006) Organisering av palliasjon i og utenfor sykehus. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 126 (3) 329- 32
- Hellesø, R. (2005) *Ord over skigard. Informasjonsutveksling og samhandling mellom sykepleiere i i spesialist- og kommunehelsetjenesten for og etter innføring av elektronisk pasientjournal*. Oslo: Universitetet i Oslo, det Medisinske fakultet. Dr. polit.avhandling.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2005) *Mestring, muligheter og mening*. Oslo, Departementet (St.meld.nr. 25 (2005-2006))
- Helse- og omsorgsdepartementet (2006) *Nasjonal helseplan (2007- 2010)*. Oslo, Departementet (Særtrykk av St.prp.nr.1 (2006-2007) kapittel 6)

- Hickman, L.[m.fl.] (2007) Best practice interventions to improve the management of older people in acute care settings. *Journal of advanced nursing*, 60 (2) 113–126.
- Hofseth, C., Norvoll, R. (2003) *Kommunehelsetjenesten- gamle og nye utfordringer: en studie av sykepleietjenesten i sykehjem og hjemmesykepleien*. Oslo, SINTEF
- Husebø, B.M., Lilleng, S. (2006) *Handlingsplan for spesialisthelsetjenesten til eldre i Helse Sør. Utkast*. [Oslo], SINTEF Helse.
- Husebø, B. (2002) Styrk sykehjemsmedisinen før du blir gammel og ingen vil ha deg. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 122 (5) 562-3
- Kalseth, B. [m.fl.] (2004) *Utviklingstrekk i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten - oppgaveutvikling og samspill*. (SINTEF- rapport /SINTEF Unimed)
- Kirkevold, M. (2008) Den gamles integritet. I: Kirkevold, M. mfl *Geriatrisk Sykepleie*. Oslo, Gyldendal Norsk forlag.
- Kværner K. J. (2005) Fastlegers oppfatning av samarbeidet med sykehjem. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 125 (8) 1016-1017.
- Kvaase, I.E (1999) *Sykehjemmenes rolle og funksjoner i fremtidens pleie- og omsorgstjenester : analyse av alders- og sykehjemsfunksjoner*. Oslo, Sosial- og Helsedepartementet (Rapport).
- Landi, F. [m.fl.] (2004) Comorbidity and social factors predicted hospitalization in frail elderly patients. *Journal of Clinical Epidemiology*, 57 (8) 832–836.
- 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), 208-212
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2006) *Effekt av geriatriske tiltak til eldre pasienter innlagt i sykehus*. (Rapport fra Kunnskapssenteret ; nr 14-2006) Tilgjengelig fra: http://www.kunnskapssenteret.no/filer/rapport14_06_geriatriske_tiltak.pdf [lest: 9.06.2008]
- Nygaard, H.A. (2002) Sykehjemmet som medisinsk institusjon - et fatamorgana? *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 122 (8) 823–5.
- O'Malley, J.A. [m.fl.] (2007) Deriving a Model of Necessity to Hospitalize Nursing Home Residents. *Research on Aging*, 29 (6) 606-625
- Parker, S. G., Fadayevatan, R., Lee, S.D. (2006) Acute hospital care for frail older people. *Age and Ageing*, 35 (6) 551-552
- Pekmezaris, R. (2004) Predictors of Site of Death of End-of-Life Patients. The Importance of Specificity in Advance Directives. *Journal of Palliative Medicine*, 7 (1) 9-17
- Ranhoff, A.H., Linnsund, J. M. (2005) Når skal sykehjemspasienter innlegges i sykehus? *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 125 (13-14) 1844.
- Ranhoff, A.H., Schmidt, G., Ånstad, U.(2007) *Sykehjemsmedisin for sykepleiere og leger*. Oslo, Universitetsforlaget
- Ranhoff, A.H. (2008) Den akutt syke gamle. I: Kirkevold, M. mfl *Geriatrisk Sykepleie*. Oslo, Gyldendal Norsk forlag.
- Schulman-Green, D.J.(2006) Goal setting as a shared decision making strategy among clinicians and their older patients. *Patient Education and Counseling*, 63(1-2) 145-151.
- Sosial- og Helsedepartementet (1997) *Handlingsplan for eldreomsorgen : trygghet- respekt-kvalitet*. Oslo, Departementet (St.meld.nr. 50, (1995-1997))

