

# Primærhelseteam

Staten har initiert forsøk med primærhelseteam (PHT) ved 13 legesentre fordelt på 8 kommuner. Formålet med forsøket er å prøve ut modeller for fordeling av arbeidsoppgaver slik at sykepleiere ansatt ved legesentrene kan samarbeide mer aktivt med fastlegene om definerte pasientgrupper, og på den måten avlaste legene. Det er særlig pasientgrupper med store og sammensatte behov, og som ikke så lett selv tar kontakt med fastlegen, som er en særlig målgruppe for tiltaket. Et av primærhelseteamene er knyttet til Sørlandsparken legesenter, og lege Aleksander N. Sandnes og spesialsykepleier Trine Sandnes fortalte på SOR-konferansen «Er godt nok godt nok» om hvordan deres måte å jobbe på kunne gi bedre helsetjenester til personer med utviklingshemming som bor i bofelleskap.

I denne artikkelen deler vi noe av det de formidlet til konferansedeltakerne.

Primærhelsemeldingen 2015 inneholdt en melding om primærhelseteam i regi av Helse- og omsorgsdepartementet. Departementet opprettet i forbindelse med dette et prosjekt via Helsedirektoratet 2017, hvor de la ut muligheten for å etablere primærhelseteam som et pilot-prosjekt til fastleger over hele landet. Det var mange som søkte. Tretten legesentre ble med i åtte kommuner, deriblant Sørlandsparken legesenter, med 6500 pasienter på listene sine fordelt på 5 leger. De betjener en bydel sørøst i Kristiansand. Senteret er organisert med en fastlege-leder og tre leger per sykepleier. I tillegg har de en helsesekretær. Helsedirektoratet betaler halve lønnen til sykepleieren, mens legesenteret må ha faste konsultasjoner for å få inn resten av lønnsmidlene til sykepleieren.

I prosjektet skal de konsentrere seg om psykisk syke personer, rusavhengige personer, personer med kroniske lidelser, eldre med store helseutfordringer, personer med utviklingshemninger og funksjonsnedsettelse, og svake etterspørrere. I tillegg kan alle øvrige fastlegepasienter bruke dem.

### Rykker ut

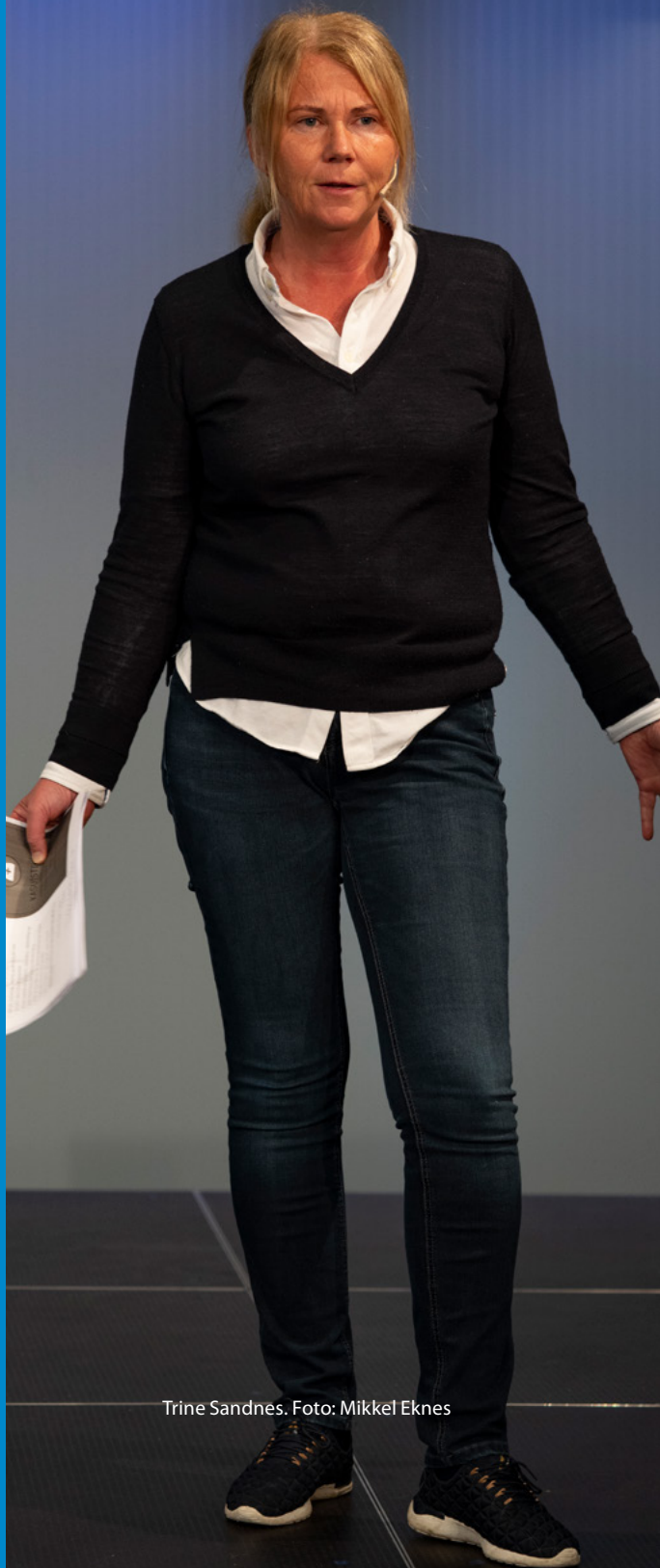
De rykker ut ved problemer, de venter ikke på at pasientene skal oppsøke dem på legesenteret. Primærhelseteam skal ha ressurser til å snu seg fort rundt og organisere de ressursene de har på en slik måte at tjenestene kan individualiseres. Sykepleier og legesekretær koordinerer det de gjør ved å ringe rundt og identifisere pasienter. De er proaktive brukere av statistikk for

