



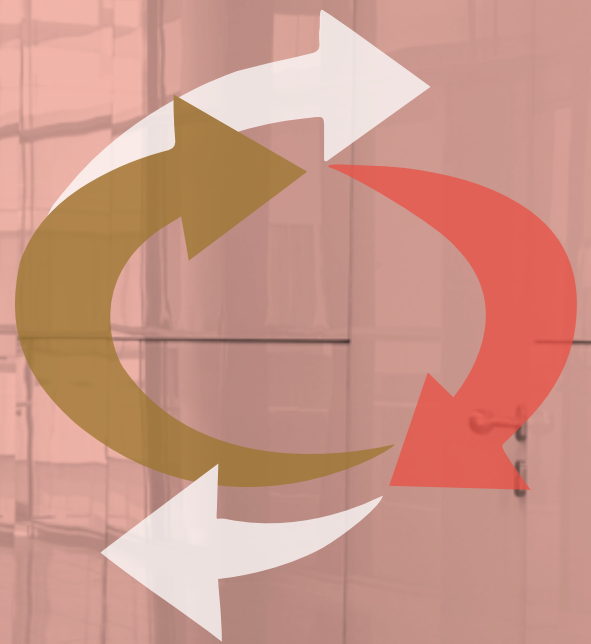
# PASSUS:

## Pasientorientert samhandling ved utskrivning til sykehjem

---

Liv Helene Jensen og  
Karin Håvarstein Rekve (red)

**Utgitt i samarbeid med  
Oslo kommune, Sykehjemsetaten og  
Oslo universitetssykehus, Alderspsykiatrisk  
seksjon**



*SKRIFT-  
SERIEN*

*Nr. 5*

**2014**



# PASSUS

Pasientorientert samhandling ved utskrivning  
til sykehjem

**Liv Helene Jensen og Karin Håvarstein Rekve (red)**

**Skriftserien fra Høgskolen i Buskerud og Vestfold nr 5 /2014**



Oslo kommune  
Sykehjemsetaten



Oslo  
universitetssykehus

Sluttrapport fra samhandlingsprosjekt mellom Oslo Universitetssykehus Alderpsykiatrisk seksjon og Akerselva sykehjem, Lambertseter alders- og sykehjem, Langerud sykehjem, Majorstutunet og Manglerudhjemmet i Oslo kommune.

Prosjektleder: Liv Helene Jensen, HBV/OUS, Prosjektkoordinator: Karin Håvarstein Rekve, OUS

Sluttrapporten er godkjent 01.08.2014 av styringsgruppen

PASSUS: Pasientorientert samhandling ved utskrivning til sykehjem

Liv Helene Jensen og Karin Håvarstein Rekve

© Høgskolen i Buskerud og Vestfold / Liv Helene Jensen og Karin Håvarstein Rekve, 2014

Skriftserien fra Høgskolen i Buskerud og Vestfold nr 5/2014

Skriftserien kan lastes ned fra <http://bibliotek.hbv.no/skriftserien>

ISSN: 1894-7522 (online)

ISBN: 978-82-7860-249-2 (online)

Omslag: Kommunikasjonsseksjonen, HBV

Utgivelser i HBVs skriftserie kan kopieres fritt og videreformidles til andre interesserte uten avgift. Navn på utgiver og forfatter(e) angis korrekt. Det må ikke foretas endringer i verket.

# FORORD

Denne rapporten oppsummerer erfaringer fra forsknings- og kvalitetsutviklingsprosjektet Pasientorientert samhandling ved utskrivning til sykehjem, PASSUS, i perioden 2011-2013. Samhandlingsmodellen består av flere trinn. Den ble utviklet, prøvd ut og evaluert i nært samarbeid med ledere og tverrfaglig helsepersonell som har hatt direkte ansvar for utskrivelsesprosessen av eldre personer med psykiske lidelser fra alderspsykiatrisk spesialisthelsetjeneste til spesialenheter i sykehjem.

Prosjektet er støttet med tilskudd fra Helsedirektoratet i 2012 og 2013 og tilskudd fra Samarbeidsutvalget ved Oslo sykehusene og Oslo kommune.

Vi vil takke ledere og personalet ved Akerselva sykehjem, Lambertseter alders- og sykehjem, Langerud sykehjem, Majorstutunet og Manglerudhjemmet og ved Oslo Universitetssykehus Alderspsykiatrisk seksjon for deling av erfaringer, konstruktive spørsmål og inspirerende samarbeid som har ført til forbedret utskrivningspraksis. Takk for positiv støtte fra medvirkende bydeler i Oslo kommune. Takk til Alderspsykiatrisk seksjon og Sykehjemsetaten i Oslo kommune for meget god tilrettelegging. En særlig takk til arbeidsgruppen ved de alderspsykiatriske døgnenheterne for planlegging og gjennomføring av gode utskrivningsprosesser til sykehjem.

Sluttrapporten er utarbeidet av prosjektleder Liv Helene Jensen og prosjektkoordinator Karin Håvarstein Rekve og godkjent av prosjektets styringsgruppe 1.8.14:

*Bodil Anda McPherson*  
Seksjonsleder, prosjektansvarlig

Oslo Universitetssykehus (OUS) Alderspsykiatrisk seksjon

*Liv Helene Jensen*

Førsteamanuensis, prosjektleder  
Høgskolen i Buskerud og Vestfold

*Karin Håvarstein Rekve*

Enhetsleder, prosjektkoordinator  
OUS Alderspsyk seksjon

*Ingrid Bjørnstad*

Enhetsleder  
OUS Alderspsyk

*Elisabeth Russ Ornfjell*

Fagutviklingssykepleier  
Langerud sykehjem

*Ingrid Melien*

Avdelingssykepleier  
Akerselva sykehjem

*Kari Bjørneboe*

Bydelsoverlege  
Bydel Østensjø

*Inger-Marie Tjernæs*

Avdelingsoverlege  
OUS Alderspsyk seksjon

*Maria S Korsnes*

Nevropsykolog, Forskningsleder  
OUS Alderspsyk seksjon

*Inger Lise Kjos*

Spesialkonsulent  
Sykehjemsetaten

## **SAMMENDRAG**

Eldre personer med psykiske lidelser kan ha sammensatte og langvarige helseproblemer som krever omfattende helsehjelp fra både kommune- og spesialisthelsetjenesten. Tidligere rapporter har pekt på svikt i kommunikasjonen mellom sykehus og sykehjem. Ved overganger mellom tjenestenivåene er det derfor viktig å komme frem til samhandlingsmodeller som fungerer i en stadig mer kompleks helsetjeneste. Denne rapporten tar opp muligheter og utfordringene helsepersonell erfarer i utskrivelsesprosessen fra alderspsykiatrisk spesialisthelsetjeneste til sykehjem, samt forbedringstiltak som kan styrke samhandlingen.

Initiativet til studien ble tatt fra alderspsykiatrisk seksjon som over flere år hadde erfart at utrednings- og behandlingstiden ble stadig kortere og at mange eldre personer med psykiske lidelser hadde behov for fortsatt helsehjelp i spesialenheter i sykehjem etter utskrivning.

Alderspsykiatrisk seksjon manglet systematisk kunnskap om hvordan helsepersonell i sykehjem erfarte samhandlingen ved overgangen og den første tiden i sykehjemmet. For å forstå hvordan man kan styrke samhandlingen og kunnskapsutvekslingen mellom alderspsykiatrisk seksjon og kommunehelsetjenesten, ble studien utformet innenfor et medvirkningsbasert aksjonsforskningsdesign (Coghlan & Brannick, 2010).

Studien omfatter trinnene i utskrivelsesprosessen av eldre personer med psykiske lidelser fra Oslo Universitetssykehus alderspsykiatrisk døgnavdeling til fem sykehjem i Oslo kommune. Studien er avgrenset til bydelene og sykehjemmene i Oslo universitetssykehus alderspsykiatrisk seksjons sitt opptaksområde som er bydelene Sagene, Nordre Aker, Nordstrand, Søndre Nordstrand og fra 2011 Bydel Bjerke. Ledelsen ved sykehjemmene støttet deltagelsen i studien. Rapporten bygger på helsepersonells erfaringer og kunnskapsutveksling fra totalt 14 utskrivelser fra alderspsykiatrisk døgnavdeling til de inkluderte sykehjemmene i perioden 2011 til og med første halvdel av 2013. I tillegg til ordinær praksis ved utskrivelse ble det gjennomført et samhandlingsmøte omlag to uker etter pasienten var utskrevet til sykehjemmet mellom ansvarlig overlege og spesialsykepleier fra alderspsykiatrisk seksjon og sykehjemslege, primærkontakt/ansvarlig sykepleier i sykehjemmet.

Rapporten beskriver kjennetegn ved samarbeidspartnerne ved Oslo Universitetssykehus Alderspsykiatrisk seksjon, de aktuelle bydelene i Oslo kommune og de fem sykehjemmene Akerselva sykehjem, Lambertseter alders- og sykehjem, Langerud sykehjem, Majorstutunet og Manglerudhjemmet. Det neste kapitlet beskriver prosjektets organisering, metode for datainnsamling og hvordan data ble analysert. Resultatene fra analysene presenterer helsepersonells erfaringer fra henvisningen, utredningen og behandlingen i alderspsykiatrisk seksjon, utskrivelsesprosessen og det tverrfaglige samhandlingsmøtet i sykehjemmet etter

utskrivning, samt videre oppfølging. Analysene i denne delen avsluttes med faglige muligheter og utfordringer helsepersonell i sykehjemmene har erfart siste 2-3 år som påvirker omsorgen for eldre med psykiske lidelser.

Rapporten understreker betydningen av tverrfaglig erfarings- og kunnskapsutveksling mellom helsepersonell i samhandlingsmøtet etter utskrivning, som bidrar til styrket forståelse for pasientens situasjon og fortsatte behov for helsehjelp. Det ble pekt på fire betydningsfulle forbedringstiltak i samhandlingen mellom alderspsykiatrisk spesialisthelsetjeneste og sykehjemmene som kan bidra til å styrke faglige forsvarlige pasientforløp og kunnskapsbasert samhandlingspraksis. Forbedringstiltakene omfatter styrking av samarbeidet med pårørende i utskrivelsesprosessen, utveksling av kunnskap om ikke-medikamentelle intervensjoner til eldre personer med psykiske lidelser, felles forståelse for systematisk bruk av kartleggingsverktøy og at epikrisen følger pasienten ved utskrivning, «epikrise i hånden».

Rapporten vektlegger betydningen av styrket samarbeid med pårørende, direkte kommunikasjon mellom helsepersonell i utskrivelsesprosessen, samt bruk av felles kartleggingsverktøy i omsorg og behandling av eldre personer med psykiske lidelser. Disse erfaringene danner grunnlaget for diskusjonskapitlet om formaliserte retningslinjer og ikke-formaliserte praksiser, samhandling og veien videre.

Rapportens hovedfunn blir så oppsummert med anbefalinger for god pasientsentrert samhandling ved utskrivning fra alderspsykiatrisk seksjon til sykehjem.

Samhandlingsmodellen, PASSUS (av latin «skritt») identifiserer viktige trinn i utskrivelsesprosessen. Rapporten peker på tiltak som kan bidra til å sikre god samhandling ved utskrivelse av eldre personer med psykiske lidelser fra alderspsykiatrisk spesialisthelsetjeneste til fortsatt helsehjelp i sykehjem.

# INNHALDSFORTEGNELSE

1 INNLEDNING .....	5
2 SAMARBEIDSPARTNERNE .....	9
Oslo Universitetssykehus, Alderspsykiatrisk seksjon.....	9
Bydelene .....	13
Kjennetegn ved sykehjemmene .....	15
3 PROSJEKTETS ORGANISERING, FORSKNINGSDESIGN OG METODER.....	22
Organisering av prosjektet.....	22
Medvirkningsbasert forskningsdesign .....	25
Datainnsamlingsmetoder .....	26
Kvalitative analyser .....	28
Formidling av resultater underveis.....	29
Ethiske overveielser .....	29
4 HELSEPERSONELLSERFARINGER FRA SAMHANDLINGSPROSESSENE .....	31
Henvisningsprosessen ved Alderspsykiatrisk seksjon, «En dør inn» .....	31
Utredning og behandling i alderspsykiatrisk seksjon.....	31
Utskrivelsesprosessen fra alderspsykiatrisk seksjon til sykehjem.....	32
Tverrfaglig samhandlingsmøte i sykehjemmet etter utskrivning.....	35
Videre oppfølging etter samhandlingsmøtet fra alderspsykiatrisk poliklinikk.....	37
5 FORBEDRINGSTILTAK I UTSKRIVELSESPROSESSEN .....	39
Systematisering av samarbeid med pårørende i utskrivelsesprosessen .....	39
«Epikrise i hånden» .....	40
Felles forståelse og bruk av kartleggingsskjemaer.....	40
Utveksling av kunnskap om ikke medikamentelle intervensjoner .....	41
6 DISKUSJON OG VEIEN VIDERE .....	44
Formaliserte retningslinjer og ikke-formaliserte praksiser .....	44
En tverrfaglig og pasientsentrert arbeidsmodell .....	46
Anbefalinger for god samhandling ved utskrivning fra alderspsykiatrisk seksjon til sykehjem:.....	47
REFERANSER .....	49
VEDLEGG .....	52

# 1 INNLEDNING

Denne rapporten omhandler pasientsentrert samhandling ved utskrivelse av eldre personer fra alderspsykiatrisk spesialisthelsetjeneste til sykehjem. Samhandlingsprosessene er sammensatt av flere gjensidig påvirkende faktorer og aktører, som det kan være vanskelig å få oversikt over og forstå fra et enkelt ståsted. I rapporten prøver vi derfor å beskrive kompleksiteten i samhandlingen fra henvisning og vurdering av behovet for nødvendig helsehjelp i sykehus til etter overføringen til sykehjem er gjennomført.

Eldre personer med sammensatte og langvarige helseproblemer kan ha behov for omfattende helsehjelp fra både kommune- og spesialisthelsetjenesten. Med økende grad av spesialisering av helsehjelpen, blir samhandling i pasientforløpet derfor spesielt viktig. Noen eldre personer med psykiske lidelser kan ha behov for utredning og behandling i alderspsykiatrisk spesialisthelsetjeneste og ha behov for høy kompetanse hos personalet i den videre oppfølging i kommunehelsetjenesten. Særlig gjelder dette personer med sammensatte somatiske og psykiske lidelser og personer med atferdsmessige og psykiske symptomer ved demens (Selbæk, Kirkevold, Engedal 2008; Testad, Aasland, Aarsland 2005). I de senere år har derfor kommunehelsetjenesten etablert spesialenheter for omsorg og behandling i sykehjem. I flere kommuner har det samtidig blitt iverksatt en rekke opplæringstiltak for å styrke demensomsorgen i sykehjemmene. Funn fra prosjektet "Trygghet og verdighet i praksisfeltet" (Rognstad 2007) som ble gjennomført ved Manglerudhjemmet, viste at personalet ønsket konkret faglig oppdatering om hvordan de skal forholde seg til pasienter med utfordrende atferd (slår, sparker, spytter) og som trenger hjelp i dagliglivets situasjoner ved forflytning og stell. Aavik og Bergem (2008) kontrollerte randomiserte studie "Kompetanseheving ved sykehjem i Aker sektor" ved fire sykehjem bekreftet de samme funnene. De fant at personalets kompetanse ble styrket etter systematisk undervisning, og aller best var det om undervisningen ble knyttet til konkrete pasientsituasjoner. Tidligere studier og kunnskapsoppsummeringer har også vist at opplæringstiltak med tradisjonell undervisning ikke er tilstrekkelig for å styrke praksis i helsetjenestene (Forsetlund 2009). Det er nødvendig med flere konkrete tilnærminger for å endre praksis. Like viktig er det at endringsprosessene har forankring i ledelsen (Jensen 2009). Prosjektet "Trygg overføring" fra Bergen peker på at overgangen fra sykehus til kommune representerer ulike organisatoriske og økonomiske forutsetninger, men også forskjeller i kunnskapsgrunnlag og arbeidsmåte (Fjær 2010).

For at spesialisthelsetjenesten skal kunne gi helsehjelp med god kvalitet er det avgjørende at vurderingene av henvisningene skjer raskt, er faglig betryggende og at pasientenes rettssikkerhet ivaretas. Lov om pasient- og brukerrettigheter (1999) og Forskrift om prioritering av helsetjenester mv. er det lovmessige grunnlaget for prioritering av pasienter



som henvises til spesialisthelsetjenesten. De skal bidra til at de pasientene som trenger det mest, skal komme raskest til den riktige helsehjelpen (Nygaard & Kårikstad 2008).

Etter utredning og behandling i alderspsykiatrisk avdeling, er fagpersonalet pålagt etter Lov om spesialisthelsetjenesten, § 6 å gi ”råd, veiledning og opplysninger om helsemessige forhold” til kommunehelsetjenesten slik at den ”kan løse sine oppgaver etter lov og forskrift”. Det presiseres i § 2-2 at spesialisthelsetjenesten skal sørge for at det inngås samarbeidsavtaler med kommunen og andre samarbeidspartnere. Dette kravet er videre fulgt opp ved Samhandlingsreformen hvor oppgaver som tidligere tilhørte spesialisthelsetjenesten skal overføres til kommunen, og spesialisthelsetjenesten skal utvikle seg til å bli enda mer spesialisert (Helse og omsorgsdepartementet, 2009). I denne prosessen er særlig overgangene mellom spesialisthelsetjenesten og helsehjelp i kommunene et viktig utviklingsområde.

Overgangen innebærer en risiko for at informasjon om pasienten kan gå tapt, bli oversett eller feiltolket og føre til feil behandling (Cortes *et al* 2004; LaMantia *et al* 2010).

Informasjonssvikt knyttet til medisinsk informasjon, medisinlister og sykepleieopplysninger kan føre til feil bruk av legemidler, mangelfulle tiltak eller forsinket behandling, og sårbare eldre kan få en forverring av helsetilstanden (Piraino *et al*, 2012). For å unngå brudd og svikt i helsetjenestetilbudet peker Helsedirektoratet på dette som et nasjonalt og prioritert område for 2013 i rundskrivet til kommunene, fylkeskommunene og de regionale helseforetakene (Helsedir 2013):

«Syke eldre, kronisk syke barn og unge, psykisk syke, rusmiddelavhengige og andre som trenger rehabilitering, opplever brudd og svikt i helsetjenestetilbudet. Særlig i overgang mellom sykehus og kommunen. Helsetilsynet har pekt på mangelfull kommunikasjon mellom sykehus og sykehjem når pleietrengende skal overføres sykehjem» (s.21)

Samhandlingsmodellen i foreliggende studie vektlegger derfor samhandlingsmøter/dialogmøter som har et personorientert fokus i samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

Initiativ til dette samhandlingsprosjektet ble tatt fra alderspsykiatrisk seksjon ved Oslo Universitetssykehus i 2010. Denne seksjonen har i de senere år hatt en betydelig reduksjon av antall behandlingsplasser. Fra 102 behandlingsplasser i 1973 med gradvis reduksjon på 1990-tallet til 64, og ytterligere reduksjon til 28 plasser i 2007 og 20 plasser i 2012. Mens gjennomsnittlig liggetid pr pasient var vel 800 dager på 70-tallet og sirkulasjon av pasienter var liten, har antall liggedøgn gradvis blitt redusert fra 100 på 1990-tallet og er nå ca 48 dager. Psykiatriske sykehjem som på 90-tallet var knyttet til spesialisthelsetjenesten har i samme

periode blitt gradvis nedlagt, mens alderspsykiatrisk poliklinikk i samme periode gradvis har økt aktiviteten.

Personalet ved alderspsykiatrisk spesialisthelsetjeneste har lang erfaring med utskrivning av pasienter både til hjemmet og ulike enheter i sykehjem, men det er lite systematisk kunnskap om samhandlingsprosessen ved utskrivning til sykehjem og om personalet i kommunehelsetjenesten har nytte av intervensjonene som anbefales i epikrisen og sykepleiesammenfatningen ved utskrivning fra alderspsykiatrisk avdeling, eller om de kommer frem til andre tiltak. For å sikre faglig forsvarlige pasientforløp mellom alderspsykiatrisk spesialisthelsetjeneste og sykehjem og styrke kunnskapsutvekslingen og samhandlingen mellom nivåene inviterte en tverrfaglig arbeidsgruppe ved alderspsykiatrisk seksjon derfor ledere og personalet ved spesialenheter i sykehjem til et medvirkningsbasert forsknings- og kvalitetsutviklingsprosjekt.