- Sosial- og Helsedepartementet (2000) *Innhald og kvalitet i omsorgstenestene : omsorg 2000*. Oslo, Departementet, (St.meld. nr 28 (1999- 2000))
- Sosial- og Helsedepartementet (2000)) *Handlingsplan for eldreomsorgen etter 2 år*. Oslo, Departementet, (St.meld.nr. 34 (1999-2000))
- Sosial- og helsedirektoratet (2005) - *og bedre skal det bli! En nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten*. Oslo, Sosial- og helsedirektoratet (Veileder)
- Sosial- og helsedirektoratet (2006) *Legetjenester til personer med kommunale omsorgstjenester utenfor institusjon*. Oslo, Sosial- og Helsedirektoratet (Rapport)
- Sosial- og helsedirektoratet (2007a) *Legetjenester i sykehjem- en veileder for kommunene*. Oslo, Sosial- og helsedirektoratet (Veileder)
- Sosial- og helsedirektoratet (2007b) *Respekt og kvalitet: rapport om styrking av spesialisthelsetjenester for eldre*. Oslo, Sosial- og helsedirektoratet (Rapport)
- Sosial- og helsedirektoratet (2007c) *Nasjonale mål og hovedprioriteringer 2007*. Oslo, Sosial- og helsedirektoratet, (Rundskriv IS-1/2007)
- Statens helsetilsyn (2000) *Gamle i sykehus. Innlagte 75 år og over i medisinsk avdeling 1998*. Oslo: Statens helsetilsyn, (Rapport, 7-99)
- Statens helsetilsyn (2003) *Kommunale helsetjenester i pleie- og omsorgssektoren : tilsynserfaringer 1998-2003*. Oslo, Statens helsetilsyn (Rapport fra Helsetilsynet ; 9/2003)
- Statistisk Sentralbyrå (2008) Pasientstatistikk. [Internett]. Lest fra <http://www.ssb.no/pasient/> [Lest dato 19.6.2008]
- Stensvold, I. [m.fl.] (1999) *Scenario 2030 – sykdomsutviklingen for eldre frem til 2030*. Oslo, Statens helsetilsyn (Utredning ; 6-99)
- Strandquist, M. (2007) *Kompetanse i hjemmetjenesten, kvalitet og forutsigbarhet for pasientene*. [Tønsberg], Høgskolen i Vestfold (Skriftserien : rapport 1/2007)
- Sælleg, W.F. (2005) Områdegeriatiske team - en modell for forpliktende samhandling mellom sykehjem og sykehus. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 125 (8)1019-21
- Travis, S.[m.fl.] (2001) Hospitalization Patterns and Palliation in the Last Year of Life Among Residents in Long- Term Care. *The Gerontologist*, 41 (2) 153-160.
- Voyer, P. et al. (2005) Characteristics of institutionalized older patients with delirium newly admitted to an acute care hospital. *Clinical Effectiveness in Nursing*, 9, (1-2) 13- 25
- Aase, T.H. og Fossåskaret, E. (2007) *Skapte virkeligheter : kvalitativt orientert metode*. Oslo, Universitetsforlaget.


Oversikt over vedlegg

- Vedlegg 1:** Tillatelse til å gjennomføre studien ved SIV
- Vedlegg 2:** Informasjonsskriv til sykepleiere i Akuttmottaket ved SIV
- Vedlegg 3:** Samtykkeerklæring
- Vedlegg 4:** Informasjonsskriv til sykepleiere i kommunehelsetjenesten
- Vedlegg 5:** Kartleggingsskjema med veileder
- Vedlegg 6:** Intervjuguide
- Vedlegg 7:** Tilråding fra Regional komité for medisinsk etikk, Sør-Norge og Kvittring på melding om Behandling av personopplysninger Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
- Vedlegg 8:** Tabelloversikt

Vedlegg 1

Sykehuset i Vestfold HF

Norsk Sykepleierforbund, Vestf
v/ fylkesleder Solveig Omland
Grev Wodalsgt. 12
3111 TØNSBERG

NELSE  SØR

03.09.06
9/06

Vår ref. (oppgi ved svar)
saksnr. 2006/113/2/
arkiv: 008

Deres referanse

Vår dato
29.03.2006

VEDRØRENDE FORESPØRSEL OM GJENNOMFØRING AV PILOTSTUDIE

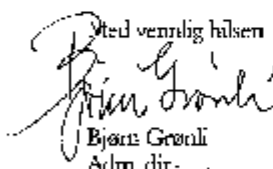
Der vises til brev av 17.03.06 vedrørende overnevnte.