å finne de pasientene som trenger legetjenestene mer enn de klarer å si fra om selv.

På legesenteret jobber det to sykepleiere i full stilling. Den ene sykepleieren er Anne, og hun driver mye med somatisk oppfølging av pasientene. Hun kaller inn og behandler blant annet personer med kols og diabetes, og har også en portefølje av ungdom som sliter. Fastlegen setter opp pasienter til hennes timelister. Hun har én times konsultasjoner. Anne gjennomfører legemiddelsamstemminger, og bruker mye tid på pårørendesamtaler og samarbeid med første- og andrelinjetjenesten. Videre skriver hun søknader og henvisninger. Sykepleierne som jobber ved Sørlandsparken legesenter har egne konsultasjoner, og fungerer på mange måter som en slags lege «light» ved siden av legen. Pasientene opparbeider seg frikort ved sykepleierkonsultasjonene på lik linje som man gjør hos legen. Dermed blir konsultasjonene på et tidspunkt gratis for både sykepleier- og legekonsultasjoner. For 2020 er egenandelstaket 2.460 kroner.

De har også en veldig erfaren psykiatrisk sykepleier. Også han har konsultasjoner som varer en time. Sykepleieren driver mye med samtaleterapi, utredning, diagnostisering og avklaring av ulike psykiatriske problemstillinger. Han har også en del videokonsultasjoner med spesielt angstpasienter.

Daglig leder som er koordinerende sykepleier har mange funksjoner, men de viktigste er å rykke ut på det som er faglig vanskelig i utgangspunktet for dem som er «der ute». Det kan innebære akutte konsultasjoner der de bor, kontroller,



Trine Sandnes. Foto: Mikkel Eknes

sårstell osv. Hun har også videokonsultasjoner som del av sin arbeidsmetode.

Når noen av pasientene blir lagt inn på sykehus, vurderer de om dette kunne vært unngått om oppfølgingen i forkant hadde vært annerledes.

De nevner eksempler på fordeler med hjemmebesøk. For eksempel fant de at en pasient fikk nesten riktige medisiner, men hadde ikke fått long-versjonen, som har lengre virkningstid. Apoteket hadde levert ut feil medisiner, med den konsekvens at pasienten fikk epileptiske anfall utover ettermiddagen. Det er naturligvis et meget stort spekter av hva de kan klare å plukke opp av vesentlig informasjon på hjemmebesøk, som man ikke får med seg ved vanlige konsultasjoner på legekontoret.