Hensikten med prosjektet har vært å utvikle, prøve ut og evaluere en forpliktende samhandlingsmodell som kan anvendes i utskrivningsprosessen fra alderspsykiatrisk spesialisthelsetjeneste til sykehjem. Den overordnede målsettingen har vært at overføringen skal være kjennetegnet av god samhandling med pasienten, pårørende og personalet som har hatt og skal ha ansvaret for oppfølgingen av den videre helsehjelpen.

Delmålene var:

- Å styrke samhandlingen ved utskrivning fra alderspsykiatrisk døgnenhet til sykehjemmene, i samarbeid med alderspsykiatrisk poliklinikk.
- Å styrke kunnskapsutvekslingen mellom alderspsykiatrisk spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjenesten.
- Å sikre faglig forsvarlige pasientforløp mellom alderspsykiatrisk spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjenesten

For å utvikle en organisatorisk forpliktende samhandlingsmodell mellom kommune og helseforetak, valgte vi en medvirkningsbasert tilnærming som er inspirert av deltagende aksjonsforskning i egen organisasjon (Coghlan & Brannick 2010; Jensen 2009). Dette innebærer at utviklingsarbeidet er praksisnært og at kunnskapsutviklingen i prosjektet bygger på lokale erfaringer fra alderspsykiatrisk døgnenhet og poliklinikk og fra personalet i sykehjemmene, samt oppsummert kunnskap fra forskning om kvalitets- og kompetanseutvikling (Testad, Aasland & Aarsland 2005; Aavik & Bergem 2008; Manley *et al* 2008; Forsetlund 2009 *et al*, Jensen 2009).

I denne sluttrapporten fra prosjektet presenteres kjennetegn ved samarbeidspartnerne (kap 2) prosjektets organisering, forskningsdesign og metoder (kap 3) og helsepersonells erfaringer fra samhandlingsprosessene (kap 4). Tiltak som kan styrke pasientforløpet og overføringen mellom alderspsykiatrisk spesialisthelsetjeneste og sykehjem i kommunen (kap 5). Presentasjonen av samhandlingsprosessene bygger på erfaringsutveksling mellom ledere og fagpersonalet i kommune- og alderspsykiatrisk spesialisthelsetjeneste, som har deltatt direkte i utskrivelsesprosessen fra alderspsykiatrisk seksjon til sykehjem i perioden 2011 – 2013. Hovedfunnene tas opp videre i diskusjonen (kap 6) med anbefalinger for god pasientorientert samhandlingspraksis .

## **2 SAMARBEIDSPARTNERNE**

Prosjektet ble initiert av seksjonsleder og en tverrfaglig helsepersonellgruppe ved Oslo Universitetssykehus Alderspsykiatrisk døgnenhet, høsten 2010. Gruppen hadde erfart at utrednings- og behandlingstiden ble kortere og at mange pasienter ble utskrevet til sykehjem med fortsatt behov for omfattende helsehjelp. Man manglet imidlertid kunnskap om hvordan anbefalingene fra utredningene i alderspsykiatrisk enhet ble fulgt videre av helsepersonell i sykehjemmene. For å styrke forståelsen for utskrivelsesprosessen i helhet inviterte alderspsykiatrisk seksjon til et medvirkningsbasert samarbeidsprosjekt med Sykehjemsetaten i Oslo kommune, og fem sykehjem i alderspsykiatrisk seksjons opptaksområde. Inntaksområdet omfattet bydelene Nordre Aker, Sagene, Østensjø, Nordstrand, Søndre Nordstrand og Bjerke. Etter informasjonsmøter valgte følgende sykehjem å delta i samhandlingsprosjektet: Akerselva, Manglerudhjemmet, Lambertseter, Langerud og Midtåsenhjemmet.

Midtåsenhjemmet trakk seg før oppstart av samhandlingsmøtene, og ble erstattet av Majorstutunet.

### **Oslo Universitetssykehus, Alderspsykiatrisk seksjon**

Alderspsykiatrisk seksjon har døgnenheter ved Vardåsen beliggende i Asker kommune, mens poliklinikk er geografisk plassert på Grønland i Oslo. Det har tidligere vært to henvisningsmottak til alderspsykiatrisk seksjon, et ved døgnenhetene og et ved poliklinikken. Fra juli 2012 har Alderspsykiatrisk seksjon et samlet henvisningsmottak, "en dør inn".

#### **Alderspsykiatrisk seksjon - døgnenhetene**

##### *Fysiske omgivelser*

Døgnenhetene er store i areal, og ikke helt enkle å ha oversikt over når det er lite personell tilstede. Hver enhet har en felles stue med to romslige og lyse korridorer ut til hver side med pasientrom på den ene siden av gangen. Halvparten av rommene er ganske store. Det er mulighet for å avskjerme enden av hver korridor med en lukket dør, en får da et lite oppholdsrom i tillegg til pasientrommet. Det er positivt for den som eventuelt har behov for spesielt stimulibegrenset miljø. Det er bad og toaletter i hver korridor til felles bruk for pasientene. For å komme ut må pasientene gå trapper eller benytte heis. Det er landlige uteområder for tur og fysisk aktivitet.

### *Tverrfaglig personale i døgnhetene*

Døgnhetene ledes av enhetsleder (spesialsykepleier). Enhetene har tverrfaglige personale med: overleger i psykiatri, leger i spesialisering, psykologspesialist, sosionom, fysioterapeuter og ergoterapeuter som arbeider vanlig kontortid. Spesialsykepleiere/sykepleiere, hjelpepleiere og assistenter i turnusstillinger har dag og kveldsvakter og det er faste nattevakter, jf tabell 1. Utenfor vanlig kontortid deltar seksjonen i et vaksamarbeid med tre andre seksjoner i psykiatrisk klinikk med en vakthavende lege som kan kontaktes og en psykiater som har bakvakt.

Tabell 1. Antall behandlingsplasser og sykepleiefagpersonell tilgjengelig i døgnhetene. 2012-2013, faktiske tall

	Enhet 1	Enhet 2
<b>Antall behandlingsplasser</b>	6	14
<b>Sykepleiefaglig personell dag</b>	6 (3 lør/søn)	10 (5 lør/søn)
<b>Sykepleiefaglig personell kveld</b>	3	5
<b>Sykepleiefaglig personell natt</b>	2	3

### **Bred tverrfaglig utredning og vurdering**

For å bli kjent med den eldre personens helseutfordringer er det nødvendig med 10-14 dagers observasjon. Både obligatoriske og supplerende utredningsverktøy benyttes i utredningen (Vedlegg 1). Behandlingsforløpet starter med en bred tverrfaglig individuell kartlegging og utredning som inneholder:

- Generell medisinsk undersøkelse med fokus både på psykiatriske og somatiske utfordringer som også skal inneholde en legemiddelanamnese. Legen vurderer sosial og yrkesmessig fungering ved bruk av standardiserte tester som GAF-F for global mental funksjon og GAF-S for vurdering av psykisk symptombelastning. Mini-Mental Examination MMSE-NR, klokketest og Montreal Cognitive Assessment (MoCA) benyttes for å kartlegge kognitivt funksjonsnivå. Supplerende tester benyttes ved behov (vedlegg 1). Ved behov for ytterligere somatisk vurdering eller behandling utredes pasienten av indremedisinsk spesialist tilknyttet avdelingen.

- Observasjoner og vurderinger av personens mestring i dagliglivets aktiviteter og utfordringer. Atferds- og døgnrytmeregistreringsskjema benyttes under hele oppholdet. Depresjon kartlegges ved bruk av Montgomery and Åsberg Depression Rating Scale (MADRS) og Cornell skala. Neuropsychiatric Inventory (NPI-Q) benyttes for kartlegging av atferdsmessige og psykiske symptomer og angst kartlegges ved bruk av Geriatric Anxiety Inventory (GAI). Ernæringsstatus kartlegges ved bruk av Body Mass Index, BMI og Mini Nutritional Assessment, MNA. Det foretas en vurdering av pasientens funksjon i dagliglivet ved bruk av I-ADL (= instrumentelle aktiviteter i dagliglivet) og P-ADL (=personnære aktiviteter i dagliglivet).
- Observasjon og vurdering av fysisk og psykomotorisk funksjon individuelt og i gruppetrening. Fysioterapeut tester personens fysisk funksjon individuelt med Bergs Balanseskala (BBS) og Time Up and Go (TUG). Ergoterapeut benytter obligatoriske tester som I-ADL, P-ADL og andre tester ved behov.
- Samtale med og kartlegging av pårørendes omsorgsevne og opplevelse av belastning: med Belastningsskala – Pårørende (RSS) og Spørreskjema til pårørende. Pårørende inviteres til pårørendemøte relativt raskt etter innleggelse og like før utskrivning.

Om lag to uker etter innleggelse gjennomgås alle observasjoner i en journalgjennomgang. Det utarbeides en plan for videre behandling, med vurdering av behov for ytterligere tester og om det er behov for nevropsykologisk utredning. Den nevropsykologiske undersøkelsen er rettet mot vurdering av kognitive og mentale funksjoner som har betydning for erkjennelse, tenkning og kunnskapsvervelse. Eksempler på kognitive funksjoner er hukommelse, oppmerksomhet og konsentrasjonsevne, språkfunksjon, motorisk funksjon, sansing/persepsjon, planlegging, og høyere orden funksjoner som problemløsningsevne og evnen til læring. Dette er funksjoner som erfaringsmessig forstyrres ved for eksempel hjerneskade, demens og til en viss grad ved depresjon og angst.

### **Tverrfaglig utredning og behandling**

Den tverrfaglige utredningen og behandlingen er basert på tverrfaglige prinsipper med observasjon og vurdering av personens psykiske, fysiske og praktiske funksjon i hverdagen, i samarbeid med personen og pårørende. Utredning og behandling foregår gjerne parallelt og med både medikamentelle og ikke-medikamentelle intervensjoner. Eldre som innlegges i alderspsykiatrisk døgnenhet har gjerne behov for ro med et oversiktlig og forutsigbart miljø. Det fysiske miljøet er tilrettelagt med tanke på demensvennlige omgivelser der det ikke er for mange forstyrrende elementer som møbler, pyntegjenstander eller lyder. Det tas utgangspunkt i personens behov og ressurser og legges til rette for at den eldre personen skal mestre vanlige dagligdagse aktiviteter som stell, måltider, samt delta på fellesaktiviteter og turgåing i

nærområdet ved Vardåsen. Pasientene får tett oppfølging, gjerne individuelt. På grunn av turnusordningen er dette organisert med en pasientansvarlig sykepleier (PAS) og to primærkontakter som ser til at behandlingsbeslutninger gjennomføres som planlagt.

Den medikamentelle behandlingen er preget av samarbeidet mellom pasient, lege/psykiater og øvrig fagpersonale som spesialsykepleiere/sykepleiere, hjelpepleiere, fysioterapeut og ergoterapeut. Samarbeidet mellom fagpersonalet kjennetegnes av å være lyttende til hverandre og oppmerksomme i forhold til observasjoner som gjennomføres gjennom hele døgnet. Man prøver å begrense medikamentell behandling til et mindre antall medikamenter for å bli kjent med disse preparatenes effekt, noe som gjør vurderingen av effekt versus bivirkninger, enklere.

Eldre som innlegges til alderspsykiatrisk utredning og behandling har ofte komplekse helseutfordringer, psykiatrisk, kognitivt og somatisk. Det er en tidkrevende prosess å vurdere personens tilstand og finne frem til optimal medikamentell og miljømessig tilnærming. Effekt av psykofarmaka kommer etter noe tid, likeledes bivirkninger.

For å evaluere effekt av medikamentell så vel som ikke-medikamentell behandling gjennomføres tverrfaglig behandlingsmøte ukentlig under behandlingsforløpet.

### **Alderspsykiatrisk seksjon - Poliklinikken**

Poliklinikken ble opprettet i 1993 og omfatter poliklinisk tilbud og differensiert gruppetilbud. Det gis ambulant hjelp, som konsultasjoner hjemme hos pasienten og på sykehjem, individualterapi og gruppeterapi. Det benyttes flere behandlingsformer, som kognitiv terapi, psykodynamisk tilnærming, tilstedeværelse, psykoedukasjon, oppmerksomt nærvær, avledning, fysisk aktivitet, sosial trening og eksponeringsterapi. Det drives to grupper daglig.

Poliklinikken ledes av enhetsleder (spesialsykepleier) og har stillinger for overleger i psykiatri, leger i spesialisering, psykologer og psykologspesialist, stillinger for høgskoleutdannede som sykepleiere, ergoterapeut og sosionom alle med videreutdanning i psykisk helsearbeid, samt merkantilt personell.

### **Prosjektets avgrensning i alderspsykiatrisk seksjon**

Ved oppstart av prosjektet ble studien avgrenset til utskrivning fra den ene døgnenheten med 6 behandlingss plasser som utreder og behandler eldre pasienter med alvorlige psykiske lidelser og kognitiv svikt og samarbeid med alderspsykiatrisk poliklinikk etter utskrivning fra Alderspsykiatrisk seksjon. På grunn av endret praksis ved inntak til alderspsykiatrisk seksjon og få utskrivninger til de aktuelle sykehjemmene ble studiens område utvidet til begge døgnenhetene fra november 2012. Totalt 20 behandlingss plasser.

## Bydelene

Oslo kommune er delt i 15 bydeler med ulik størrelse, se figur 1.

Oslo universitetssykehus Alderspsykiatrisk seksjon har inntaksområde fra bydelene Sagene, Nordre Aker, Østensjø, Nordstrand, Søndre Nordstrand og fra 2011 Bydel Bjerke. På grunn av ordningen med fritt sykehusvalg tar alderspsykiatrisk seksjon også imot pasienter utenfor opptaksområdet dersom pasienten uttrykker ønske om det (fritt sykehusvalg).



Figur 1: Bydeler i Oslo kommune

## Folkemengde- og aldersfordeling i bydelene

Ved inngangen til 2014 bodde det 634 463 personer i Oslo. Det siste tiåret er innbyggertallet i alle bydelene økt (tabell 2). Aldersfordelingen i Oslo avviker fra landsgjennomsnittet, med flere barn i alderen 0-5 år og yngre voksne i aldersgruppene 20-39 år og færre eldre enn landsgjennomsnittet (SSB).

Bydelene i Oslo Universitetssykehus Alderspsykiatrisk seksjons sitt inntaksområdet varierer i geografisk størrelse og folkemengde (tabell 2). I år 2014 har Bydel Bjerke færrest innbyggere med vel 30 000, mens Nordre Aker, Nordstrand og Østensjø har vel 48 000 innbyggere. Dette svarer til innbyggertallet i mellomstore og store norske kommuner.



Tabell 2. Utviklingen i folkekengde i Oslo etter utvalgte bydeler fra 2000 – 2014 (SSB og Oslostatistikken).

Bydel	2004	2012	2014
Oslo i alt	531 886	613 285	634 463
03 Sagene	28 816	35 990	38 637
08 Nordre Aker	40 235	48 432	48 720
09 Bjerke	24 256	29 090	30 327
13 Østensjø	42 484	47 164	48 714
14 Nordstrand	42 939	47 696	48 931
15 Søndre Nordstrand	33 088	36 304	37 054

Da Oslo Universitetssykehus Alderspsykiatrisk seksjon tar imot eldre over 67 år til utredning og behandling, er endringer i aldersfordelingen over 67 år særlig interessant. I Bydel Sagene som er en av bydelene i indre by er antallet eldre over 80 + redusert siste tiår, mens det i de ytre bydelene er en økning i antallet eldre 80 år + i samme periode (tab 3).

Tabell 3. Utviklingen i eldrebefolkningen i Oslo etter utvalgte bydeler og alder, 67-79 år og 80 +, fra 2000 til 2014 (SSB og Oslostatistikken)

Bydel	67-79 år		80 år+	
	2000	2014	2000	2014
03 Sagene	2 188	1 652	1 665	786
08 Nordre Aker	3 413	3 548	1 979	1736
09 Bjerke	2 887	1 895	995	1166
13 Østensjø	6 251	3 992	2 067	2924
14 Nordstrand	5 184	4 268	2 483	2617
15 Søndre Nordstrand	1 216	2 027	295	612

Med økningen i antallet eldre over 80 år er det forventet at flere eldre personer med psykiske lidelser også vil kunne ha andre tilleggslidelser som vil påvirke og gjøre utredningen og behandlingsforløpet kompleks både i alderspsykiatrisk spesialisthelsetjeneste og i videre oppfølging i sykehjem (Wyller, 2011).

## Kjennetegn ved sykehjemmene

De fem sykehjemmene har fra 55 – 161 plasser totalt. Alle har spesialenheter med 8-20 plasser, men svært begrenset mulighet for avgrensing av areal for personer som trenger mer ro og skjerming (tabell 4).

Tabell 4. Fysiske kjennetegn ved sykehjemmene

	Akerselva sykehjem	Lambertseter/ Marmorberget	Langerud	Majorstutunet	Manglerudhjemmet
<b>Antall plasser totalt</b>	129	121	161	139	55
<b>Standard rom</b>	Store rom med bad/WC	Store enerom med bad/WC	Enerom med bad/WC	Store rom, bad/WC	Enerom, bad/WC
<b>Bygningsmessige forhold</b>	Byggeår 2002. Uteareal med turmuligheter	Gammelt bygg, rehabilitert i 1996	Rehabilitert i 2008	Fra 2000	Fra 1950, rehabilitert i 2000
<b>Mulighet for å begrense areal/avskjerme områder</b>	Liten mulighet	Ingen rom til skjerming	Deler med dør i 3 grupper	Meget begrenset	Begrenset, kan dele med branddør

Tabell 5. Fordeling av antall spesialplasser og personale ved sykehjemmene, faktiske tall

	Akerselva sykehjem	Lambertseter/ Marmorberget	Langerud	Majorstutunet	Manglerudhjemmet
Antall plasser F/S*	16 F	20 S	18 S	8 F	4 enheter: 13-14 S
Personal Dag F/S**	6-7	6	5-7 4 lør/søn	4 ma/on/fr 3 ti/to/lø/sø	4 3 lø/sø
Personal kveld F/S	4	4+1	3	2	3 + 1 spl på huset
Personal natt F/S	1	2	1	1	1
Årsverk lege	2	1,4	2	1,5	0,6
Årsverk Fysio/ergo	2/1	1,6/1	4,7/2,8	1,5/1	0,6/0,6
Årsverk andre/aktivitør	1,5	1	2,5	1,5	
Fagsykepleier	1	1	1	1	1

F Forsterket enhet for personer med psykisk lidelse og demens

S Skjernet enhet for personer med demens,

\*\*Alltid sykepleier, dag

Spesialenhetene beskrives som skjernet og forsterket skjernet enhet for personer med demens og forsterkede enheter for personer med psykiske lidelser. Akerselva har flere langtidspsykiatriske pasienter med høyt omsorgsbehov og av forsterket skjernet enheter har Akerselva høyest antall personale pr pasient.

Tverrfaglig personale er tilgjengelig for flere avdelinger og kontaktes ved behov. Alle sykehjemmene har fagsykepleier.

## **3 PROSJEKTETS ORGANISERING, FORSKNINGSDSIGN OG METODER**

### **Organisering av prosjektet**

Prosjektet ble forankret i ledelsen ved Sykehjemsetaten i Oslo kommune, hos institusjonslederne i de fem sykehjemmene og hos seksjonsleder i alderspsykiatrisk seksjon ved Oslo universitetssykehus. Prosjektet har hatt *styringsgruppe* med representanter fra alle involverte aktører, en *tverrfaglig nettverksgruppe* med deltagere fra alderspsykiatrisk seksjon og representanter fra de fem sykehjemmene, og i tillegg en *arbeidsgruppe* ved alderspsykiatrisk seksjon. Førsteamanuensis Liv Helene Jensen fra Høgskolen i Buskerud og Vestfold (HBV) har vært prosjektleder og enhetsleder Karin Håvarstein Rekve ved alderspsykiatrisk seksjon har vært prosjektkoordinator.

### **Styringsgruppe**

Styringsgruppen ble etablert i november 2011 med representanter fra Alderspsykiatrisk seksjon, Sykehjemsetaten og sykehjemmene, og ble forsterket med representant fra bydelene i 2013. Det er avholdt ni styringsgruppemøter (2011-2014). Styringsgruppen har fulgt opp rapportering, framdrift og ressursbruk, drøftet og anbefalt:

- Retningslinjer for bruk av atferds- og døgnrytmeskjema. Implementering i Sykehjemsetatens kvalitetssystem: Kvalitetslosen og Oslo universitetssykehus, Alderspsykiatrisk seksjons e Håndbok
- Retningslinje for utskrivning til sykehjem i Alderspsykiatrisk seksjons eHåndbok
- "Epikrise i hånden" som god samhandlingspraksis
- Sykepleiesammenfatning, huskeliste ved utskrivning av pasienter fra Alderspsykiatrisk seksjon
- Godkjent sluttrapporten

### *Styringsgruppens sammensetning*

Bodil Anda McPherson, seksjonsleder ved Alderspsykiatrisk seksjon OUS, prosjektansvarlig og leder av styringsgruppen

Liv Helene Jensen, førsteamanuensis HBV/engasjement Alderspsykiatrisk seksjon OUS, prosjektleder

Karin Håvarstein Rekve, enhetsleder ved Alderspsykiatrisk seksjon OUS, prosjektkoordinator

Anne Berger Sørli, områdedirektør, Sykehjemsetaten, Oslo kommune.