Leder av forskningsutvalget i SIV og den aktuelle klinikkedelse som er mest berørt av studiet har vurdert deres forespørsel. Vi slutter oss til deres vurderinger om at det er både behov og ønske om mer dokumentert kunnskap på dette området.

Klinikk medisinsk service og diagnostikk stiller seg positive til en slik pilotstudie. Det ble uttrykt ønske om at det ble gitt informasjon til de ansatte i Akuttmottaket på et litt tidligere tidspunkt. De er tenkt med som forskningsassistenter og derfor viktige medarbeidere i pilotundersøkelsen.

Vi ønsker lykke til med pilotstudie og ser fram til å få kunnskap om resultatet.

Med vennlig hilsen



Bjørn Grønlund
Adm. dir.

Kopie:
Klinikk sjef KMSD,
Leder

Postadresse
Postboks 2162 Postterminalen
3109 TØNSBERG

Besøksadresse
Alf W. Wilhelmsens alle 17
3110 TØNSBERG

Telefon: 33 34 20 00
Telefaks: 33 34 30 47
E-post: firmapost@siv.no
Internett: www.siv.no

Organisasjonsnummer
983 075 250
Bankgiro:
1644 06 98349

Vedlegg 2

Informasjonsskriv til sykepleiere i Akuttmottaket ved SIV.

31.01.06

Norsk Sykepleierforbund (NSF) har bevilget penger til å kartlegge sykepleiefaglige behov hos skrøpelig gamle som innlegges i sykehus. (Se vedlagte prosjektskisse, vedlegg 1.) Det er gjort lite forskning på hvilke behov for sykepleie disse gamle har.

I den anledning ber vi dere om hjelp til å samle data. Vi ønsker å samle data fra alle gamle over 75 år som innlegges i akuttmottaket i mai 2006. Vi har laget et instrument for å samle data som ligger vedlagt. (Vedlegg 2)

Vi vet at dere til tider har en svært hektisk hverdag, med stort arbeidspress og lite tid til ekstra papirarbeid. Derfor er en sykepleier hos dere, Hege Elisabeth Holtar frikjøpt i mai måned for å være en ekstra ressurs i dette arbeidet.

Datainnsamlingen skal skje anonymt. Derfor er det viktig at det er dere som forholder dere til pasienten og gir oss dataene anonymt. Heller ikke Hege, som defineres som prosjektarbeider, skal ha kontakt med pasientene for å samle data. Hun vil være tilstede i avdelingen for å bistå dere både i utfyllingen av skjemaet for datasamling og for å avlaste dere i andre oppgaver, slik at dere kan sette av den nødvendige tiden til å fylle ut skjemaet.

Skjemaet er laget slik at det skal være enklest mulig for dere å fylle ut. Hovedsakelig består skjemaet av rubrikker som skal avkrysses. Det vil ikke gi uttømmende informasjon om pasientens sykepleiefaglige behov, men det vil kunne gi gode indikatorer på hva slags behov for sykepleie pasienten har. I noen situasjoner vil det være nødvendig for dere å skrive mer eller noe annet enn det vi spør om. Vi er takknemmelige for at dere gir oss den informasjon dere mener er nødvendig.

Nederst på datainnsamlingskjema ber vi om sykepleiers signatur. Dette er bare nødvendig for at vi skal kunne kontakte den aktuelle person dersom noe er uklart på utfylt skjema.

Skjemaene vil bli oppbevart forsvarlig sikret og behandlet konfidensielt i prosjektperioden.

Du er sikret anonymitet i alle publikasjoner fra prosjektet.

Så lenge prosjektet pågår har du anledning til innsyn i opplysninger du selv har gitt.

Undersøkelsen er i sin helhet søkt godkjent i Regional komitè for medisinsk forskningsetikk og meldt Personvernombudet for Forskning ved Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste.

All deltakelse i forskning er frivillig. Vi har derfor laget et samtykkeskjema, der du samtykker til å assistere oss i datasamlingen. Dersom du ikke ønsker å assistere oss i datainnsamlingen respekteres det uten videre spørsmål.

Dersom det er ønskelig med mer informasjon bidrar jeg gjerne til det.

Vennlig hilsen

Gro Næss
Høgskolelektor, Høgskolen i Vestfold

Vedlegg 3

Samtykkeerklæring

Jeg er informert om hensikten med undersøkelsen
”Hvilke sykepleiefaglige behov har skrøpelige gamle som kommer til sykehus?”
og er villig til å delta.

Sted: _____ Dato: _____

Signatur: _____

Vedlegg 4

Informasjonsskriv til sykepleiere i kommunehelsetjenesten.

31.01.06

Norsk Sykepleierforbund (NSF) har bevilget penger til å kartlegge sykepleiefaglige behov hos skrøpelig gamle som innlegges i sykehus. (Se vedlagte prosjektskisse, vedlegg 1.) Det er gjort lite forskning på hvilke behov for sykepleie disse gamle har.

Hensikten med undersøkelsen er å kartlegge hvilke sykepleiefaglige behov skrøpelige gamle har når de innlegges i sykehus fra sykehjem eller hjemmesykepleie. De skal samles data fra ca 100 pasienter i akuttmottaket ved Sykehuset i Vestfold.

Videre søker vi å kartlegge i hvilke situasjoner sykepleiere i kommunehelsetjenesten mener pasienter må til sykehus og ikke kan få den helsehjelpen de trenger der de er. I den sammenheng ønsker vi å intervju 10 sykepleiere i kommunehelsetjenesten.

Vi spør derfor deg om du er villig til å delta i denne studien som starter opp i mai 2006 og avsluttes i oktober 2006. Dersom du er villig til å delta vil du bli intervjuet en gang i ca 1 time, og det er ønskelig å ta opp intervjuet på bånd.

Deltakelse i intervjuet er frivillig, og du kan når som helst trekke deg ut, uten at du trenger å begrunne hvorfor. Opplysningene som kommer fra intervjuet vil bli aidentifisert, oppbevart forsvarlig sikret og behandlet konfidensielt i prosjektperioden. Intervjuopptaket vil bli slettet ved prosjektslutt. Du er sikret anonymitet i alle publikasjoner fra prosjektet.

Så lenge prosjektet pågår har du anledning til innsyn i opplysninger som du gir. Undersøkelsen er i sin helhet meldt til Personvernombudet for Forskning ved Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste.

Dersom du har spørsmål om undersøkelsen kan du snakke med
Gro Næss tlf 47 75 29 86

Vennlig hilsen

Gro Næss
Høgskolelektor, Høgskolen i Vestfold

Vedlegg 5

Kartlegging av sykepleiefaglige behov hos skrøpelige gamle som kommer til akuttmottaket ved SIV, HS.

Prosjekt nr:

Innleggelsesdag:

<input type="checkbox"/>	Man
<input type="checkbox"/>	Tirs
<input type="checkbox"/>	Ons
<input type="checkbox"/>	Tors
<input type="checkbox"/>	Fre
<input type="checkbox"/>	Lør
<input type="checkbox"/>	Søn

Alder:

<input type="checkbox"/>	75 – 80
<input type="checkbox"/>	80 – 85
<input type="checkbox"/>	85 – 90
<input type="checkbox"/>	90 – >

Kjønn:

<input type="checkbox"/>	Mann
<input type="checkbox"/>	Kvinne

Innlegges fra:

<input type="checkbox"/>	Hjemmet
<input type="checkbox"/>	Sykehjem
<input type="checkbox"/>	Annen institusjon

Transport ved innleggelse:

<input type="checkbox"/>	Privat transport
<input type="checkbox"/>	Drosje
<input type="checkbox"/>	Ambulanse
<input type="checkbox"/>	Annet:

Innleggende instans:

<input type="checkbox"/>	Fastlege
<input type="checkbox"/>	Institusjonslege
<input type="checkbox"/>	Legevakt
<input type="checkbox"/>	Annet:

Hva mener du er hensikt med innleggelsen:

<input type="checkbox"/>	Diagnostikk/ avklaring
<input type="checkbox"/>	Behandling for å bedre overlevelse og funksjon
<input type="checkbox"/>	Lindrende behandling
<input type="checkbox"/>	Ikke avklart

Innleggesdiagnose:

Diagnose etter undersøkelse ved ankomst sykehus:

Andre kjente sykdommer:

Andre opplysninger av viktighet for pasientens behov for sykepleie:

Fyll også ut baksiden....

Hvilke behov for sykepleie kartlegges ved innkomst?

1. Respirasjon: Behov for hjelp til respirasjon

<input type="checkbox"/>	Har tilfredsstillende respirasjon
<input type="checkbox"/>	Observasjon av respirasjon (frekvens, dybde, hudfarge, hoste)
<input type="checkbox"/>	Hjelp til å administrere O2
<input type="checkbox"/>	Hjelp ifht ekspektorat
<input type="checkbox"/>	Annet:

2. Sirkulasjon: Behov for hjelp til å opprettholde sirkulasjon

<input type="checkbox"/>	Har tilfredsstillende sirkulasjon
<input type="checkbox"/>	Observasjon av Puls, Bt , hud med mer.
<input type="checkbox"/>	Administrere medikamenter. Peroralt, iv, im. annet
<input type="checkbox"/>	Administrere væske
<input type="checkbox"/>	Sårstell

3. Ernæring: Behov for hjelp til å ivareta behov for ernæring

<input type="checkbox"/>	Ivaretar egen ernæring
<input type="checkbox"/>	Hjelp til å lage mat
<input type="checkbox"/>	Hjelp til å spise, må mates
<input type="checkbox"/>	Hjelp til å drikke
<input type="checkbox"/>	Total parenteral ernæring
<input type="checkbox"/>	Sonde
<input type="checkbox"/>	Observasjon
<input type="checkbox"/>	Annet:

4. Eliminasjon: Behov for hjelp til å ivareta eliminasjon

<input type="checkbox"/>	Trenger ikke hjelp til eliminasjon
<input type="checkbox"/>	Hjelp ifht inkontinens for urin
<input type="checkbox"/>	Hjelp ifht inkontinens for avføring
<input type="checkbox"/>	Hjelp ifht obstipasjon
<input type="checkbox"/>	Hjelp ifht manglende diurese

5. Fysisk aktivitet: Behov for hjelp til fysiske aktiviteter

<input type="checkbox"/>	Trenger ikke hjelp til fysisk aktivitet
<input type="checkbox"/>	Hjelp til å gå
<input type="checkbox"/>	Hjelp til forflytning i seng
<input type="checkbox"/>	Hjelp til forflytning
<input type="checkbox"/>	Hjelp til påkledning
<input type="checkbox"/>	Hjelp pga av balansesvikt/falltendens
<input type="checkbox"/>	Annet:

6. Hygiene: Behov for hjelp til personlig hygiene

<input type="checkbox"/>	Ivaretar egen personlig hygiene
<input type="checkbox"/>	Noe assistanse til å ivareta personlig hygiene
<input type="checkbox"/>	Omfattende hjelp til å ivareta personlig hygiene

7. Velvære/smerter: Behov for hjelp ifht velvære/smerter

<input type="checkbox"/>	Trenger ikke hjelp
<input type="checkbox"/>	Hjelp til lindring av akutte smerter (medikamentelt, annet)
<input type="checkbox"/>	Hjelp til lindring av kroniske smerter (medikamentelt, annet)

8. Kognitiv funksjon:

<input type="checkbox"/>	Ikke observert kognitiv svikt
<input type="checkbox"/>	Hjelp til orientering ifht tid og sted
<input type="checkbox"/>	Hjelp fordi han ikke har evne til kommunikasjon
<input type="checkbox"/>	Hjelp til å mestre forvirring/uro
<input type="checkbox"/>	Hjelp til å håndtere den aktuelle situasjon
<input type="checkbox"/>	Hjelp til å administrere egen hverdag
<input type="checkbox"/>	Andre behov:

9. Psykiske behov:

<input type="checkbox"/>	Har ingen observerte behov
<input type="checkbox"/>	Trenger støtte pga nedstemthet
<input type="checkbox"/>	Hjelp til å takle angst
<input type="checkbox"/>	Hjelp til å takle uro
<input type="checkbox"/>	Andre behov:

10. Livssyn og verdier:

<input type="checkbox"/>	Uttrykker ingen behov eller har ingen observerte behov
<input type="checkbox"/>	Hjelp til å ivareta egen verdighet
<input type="checkbox"/>	Annet:

11. Følgedokumentasjon:

<input type="checkbox"/>	Innleggelsesskriv fra lege
<input type="checkbox"/>	Sykepleiedokumentasjon
<input type="checkbox"/>	Annet:

Dato og Signatur sykepleier:

--

Pilotprosjekt i akuttmottaket, SIV. Sykepleiefaglige behov hos skrøpelige gamle som kommer til sykehus.

Veileder til utfylling av kartleggingsskjema.

Kartleggingsskjema er basert på akutt skjema som brukes i akuttmottaket og funksjonsområdene du kjenner fra sykepleie og dokumentasjonssystem.

- Alle medisinske pasienter over 75 år, (dvs født før 1932) må spørres/sjekkes om de har hjemmesykepleie/bor på institusjon. Disse skal da inkluderes i studien.
- Prosjektnummer tildeles fortløpende. Du tar ut og bruker det skjema som ligger fremst i permen merket med prosjektnavnet. Skriver du feil, tar du et nytt skjema i permen og leverer begge skjemaene du har tatt ut til Hege/setter bakerst i permen når ikke Hege er tilstede.
- Innleggelsesdiagnose: Den diagnose pasienten er meldt med.
- Andre opplysninger av viktighet for pasientens behov for sykepleie: Her kan du skrive hvis det er noe du vil fortelle om pasientens behov og som ikke dekkes av rubrikkene på side 2.
- Hva mener du er hensikten med innleggelsen:
Her spør vi deg om hva **du som sykepleier** mener er hensikten med innleggelsen.
- Knyttet til de 10 funksjonsområdene på side 2, ber vi deg om å vurdere hvilke behov pasienten har ved innleggelse. Kommer det frem at dette er betydelig avvikende fra pasientens vanlige behov, kan du kommentere det under rubrikken "annet, eller andre opplysninger på side 1.
- Husk å ta kopi av medisinkurven, og legg den ved skjema **anonymt**. Kurven må merkes med pasientens prosjektnummer.
- Har du spørsmål, noter deg prosjektnummeret du har fylt ut, og ta det opp med Hege.
- Husk å fylle ut "samtykkeerklæring" som er din godkjenning på deltakelse i prosjektet. Dette skjemaet ligger også i permen, og skal leveres Hege/settes bak i permen når Hege ikke er tilstede.

Hege kommer til å være tilstede fortrinnsvis midt på dagen. Hun skal benyttes både til hjelp ved utfylling av skjema, og til å avlaste dere med andre oppgaver slik at dere har tid til å fylle ut skjema. Hege skal ikke samle data til kartleggingen, men kan hjelpe til med løft, snuing, bekken, kanyler etc.

Lykke til og takk til dere alle for hjelpen!!

Gro Næss
Prosjektleder

Vedlegg 6

Intervjuguide.

Pilotprosjekt Hvilke sykepleiefaglige behov har skrøpelige gamle som kommer til sykehus?

- I hvilke situasjoner mener du skrøpelige gamle må innlegges i sykehus?
- Hvilke sykepleiefaglige behov har skrøpelige gamle oftest når de innlegges i sykehus?
- Hva er det som gjør at de ikke kan få dekket sine behov for helsehjelp der de er?
- Hva er sykepleierens rolle i slike situasjoner?