Solrun Merete Roland, spesialkonsulent (stedfortreder i 2011 og 2013).

Inger Lise Kjos, spesialkonsulent, (stedfortreder i 2012 og 2013)

Torild Vogt, fagsykepleier, Manglerudhjemmet (sluttet juni 2012)  
Ingrid Melien, avdelingssykepleier, Akerselva sykehjem  
Elisabeth Russ Orfjell, fagsykepleier, Langerud sykehjem  
Kari Bjørneboe, bydelsoverlege, Bydel Østensjø (fra januar 2013)  
Maria Korsnes, nevropsykolog og forskningsleder ved Alderpsykiatrisk seksjon OUS  
Inger- Marie Tjernæs, avdelingsoverlege ved Alderspsykiatrisk seksjon OUS  
Edel Aavik, psykiatrisk spesialsykepleier ved Alderspsykiatrisk seksjon OUS (sluttet januar 2013)  
Ingrid Sophia Risum Bjørnstad, enhetsleder Alderspsykiatrisk poliklinikk OUS (fra januar 2013)

### **Tverrfaglig nettverksgruppe**

En tverrfaglig nettverksgruppe med representanter fra alderspsykiatrisk seksjon og de aktuelle sykehjemmene ble etablert i mars 2011.

*Nettverksgruppen har i perioden 2011 -2013 gjennomført følgende:*

- avholdt 14 møter av to timer; fordelt med fem møter i 2011, seks møter i 2012 og tre møter med avslutning i mai 2013.
- deltatt i planlegging og gjennomføring av utviklingssamarbeidet
- delt erfaringer fra utskrivningsprosesser og samhandlingsmøter
- identifisert problemstillinger, drøftet mulige forbedringer i utskrivelsesprosessen og hvordan endringer kan gjøres i egen organisasjon
- utarbeidet en poster om modellen for samhandling ved utskrivning til NAPHAS Samhandlingskonferanse på Lillestrøm i november 2013

### **Nettverksgruppens sammensetning**

*Deltagere fra Alderpsykiatrisk seksjon*

Liv Helene Jensen, førsteamanuensis HBV/ Alderspsykiatrisk seksjon OUS, prosjektleder.

Karin Håvarstein Rekve, enhetsleder døgnetenhet 1, prosjektkoordinator

Grethe Lian, geriatrisk spesialsykepleier døgnetenhet 1

Kari Kristoffersen, geriatrisk/psykiatrisk spesialsykepleier døgnetenhet 1

Hallgrimur Magnusson, seksjonsoverlege døgnetenhet 1 (sluttet, september 2012)

Ingun Ulstein, seksjonsoverlege døgnetenhet 1 (fra desember 2012)

Gunn Elisabeth Hillestad, fagansvarlig ergoterapeut døgnetenhet 1

Synnøve Dalen, psykiatrisk spesialsykepleier, døgnetenhet 1 (fra oktober 2012)

Anja Hoff, psykiatrisk spesialsykepleier, døgnetenhet 2 (fra desember 2012)

Gudrun Tonstad Lund, psykiatrisk spesialsykepleier, poliklinikk (sluttet høst 2011)  
Edel Aavik, psykiatrisk spesialsykepleier, poliklinikk  
Sigrun Mjaaland, psykiatrisk spesialsykepleier, poliklinikk  
Maria Korsnes, forskningsleder ved alderspsykiatrisk seksjon

*Deltagere fra Akerselva sykehjem*

Ingrid Melien, avdelingssykepleier  
Inger Helen Fossum, sykepleier, (sluttet høsten 2011)

*Deltagere fra Lambertseter alders- og sykehjem*

Stine Renden, fagkoordinator, (sluttet desember 2011)  
Camilla Marie Andersen, fagleder, (begynt januar 2012)

*Deltagere fra Langerud sykehjem*

Malgoizata Endresen, sykepleier, Margareth Lillehagen, hjelpepleier

*Deltagere fra Manglerudhjemmet (Unicare fra sommer 2013)*

Torild Vogt, fagsykepleier, (sluttet juni 2012)  
Astri Hella, sykepleier (sluttet vår 2013)  
Frode Olsen, hjelpepleier  
Eva Kjørstad, hjelpepleier (sluttet vår 2011)

*Deltagere fra Majorstutunet sykehjem*

Stephanie Djenane, avdelingssykepleier

*Studenter*

I tillegg deltok totalt 41 bachelorstudenter i sykepleie og bachelorstudenter i ergoterapi ved Høgskolen i Oslo og Akershus samt to masterstudenter i avansert geriatrisk sykepleie fra Universitetet i Oslo under deres praksisstudier ved Alderspsykiatrisk seksjon eller ved sykehjemmene.

Antall deltakere i hvert nettverksmøte har i gjennomsnitt vært 11 fagpersoner; hvorav fem fra sykehjemmene og seks fra alderspsykiatrisk seksjon. Deltakerne omfatter både avdelingsledere/teamledere, fagkonsulenter, sykepleiere/spesialsykepleiere, ergoterapeut og hjelpepleiere, og i tillegg deltok psykiater og forskningsleder fra alderspsykiatrisk seksjon og studenter i deres praksisperioder.

*Arbeidsgruppen ved Alderspsykiatrisk seksjon*

Arbeidsgruppen ved alderspsykiatrisk seksjon ble etablert i forarbeidet til prosjektet i 2010. Deltagerne fra døgnenheten oppsummerte sine erfaringer fra utskrivningsprosesser til sykehjem og utviklet ideen til samhandlingsmodellen i samarbeid med ledere og medarbeidere

i alderspsykiatrisk seksjon. Ideen ble videreutviklet ved dialog med ledere og aktuelle medarbeidere i sykehjemmene. På denne bakgrunnen ble det

- utarbeidet prosjektskisse
- planlagt og gjennomført utskrivninger til sykehjem i samarbeid med kolleger fra alderspsykiatrisk seksjon og de aktuelle bydelene
- gjennomført samhandlingsmøter i sykehjemmet om lag to uker etter utskrivning og skrevet referat
- forberedt og deltatt på nettverksgruppemøtene
- utarbeidet en poster, presentert på Landskonferansen i Alderspsykiatri 2011

#### *Deltakere i arbeidsgruppen:*

Karin Håvarstein Rekve, enhetsleder døgnet 1, prosjektkoordinator

Grethe Lian, geriatrisk spesialsykepleier døgnet 1

Kari Kristoffersen, geriatrisk/psykiatrisk spesialsykepleier døgnet 1

Gunn Elisabeth Hillestad, fagansvarlig ergoterapeut døgnet 1

Liv Helene Jensen, førsteamanuensis HiBu/prosjektleder

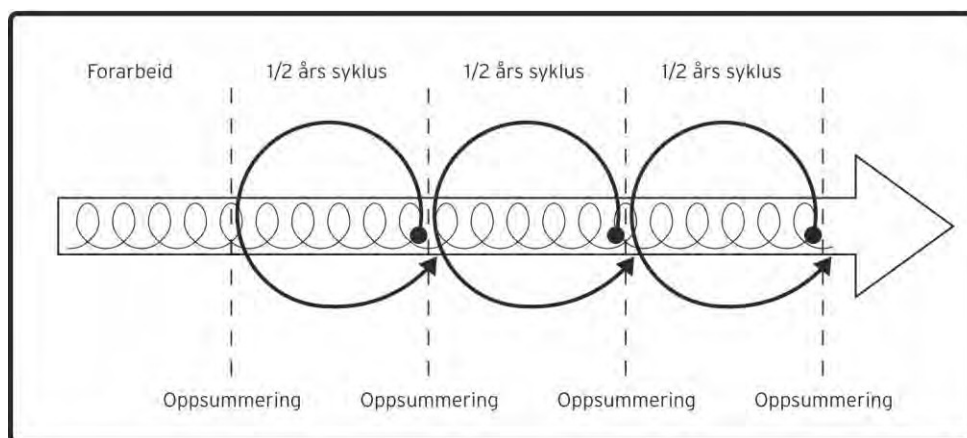
Synnøve Dalen, psykiatrisk spesialsykepleier, døgnet 1 (fra oktober 2012)

Anja Hoff, psykiatrisk spesialsykepleier, døgnet 2 (fra desember 2012)

## **Medvirkningsbasert forskningsdesign**

Studiens design er inspirert av medvirkningsbasert aksjonsforskning i egen organisasjon, beskrevet av Coghlan og Brannick (2010). Tilnærmingen innebærer at ideen og prosjektet ble forankret hos sykehjemmenes og i alderspsykiatrisk seksjons ledelse, og både ledere og tverrfaglig helsepersonell ble invitert til å medvirke aktivt i studien. Ved medvirkning i forsknings- og kvalitetsutviklingsarbeidet la man til grunn at deltagerne kan ha flere og ulike funksjoner. Deltagerne i arbeidsgruppen bidro med informasjon til nye deltagere underveis, og støttet samarbeidet med kolleger i planlegging og gjennomføringen av aktivitetene i utskrivelsesprosessen, samt systematisering av data og rapportering. Helsepersonell og ledere i sykehjemmene og i alderspsykiatrisk seksjon har ansvar for gjennomføring av helsehjelpen, og som medforskere bidro de aktivt i utforskningen av aktuelle problemstillinger, i tverrfaglige analyser underveis og i oppsummeringene (Jensen 2009). Kunnskapsutviklingen bygger følgelig på erfaringsutveksling mellom helsepersonell og ledere, kritiske dialoger og oppsummeringer. Forskningsarbeidet innebærer også innhenting av erfaringer og kunnskap

fra tidligere rapporter og forskning som omhandler tjeneste- og kompetanseutvikling. Prosessen betegnes av Coghlan og Brannick (2010) som å forske i praksis, fremfor å forske på praksis. Arbeidsprosessen kan beskrives som en dobbel lærings- og forskningsspiral (figur 1).



Figur 2. Den doble lærings- og forskningsspiralen. (Jensen 2009)

Den indre spiralen viser til planleggingen og gjennomføringen av aktivitetene i utskrivelsesprosjektet, mens den ytre spiralen er en analytisk refleksjon over hendelsesforløpet.

## **Datainnsamlingsmetoder**

I det lokale utviklingsarbeidet ble planlegging og gjennomføring av de ulike aktiviteter i utskrivelsesprosessen loggført i arbeidsgruppen. Journaldata er ikke samlet inn som data i studien. Alle data er innsamlet fra personalet og deres erfaringer er fokus for analysen. For å få innsikt i samhandlingen i utskrivelsesprosessen har vi anvendt flere aktiviteter/datainnsamlingsmetoder og gjennomført kvalitative analyser, som vist i tabell 6.



Tabell 6. Datainnsamling og analyser

Aktiviteter/ datainnsamlingsmetoder	Datamateriale	Analyser
<b>Samhandlingsmøter, 2 uker etter utskrivning</b>	Loggskjemaer (89) Møtereferater (14)	Kvalitativ innholdsanalyse
<b>Nettverksgruppemøter</b>	Lydopptak, transkribert (14) Møtereferater (14)	Kvalitativ tematisk innholdsanalyse
<b>Arbeidsgruppemøter, alderspsyk</b>	Møtereferater	
<b>Styringsgruppemøter Fokusgruppeintervju</b>	Møtereferat (9) Lydopptak, transkribert (2)	Kvalitativ innholdsanalyse
<b>Dialogmøter/oppsummering i alle medvirkende enheter</b>	Møtereferat (7)	

Aktivitetene og analysene underveis er gjennomført i samarbeid med deltagerne fra sykehjem og alderspsykiatrisk spesialisthelsetjeneste. Det er utarbeidet to årsrapporter i 2011 og i 2012. Oppsummeringen av resultatene i sluttrapporten er gjennomført av Liv Helene Jensen og Karin Håvarstein Rekve og godkjent i styringsgruppen.

#### *Loggskjema og møtereferat fra samhandlingsmøter*

Loggskjema med selvrapporing og tre åpne spørsmål ble anvendt umiddelbart etter hvert samhandlingsmøte for å få innsikt i deltagerens erfaringer fra samhandlingsmøtet.

Datamaterialet består av 89 loggskjema og 14 møtereferater fra samhandlingsmøtene.

#### *Lydopptak fra nettverksmøter*

I utviklingsarbeidet beskrev helsepersonell sine erfaringer fra utskrivelsesprosessen og det ble lagt særlig vekt på samhandlingsmøtet som ble gjennomført etter utskrivning. Erfaringene ble delt i nettverksgruppen som grunnlag for videre refleksjon og kunnskapsdeling. Gjennom dialogen i gruppen identifiserte deltagerne ressurser og problemstillinger i fellesskap og alternative løsninger som kan styrke samhandlingen med pasienten og pårørende i utskrivelsesprosessen.

Datamaterialet består av lydopptak fra nettverksmøtene, som ble transkribert. I tillegg utarbeidet en av møtedeltagerne referat fra hvert nettverksmøte som ble validert av deltagerne ved neste nettverksmøte. Totalt 14 nettverksmøtereferater.

### *Notater fra arbeidsgruppemøter*

I forarbeidet til prosjektet ble det etablert en tverrfaglig arbeidsgruppe ved alderspsykiatrisk seksjon, som har sørget for informasjon til medarbeidere i planlegging av utskrivning.

Deltagerne i arbeidsgruppen har også sørget for informasjon til deltagere i samhandlingsmøtene på sykehjemmene som har kommet til underveis.

### *Lydopptak fra fokusgruppeintervju*

For å få utfyllende informasjon fra bydelene ble det gjennomført fokusgruppeintervjuer i to bydeler med lydopptak. Lydopptakene ble transkribert.

### *Oppsummering i dialogmøter*

Det ble gjennomført oppsummering i dialogmøter med ledere og tverrfaglig personale i alderspsykiatrisk seksjon; de to døgnenhetene og poliklinikk og ved 4 av 5 sykehjem. Ett av sykehjemmene hadde ikke anledning til å delta.

## **Kvalitative analyser**

I deltagende aksjonsforskning foregår utviklingsarbeidet med datainnsamling og analyser parallelt. Den analytiske refleksjonen inkluderer innholdet og prosessene i samtalene, og refleksjon over prosessen og hva som skjedde i samarbeidet, samt forutsetninger og rammefaktorer som premisser for samarbeidet (Coghlan og Brannick 2010). Analysene omfatter derfor ulike nivåer av kompleksitet. Deltagerne i nettverksgruppen delte erfaringer fra hver utskrivelsesprosess og kom sammen frem til sentrale temaer og tiltak til forbedring av praksis gjennom kritiske refleksjon og oppsummering.

I ettertid ble det gjennomført kvalitative tematiske analyser fra nettverksmøtene for å få innsikt i hvordan personalet som står i direkte kontakt med personer med alvorlige psykiske lidelser erfarte utskrivelsesprosessen. De kvalitative analysene ble gjennomført trinnvis med inspirasjon fra Malteruds (2004) beskrivelse av kvalitativ innholdsanalyse med naiv gjennomlesing av transkripsjoner og møtereferater for å få et helhetsinntrykk, identifisering av meningsbærende enheter, kategorisering og fortolkning av funnene i lys av studiens målsetting og tidligere forskning.

Resultatene fra de kvalitative analysene er publisert i en masterstudie av Kari Kristoffersen (2013) med tittelen «Helsepersonells erfaringer fra samarbeid med pårørende til personer med demens i utskrivelsesprosessen fra alderspsykiatrisk avdeling til sykehjem».

Kvalitativ innholdsanalyse av erfaringer fra samhandlingsmøtene vil bli presentert i en masterstudie av Anja Hoff (under arbeid).

## **Formidling av resultater underveis**

Prosjektet er gjennomført som kvalitetsutvikling og forskning i samhandling med både alderspsykiatrisk spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjenesten. Prosjektet har overordnet lederforankring på begge nivåer. Deltagere fra både sykehjemmene og alderspsykiatrisk seksjon har bidratt aktivt underveis i erfaringsutveksling og i oppsummeringer. Denne rapporten bygger på erfaringsbasert kunnskap om gode samhandlingsprosesser ved utskrivning fra spesialisthelsetjenesten til sykehjem.

Erfaringer og kunnskap fra prosjektet har blitt formidlet underveis på nasjonale konferanser; med poster på Landskonferanse i alderspsykiatri i 2011 (vedlegg 7) og NAPHAS erfaringskonferanse om samhandling i 2013 (vedlegg 9). Prosjektleder og prosjektkoordinator har presentert funn fra studien på to internasjonale forskningskonferanser med godkjente abstrakt i 2011 med posteren "Discharging older people from psychogeriatric care in hospital to sheltered units in nursing homes" ved den internasjonale konferansen International Psychogeriatric Association IPA, i Haag (vedlegg 8) og i 2013 med presentasjonen "Learning in action by Knowledge Exchange, Collaborative action research" på den internasjonale aksjonsforskningskonferanse CARN i Tromsø (vedlegg 10).

Resultatene fra samhandlingsmodellen ved utskrivning er også fremlagt for lokale samarbeidspartnere som Utviklingssenter for sykehjem i Oslo, Geriatrisk ressurscenter i Oslo kommune og på nettverksmøte for sykehjemslegene i Oslo kommune.

## **Etiske overveielser**

Samhandlingsprosjektet ble gjennomført som et forsknings- og kvalitetsutviklingsarbeid ved Alderspsykiatrisk seksjon og aktuelle sykehjem og krever derfor ikke godkjenning fra regional etisk komite. Studien er fremlagt og godkjent av Personvernombudet ved Oslo universitetssykehus, og av Sykehjemsetaten i Oslo kommune.

Alle involverte parter har fått skriftlig og muntlig informasjon om prosjektet og har samtykket til deltagelse. Å delta i prosjektet innebar at personalet delte av sine erfaringer. Det var frivillig å delta i forskningsarbeidet, alle har fått informasjon om at de kan trekke seg fra studien uten at dette får betydning for arbeidsforholdet. Ett sykehjem valgte å ikke delta før vi kom i gang med studien. Ingen deltagere har trukket seg underveis.

Ved publisering av denne sluttrapporten har vi valgt å beholde navn på kommune og hvem som har deltatt i utviklingsarbeidet. I presentasjonen av erfaringer er personopplysninger

anonymisert, slik at opplysninger ikke kan føres tilbake til enkeltpersoner. Det er ikke innhentet pasientjournaldata til publisering.

## 4 HELSEPERSONELLS ERFARINGER FRA SAMHANDLINGSPROSESSENE

I dette kapitlet presenteres resultater fra analysene om helsepersonells erfaringer fra samhandlingsprosessene fra henvisning, utredningen og behandlingen i alderspsykiatrisk seksjon, utskrivelsesprosessen, samhandlingsmøtet i sykehjemmet etter utskrivning og videre oppfølging.

### Henvisningsprosessen ved Alderspsykiatrisk seksjon, «En dør inn»

Henvisninger og behov for nødvendig helsehjelp vurderes etter pasient- og brukerrettighetsloven (1999) og prioriteringsforskriften (2000).

Oslo universitetssykehus har fra 2012 gjennomført ordningen med kun en mottaksadresse for henvisninger: «En dør inn». Dette innebærer at alle søknader til alderspsykiatrisk seksjon vurderes ved samme mottak ut fra personens behov for nødvendig helsehjelp og foreliggende opplysninger. Ved behov innhentes tilleggsopplysninger ved observasjon og kartlegginger av personens funksjon. Det vurderes om personen kan få ambulant behandling i hjemmet, i sykehjem eller i alderspsykiatrisk spesialisthelsetjeneste (poliklinisk eller døgnbehandling). Alderspsykiatrisk seksjon har ikke akuttpsykiatrisk døgnfunksjon.

Alderspsykiatrisk seksjon mottar vel 550 henvisninger årlig. Av disse ble 103 personer innlagt for døgnbehandling i 2013. Det totale antall polikliniske konsultasjoner med råd og veiledning (indirekte pasientkontakt) er økende. (se tabell 7).

Tabell 7. Endring i henvendelser til alderspsykiatrisk seksjon, 2012 – 2013, faktiske tall

Alderspsykiatrisk poliklinikk	2012	2013
<b>Konsultasjoner, totalt</b>	7167	<b>7340</b>
<b>Utredning</b>	274	<b>256</b>
<b>Behandling</b>	695	<b>582</b>
<b>Kontroll/oppfølging</b>	4316	<b>3974</b>
<b>Indirekte pasientkontakt</b>	1882	<b>2528</b>

### **Erfaring fra Alderspsykiatrisk seksjons henvisningsmottak**

Ved henvisning til Alderspsykiatrisk seksjon vurderes behov for psykiatrisk helsehjelp for hjemmeboende og personer som bor på sykehjem. Holdningen er at man skal forsøke å behandle personen hjemme først, om det er faglig forsvarlig. Dersom dette ikke fører fram, kan pasienten innlegges til utredning og behandling i alderspsykiatrisk døgnenhet.

Henvisningsmottaket anbefaler ofte poliklinisk veiledning på sykehjemmet dersom sykehjemsbeboeren har en kjent demensdiagnose med atferdsproblematikk som forverres. Holdningen er at pasienter med demens ikke skal flyttes og at man bør tilstrebe og behandle atferdsmessige og psykiske symptomer ved demens med tilrettelegging i miljøet.

### **Helsepersonell ved poliklinikkens erfaringer fra henvisning til alderspsykiatrisk seksjon**

Helsepersonell ved alderspsykiatrisk poliklinikk rapporterer at i tillegg til de strukturelle endringene med felles henvisningsmottak «en dør inn» fra 2012, er det faglige idealet at eldre personer med demens ikke bør flyttes unødvendig og at man tilstreber å utrede personens behov for helsehjelp i et kjent miljø. For å virkeliggjøre denne målsettingen har Oslo kommune satset på kompetanseutvikling innen demens de senere år. Personalet i sykehjem som tidligere ville «ha en pause» fra pasienten, har nå en større motivasjon og ønske om å forbedre egne tjenester.» (kommentar fra poliklinikk 2013). Poliklinikken erfarer at sykehjemspersonalet i større grad etterspør veiledning. Sykehjemslegene etterspør også veiledning telefonisk fra alderspsykiatrisk poliklinikk.

### **Helsepersonell ved døgnenhetenes erfaringer fra henvisning til alderspsykiatrisk seksjon**

Helsepersonell ved døgnenhetene i alderspsykiatrisk seksjon rapporterer at det er færre eldre personer med atferdsmessige og psykiske symptomer ved demens som innlegges til utredning og behandling i alderspsykiatrisk døgnenhet i 2012 og 2013, etter det ble felles mottak. De stiller spørsmål om dette er konsekvens av kompetanseøkning i kommunen og eller endret holdning i mottaksvurderingene.

## **Helsepersonell i sykehjemmenes og døgnhetenes erfaringer**

Ved oppsummeringene i 2014 stiller helsepersonell i sykehjemmene spørsmål om det har blitt for høy terskel for henvisninger til alderspsykiatrisk spesialisthelsetjeneste for personer med demens. Flere av fagsykepleierne pekte på at det har blitt en oppgaveforskyvning mellom sykehus og sykehjem, og at: «Det går litt for fort i svingene etter samhandlingsreformen kom i forhold til personer med utagering og aggresjon.» Holdningen og kravet er at sykehjemmet skal kunne kartlegge og vurdere behov for helsehjelp, men de stiller kritiske spørsmål til dette. «Er vi i stand til det?» (fag.spl). Helsepersonell i sykehjem erfarer at noen eldre personer med psykiske lidelser og demens legges inn direkte i korttid/langtidsavdeling i sykehjem i påvente av plass ved forsterket skjermet enhet. Holdningen er at man skal prøve alt lokalt først. Arbeidsnormen med lavest mulig omsorgsnivå begrunnes med Samhandlingsreformens krav om å styrke kommunehelsetjenesten og økonomiske incentiver for å redusere omfanget av behandlingsplasser i spesialisthelsetjenesten. Sykehjempersonalets erfaringer er på den annen side at «dersom de henvender seg til alderspsykiatrisk poliklinikk, kommer de ut, gir opplæring lokalt og foreslår medikamenter».

Helsepersonell i sykehjemmene understreker at «Bydelene bestemmer!!». De opplever at bydelene ikke bruker spesialiserte plasser fordi de er dyre (skjermet). I sykehjemmene hadde de også forventninger om at det ville ta lang tid å få døgnoppholdsplass i alderspsykiatrisk avdeling. Erfaringer fra personalet i alderspsykiatrisk døgnenhet er på den annen side at det kan ta kort tid (fra dager til to uker) fra henvisning til innleggelse (jf krav til behandlingstid av søknader til alderspsyk vurdering – maks 30 dager i prioriteringsforskriften).

Både ledere, sykepleierne og sykehjemslegene erfarer at terskelen til akuttpsykiatrisk innleggelse ved Oslo universitetssykehus er for høy og "har personen demensdiagnose er døren lukket". Ved akutte psykiske helseproblemer henvender derfor helsepersonell i sykehjem seg til legevakt på kveld og helg. Det blir ofte frustrasjon i sykehjemmet, når det skjer noe akutt. Flere sykehjemsleger understreker at «det er akutte alderspsykiatriske plasser vi trenger». De etterspør tettere samarbeid med akuttpsykiatrisk avdeling, når personer i sykehjem får akutte psykiske helseproblemer.

Alderspsykiatrisk seksjon har avtale med akuttpsykiatrisk seksjon om at eldre med atferd- og psykiatriske symptomer ved demens (APSD) innlagt i akutt psykiatrisk avdeling skal overføres til alderspsykiatrisk seksjon innen 2 døgn. Dette er lite kjent i sykehjemmene og blant sykehjemslegene: «Vi prøver alt vi kan før vi henviser pasienten videre».

## **Uformell kontakt mellom bydel og alderspsykiatrisk poliklinikk etterspørres**

Saksbehandlere i bydelene erfarer stort press når det gjelder hjemmeboende personer med psykiske lidelser som trenger utredning og behandling og de etterspør mer uformell kontakt med poliklinikken. Mens personalet ved poliklinikken mener de er svært tilgjengelig, ved at de stort sett svarer samme dag. Indirekte pasientkontakt til poliklinikken har økt med over 30% fra 2012 – 2013 (se tabell 7).

Tverrfaglig personale ved poliklinikken erfarer at det er vanskelig å få kontakt med saksbehandlerne i bydelene, men dersom man først har kommet i gang med en henvisning er kontakten god. Poliklinikken erfarer at noen saksbehandlere i bydelene ikke alltid har opplysninger de trenger, og spør om det kan være manglende kontakt mellom fastlege og søknadskontoret. I følge poliklinikken vektlegger IPOS registreringene primært somatiske symptomer, mens rapportene om psykiske symptomer ofte er mangelfulle.

Saksbehandlere etterspør bydelsvise arbeidsgrupper som fungerte godt tidligere. Enkelte alderspsykiatriske sektorer har tidligere hatt gruppeveiledning i forhold til personer med psykiske lidelser med sykepleierne i bydelen.

## **Utredning og behandling i alderspsykiatrisk seksjon**

Alderspsykiatrisk spesialisthelsetjeneste utreder og behandler eldre over 65 år med ny oppståtte psykiske lidelser som f. eks depresjon, angst, psykose, personlighetsforstyrrelse, erkjent eller mistanke om kognitiv svikt. I tillegg utreder og behandler seksjonen personer med atferdsmessige og betydelige psykiatriske symptomer ved demens (APSD) som er i behov for innleggelse i døgnavdeling eller ved råd og veiledning ambulant. Eldre personer har i tillegg ofte flere somatiske lidelser. For å utrede eldre personers med komplekse psykiske og somatiske lidelsers funksjonsnivå og behov for helsehjelp er innleggelsestiden i alderspsykiatrisk døgnenhet i gjennomsnitt 46 dager.

Ved prosjektstart i 2011 var det 28 behandlingss plasser fordelt på tre døgnenheter. I november 2012 ble det redusert til 2 døgnenheter og 20 behandlingss plasser for å styrke driften i enhetene. Antall innleggelser er redusert fra 168 i 2011 til 103 i 2013. Utskrivning til sykehjem er også redusert fra 71 i 2011 til 18 i 2013.

Behandlingsforløpet starter med en bred tverrfaglig individuell kartlegging og utredning. Både obligatoriske og supplerende utredningsverktøy benyttes i utredningen (Vedlegg 1).



Målsettingen med det tverrfaglige behandlingstilbudet er å ta utgangspunkt i pasientens perspektiv. Pasienten skal i følge pasient- og brukerrettighetsloven ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Informasjonen skal være tilpasset pasientens individuelle forutsetninger og gis på en hensynsfull måte (pasient- og brukerrettighetslovens § 3-5).

Tjenestene skal være kunnskapsbaserte og kjennetegnet av respekt, høflighet og god omsorg. Tjenestetilbudet og personalets sammensetning og kompetanse er beskrevet i kapittel 2.

Planlegging av utskriving starter allerede ved innleggelse og er en kontinuerlig prosess i samarbeid med pasient og pårørende. Når pasientens funksjon og psykiske helsetilstand er bedret inviteres pasienten, pårørende og representanter fra søknadskontor i bydelen til et nettverksmøte. Målsettingen med nettverksmøtet er å avklare personens behov for helsehjelp og planlegge utskrivingen.

## **Utskrivelsesprosessen fra alderspsykiatrisk seksjon til sykehjem**

Utskrivningen fra alderspsykiatrisk seksjon planlegges i samarbeid med pasient, pårørende og kontaktperson i bydel og ansvarlige ved sykehjemmet. Bydelen vurderer og fatter vedtak om aktuelt omsorgsnivå. Melding om innleggelse sendes til bydel innen 24 timer med antatt utskrivningsdato og det tas tidlig kontakt med pårørende. Kontaktpersonen i bydelen informeres om utskrivningsplanen og behovet for videre helsehjelp.

I løpet av prosjektperioden fra vår 2011 til og med 2013 ble totalt 14 pasienter, 9 kvinner og 5 menn, overført fra alderspsykiatrisk seksjon til de fem sykehjemmene som deltok i studien. 7 ble utskrevet i 2011, 5 i 2012 og 2 i 2013. Alle pasientene var over 65 år, den eldste var født i 1922, den yngste i 1939. 5 pasienter ble utskrevet til Manglerudhjemmet, 4 til Lambertseter alders- og sykehjem, 3 til Langerud sykehjem og 2 pasienter til Akerselva sykehjem. Ingen pasienter ble utskrevet til Majorstutunet sykehjem, som primært mottar pasienter fra Diakonhjemmet sektor. Det er ikke grunn til å tro at de skiller seg vesentlig fra andre pasienter som ble overført fra alderspsykiatrisk døgnavdeling til andre sykehjem.

## **Helsepersonells erfaringer fra utskrivelsesprosessen**

Da utredningen av psykiske lidelser krever tid, starter utskrivelsesprosessen tidlig i behandlingsforløpet. Vurderingen omfatter personens psykiske helse og funksjon, utprøving

av alternative intervensjoner og vurdering av effekten av den tverrfaglige behandlingen, samt planer for fremtiden. Det er løpende kontakt med pårørende og bydel under oppholdet. På slutten av oppholdet inviteres pasienter som kan og ønsker det, deres pårørende og kontaktperson fra kommunehelsetjenesten til et nettverksmøte med overlege og ansvarlig sykepleier fra aktuell enhet, og ergoterapeut eller fysioterapeut om det er relevant. Hensikten med møtet er å oppsummere og enes om en felles vei videre. Deltagelse i utskrivelsesprosessen fra kontaktpersonen i kommunen har variert. Noen saksbehandlere hadde god kjennskap til pasientens situasjon og sykehistorie fra tidligere, og mente det tok mye tid å reise fra bydel til alderspsykiatrisk døgnenhet. For å redusere reisetid, foreslo saksbehandlerne bruk av telefon, og i fremtiden økt bruk av elektronisk kommunikasjon med for eksempel videokonferanse.

Det ble ytret ønske om hospitering ved alderspsykiatrisk avdeling før pasientutskrivning, for nærmere gjennomgang av hvilke intervensjoner som er gunstig for pasienten. I 2011 hospiterte syv medarbeidere fra de inkluderte sykehjemmene på Vardåsen, i 2012 var det avtalt at 2 sykepleiere skulle hospitere på Vardåsen, men det ble avlyst av praktiske grunner. Personalet opplevde hospiteringen som svært nyttig.

*Utskrivningsdagen* fulgte en av personalet fra alderspsykiatrisk døgnenhet pasienten til sykehjemmet, og ga muntlig rapport om utredningen og hvilke miljøterapeutiske tiltak som har fungert/ ikke fungerte så godt. I tillegg ble det gitt skriftlig sykepleiersammenfatning og epikrise fra overlege ved alderspsykiatrisk seksjon. Sykehjemspersonalet ønsket at alderspsykiatrisk avdeling utarbeidet konkrete tiltak i sykepleiesammenfatningen og at det gjerne ble lagt ved kopi av aktuelle kartleggingsinstrumenter som atferds- og døgnytmeskjema for å kunne se hvordan pasientens situasjon hadde vært den siste tiden i alderspsykiatrisk døgnenhet. For å styrke observasjonene og vurdere personens ressurser etter overføringen til sykehjemmet kom man frem til at personalet i sykehjemmet fortsatte registreringen av atferd og døgnyttme de to første ukene etter overføringen med samme mal som var anvendt i alderspsykiatrien. Hensikten var å kunne ha dette som grunnlag for erfaringsdelingen i samhandlingsmøtet to uker senere mellom ansvarlig overlege og spesialsykepleier fra alderspsykiatrisk seksjon og sykehjemoverlege og relevant personale ved sykehjemmet.

Alderspsykiatrisk avdeling har i mange år anvendt adferds- og døgnytmeskjema, med standardisert bruk av farger for ulike adferd og symptomer under utredning og behandling for alle pasientene. Begrunnelsen er at dette er svært nyttig dokumentasjon for å se virkning av intervensjoner/ tiltak, hendelser og medisiner. De fleste sykehjemmene benytter lignende registreringskjema, når pasienter har stor symptombelastning. Det ble klart nokså tidlig i prosjektperioden, at standardisert fargebruk vil bety en forbedring for sykehjemmene.

Sykehjemmene har benyttet ulike farger tilfeldig, noe som gjør forståelsen av skjemaet vanskeligere. I den muntlige rapporten ved overflyttingen til sykehjemmet har det vært nyttig for sykehjemspersonalet å se registreringen på adferds- og døgnrytmeskjema fra de siste ukene i alderspsykiatrisk avdeling. I løpet av prosjektperioden kom man fram til at alderspsykiatrisk avdeling sender med en kopi av atferd- og døgnrytmeregistrering sammen med sykepleiesammenfatningen, for å gi et visuelt bilde av pasientens situasjon ved utskrivning. Helsepersonell i sykehjemmet fortsatte adferds- og døgnrytmeregistrering frem til samhandlingsmøtet for at man sammen kunne se om symptombelastning for pasienten har endret seg. Kontinuitet i atferd- og døgnrytmeregistreringen ved endret omsorgsnivå gir et godt utgangspunkt for diskusjon for videre tiltak i samhandlingsmøtet.

Også resultat av andre tester og kartleggings skjemaer som benyttes i alderspsykiatrisk avdeling har vist seg å være til god nytte å få med i sykepleiesammenfatningen, f.eks "OBS-demens" hvor siste side med skravering i sirkelen gir et godt visuelt bilde av pasientens ressurser og svikt (Nasjonal kompetansetjeneste), kartlegging med "NPI" gir informasjon om hvilke nevropsykologiske symptomer som har vært mest fremtredende og "Pårørende stress skala" som kan gi forståelse for hvor følelsesmessig involvert de pårørende er. Det har kommet frem ønske fra sykehjemmene om mer kunnskap om disse testene.

Ved overføringen av eldre personer med alvorlige psykiske lidelser og demens til skjermet/forsterket skjermet enhet i sykehjemmet erfarte sykehjemspersonalet at de ble utsatt for kritikk fra pårørende som forventet et hjemlig og aktivt sykehjemsmiljø. Sykehjemspersonalet ønsket derfor at alderspsykiatrisk døgnenhet informerte pårørende om betydningen av fysiske omgivelser i videre omsorg og behandling i sykehjemmet og særlig begrunnet de ikke medikamentelle intervensjonene. Sykehjemspersonalet erfarte at det kunne være vanskelig å forklare pårørende om betydningen av begrensning i stimuli, både fysisk og relasjonelt.

**Med bakgrunn i helsepersonells erfaringer fra utskrivelsesprosessen fra alderspsykiatrisk døgnenhet til sykehjem, anbefales følgende:**

- **Samarbeidet med og informasjon til pasient og pårørende vektlegges gjennom hele behandlingsforløpet.**
- **Oppsummeringsmøte med pårørende skal gjennomføres før utskrivning til sykehjem.**
- **Retningslinjer for utskrivning til sykehjem gjøres kjent (vedlegg 2)**
- **Sykepleiersammenfatningen skal inneholde konkretisering av tiltak i et enkelt språk (vedlegg 6).**
- **Kopi av atferd og døgnrytme registrering (vedlegg 3) legges ved utskrivelsespapirene, og anbefales videreført de to første ukene på sykehjemmet.**

### **Tverrfaglig samhandlingsmøte i sykehjemmet etter utskrivning**

Det er gjennomført samhandlingsmøter etter alle de inkluderte utskrivningene i prosjektperioden. Totalt 14.

Samhandlingsmøte er en tverrfaglig strukturert samtale som gjennomføres omlag 2 uker etter utskrivning til sykehjemmet. Hensikten er å utveksle informasjon og erfaringer som bidrar til økt forståelse for pasientens funksjon og behov for helsehjelp og styrke overgangen mellom omsorgsnivåene. Det gis informasjon og begrunnelser for den tverrfaglige og aktuelle utredningen som ble gjennomført ved alderspsykiatrisk døgnenhet inklusive svar på medisinske, psykologiske og nevropsykologiske undersøkelser og tester (vedlegg 1 Obligatoriske tester). Sykehjempersonalets observasjoner og videre oppfølging utdypes og diskuteres.

### **Erfaringer fra samhandlingsmøtene**

I forberedelsen til samhandlingsmøtene ble det lagt vekt på å finne passende tidspunkt for både sykehjemslege og pasientansvarlig overlege fra alderspsykiatrisk døgnenhet, personalet ved poliklinikken og spesialsykepleier/ergoterapeut fra alderspsykiatrisk døgnenhet samt primærsykepleier og personalet som har kontakt med pasienten i sykehjemsavdelingen deltok i samhandlingsmøtene. Noen av sykepleierne/ergoterapeut fra alderspsykiatrisk døgnenhet ønsket å hilse på pasienten de hadde hatt behandlingsansvar for tidligere. Dette opplevdes nyttig for noen. Andre vektla informasjonen fra sykehjempersonalet og besøkte ikke pasienten før møtet.

Samhandlingsmøtet begynte med presentasjon av deltakerne. Den medikamentelle behandlingen ble gjennomgått grundig, da eldre kan ha flere og sammensatte sykdommer. Psykiateren begrunnet også de valg som ble gjort under utredningen. Denne kunnskapen ble vektlagt som betydningsfull både av sykehjemslegene og pleiepersonalet i sykehjemmene i deres selvrapportering etter samhandlingsmøtene.

Konkretisering av ikke medikamentelle intervensjoner (miljøterapeutiske tiltak) ble vektlagt, og både det som hadde fungert og ikke fungert så godt under utredningen. Bruk av hjelpemidler og som for eksempel kule-/vektdyne og SenSit stol ble drøftet dersom det hadde vært aktuelt. Foreslåtte tiltak i sykepleiersammenfatningen fra alderspsykiatrisk enhet ble gjennomgått og det ble utvekslet informasjon om hvordan tiltakene fungerte i sykehjemmet. Utfordrende situasjoner ble vurdert og diskutert spesielt, og betydningen av å se etter pasientens ressurser ble understreket.

Ved deling av erfaringer fra utredningen og observasjoner i sykehjemmet ble detaljer ved utredningen og videre oppfølging som ikke kommer frem i korte epikriser eller overføringsrapporter styrket. Erfaringen er at samhandlingsmøtene etter utskrivning styrker kontinuiteten i videre behandlingsforløp og omsorg. Personalet fra alderspsykiatrisk avdeling fikk også innsikt i hvordan personalet i sykehjemmet tilpasser omsorgen for den enkelte ut fra de fysiske ressursene i sykehjemmet.