Vedlegg 7



UNIVERSITETET I OSLO DET MEDISINSKE FAKULTET

Høgskolelektor Gro Næss
Høgskolen i Vestfold
Pb. 2243
3103 Tonsberg

**Regional komité for medisinsk
Sør- Norge (REK Sør)**
Postboks 1130 Blindern
NO-0318 Oslo

Dato: 02.05.06
Deres ref.:
Vår ref.: S-06116

Telefon: 228 44 666
Telefaks: 228 44 661
E-post: rek-2@medisin.uio.no
Nettadresse: www.etikk.uio.no

S-06116 Hvilke sykepleiefaglige behov har skrapelige gamle som kommer til akuttmottaket ved SIV?

Vi viser til e-post av 27. 4.06 vedlagt en redegjørelse for valg av sted for datainnsamling.

Prosjektleder har nå ytterligere utdypet begrunnelsen for hvorfor studien er planlagt gjennomført i akuttmottaket, og hvorfor det ikke er lagt opp til å innhente samtykke fra pasientene. Komiteen finner nå å kunne tilrå prosjektet. Det forutsettes at den informasjon som innhentes, er avgrenset til kartlegging av sykepleiefaglige behov, og inngår i pasientens journal.

Vi ønsker lykke til med prosjektet.

Med vennlig hilsen

Kristian Hagestad
Fylkeslege cand.med., spes. i samf.med
Fungerende leder

Jørgen Hardang
Rådgiver
Sekretær



Gro Nass
Avdeling for helsefag
Høgskolen i Vestfold
Postboks 2243
3103 TØNSBERG

Vår dato: 08.06.2006

Vår ref.: 14697/PB

Deres dato:

Deres ref:

KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 08.04.2006. Meldingen gjelder prosjektet:

14697 *Hvilke sykepleiefuglige behov har skrapelige gamle som kommer til
akutmottaket ved SIV*
Behandlingsansvarlig Høgskolen i Vestfold, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig Gro Nass

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstillte kravene i personopplysningsloven.

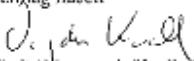
Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.


Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/endringskjema>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, ³
<http://www.nsd.uib.no/personvern/register/>

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.11.2006 rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Venlig hilsen


Vigdis Namtvedt Kvalheim


Pernilla Bollman

Kontaktperson: Pernilla Bollman tlf. 55 58 24 10

Vedlegg: Prosjektvurdering



I prosjektet vil det bli innsamlet informasjon fra akutsykepleiere i mottak om eldre enkeltpasienters behov for pleie. Det innhentes i den forbindelse opplysninger om innleggelsesdag (ukedag), alder i 5-årsintervaller, kjønn, hvorvidt pasienten innlegges fra hjemmet/sykehjem eller annen institusjon, mv. I tillegg innhentes opplysninger om innleggingsdiagnose, diagnose etter undersøkelse, andre kjente sykdommer, mv.

Ingen direkte personidentifiserende opplysninger kobles til registreringsskjemaet, og ombudet går ut fra at sykepleierne er hindret av sin taushetsplikt i å registrere opplysninger som kan være indirekte personidentifiserende (spesielle diagnoser/sykdommer/hendelser eller kombinasjoner av flere identifiserende opplysninger). De eldre pasientene blir altså ikke betraktet som en del av utvalget, da det ikke kan behandles personopplysninger vedrørende disse uten at de aktuelle sykepleierne dispenseres fra sin taushetsplikt eller samtykke innhentes fra pasientene.

Personopplysninger som behandles i prosjektet dreier seg dermed kun om selve informantene, dvs. sykepleiere i akuttmottak og i kommunehelsetjenesten.

Vedlegg 8

Tabelloversikt

Nr:		Side:
1:	Innleggelsesdag	15
2:	Alder	15
3:	Kjønn	15
4:	Innlegges fra	15
5:	Transport til sykehus	16
6:	Innleggende instans	16
7:	Hensikt med innleggelse	16
8:	Diagnose ved innleggelse og etter undersøkelse	17

Tabeller knyttet til behov og funksjonsområder:

Nr		Side:
9:	Respirasjon	19
10:	Sirkulasjon	19
11:	Ernæring	20
12:	Eliminasjon	20
13:	Fysisk aktivitet	21
14:	Personlig hygiene	21
15:	Velvære/smerte	22
16:	Kognitiv funksjon	22
17:	Psykiske behov	23
18:	Livssyn og verdi	23
19:	Følgedokumentasjon	24