Det kan være krevende å organisere tid for samhandlingsmøtet med alle impliserte parter. Men i evalueringene fra samhandlingsmøtene uttrykker nær alle at samhandlingsmøte etter utskrivning er nyttig bruk av tid. Samhandlingsmøtet er verdifullt selv om pasienten er kjent fra før. Det blir også understreket fra sykehjemmene at etter samhandlingsmøtet vil det være lettere å ta kontakt fordi man har blitt kjent. Deltagelse i samhandlingsmøte fører til at det blir en lavere terskel til å ta kontakt i oppfølging av behandling / endringer.

**Med bakgrunn i helsepersonells erfaringer, anbefales det at følgende spørsmål tas opp i tverrfaglig samhandlingsmøte etter utskrivning:**

- **Hvordan har overføringen fra alderspsykiatrisk avdeling fungert?**
- **Hvordan har beskrivelsen av utredningen og behandlingen vært i epikrise og sykepleiesammenfatningen?**
- **Hvordan har de anbefalte miljøtiltakene og sykepleieintervensjonene fungert på sykehjemmet?**
- **Hvordan har samarbeidet med pårørende fungert?**

## **Videre oppfølging etter samhandlingsmøtet fra alderspsykiatrisk poliklinikk**

Ved behov for videre oppfølging etter utskrivning til sykehjemmet, rettes henvisning til felles mottak og alderspsykiatrisk poliklinikk. Poliklinikken driver ambulerende virksomhet. Oppfølgingen fra poliklinikk er tverrfaglig og kan dreie seg om veiledning/opplæring av sykehjemspersonalet i forhold til spesifikke intervensjoner.

### *Helsepersonells erfaringer fra videre oppfølging etter utskrivning til sykehjem*

Det har ikke vært henvendelser til poliklinikken etter utskrivelser for de inkluderte pasientene i denne studien (totalt 14 utskrivinger). Men, personalet i sykehjemmene har ytret ønske om opplæring i bruk av kartleggingsskjemaer, som for eksempel NPI-Q. Personalet i sykehjemmene har erfart at «Legesiden» på poliklinikken er vanskeligere å kontakte enn sykepleierne. Alderspsykiatrisk poliklinikk krever /vil komme kun til bestemte pasienter etter henvisning. Sykehjemmet ønsker åpen telefon eller nettverksmøter på poliklinikken.

## **Faglige muligheter og utfordrende endringer i sykehjemmene siste 2-3 år**

Den faglige utvikling i sykehjemmene i Oslo kommune de siste 2-3 år har hatt fokus på § 4A i Pasient- og brukerrettighetsloven og tillitsskapende tiltak som reduserer bruk av tvang.

Opplæringen har vært rettet mot bedre samarbeid med pasienter og pårørende og miljøstøttende tiltak. Opplæringstiltakene har styrket personalets kompetanse i sykehjemmene i forhold til redusert bruk av medisiner og satsing på miljøtiltak.

### *Helsepersonells erfaringer fra endringene i sykehjemmene siste 2-3 år*

Personalet i sykehjemmene erkjenner at de mangler kunnskap om at man kan henvise videre til alderspsykiatrisk spesialisthelsetjeneste. «Vi baler med problemene selv» (avdelingsleder skjermet enhet). Personalet i sykehjemmene mener at bydelene og sykehjemsetaten har forventninger om at de nå kan håndtere personer med demens og atferdsproblemer i sykehjemmet. Fagsykepleierne understreker at holdningen er: «Dette må vi håndtere!»

I oppsummeringen med helsepersonell i sykehjem i 2014 beskrives flere enkeltsituasjoner som utfordrende situasjoner med aggresjon og utagering under stell og personskaademeldinger fra personalet. Det stilles spørsmål om hvor mange slike meldinger en sykehjemsavdeling kan tåle. Det blir påpekt at de har pasienter som venter lenge på plass i forsterket skjermet enhet, og at de må ha en-til-en bemanning ved uro i perioder i vanlige sykehjemsavdelinger. Dette beskrives som uholdbart. Personalet uttrykker på den annen side også en stolthet over å få til

ting selv. Det blir stilt spørsmål om hvor lenge personalet i sykehjemmet skal registrere uro før situasjonen bør utredes videre i alderspsykiatrien. Noen peker også på at det kan være riktig med «second opinion» for å vurdere om pasienten får best mulig helsehjelp. Personalet sammenligner situasjonen med eldre som ikke spiser, da blir henvisningen rettet til legevakt. Noen av personalet ved sykehjemmene uttrykker bekymring over ledigholdelse av plasser ved skjermet enheter i sykehjem, og at det er ventetid på plass ved forsterket skjermet enhet. Fagsykepleierne understreker at sykehjemmet må ta inn veldig dårlige pasienter med psykiske lidelser som krever ekstra oppfølging og bemanning. Både sykehjemslegene og sykepleierne i sykehjemmene er sterkt kritiske til at eldre personer med akutt forverring av atferds- og psykiatriske symptomer ved demens avvises fra innleggelse i akuttpsykiatrisk seksjon. Det ble også stilt kritiske spørsmål om sykehjemmene har tilstrekkelig faglige ressurser til utredning, omsorg og bemanning til å ta imot eldre personer med alvorlig psykiske lidelser.

## **5 FORBEDRINGSTILTAK I UTSKRIVELSESPROSESSEN**

I medvirkningsbasert forskning deltar tjenesteutøverne både i en forskningsprosess og en tjenesteutviklingsprosess. Gode tiltak kan prøves ut umiddelbart og evalueres systematisk. I løpet av prosjektperioden er fire forbedringstiltak prøvd ut og evaluert, og det er satt i gang arbeid for å standardisere tiltakene. Begrunnelse for tiltakene og helsepersonellens erfaringer beskrives i dette kapitlet.

### **Systematisering av samarbeid med pårørende i utskrivelsesprosessen**

Både helsepersonell i sykehjemmene og i alderspsykiatrisk seksjon har fokus på samarbeid med pårørende. Det er enighet om at samarbeidet med pasienten og de pårørende må ta utgangspunkt i deres behov for informasjon. Personalet understreker samtidig at informasjonen til pårørende bør forbedres. Særlig betydningen av at det blir gitt god informasjon om resultatene fra utredningen i alderspsykiatrisk seksjon og om både

medikamentell behandling og de ikke-medikamentelle intervensjoner før pasienten overføres til sykehjemmet (Kristoffersen 2013).

#### **Erfaringer**

Både helsepersonell og pårørende opplever at utskrivningsforløpet kan gå for fort. Personalet i sykehjemmet påpeker derfor at det er viktig at de får informasjon før utskrivning om at tiltakene anbefales videreført i sykehjemmet. I tillegg er det behov for skriftlig informasjon til helsepersonell og pasient og pårørende om hva alderspsykiatrisk utredning og behandling innebærer.

#### **Følgende tiltak anbefales:**

- **Uformell kontakt, støtte og strukturerte samtaler med pasient og pårørende må vektlegges i utskrivelsesprosessen**
- **Oppsummeringssamtale med pasient og pårørende om funn fra utredningen og om tiltak som anbefales videreført på sykehjem.**
- **Det bør utarbeides skriftlig informasjonsmateriell til pasienter og pårørende/ brosjyre om psykiske lidelser i eldre år**
- **Det bør utarbeides kunnskapsbasert informasjonsmateriell til helsepersonell om psykiske lidelser i eldre år og om alderspsykiatrisk utredning og behandling**



## «Epikrise i hånden»

Ved overføring av eldre personer med psykiske lidelser fra alderspsykiatrisk seksjon til sykehjem skal epikrisen og medisinerlister følge med samme dag «Epikrise i hånden». Det er viktig at opplysningene er skriftlige slik at personalet i sykehjemmet ikke mangler viktige opplysninger fra første dag. Epikrise, sykepleiersammenfatningen og andre tverrfaglige vurderinger inneholder presise diagnoser og testresultater fra kartleggingen som grunnlag for anbefalte tiltak.

## Erfaringer

Sykehjemspersonalet ønsker informasjon om utredningen og hvilken behandling som er prøvd under oppholdet ved alderspsykiatrisk avdeling, både det som har fungert godt og det som ikke har fungert. De har også bedt om at sykepleiersammenfatningen konkretiseres, og at personalet i alderspsykiatrisk seksjon vurderer om foreslåtte tiltak er mulig å følge opp videre i sykehjem med færre personale.

Skriftlig informasjon som følger med pasienten på utskrivelsesdagen kvalitetssikrer kontinuiteten i behandlingen. Erfaringsutvekslingen har økt personalet i alderspsykiatrisk seksjons forståelse for sykehjemmenes ressurser. Dette kommer til syne i anbefalte tiltak i sykepleiersammenfatning, f. eks at 1-1 oppfølging er vanskelig å gjennomføre i sykehjem.

## Felles forståelse og bruk av kartleggings skjemaer

Registrering av atferd og døgnrytme er anbefalt i norsk faglitteratur om demens (Rokstad & Smebye 2008). En systematisk litteraturgjennomgang viste at det finnes mer enn 100 ulike instrumenter til kartlegging av nevropsykiatriske symptomer ved demens, hvor NPI – Neuro Psychiatric Inventory er et av de anbefalte (Jeon *et al* 2011). Vi fant ikke internasjonal forskning om bruk av atferd- og døgnrytme registrering med enkel fargekodning.

Deltagerne oppdaget at det eksisterte ulike kartleggingsverktøy for registrering av atferd og døgnrytme i sykehjemmene, med ulik bruk av symboler og farger. For å vurdere atferd og døgnrytme hos personer med demens og tilpasse intervensjoner til den enkelte er det nødvendig å ha en tverrfaglig forståelse for hva man skal registrere, når og hvor lenge og hensikten. Døgnrytme registreringen sammen med den elektroniske dokumentasjonen kan anvendes i tverrfaglige vurderinger og i samtaler med pårørende. En arbeidsgruppe med Karin Håvarstein Rekve, Stephanie Djenane, Grethe Lian, Frode Olsen og Liv Helene Jensen har utarbeidet nytt atferd og døgnrytme skjema med fire ukers registrering for å kunne se endringer over tid og standardisere symbol og fargebruk (Vedlegg 3). Skjemaet er prøvd ut og vurdert av alle deltagerne i nettverksgruppen, totalt 48 tjenesteutøvere.

## **Erfaringer**

Personalet ved sykehjemmene og alderspsykiatrisk seksjon understreket betydningen av å systematisere observasjoner og påpekte behovet for å anvende felles kartleggings skjemaer ved overføringer. Begrunnelse var at ulik bruk av kartleggingsverktøy kan føre til feiltolkninger av pasientens atferd og symptomer og være forvirrende ved samhandling mellom avdelinger i sykehjem og ved overføring mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Systematisk bruk av kartleggings skjemaer til registrering av atferds- og døgnrytme med standardisert bruk av fargekoder fordrer at det legges inn i kvalitetssystemene. Sykehjemmet kan skanne atferds- og døgnrytmeskjema inn i Geric. Det anbefales å ikke bruke for mange farger.

Alderspsykiatrisk seksjon har godkjent kartleggings skjemaet og lagt det inn i sin eHåndbok (Vedlegg 5). Sykehjemsetaten ønsker at atferds- og døgnrytmeskjemaet legges inn i Oslo kommunes kvalitetssystem; Kvalitetslosen.

## **Utveksling av kunnskap om ikke medikamentelle intervensjoner**

Eldre personer med demens som er til utredning i alderspsykiatrisk døgnenhet, kan ha behov for omgivelser preget av ro, orden, lavt støynivå, få pyntegjenstander, sosialt samvær med få mennesker og lite fellesaktiviteter. For pårørende kan stimulibegrensende tiltak virke fremmed. Det kan også være utfordrende for pårørende, å forstå at slike tiltak må fortsette i sykehjemmet.

Tradisjonell behandling med legemidler kan være vanskelig i alderspsykiatrien og har ofte liten effekt hos eldre med alvorlig grad av demens. Ikke medikamentelle intervensjoner, kommunikasjon, fysiske og sosiale omgivelser må tilrettelegges ut fra personens behov for hjelp og perspektiv. For noen kan f.eks bruk av Protac SenSit saccostol eller kule-/vektdyne være gunstig som hvile. Andre vil ha glede av fysisk aktivitet og turgåing. Det legges vekt på fortløpende og detaljert informasjon og kontakt med de pårørende om de tiltak som blir gjort for om mulig å få en felles forståelse om hva som er best omsorg for pasienten.

## **Erfaringer**

Samhandlingsmøtene har avklart hvilke tiltak som kan fungere for den enkelte, både medikamentelt og ikke medikamentelle intervensjoner. Like viktig er det å involvere pårørende for å legge grunnlag for tillit og skape et godt samarbeid. Pårørende til eldre personer med psykiske lidelser og kognitiv svikt opplever ofte en stor omsorgsbyrde, og har behov for støtte

og informasjon. Det er nødvendig med gjentatt informasjon, god tid og stor grad av respekt for å møte de pårørende best mulig. Det er behov for både individuell støtte og informasjon.

Detaljert kunnskap om den enkelte persons livshistorie ble trukket frem som vesentlig i dialogene mellom helsepersonellet i sykehuset og i sykehjemmene. Denne personorienterte tilnærmingen bygger på grunnleggende verdier som anerkjenner menneskets absolutte verdi, uavhengig av alder og kognitiv funksjon. Den individuelle tilnærmingen vektlegger det unike hos den enkelte, og man søker å forstå personens perspektiv for å kunne etablere et støttende miljø som ivaretar personens og pårørendes behov (Brooker 2013).

For å synliggjøre ikke medikamentelle intervensjoner har en arbeidsgruppe ved Alderspsykiatrisk seksjon med fysioterapeutene Elfrid Aarseth, Anna Sandnes, Marianne Gjengedal sammen med Liv Helene Jensen utarbeidet en video og et instruksjonshefte i 2014 som viser hvordan hverdags trening for eldre kan tilrettelegges med turgåing og trening i grupper (Vedlegg 11).

## **6 DISKUSJON OG VEIEN VIDERE**

Gjennom samhandlingsreformen skisserer Regjeringen fem hovedgrep for å sikre at pasientene skal få bedre koordinerte tjenester (Helse- og omsorgsdepartementet 2009). Det første er å skape en klarere og sterkere pasientrolle, med økt pasientmedvirkning. Det andre grepet er å gi kommunene en større rolle. Det tredje grepet er økonomiske incentiver for å understøtte oppgavefordelingen. Et fjerde grep er rettet mot spesialisthelsetjenestens kompetanse, som må brukes mest mulig hensiktsmessig og et femte grep skal utvikle et bedre koordinert beslutningssystem for helse- og omsorgstjenestene (Melby og Tjora 2013).

### **Formaliserte retningslinjer og ikke-formaliserte praksiser**

I vår drøfting av samhandling ved utskrivning har vi valgt å se på både formalisering med utvikling av retningslinjer og ikke-formaliserte arbeidspraksiser, samhandling. Funn i studien viser hvordan helsepersonell i alderspsykiatrisk seksjon har forbedret og formalisert utskrivningspraksis med nye retningslinjer som «Retningslinjer for utskrivning fra døgnopphold ved Alderspsykiatrisk seksjon» (vedlegg 2) og «Retningslinje for Registrering av atferd og døgnrytme» (vedlegg 5). Konkrete tiltak som at epikrisen skal følge pasienten ved utskrivningen «Epikrise i hånden» og intern huskeliste som skal sikre at viktige opplysninger kommer med i sykepleiersammenfatningen (vedlegg 6) har bidratt til styrket praksis ved utskrivning. Gjennom samhandlingsprosjektet ble det pekt på viktige detaljer, som er innpasset og forbedret i praksis. Formalisert informasjonen ved utskrivning er også bekreftet som kvalitetsmål i andre studier (LaManta *et al*, 2010).

Mens de formaliserte arbeidsmåtene lar seg nedfelle i dokumenter og retningslinjer, er det ofte vanskeligere å fange hva det ikke-formaliserte arbeidet går ut på, og hvilke konsekvenser det får for pasientomsorgen (Hellesø og Melby, 2013). For å forstå hvilke muligheter og utfordringer helsepersonell erfarer i utskrivelsesprosessen fra alderspsykiatrisk spesialisthelsetjeneste til sykehjem har vi valgt en tverrfaglig og pasientsentret samhandlingsmodell hvor data ble analysert fortløpende som grunnlag for forbedringer og oppsummert i denne rapporten.

I denne studien ble vi tidlig oppmerksomme på at helsepersonell i alderspsykiatrisk seksjon og ved spesialenhetene i sykehjemmene i flere år har kartlagt og vurdert atferd og døgnrytme hos personer med demens for å forstå endringer og mulige sammenhenger mellom personens uttrykksformer, og for å komme fram til passende tiltak. Dette er også anbefalt i faglitteraturen om demens (Rokstad 2005). Funn i studien viste imidlertid at flere spesialenheter i sykehjem brukte døgnrytmeskjemaer med fargekoding, men standardisering manglet. Ulik fargekoding kan føre til feiltolkninger av pasientens atferd og symptomer og være forvirrende ved samhandling mellom avdelinger i sykehjem og ved overføring mellom kommunehelsetjenesten

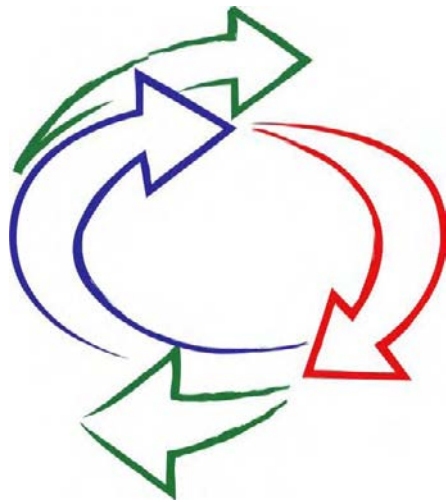
og spesialisthelsetjenesten. En systematisk litteraturgjennomgang viste at det finnes mer enn 100 ulike instrumenter til kartlegging av nevropsykiatriske symptomer ved demens, hvor Neuro Psychiatric Inventory NPI – er et av de anbefalte (Jeon et al 2011). Vi har ikke funnet internasjonal forskning om bruk av atferd- og døgnrytmeregistreing med enkel fargekoding, men det ble funnet en norsk manual for registrering av atferd knyttet til NPI med fargekoding (Lichtwarck, Tverå & Røen, 2012).

Manualen gir ingen begrunnelse for valg av farger. Vi valgte derfor en induktiv tilnærming med utveksling av erfaringer om hvordan helsepersonell i de alderspsykiatriske enhetene og i sykehjemmene anvendte atferd- og døgnrytmeregistreing og sammenlignet ulike lokale dokumenter på tvers av nivåene. Personalet i både sykehjem og alderspsykiatrisk seksjon vektla at observasjonene burde foregå over tid, og vi har derfor utviklet et enkelt kartleggingsskjema over 4 uker (Vedlegg 3). Vi brukte i tillegg en abduktiv tilnærming som innebar at vi brukte kontrasten mellom deltagernes praksis og forståelse av farger og fargesymbolikk (Willumsen, 1991; Steinbo, 2006). I denne dialektiske utviklingsprosessen ble ulike forståelser av farger og koding av atferd knyttet sammen. Fargen rødt beskrives i fargelæren som en varm farge, som oppfattet som dramatisk og signaliserer fare og «vær på vakt» (Steinbo 2006). Anvendt i observasjon av atferd assosierer rødt med aggresjon, utålmodighet, sinne, oppfarehet, høyrøstet, bråkete og voldsomme handlinger. Mens grønt ligger midt i fargespekteret og står for balanse og det stillestående (Steinbo 2006). Anvendt i observasjon av atferd assosieres grønt med søvn og hvile. For å standardisere bruk av atferd og døgnrytmeregistreing er det utviklet retningslinjer for registrering og bruk av fargekoding (Vedlegg 4 og 5).

Regelmessig registrering av atferd- og døgnrytme kan bidra til å forstå pasientens sykdomsutvikling over tid, og gi grunnlag for vurdering av individuelle tiltak der personens ressurser ivaretas. Standardisering av fargekoder og symboler gjør at atferd- og døgnregistrering kan anvendes på tvers av tjenestene i kommuner og sykehus, i tråd med anbefalinger i samhandlingsreformen. God faglig ledelse er avgjørende for å implementere systematiske registreringer i praksis.

## En tverrfaglig og pasientsentrert arbeidsmodell

Eldre personer med alvorlige psykiske lidelser som har behov for helsehjelp fra alderspsykiatrisk spesialisthelsetjeneste, kan ha behov for fortsatt helsehjelp i spesialenheter i kommunehelsetjenesten. Gode helsetjenester krever derfor tett samarbeid mellom pasient, pårørende og tjenesteutøvere, og informasjons- og erfaringsutveksling mellom ledere og fagpersoner i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Den pasientorienterte samhandlingsmodellen omfatter derfor flere gjensidig påvirkende og samtidige prosesser, aktører og nivåer i helsetjenestene, illustrert i figur 1.



Figur 3. Pasientorientert samhandling ved utskrivning til sykehjem, PASSUS modellen

Funn i studien viste at helsepersonell i alderspsykiatrisk døgnenhet starter utskrivelsesplanleggingen tidlig, og at det er en kontinuerlig prosess frem til utskrivelsestidspunktet. Kontinuiteten i pasientforløpet fremmes gjennom nært samarbeid med pasienten og familien underveis, og med oppsummerende samtale før utskrivning. Kontinuitet i pasientforløpet dreier seg også om å sørge for at opplysninger om utredningen og behandlingen følges opp av helsepersonell etter utskrivning.

Utskrivningsplanleggingen ved alderspsykiatrisk spesialisthelsetjeneste til sykehjem preges av at den eldre pasienten ofte har sammensatte helseproblemer hvor behandlingsplanen må revideres og endres i behandlingsforløpet. Dette krever utredning og utprøving av alternative intervensjoner og fortsatt behandling av kvalifisert personell på et høyt omsorgsnivå i kommunen.

Det er positivt at personalet i sykehjem har fått betydelig kompetanseøkning innen demensomsorgen og særlig hatt fokus på tillitsskapende tiltak som skal hindre bruk av tvang. På den annen side rapporterte helsepersonell i sykehjemmene i denne studien at terskelen for henvisning til spesialisthelsetjenesten kanskje var blitt for høy. De etterlyste særlig hjelp til å takle akutte situasjoner ved utfordrende atferd. Funn i studien har vist at helsepersonell i sykehjem erfarer økende kompleksitet i pasientenes omsorgsbehov, og de uttrykker bekymring for at enkelt personer med psykiske lidelser og alvorlig grad av demens legges inn i vanlige sykehjemsavdelinger under påvente av høyere omsorgsnivå. De etterlyste akutt plasser i psykiatrisk spesialisthelsetjeneste for eldre personer med akutt forverring av atferd og psykiatriske tilleggssymptomer ved demens (APSD), også omtalt som nevropsykiatriske symptomer.

Det tverrfaglige samhandlingsmøtet ca 2 uker etter utskrivning i sykehjemmet har vært en viktig suksessfaktor i denne studien. Samhandlingsmøtet bidro til dialog mellom behandlere og direkte kunnskapsoverføring fra utredningen og aktuelle behandlingstiltak som var prøvd ut, både det som hadde fungert og ikke fungert så tilfredsstillende. Denne faglige dialogen på tvers av nivåene bidro også til konkrete tilbakemeldingene fra sykehjemmene til alderspsykiatrisk seksjon om de anbefalingene som var gitt ved overføringen ble erfart som hensiktsmessige og hva som kunne forbedres. Systematiske oppsummeringssamtaler i alderspsykiatrisk døgnenhet som forbereder pasienten og pårørende på hva de kan forvente videre i sykehjemmet, var ett viktig tiltak som ble satt i verk etter tilbakemeldingene.

### **Anbefalinger for god samhandling ved utskrivning fra alderspsykiatrisk seksjon til sykehjem:**

- **Alderspsykiatrisk spesialisthelsetjeneste utreder eldre personer med psykiske lidelser, funksjonsnivå og behov for helsehjelp.**
- **Utskrivningen fra alderspsykiatrisk seksjon planlegges i samarbeid med pasient, pårørende og kontaktperson i bydel og ansvarlige ved sykehjemmet.**
- **Bydel fatter vedtak om omsorgsnivå.**
- **Epikrise fra alderspsykiatrisk døgnenhet følger med pasienten ved utskrivning til sykehjem. Sykepleiesammenfatningen skal omfatte konkrete og tilstrekkelige tiltak som er prøvd ut og tiltak som fungerer for den enkelte pasient.**

- **Sykehjemmene følger opp observasjoner med registrering av atferd og døgnrytme frem til samhandlingsmøtet, ca 2 uker etter utskrivelsestidspunktet.**
- **Tverrfaglig samhandlingsmøte gjennomføres ca 2 uker etter utskrivning i samarbeid med sykehjemslege og personalet i sykehjemmet og ansvarlig overlege og spesialsykepleier i alderspsykiatrisk seksjon.**
- **Henvisning til alderspsykiatrisk poliklinikk rettes ved behov for fortsatt alderspsykiatrisk oppfølging.**

### **Fortsatt utvikling og samhandling**

Utviklingen av den pasientsentrerte samhandlingsmodellen PASSUS er gjennomført i samarbeid mellom Oslo universitetssykehus Alderspsykiatrisk seksjon og fem sykehjem i Oslo kommune. Dette er et avgrenset område. Det vil derfor være behov for fortsatt utprøving av samarbeidsmodellen ved utskrivning til andre sykehjem. Det er også ønskelig å spre PASSUS-modellen videre i samarbeid med Utviklingssenter for sykehjem i Oslo og Geriatrisk ressurscenter ved Helseetaten i Oslo for å styrke samarbeid mellom sykehjem og de alderspsykiatriske sykehusavdelingene som skriver ut pasienter til sykehjem i Oslo.



## REFERANSER

- Aavik, E., Bergem, M. (2008) *Kompetanseheving ved sykehjem i Aker sektor*. Et pilotprosjekt fra Alderspsykiatrisk poliklinikk, Aker Universitetssykehus HF. Avslutningsrapport april 2008.
- Bergland, Å., Kirkevold, M. (2011) Hvilke faktorer i de fysiske omgivelsene hemmer og fremmer funksjon, trivsel og velvære hos personer med demens? *Sykepleien Forskning*, nr 1; 14-25
- Brooker, D. (2013) *Personorientert DEMENSOMSORG*. Veien til bedre tjenester. Tønsberg: Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse
- Bukve, O. & Kvåle, G. (2014) *Samhandling og kvalitet i helseorganisasjonar*. Oslo: Universitetsforlaget
- Coghlan, D. og Brannick, T. (2010). *Doing action research in your own organization*. London: SAGE Publications Ltd
- Cortes, T.A., Wexler, S. & Fitzpatrick, J. (2004) The Transition of Elderly Patients Between Hospitals and Nursing Homes. *Journal of Gerontological Nursing*, June, 10 -15
- Dewing, J. (2008) Personhood and dementia: revisiting Tom Kitwood`s ideas. *International journal of older people nursing*. Vol 3 (1), pp 3-13
- Engedal, K., Kirkevold, Ø., Eek, Nygård, AM (2002) *Makt og avmakt. Rettighetsbegrensninger og bruk av tvangstiltak i institusjoner og boliger for eldre*. Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens. side 99-101.
- Fjær, S. (2010) Erfaringer med å overføre syke eldre pasienter fra sykehus til kommune. *Sykepleien Forskning*, nr 1 (4), s. 28-34.
- Forsetlund, L., Bjørndal, A., Rashidian, A., Jamtvedt, G., O`Brien, MA, Wolf, F., Odegaard-Jensen, J., OXMN, AD (2009) Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 2, Art, No.: CD003030. DOI:10.1002/14651858. CD0030.pub2
- Forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd (prioriteringsforskriften) (2000) Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet (Prioriteringsforskriften)
- Hellesø, R. & Melby, L. (2013) Forhandlinger og samspill i utskrivelsesplanleggingen av pasienter på sykehus. I: Tjora, A. & Melby, L. (red) *Samhandling for helse*, Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 222-242.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2005). *Fra stykkevis til helt- en sammenhengende helsetjeneste*. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet. NOU 2005:3
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. St.meld.nr. 47 (2008-2009). Oslo: Helse og omsorgsdepartementet.
- Helsedirektoratet (2013). *Nasjonale mål og prioriterte områder for 2013. Rundskriv til kommunene, fylkeskommunene, de regionale helseforetak og fylkesmennene fra Helsedirektoratet*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra: <http://www.helse-sorost.no/aktuelt/nyheter/Documents/Rundskriv IS 1 2013.pdf>

- Jensen, L.H. (2009) Kvalitetsutvikling i pleie- og omsorgstjenester i sykehjem og hjemmebaserte tjenester -muligheter og begrensninger. Et praktisk deltagende aksjonsforskningsprosjekt. PhD avhandling. Medisinsk fakultet, Institutt for sykepleievitenskap og helsefag, Universitetet i Oslo
- Jensen, L.H. og Rekve, K.H. (2013). *Utskrivning til sykehjem – en god samhandling*. Årsrapport 2012. Oslo universitetssykehus.
- Jensen, P. og Ulleberg, I. (2011). *Mellom ordene. Kommunikasjon i profesjonell praksis*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Jeon, Y-H., Sansoni, J., Low, L-F, Chenoweth, L., Zapart, S., Sansoni, E. & Marosszeczy, N (2011) Recommended Measures for the Assessment of Behavioral Disturbances Associated With Dementia. *Am J Geriatr Psychiatry*, 19 (5): 403-415
- Kent, B. & McCormack, B. ed (2010) *Clinical Context for Evidence-Based Nursing Practice*. Oxford: Wiley-Blackwell Publ
- Kitwood, T. (1997) *Dementia Reconsidered; The Person Comes First*. Open University Press, Buckingham, UK
- Kristoffersen, K. (2013) *Helsepersonells erfaringer fra samarbeid med pårørende til personer med demens i utskrivelsesprosessen fra alderspsykiatrisk avdeling til sykehjem*. Masteroppgave i klinisk helsearbeid, Høgskolen i Buskerud.
- LaMantia, M.A., Scheunemann, L.P., Viera, A.J., Busby-Whitehead, J. & Hanson, L.C. (2010) Interventions to Improve Transitional Care between Nursing Homes and Hospitals: A Systematic Review, *JAGS*, 58:777-782
- Lichtwarck, B., Tverå, A-M. & Røen, I. (2012) *Tverrfaglig Intervensjonsmodell ved utfordrende atferd ved Demens. Manual*. Alderspsykiatrisk forskningscenter, Sykehuset Innlandet.
- Lov om spesialisthelsetjenester (1999), Helse- og omsorgsdepartementet
- Lov om pasient- og brukerrettigheter (Pasientrettighetsloven) (1999), Helse- og omsorgsdepartementet
- Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven) (1999). Helse- og omsorgsdepartementet
- Manley, K., McCormack, B., & Wilson, V. (ed.) (2008) *International Practice Development in Nursing and Healthcare*, Oxford: Blackwell Publ
- Nygaard, E. & Kårikstad, V. (2008) Prioriteringsveileder. Psykisk helsevern for voksne. IS-1582. Oslo: Helsedirektoratet
- Piraino, E., Heckman, G., Glenney, C. & Stolee, P. (2012) Transitional care: who is left behind? A systematic review. *International Journal of Integrated Care*. 12.
- Rognstad, M-K (2007) *Trygghet og verdighet i praksisfeltet*. Rapport. Avdeling helsefag, Høgskolen i Oslo
- Rokstad, A.M.M & Smebye, K.L. (2008) *Personer med demens. Møte og samhandling*. Oslo: Akribe.

- Rokstad, A.M.M. (2005) *Kommunikasjon på kollisjonskurs. Når atferd blir vanskelig å mestre*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse
- Steinbo, T. (2006) *Fargene forteller. Om fargenes betydning – symbolsk, psykologisk og estetisk*. N.W. Damm & Søn
- Sullivan, S.C. & Richards, K.C. (2004) Predictors of circadian sleep-wake rhythm maintenance in elders with dementia, *Aging & Mental Health*, 8 (2): 143 – 152.
- Stortingsmelding nr 25 (2005-2006) *Mestring, muligheter og mening – framtidens omsorgsutfordringer*
- Stortingsmelding nr 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Oslo: Helse – og omsorgsdepartementet
- Selbæk, G., Kirkevold, Ø., Engedal, K. (2008) Psychiatric and behavioral symptoms and the use of Psychotropic Medication in Special Care Units and Regular Units in Norwegian Nursing Homes. *Scand J Caring Sci*, 22, 568-573.
- Testad, I., Aasland, AM, Aarsland. D. (2005) The effects of staff training on the use of restraint in dementia: A single blind randomized controlled trial. *International Journal Geriatric Psychiatry*, 20:587-90
- Willumsen, U. (1991) *Fargelære*. Oslo: Gyldendal adNotam forlag
- Wyller, T. (2011). *Geriatrici. En medisinsk lærebok*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

## VEDLEGG

1. Obligatoriske tester og supplerende, valgfrie utredningsverktøy. Hjelpearck, Oslo universitetssykehus, Alderspsykiatrisk seksjon.
2. Retningslinje: Utskriving til Sykehjem fra døgnopphold ved Alderspsykiatrisk seksjon Oslo universitetssykehus. eHåndbok ved Oslo universitetssykehus, Alderspsykiatrisk seksjon.
3. Atferd og døgnrytmeskjema
4. Notat: Systematisk registrering av atferd og døgnrytme. Utarbeidet av Karin Håvarstein Rekve, Stephanie Djenane, Grete Lian, Frode Olsen og Liv Helene Jensen
5. Retningslinje for registrering av atferd og døgnrytme. eHåndbok ved Oslo universitetssykehus, Alderspsykiatrisk seksjon.
6. Huskeliste for skriving av sykepleiesammenfatningen, Oslo universitetssykehus Alderspsykiatrisk seksjon.
7. Poster/godkjent abstrakt (2011) Landskonferanse i Alderspsykiatri
8. Poster/godkjent abstrakt (2011) "Discharging older people from psychogeriatric care in hospital to sheltered units in nursing homes" ved den internasjonale konferansen International Psychogeriatric Association IPA, i Haag. Presentert av Liv Helene Jensen og Karin Håvarstein Rekve
9. Poster/godkjent abstrakt (2013) «Utskrivning til sykehjem – en god samhandling», NAPHA Samhandlingskonferanse november 2013.
10. Oral presentation/godkjent abstrakt (2013) "Learning in action by Knowledge Exchange, Collaborative action research" på den internasjonale aksjonsforskningskonferanse CARN i Tromsø. Presentert av Liv Helene Jensen og Karin Håvarstein Rekve
11. Hverdagstrening for eldre Turgåing og trening i grupper (2014) DVD og instruksjonshefte. Utarbeidet av Elfrid Aarseth, Anna Sandnes, Marianne Gjengedal og Liv Helene Jensen.

**Side 1:**  
**Obligatoriske tester**

 Pas.-ID
 

<b>Alle pasienter</b>	<b>Inndato:</b>			<b>Utdato:</b>		
<b>VAF (Alderspsykiatrisk forskningsnettverk) Sjekkliste:</b>	<b>Ansvarlig</b>	<b>Dato</b>	<b>Resultat</b>	<b>Dato</b>	<b>Resultat</b>	<b>Pos/Neg-poeng</b>
GAF	Lege/Psyk.					100-0
CGI	Lege/Psyk.					-
BMI	Sykepl.					-
MMSE-NR:	Lege/psyk./sykepl					30-0
Klokkestest	Lege/psyk./sykepl					5-0
Cornell	Sykepl.					0-38
MADRS	Lege/psyk./sykepl					0-60
GAI	Sykepl.					-
NPI-Q	Sykepl.					36
I-ADL	Ergot./sykepl.					31
P-ADL	Ergot./sykepl.					30
Spørreskjema til pårørende	Sykepl./primær					-
RSS; Pårørende/stress-skala	Sykepl./primær					0-60

MNA - Mini Nutritional Assessment	Sykepl. /primær					
-----------------------------------	-----------------	--	--	--	--	--

<b>Minimum kognitiv utredning</b>	<b>Ansvarlig</b>	<b>Dato</b>	<b>Resultat</b>	<b>Dato</b>	<b>Resultat</b>	<b>Pos/Neg-poeng</b>
MOCA	Psyk./lege/sykepl.					
Tall hukommelse WAIS	Psyk./lege					
CVLT2	Psyk./lege					
FAS-kategori	Psyk./lege/sykepl.					
Stroop	Psyk./lege/sykepl.					
TMT A og B	Psyk./lege/sykepl.					Max 300 s.
ROCF (Rey-Osterreith complex figure)	Psyk./lege					

<b>Fysioterapi:</b>	<b>Ansvarlig</b>	<b>Dato</b>	<b>Resultat</b>	<b>Dato</b>	<b>Resultat</b>	<b>Pos/Neg-poeng</b>
Bergs Balanseskala (BBS)	fysioterapeut					56-0
TUG	fysioterapeut					
Fallrisikovurdering	Fysio/sykepl.					

**Ansvarlig behandler skriver begrunnelse dersom tester ikke er utført:**

## Side 2: Supplerende; Valgfrie utredningsverktøy

Kognitive tester:	Ansvarlig	Dato	Resultat	Dato	Resultat	Pos/Neg-poeng
FAST	Lege					
KDV	Sykepl.					
OBS-demens	Sykepl.					
Wechsler	Psyk./sykepl.					
CERAD (jmf PRODE)	Psyk.					
Hopkins	Psyk./lege					
Frontal BI (FBI)	Sykepl.					
Brief	Sykepl.					
RBANS						

Psykiatriske utredningsverktøy:	Ansvarlig	Dato	Resultat	Dato	Resultat	Pos/Neg-poeng
NOSIE-30	Sykepl.					0-120
Personlighetstest: IOWA-Screening	Psyk.					
ICD-10 kriterier	Psyk./lege					0-6
HAD	Sykepl.					0-21+0-21=0-42
BDI-Depresjon	Sykepl.					

	Ansvarlig	Dato	Resultat	Dato	Resultat	Pos/Neg-poeng
MINI:	Psyk./lege					
SCID-I	Psyk./lege					
SCID-II	Psyk./lege					
YMRS	Lege/psyk.					
Screening for Bipolar lidelse	Lege/psyk.					
Voldsrisikovurdering: BVC	Sykepl.					
Døgnrytmeskjema	Sykepl.					
SOAS-test	Sykepl.					

Smertere registrering:	Ansvarlig	Dato	Resultat	Dato	Resultat	Pos/Neg-poeng
NRS (0-10)	Sykepl.					
C-NPI (non verbal pain indicators)	Sykepl.					

Ergoterapi:	Ansvarlig	Dato	Resultat	Dato	Resultat	Pos/Neg-poeng
TRANDEX (PMF)	Ergot.					

Alkohol/rus:	Ansvarlig	Dato	Resultat
Audit	Sykepl.		
Dudit	Sykepl.		
CAGE	Sykepl.		
MAST-G	Sykepl.		

Pårørende:	Dato
Anamneseskjema / sykepl.	

	<b>Retningslinje</b> <b>Utskrivning til sykehjem fra døgnopphold ved Alderspsykiatrisk seksjon</b>		
	Psykisk helse og avhengighet / Psykisk helsevern døgnbehandling, avdeling / Alderspsykiatrisk seksjon		
<b>Dokument-ID:</b> 58211 <b>Versjon:</b> 0 <b>Status:</b> Godkjent	<b>Dokumentansvarlig:</b> Bodil A Mcpherson	<b>Godkjent av:</b> Bodil A Mcpherson	<b>Godkjent fra:</b> 02.04.2014 14:39:11

## 1. Endringer siden forrige versjon

Retningslinjen er ny

## 2. Hensikt og omfang

Kvalitetssikre god rutine ved utskrivning fra døgnopphold ved Alderspsykiatrisk seksjon til sykehjem.

Sikre et godt behandlingsforløp.

Fremme gjensidig erfaringsutveksling.

Retningslinjen omfatter utskrivning av pasienter fra døgnenheter ved Alderspsykiatrisk seksjon til sykehjem .

## 3. Ansvar

Seksjonsleder er ansvarlig for retningslinjen.

Enhetsleder er ansvarlig for at retningslinjen overholdes ved utskrivning fra Alderspsykiatriks seksjon til sykehjem.

## 4. Fremgangsmåte

Enheten får beskjed om tildelt plass på hvilket sykehjem pr tlf fra søknadskontoret .

Søknadskontoret varsler pårørende om tildelt sykehjemsplass. Søknadskontoret har plikt å informere pårørende.

Pasientansvarlig sykepleier ved Alderspsykiatrisk seksjon kontakter også pårørende pr tlf. Beskjeden formidles til ansvarlig sykepleier i enheten, som igjen formidler til behandlingsansvarlig lege.

Behandlingsansvarlig lege skriver henvisning/ notat til poliklinikken ( brev lege) Henvisningen/ notatet skal inneholde informasjon om at dette er *samhandlingsmøte*, navn på *overlege* og *spesialsykepleier* som skal delta i samhandlingsmøtet på sykehjemmet.

NB! Elektronisk henvisning må opprettes før pasienten utskrives.

Epikrise og sykepleiesammenfatning i papir følger pasienten fra døgnoppholdet ved utskrivning til sykehjemmet.

Spesialsykepleier som skal delta i samhandlingsmøtet avtaler tidspunkt for møtet med sykehjem og overlege ved Alderspsykiatrisk seksjon.

Spesialsykepleier fra døgnenhet timebestiller når det er bestemt møtetidspunkt.

Overlege og spesialsykepleier reiser til sykehjemmet. Overlege/ Spesialsykepleier i Alderspsykiatrisk seksjon leder møtet.

Overlege skriver poliklinisk notat og møtet registreres som konsultasjon. ( kodes som samarbeidsmøte )

Dersom pasienten tilses av overlege registreres dette i tillegg.

Videre alternativ:

Alt 1

Overlege setter dagens notat inn i en epikrisemal, og henviser til epikrise fra siste døgnopphold.

Alt 2

Overføringsnotat til ny ansvarlig overlege ved Alderspsykiatrisk poliklinikk ved behov for lengre tids oppfølging.

Overlege fra døgn formidler da muntlig og skriftlig til overlege ved poliklinikk som skal følge opp videre.

## 5. Definisjoner

Vær oppmerksom på at dokumentet kan være endret etter utskrift.

Retningslinje Utskrivning til sykehjem fra døgnopphold ved Alderspsykiatrisk seksjon		Utskriftsdato: 12.06.2014	
Utarbeidet av: Bodil A Mcpherson	Godkjent av: Bodil A Mcpherson	Dokument-Id: 58211 - Versjon: 0	Side 1 av 2

Logo	Pasient
------	---------

År: \_\_\_\_\_

### Atferd- og døgnrytmeregistrering

Uke

	Dato	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	01	02	03	04	05	06	07	merknad	
Ma																											
Ti																											
On																											
To																											
Fr																											
Lø																											
Sø																											

Uke

	Dato	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	01	02	03	04	05	06	07	merknad	
Ma																											
Ti																											
On																											
To																											
Fr																											
Lø																											
Sø																											

Uke

	Dato	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	01	02	03	04	05	06	07	merknad	
Ma																											
Ti																											
On																											
To																											
Fr																											
Lø																											
Sø																											

Uke

	Dato	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	01	02	03	04	05	06	07	merknad	
Ma																											
Ti																											
On																											
To																											
Fr																											
Lø																											
Sø																											

= rolig /normal aktivitet

=

=

= søvn

=

=

=

=

=



Logo	Pasient
------	---------

## Veiledning til døgnsregistrering

Registreringsskjemaet er et hjelpemiddel for å få oversikt over endringer i personens atferd og døgnrytme over tid, og utprøving av nye tiltak. Bruk de standardiserte fargene i listen under, og velg 4-6 som markeres på forsiden. Marker atferd med valgt farge gjennom hele døgnet.

Tegn, forkortelser eller bokstaver kan føres inn i skjemaet med forklaring i merknadsfeltet, f. eks B = besøk, M = musikk, UT = ute aktivitet/tur eller X = gitt eventuell medisin. Utfyllende merknader som har betydning for personens døgnrytme/atferd skal i tillegg skrives inn i den elektroniske pasientjournalen.

Skjemaet anvendes sammen med tiltaksplan og i tverrfaglige vurderinger.

= søvn

= rolig, normal aktivitet for personen

= fysisk aggresjon / fysisk utagering / spyting / kasting / slår

= verbal uro / roping / gjentatt tale

= verbal irritabilitet og negative kritiske kommentarer

= forvirring

= engstelse/angst

= motorisk uro / vandring

= uttrykker suicidale tanker

= uttrykker endret virkelighetsforståelse

=

=

=

=Eventuelt medisiner

## Systematisk registrering av atferd og døgnrytme

*Notat utarbeidet av Karin Håvarstein Rekve, Stephanie Djenane, Grete Lian, Frode Olsen og Liv Helene Jensen*

Systematisk registrering av atferd og døgnrytme er et hjelpemiddel for å forstå endringer hos personer med demens i vurdering av individuelle tiltak som ivaretar personens ressurser.

Atferd- og døgnrytmeregistreringer anvendes også ved utredning av tilleggssymptomer ved demens. I forskningslitteraturen finnes det mer enn 100 ulike instrumenter til kartlegging av nevropsykiatriske symptomer ved demens, hvor Neuro Psychiatric Inventory NPI – er et av de anbefalte (Jeon et al 2011). Døgnrytme registrering er også anbefalt i faglitteratur om demens (Rokstad 2004), men det mangler standardisering. Standardisering av atferd- og døgnrytmeregistreringene er viktig i samhandling på tvers av enheter i sykehjem og mellom tjenesteutøvere i kommuner og sykehus, i tråd med anbefalinger i samhandlingsreformen.

Vi har ikke funnet internasjonal forskning om bruk av atferd- og døgnrytmeregistrering med enkel fargekoding, men det ble funnet en norsk manual for registrering av atferd knyttet til NPI (Lichtwarck, Tverå & Røen, 2012). Den norske NPI manualen gir ingen begrunnelse for valg av farger. I utviklingen av atferd og døgnrytme skjemaet, har vi derfor valgt en erfaringsbasert tilnærming og sammenholdt praksis i fem sykehjem og ved en alderspsykiatrisk sykehusavdeling med litteratur om farger og fargesymbolikk (Willumsen, 1991; Steinbo, 2006).

### **Fire ukers registrering**

Systematisk kartlegging og vurdering av atferd og døgnrytme hos personer med demens bør foregå over tid. Døgnrytmeregistreringen bør være enkel i bruk av alle medarbeidere og gi en god visuell oversikt. Atferd og døgnrytme skjemaet har derfor registrering *over 4 uker* (se vedlagt). Registrering av atferd og døgnrytme må være systematisk og fordrer tverrfaglig samarbeid både i avgjørelsen om hva det er nødvendig å observere, hvorfor og hvor lenge. Registreringen bør være innrettet mot det som er betydningsfullt for personen (Brooker 2013) og kan anvendes ved utprøving av spesifikke psykososiale aktiviteter som f. eks musikk, taktill stimulering eller ved regelmessig trening og turgåing, samt ved administrering av legemidler. Det er viktig å huske på at observasjon av atferd er kulturelt betinget og fortolkninger av det vi ser og erfarer i situasjoner. Fagfolks vurderinger påvirkes av om atferden oppleves

belastende og om den er hyppig forekommende. I små spesialenheter kan det f. eks være lite rom for fri bevegelse og oppstå situasjoner som tolkes som utfordrende atferd ved demens. Ulike former for fysisk aktivitet som å gå hvileløst frem og tilbake innendørs og turgåing ute på dagtid vil kanskje ikke fortolkes som «vandring» før personen blir sliten av det. Atferden vekker kanskje først bekymring om personen snur døgnrytmen og er oppe og går på natten. Derfor er det viktig å ta med atferd i anamnesen, slik at man vet hva ”vandring” er for den enkelte og varigheten f. eks i 2 timer.

I vurdering av atferd hos personer med demens må man forsøke å skille det som er normalt for personen i ulike situasjoner og uttrykk eller tegn på mestringsutfordringer, samt vurdere de fysiske og psykososiale omgivelsenes betydning. Ettersom endringene kommer gradvis og varierer fra dag til dag kan de være vanskelige å oppdage. Kunnskap om den enkeltes vaner og interesser og systematiske registreringer av atferd og døgnrytme kan bidra til å oppdage endringer og tidlige tegn på utfordringer i hverdagen. Systematiske registreringer, f. eks hvert ½ år i langtidsomsorg kan skape grunnlag for å sette inn forebyggende og tillitsskapende tiltak som reduserer bruk av tvang (HOD 2011, § 4A).

### **Fargekoding og bruk av symboler**

For å standardisere bruk av ADR skjemaet anvendes fargekoder. Fargekoden beskrives i tillegg med ord i fargefeltet nederst på skjemaet for å redusere feilbruk av skjemaet. I tillegg kan det anvendes symboler ved spesifikke miljøterapeutiske tiltak, f. eks TS for taktil stimulering, eller X for gitt eventuell medisin og i tillegg kommentar i kommentarfeltet.

I fargelæren skiller man mellom de rene fargene rødt, gult og blått og sekundærfarger som er blandet. Blått og gult blir grønt. Rødt og gult blir oransje, mens blått og rødt blir fiolett. Hvitt og sort står utenfor fargesirkelen. Mens de varme fargene rødt, oransje og gult oppfordrer til handling, fysisk eller mentalt, representerer blått og grønt de kalde fargene som kjøler og roer oss ned (Steinbo 2006).

Fargen rødt beskrives i fargelæren som en varm farge. Rødfargen oppfattes også som dramatisk og signaliserer fare og «vær på vakt» (Steinbo 2006). Anvendt i observasjon av atferd assosieres rødt med aggresjon, utålmodighet, sinne, oppfarenhet, høyrøstet, bråkete og voldsomme handlinger. Mens grønt ligger midt i fargespekteret og står for balanse og det stillestående (Steinbo 2006). Anvendt i observasjon av atferd assosieres grønt med søvn og hvile.

## Standard bruk av farger ved observasjon av atferd i døgnrytme

Standard bruk av farger tar utgangspunkt i fargesirkelen, som beskrevet over, fra de kalde fargene blått, det rolige og grønt som er søvn. De varme fargene hvor gult symboliserer irritasjon/ angst, oransje verbal uro, og den røde fysisk aggresjon og utagering.

Tabell 1: Standardisering av fargesymboler i atferd og døgnrytemregistrering

	Fargesymboler
	<b>Grønt = søvn</b> Grønt er en blanding av gult og blått. Ettersom grønn fargen er verken varm eller kald, og ligger midt i fargespekteret, står den for balanse, harmoni, empati og for det stillestående.
	<b>Blått = rolig og vanlig aktivitet (for personen)</b> Blått er en kald farge, som representerer det tradisjonsbundne og litt kjølige (blåfrossen), konservative og trygge. I motsetning til rødt som trekker oppmerksomheten til seg, ser den blå fargen ut til å trekke seg bort fra oss.
	<b>Rødt = fysisk aggresjon, utagering, spyting, sparring, kasting, slåing</b> Rødt er en dramatisk farge, som tiltrekker oppmerksomhet og kan virke skremmende. De positive egenskapene forbundet med rødt er fysisk aktivitet, viljestyrke og risikovillighet. Den røde fargen signaliserer fare, og «vær på vakt». Rødt knyttes til aggresjon, utålmodighet, sinne, oppfarehet, høyrøstet, bråkete og voldsomme handlinger.
	<b>Oransje = verbal uro, roping, gjentatt tale</b> Oransjefargen er energisk og representerer entusiasme, spontanitet og at noe må skje hele tiden. Oransje er derfor rastløshetens farge med utålmodighet og uro i seg. Har sterkere intensitet enn gul.
	<b>Gult = verbal irritasjon</b> Gult er solen og lysets farge, og oppleves av mange som positiv og optimistisk. Guldfargen assosieres også med egenskaper som kontroll, mistenksomhet, skepsis, kritisk og for detaljert atferd. Gult viser irritasjon i kroppsspråk, og en repeterende atferd som ikke representerer fare.
	<b>Grått= forvirring</b> Grått assosieres av noen med sammenbrudd, vanskeligheter og sinnsstemninger av tristhet («du ser jo helt askegrå ut!», «grått og trist»). Grått markeres ved forvirring. Så skriver man hva pasienten gjorde med enkle ord i merknadsfeltet.
	<b>Rosa =engstelse/angst</b> Rosa assosieres gjerne som en tander farge og knyttes til hjelpeløshet. Fargen kan signalisere engstelse og angst.
	<b>Brun = motorisk uro/vandring</b> Det røde i brunfargen assosieres med energi, mens andre assosierer brunt med beroligende egenskaper som knytter oss til jorden. Brun anvendes når personen vandrer hvileløst og ikke klarer å motta hjelp med å sette seg ned og må vurderes i forhold til normal aktivitet.
	<b>Svart = uttrykker suicidale tanker</b> I vår kultur er sort sorgens og dødens farge, og symboliserer de suicidale tankene («ser svart på livet»). Noen mener at sort kan virke beskyttende og gjemmer seg bak sorte klær.
	<b>Fiolett/lilla = uttrykker endret virkelighetsforståelse</b> Fiolett har i seg alle de varme og kalde fargene. Avhengig av styrke kan fiolett gi inspirasjon og kreativitet og være kunstnerens farge, mens de mørkeste lilla nyansene kan virke mystiske.

### **Hvem har utarbeidet atferd og døgnrytme skjemaet?**

Atferd og døgnrytmeskjemaet ADRS, med 4 ukers registrering og standardisert fargekoding er utarbeidet, prøvd ut og evaluert av tverrfaglig helsepersonell fra spesialenheter for personer med demens ved Akerselva sykehjem, Langerud sykehjem, Lambertseter alders- og sykehjem, Majorstutunet og Manglerudhjemmet i Oslo kommune og Alderspsykiatrisk seksjon Oslo Universitetssykehus i perioden 2011-2013. Totalt 46 tverrfaglige fagpersoner har deltatt i utviklings og utprøvningsarbeidet fra disse enhetene.

Atferd og døgnrytmeskjemaet ADRS er godkjent av Sykehjemsetaten i Oslo kommune og finnes i Kvalitetslosen og av Kvalitetsutvalget ved Alderspsykiatrisk seksjon Oslo universitetssykehus og finnes i eHåndboken.

### **Anbefaling:**

- Atferd og døgnryttemregistrering anvendes over 4 uker med standard fargekoding
- Nye tiltak og endringer registreres over tid
- Bruk fargekodene aktivt, unngå mer enn 4 farger
- God faglig ledelse er avgjørende for å implementere systematiske atferd og døgnryttemregistreringer i praksis.

### **Referanser:**

Brooker, D. (2013) *Personorientert DEMENSOMSORG*. Veien til bedre tjenester.

Tønsberg: Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse

Jeon, Y-H., Sansoni, J., Low, L-F, Chenoweth, L., Zapart, S., Sansoni, E. & Marosszzeky, N

(2011) Recommended Measures for the Assessment of Behavioral Disturbances Associated With Dementia. *Am J Geriatr Psychiatry*, 19 (5): 403-415

Lichtwarck, B., Tverå, A-M. & Røen, I. (2012) *Tverrfaglig Intervensjonsmodell ved utfordrende atferd ved Demens. Manual*. Alderspsykiatrisk forskningscenter, Sykehuset Innlandet.

Rokstad, A.M.M. (2005) *Kommunikasjon på kollisjonskurs. Når atferd blir vanskelig å mestre*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse

Steinbo, T. (2006) *Fargene forteller. Om fargenes betydning – symbolsk, psykologisk og estetisk*. N.W. Damm & Søn

Willumsen, U. (1991) *Fargelære*. Oslo: Gyldendal adNotam forlag

 Oslo universitetssykehus	<b>Retningslinje</b> <b>Registrering Atferd og døgnrytme</b> Psykisk helse og avhengighet / Psykisk helsevern døgnbehandling, avdeling / Alderspsykiatrisk seksjon		
<b>Dokument-ID:</b> 64804 <b>Versjon:</b> 0 <b>Status:</b> Godkjent	<b>Dokumentansvarlig:</b> Karin Håvarstein Rekke	<b>Godkjent av:</b> Bodil A Mcpherson	<b>Godkjent fra:</b> 12.06.2014 09:15:11

## 1. Endringer siden forrige versjon

Retningslinjen er ny

## 2. Hensikt og omfang

Systematisk registrering av pasientens atferd gjennom hele døgnet gir grunnlag for en personorientert tilnærming slik at pasientens ressurser kan ivaretas og individuelle intervensjoner iverksettes. Spesifisering av atferd kan være en hjelp til å registrere tidlige tegn på utfordrende atferd og iverksette tillitskapende tiltak for å redusere bruk av tvang. Atferd- og døgnrytme registrering gir på en enkel måte et visuelt bilde av pasientens tilstand og endring over tid, og er et verktøy i utredning og vurdering av atferd og nevropsykiatriske symptomer ved alderspsykiatriske tilstander. Atferd- og døgnrytme registreringsskjemaet kan også anvendes ved utprøving av medikamentelle og ikke-medikamentelle intervensjoner.

## 3. Ansvar

Seksjonsleder er ansvarlig for retningslinjen

Enhetsleder har ansvar for opplæring i bruk av registreringsskjemaet

Helsepersonell som er i samhandling med pasienten er ansvarlig for at registreringsskjemaet benyttes

## 4. Fremgangsmåte

For å vurdere atferd og døgnrytme hos personer med demens er det nødvendig å ha en tverrfaglig forståelse for hva, når og hvor lenge registreringen skal pågå.

Fagpersonalet definerer hvilken atferd eller symptomer som skal registreres. Døgnrytme registreringen sammen med den elektroniske dokumentasjonen kan anvendes i tverrfaglige vurderinger og i samtaler med pårørende.

For å kartlegge atferd og døgnrytme anvendes standardisert fargekoding av observerbare uttrykksformer. Det er viktig å forenkle registreringen til 5-6 områder, som markeres med standard farger nederst på skjemaet. Symptomene er svært forskjellige. Skjemaet har derfor en fargepalett, hvor man kan plukke fra de standardiserte fargene og legge til symboler for spesifikke miljø/behandlingstiltak. Ingen bør bruke alle fargene, vi skreddersyr og legger inn tekst om det er noe spesielt som skal observeres.

Liste over de standardiserte fargekodene og veiledning i bruk av registreringen står på baksiden av skjemaet. Tegn, forkortelser eller bokstaver kan føres inn i skjemaet med forklaring i merknadsfeltet, f.eks "B" for besøk, "M" for musikk, "UT" for uteaktivitet/tur eller "X" for gitt eventuell medisin. Der det er markeringer i døgnrytmeskjemaet skrives det utfyllende informasjon i det elektroniske dokumentasjonssystemet.

Før registrering:

- definere symptomer og atferd som skal registreres
- benytte korrekte fargekoder

Selve registreringen:

- registreringen fylles ut manuelt med riktige fargekoder
- registreringen skal skje gjennom hele døgnet
- hele symbolfeltet fylles ut
- det anbefales å ikke kartlegge mer enn 6 problemområder pr skjema

Anvendelse:

- registreringsskjemaet benyttes i evaluering av behandlingen, f. eks i tverrfaglige journalmøter, behandlingsmøter og rapportmøter. Benyttes også ved elektronisk dokumentasjon: evaluering/sammendrag og sykepleiersammenfatninger
- benyttes i pårørende- og nettverksmøter

Vær oppmerksom på at dokumentet kan være endret etter utskrift.

Retningslinje Registrering Atferd og døgnrytme	Utskriftsdato: 12.06.2014	
Utarbeidet av: Karin Håvarstein Rekke	Godkjent av: Bodil A Mcpherson	Dokument-Id: 64804 - Versjon: 0
		Side 1 av 2

Klinikk psykisk helse og avhengighet  
Alderpsykiatrisk seksjon

## Huskeliste ved skriving av sykepleiersammenfatning

### *Oppsummering og videre oppfølging:*

**Årsak til innleggelse:**

**Bakgrunn:**

**Kort helsehistorikk:**

**Sykepleierdiagnoser under oppholdet:**

- Begrunnelser, tverrfaglig vurdering:

**Sykepleierintervensjoner under oppholdet:**

**Evaluering av oppholdet:**

Pasientens situasjon ved innkomst

- underveis i oppholdet og ved utskriving
- hva er prøvd av behandling og tiltak:
  - o hva gikk bra
  - o hva fungerte ikke

Testresultater inn/ut:

Pasientens opplevelse av iverksatte intervensjoner:

Pasientens egne mål og ressurser

Tverrfaglige vurderinger (ergoterapeut/fysioterapeut/sosionom)

**Begrunnelse for anbefalte intervensjoner etter utskriving:**

**Følgende avtaler er planlagt:**

**Pasienten har individuell plan: Ja/Nei**

**Pasienten har kriseplan: Ja/Nei**

# Utskriving til sykehjem

## En god samhandling

### Mål

Å styrke samhandlingen ved utskrivning fra Alderspsykiatrisk døgnenhet til skjermet enhet i sykehjemmene, i samarbeid med Alderspsykiatrisk poliklinikk/uteteam.

Å styrke kunnskapsutvekslingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

Å sikre faglig forsvarlige pasientforløp mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten

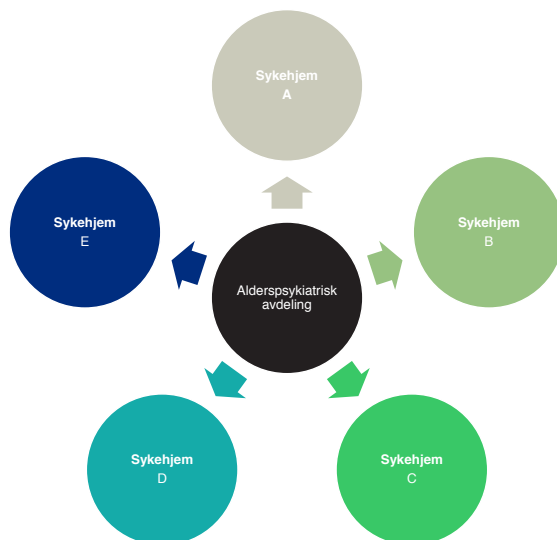
### Metode

Inspirert av deltagende aksjonsforskning i egen organisasjon.

Tilnærmingen er tverrfaglig og inkluderer leger, sykepleiere, ergoterapeut og hjelpepleiere fra 5 skjermede enheter ved sykehjem og fra alderspsykiatrisk spesialisthelsetjeneste.

Planlegging og gjennomføring av samhandlingstiltakene ved utskrivning foregår parallelt med datagenereringen.

Erfaringer fra samhandlingen analyseres kontinuerlig i tverrfaglig nettverksgruppe, som utgangspunkt for nye tiltak og forbedringer.



Utskriving fra alderspsykiatrisk sykehus til sykehjem

Tverrfaglig samhandlingsmøte

Videre oppfølging

### Samhandlingsmodellen ved utskrivningen

Fra sykehus til sykehjem. Personalet fra Alderspsykiatrisk døgnenhet følger pasienten til sykehjemmet. Det gis muntlig rapport om utredningen og hvilke miljøterapeutiske tiltak som har fungert eller ikke fungert så godt.

Tverrfaglig samhandlingsmøte mellom sykehjemslege, ansvarlig sykepleier og primærkontakt ved sykehjemmet og behandlende lege, ansvarlige sykepleiere fra Alderspsykiatrisk døgnenhet og poliklinikk gjennomføres ca to uker etter utskrivning.

Videre oppfølging avtales i samarbeid mellom sykehjemmet og alderspsykiatrisk poliklinikk.

### Resultater

Studien utforsker hvordan utskrivning av personer med demens fra alderspsykiatrisk spesialisthelsetjeneste til sykehjem kan forbedres og kvalitetssikres i perioden 2011 - 2012.

Resultatene omfatter læringsprosesser i samhandlingen, utprøving og evaluering av konkrete tiltak som styrker kunnskapsgrunnlaget og forbedrer samhandlingen i de tverrfaglige teamene ved utskrivning fra alderspsykiatrisk spesialisthelsetjeneste til skjermede enheter i sykehjem.

Utskriving til sykehjem – en god samhandling er et medvirkningsbasert aksjonsforskningsprosjekt

Prosjektledere 2010 - 2012: førsteamanuensis Liv Helene Jensen, HiBu og forskningsleder Maria Korsnes, OUS

Prosjektkoordinator: enhetsleder Karin Håvarstein Rekve, Vardåsen Alderspsykiatrisk avdeling, OUS

[www.oslo-universitetssykehus.no](http://www.oslo-universitetssykehus.no)

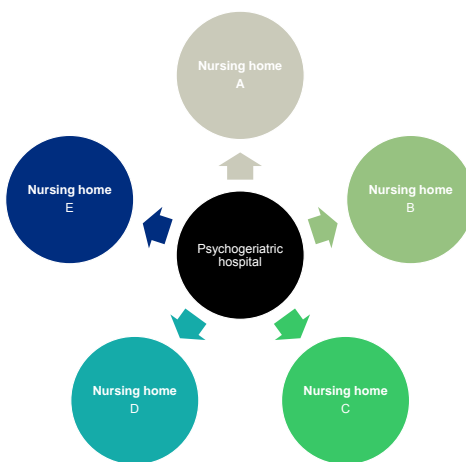
Kontaktpersoner: Geriatrik sykepleier Grethe Lian og psykiatrisk sykepleier Kari Kristoffersen ved Alderspsykiatrisk avdeling OUS

Epost: [ljb@uus.no](mailto:ljb@uus.no), [kaff@uus.no](mailto:kaff@uus.no)



# Improving discharge from psychogeriatric units in hospital to sheltered units in nursing homes

**Aims**  
 To strengthen the discharging process from psychogeriatric care in hospital to sheltered units in nursing homes, in partnership with the psychiatric outpatient clinic.  
 To enhance knowledge exchange between doctors, nurses and occupational therapists in psychogeriatric hospitals and nursing homes.  
 To develop evidence based discharging practice



**Method**  
 Interdisciplinary action research.  
 Involving leaders, doctors, nurses and occupational therapists from the department of geriatric psychiatry in a university hospital and sheltered units at five nursing homes.  
 Planning and implementation of cooperation initiatives at the discharge takes place in parallel with the data generation.  
 Experiences from the interaction is analyzed continuously within an interdisciplinary action group, as a starting point for new initiatives and improvements.



**The discharge interaction model, DIM**  
 From hospitals to nursing homes. The hospital staff accompany the patient to the nursing home, and give an oral report based on the assessments and the environmental interventions that have worked well or not so well.  
 Interdisciplinary team discussion meeting with the personnel from both the geriatric psychiatry unit, the outpatient clinic, and the nursing home, is carried out about two weeks after discharge.  
 Further follow-up is planned and implemented in a collaborative agreement.

Research question: The study explores how “The discharge interaction model” contributes to quality improvement and practical knowledge building across traditional health service levels in psychogeriatric care. 2011 – 2012

**The Results So Far**

So far the collaborative network group with members from the psychogeriatric hospital unit, outpatient clinic and the five nursing homes have explored recorded data from the real time interdisciplinary team meetings, as the first step of the action research cycle. The initial investigation, as a dialogic learning process, focused on issues for further investigation like the practice of oral and written discharge reports, standard assessments of circadian rhythm, and the signification of interactive meetings between personnel from the hospital unit and the personnel in the sheltered units in the nursing homes. Factors in the physical environment was identified as hinders to improve the quality of care.

Discharge to nursing home – a well functioning interaction is a participatory Action Research project  
 Project leader: Liv Helene Jensen, PhD. Buskerud University College, Norway  
 Project coordinator: Karin Håvarstein Rekve, MSc. Oslo University Hospital, Vardåsen Age Psychiatric Unit, Norway.  
[www.oslo-universitetssykehus.no](http://www.oslo-universitetssykehus.no)

Kontaktpersoner: Geriatrisk sykepleier Grethe Lian og psykiatrisk sykepleier Kari Kristoffersen ved Alderpsykiatrisk avdeling OUS  
 Epost: [ligb@uus.no](mailto:ligb@uus.no), [kaff@uus.no](mailto:kaff@uus.no)



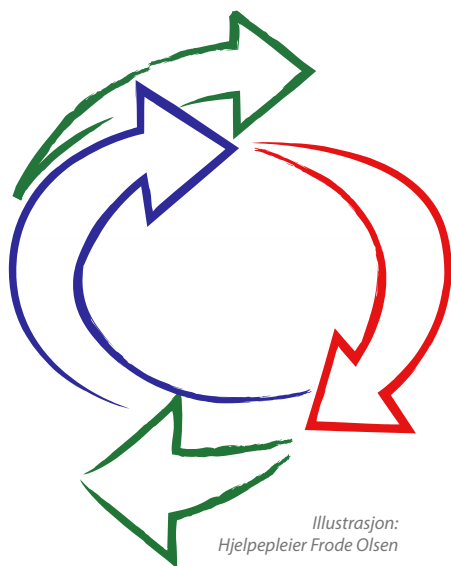
# Utskriving til sykehjem – en god samhandling

## Mål:

Styrke samhandlingen ved utskrivning fra alderspsykiatrisk avdeling til sykehjem.

Styrke kunnskapsutvekslingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten

Sikre faglig forsvarlige pasientforløp mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten



## Studiens design og metoder:

Tverrfaglig og medvirkningsbasert aksjonsforskning. Samhandlingsmodellen er prøvd ut ved 14 utskrivninger fra alderspsykiatrisk avdeling til sykehjem og evaluert.

Datainnsamling fra samhandlingsmøter etter utskrivning og nettverksmøter med erfaringsutveksling mellom fagfolk og ledere fra alderspsykiatrisk seksjon og sykehjemmene.

## Samhandlingsmodellen

- Utskrivning fra alderspsykiatrisk avdeling forberedes i samarbeid med pasient og pårørende og bestillerenheten.
- Utskrivelsesdagen følges pasienten til sykehjemmet. Epikrise i hånden. Muntlig rapport om utredning og behandling.
- Tverrfaglig samhandlingsmøte i sykehjemmet to uker etter utskrivning med lege og personalet fra alderspsykiatrisk avdeling og fra sykehjemmet.
- Videre oppfølging avtales med alderspsykiatrisk poliklinikk.

## Resultater: Gjensidig respekt og kunnskapsutveksling styrker personsentrert omsorg

Tverrfaglig samhandlingsmøte etter utskrivning styrker kontinuitet i helse- og omsorgstjenestene og erfares som nyttig og mulig å gjennomføre i hverdagens praksis. Ny mal for tverrfaglig epikrise. Standardisering av atferds- og døgnrytmeregistrering.

**Anbefalinger:** Pårørendesamarbeid bør styrkes og rettes mot forberedelse på overgangen til sykehjem, og videre oppfølging. Epikrisen bør være tverrfaglig med konkrete tiltak tilpasset personens ressurser. Observasjoner av atferds- og døgnrytme anbefales i 2 uker etter utskrivning fra alderspsykiatrisk for å vurdere videreføring av tiltak. Samarbeid mellom alderspsykiatrisk avdeling og bydel/bestiller bør styrkes. Uformell kontakt med poliklinikk ønskes fra bydel.

## ”Utskrivning til sykehjem – en god samhandling»

er et forskningsprosjekt og samhandlingsprosjekt mellom alderspsykiatrisk seksjon ved Oslo Universitetssykehus og sykehjemmene Akerselva, Majorstutunet, Manglerudhjemmet, Lambertseter og Langerud i Oslo kommune, fra 2011-2013.

Prosjektleder: førsteamanuensis Liv Helene Jensen, HiBu. Prosjektkoordinator: enhetsleder Karin Håvarstein Rekve, alderspsykiatrisk seksjon OUS

**Accepted abstract to**

**The Collaborative Action Research Network Conference, CARN 2013**

Presenter: Liv Helene Jensen and Karin Håvarstein Rekve

**Title: Learning in Action by Knowledge Exchange**

**Background**

The challenges of delivering person-centred health care to older people in hospitals and nursing homes are not solely about economic resources, but are as much about the focus of staff and their priorities. The personnel knowledge in action is often tacit and the outcomes fall within boundaries of what experienced staff takes as granted, while reflection and learning in action is grounded in an inquiry-reflection process supported by a trained facilitator.

The aims of this study were to improve the quality in transitions between hospital and nursing homes for older people with severer dementia and, at the same time exchange knowledge between the personnel on both levels.

**Collaborative action research**

A collaborative action research design was developed together with the personnel and their leader at a special dementia care unit at the university mental hospital and personnel from five nursing homes. During a period of 2 years the research process was conducted in cyclic phases focusing on planning, taking actions and evaluating individualized transitions. As result of reflection on action concrete and individualized improvements were made both to the nurses transfer plans and, the information they gave to the older person with dementia next-of kin.

**Findings**

To improve the quality in transfer processes between the levels the personnel must exchange practical knowledge, and knowledge of the context and resources and take the relatives needs in special consideration.



## HVERDAGSTRENING FOR ELDRE

**Kroppen er skapt for bevegelse. Regelmessig fysisk aktivitet og trening i eldre år kan gi overskudd, styrke selvhjelpenhet, forsinke aldringsprosessen og forebygge aldersrelaterte sykdommer.**

Aldringsprosessen rammer oss alle og viser seg gjennom gradvis redusert kapasitet. Hvis vi slutter å bevege oss, blir leddene stivere, musklene svakere og kondisjonen dårligere. Samtidig får vi redusert balanse og koordinasjon. Aldersrelaterte sykdommer, som hjerte-kar lidelser, diabetes, osteoporose og høyt blodtrykk, rammer ikke alle, men eldre er mer sårbare for disse lidelsene. Livsstilen påvirker begge disse prosessene i betydelig grad.

Fysisk aktivitet gir helsegevinst på mange plan. Det påvirker sinnet, bedrer humøret, fremmer selvbildet og selvtillit og styrker opplevelse av egen mestring. Forskning viser at fysisk aktivitet har gunstig effekt på angst og depresjon, reduserer stress, gir bedre søvn og fordøyelse. Fysisk aktive eldre er mindre utsatt for psykiske lidelser enn inaktive.

Turgåing er en god fysisk aktivitet for eldre. En rask spasertur eller dans i 20 minutter 2-3 ganger i uken styrker kon-

disjonen. Det er viktig å trene både styrke og bevegelse for å vedlikeholde funksjonsnivået og muskulaturen som holder kroppen oppreist. Personer som er ustø bør gjøre balanseøvelser tre eller flere ganger i uken for å øke trygghet og redusere fallfare.

De nasjonale anbefalingene for eldre\* er å være fysisk aktiv i minst en halv time daglig eller 150 minutter hver uke. Aktivitetene kan deles opp i økter av minst 10 minutters varighet. Kombinasjon av moderat og høy intensitet øker helsegevinsten.

Når du starter trening, er det viktig å begynne forsiktig og øke intensiteten gradvis. Start gjerne med noe du liker og bryt opp perioder med stillesitting. Husk at litt fysisk aktivitet er mye bedre enn ingenting. Det er aldri for sent å begynne.

\*Helsedirektoratet (2009) Aktivitetshåndboken, Helsedirektoratet (2014) Nasjonale anbefalinger Fysisk aktivitet. [www.helsedirektoratet.no/fysiskaktivitet](http://www.helsedirektoratet.no/fysiskaktivitet)

## HVERDAGSTRENING I GRUPPER

**Hverdagstrening fremmer styrke, bevegelse, balanse og koordinasjon og kan bestå av ulike aktiviteter. Gå gjerne en tur hver dag. Hverdagstrening i grupper er sosialt stimulerende og kan styrke egeninnsatsen.**

Forslag til treningsprogram for grupper med beskrivelse av varierte stående og sittende aktiviteter (med og uten musikk). Anbefalt varighet 30-60 minutter.

### 1. Presentasjon

Start gjerne med en presentasjonsrunde ved å sende en ball rundt fra person til person samtidig som en sier sitt eget navn.

Hensikt: bruk av eget navn styrker identiteten.

### 2. Fotmassasjeruller

Sittende, uten sko. Rull foten frem og tilbake over massasjerullen.

Hensikt: bevisstgjøring og bedring av sirkulasjon i føttene

### 3. Stå på balanseputer

Stående, uten sko. Stå på balansepute.

Hensikt: bevisstgjøring av tyngdeplassering og balanse

### 4. Ballaktiviteter til musikk

Sparke ball. Kaste ball. Flere baller samtidig. Flere baller samtidig krever skjerpet oppmerksomhet og konsentrasjon.

Hensikt: trene reaksjonsevne, bevegelse og koordinasjon, sosial samhandling og glede.

### 5. Fallskjermaktivitet med musikk

Utfør aktiviteten stående, hold i fallskjermen med begge hender. Alle løfter opp samtidig. Skap bølger. Bytt plass under fallskjermen.

Personer med gangvansker kan delta ved å bruke rullator eller støtte av en person.

Hensikt: trene samhandling, bevegelse i armer og skuldre og balanse

### 6. Sittende aktivitet med tempo

Sittende aktivitet med raske bevegelser vekselvis av armer og ben.

- Ett ben av gangen: frem-tilbake-ut til siden-inn.
- Armer: ro med store bevegelser i hoftelodd og overkropp.
- Strekk armer over hodet.
- Strekk armer ut i skulderhøyde samtidig med en vridning av overkropp.

Hensikt: trene tempo og koordinasjon, i tillegg til bevegelse.

### 7. Sittende aktivitet med rolige bevegelser

Sittende aktivitet med rolige bevegelser vekselvis av skulder, arm og rygg.

- Rull med skuldrene
- Strekk opp en arm, kombiner strekk og sidebøy
- Rolig dreining av hodet
- Armen i skulderhøyde, drei ut og tilbake, se etter armen og drei i ryggen

Hensikt: bevegelsestrening

### 8. Stående aktivitet bak stol.

Stående styrke aktivitet bak stol. Med støtte til stolrygg eller rullator ved behov (sett på brems)

- Tå-hev, langsomt og hurtig med tyngdeplassering på stortåballen.
- Stå på ett ben. Før det andre benet strakt rett ut til siden og hold benet der. Kjenn at du bruker hoftemusku-

turen. Gjenta med andre ben.

- Stå på ett ben og før det andre benet strakt bakover. Løfte strakt ben opp. Få tak i bruk av setemusklene og baksiden lår. Gjenta med andre ben

- Knebøy: Hold ryggen rett, bøy i hofter og knær, strekk helt opp for hver gang

Hensikt: styrke muskulatur i bena og bedre balanse.

### 9. Klappe på armer, ben og på kroppen foran og bak

Sittende. Klapp med begge hender

Hensikt: berøring og stimulering av kroppsgrensene. Øker kroppsbekjennhet og kan virke samlende.

### 10. Ringdans

Stå i sirkel og hold hverandre i hendene. Beveg deg med små steg mot høyre, venstre, innover i sirkelen, utover. Prøv med dansetrinn.

Hensikt: fremme balanse, rytme, samspill i gruppen og glede.

### 11. Avslutning

Sitte stille på stolene. Lukke øynene, lytte til melodien.

Hensikt: finne roen etter aktivitetene.

## TEST AV FYSISK FUNKSJON

**Forslag til enkle tester som kan måle endring i funksjonsnivå etter hverdagstrening. Testene kan gjøres før treningsperioden og for eksempel tre til seks måneder etter treningsstart.**

#### TUG (The Timed Up & Go).

**Hensikt:** Vurdering av balanse, ganghastighet og generell funksjon.

**Utstyr:** Stol med armlener  
Stoppeklokke  
Avmerket 3 meter gangdistanse fra fremre stolben (tape på gulvet)  
Gode innesko

#### Instruksjon:

Sitt tilbaketil i stolen og hvil hendene på armlenet. Reis deg opp, gå tre meter, snu ved streken, gå tilbake til stolen og sett deg igjen. Begynn når jeg sier: «klar – gå».

Tidtaking begynner når personen får den verbale instruksjonen: klar – «gå»  
Testen kan utføres to ganger for å gjøre personen kjent med øvelsen. Det beste resultatet teller. Resultat fra og med 15 sekunder viser høy risiko for å falle.

#### Reise og sette seg – 30 sekunder

**Hensikt:** Måle funksjonell styrke

**Utstyr:** Stol uten armlener.  
Stoppeklokke

#### Instruksjon:

Sitt midt på stolen, strak rygg, føttene flatt på gulvet, armene i kryss over brystet. Reis deg helt opp og sett deg ned igjen så mange ganger som mulig i løpet av 30 sekunder. Begynn når jeg sier: «3-2-1 start».

#### Gangtest – 30 meter

**Hensikt:** Måle ganghastighet

**Utstyr:** Korridor oppmål 30m  
Stoppeklokke.

#### Instruksjon:

Stå ved startstreken, gå så fort du kan rett fram til linjen. Begynn når jeg sier: «klar – gå». Tidtaking begynner når personen får den verbale instruksjonen: klar – «gå».



## Hverdagstrening for eldre

### Turgåing og trening i grupper

**Utarbeidet ved:**  
Alderspsykiatrisk seksjon FoU, Klinikk psykisk helse og avhengighet ved Oslo Universitetssykehus i samarbeid med Sykehjemsetaten i Oslo kommune.

«Hverdagstrening for eldre» er delresultat av prosjektet «Utskriving til sykehjem – en god samhandling» som er støttet med tilskuddsmidler fra Helsedirektoratet.

**Prosjektansvarlig:**  
Avdelingsjef Bodil Anda McPherson, OUS

**Prosjektleder:**  
Førsteamanuensis Liv Helene Jensen, HBV/OUS

**Faglig ansvarlige:**  
Fysioterapeutene Elfrid Aarseth, Anna Sandnes og Marianne Gjengedal.

**Fotograf forside:** Liv Helene Jensen

Alle personer som er med i videoen har gitt samtykke til deltagelse.

**Hverdagstreningprogrammet med DVD + hefte kan bestilles ved:**

Alderspsykiatrisk seksjon, Klinikk for psykisk helse og avhengighet, OUS

Tlf 66 90 88 25 / alderspsykiatri@ous-hf-no