### **Utviklingshemming**

De nevner også et eksempel fra bofelleskap, hvor en kvinne med Down syndrom bor. Dette var den første med utviklingshemming som var med i dette prosjektet. Ved første besøk virket hun døende, og nær i en komatøs tilstand. Slik hadde hun vært i flere dager. Det ble foretatt en rekke undersøkelser, som viste at alvorligheten var langt mindre enn man skulle tro vurdert ut fra hvor utslått hun var. Årsaken var knyttet til bakteriell infeksjon. Sykepleieren kjørte opp til apoteket og hentet ut flytende antibiotika (pasienten klarte ikke svelge tabletter i den tilstanden), og fikk sammen med personalet i bofelleskapet gitt henne behandlingen. Ved kontroll to dager etter hadde hun kviknet nok til, slik at hun klarte å spise litt, og etter 14 dager var hun like klar og aktiv som før. Nå kjenner sykepleieren henne

så godt at det blir enda lettere å identifisere symptomer og årsaker. Hun har også rekvirert tannlege til hjemmebesøk for denne pasienten.

En annen pasient med utviklingshemming hadde dunket inn i veggen med rullestolen, og ga uttrykk for at hun hadde vondt i leggen. Sykepleier dro hjem til henne, foretok henvisning til poliklinikk for akutt skade på poliklinikk, med røntgenrekvisisjon, og fikk bestilt drosje til henne. Hun kom da til akuttmottaket og rett inn på røntgen. De tar røntgenbilde og avdekker flere brudd i leggen. Hun blir behandlet poliklinisk med det samme, og benet ble gipset. Alternativet kunne vært mye senere avdekking av problemet, og et styr rundt vurderinger og behandling som ikke hadde vært bra for henne.

Med denne måten å jobbe på utfører helsepersonellet mye av jobben der personen bor. De bruker sykepleier som er delegert til å gjøre legeoppgaver i boligen. Utredning, behandling og oppfølging kan da foregå relativt sømløst i tilknytning til pasientens eget hjem. Det er tanken med primærhelseteamet.

De samarbeider med, men blander seg ikke inn i hva andre helse- og omsorgstjenester gjør. De blander seg ikke inn i hva vernepleier og sykepleier osv. gjør der pasienten mottar tjenester. Deres tjeneste, primærhelseteam, er hjemlet i fastlegeforskriften. Fastlegeforskriften sier at de skal drive med diagnose, utredning, behandling og oppfølging. Det er det de skal gjøre, det er det de skal være gode på, og det er det de skal bredde ut, proaktivt, til brukerne som er ute, og som er dårlige på å etterspørre tjenestene.



Aleksander N. Sandnes. Foto: Mikkel Eknes

Sykepleier Trine Sandnes forteller at hun har med seg mye utstyr på hjemmekonsultasjonene, mye mer enn en legevaktslege tar med seg ut til en pasient. Hun har stetoskop som kan gjøre opptak av lyder, og spiller det av for legen ved behov for ytterligere vurderinger rundt dette. Hun har også med seg fullt blodprøvestyr. Ofte er hun hjemme hos dem klokka sju–halv åtte om morgenen. Mange av dem skal videre til dagsenter på dagtid – og da er det veldig praktisk at hun kommer før de skal dra.

Det er ekstremt viktig å få tatt medikamentspeil regelmessig, iallfall mellom en gang i halvåret til en gang i året, sier Sandnes. Dette fikser hun på hjemmekonsultasjonene. Hun har også blodtrykksmåler der, blæreskanner og ultralydapparat. Mange av disse pasientene har ekstremt med angst for å ta blodprøver, og når du har ultralydapparat, kan du bare se på ultralyd hvor blodåren er, og så kan de enkelt sette et vellykket stikk med det samme. Det er de ikke vant med, de er jo vant med å ha to personell som kommer til boligen, som kjører med drosje ned til sykehuset i Kristiansand, hvor diverse sykepleiere først prøver å stikke dem, før de må tilkalle anestesen. Det blir veldig mye uro, og mange må medisineres med beroligende medikamenter før de kommer ned. Det er veldig forstyrrende og ubehagelig for pasienten. Mange ganger drar de med uforrettet sak tilbake til hjemmet, fordi pasienten ble for urolig.

Og dette kan sykepleier slippe helt i pasientens eget hjem. «Ofte er det veldig praktisk om morgenen, da er de litt trøtte, og de er ikke så motvillige. Så det er

i grunnen greit. Og jeg ligger på alle fire ned i senga, og så bare stikker jeg dem, på en måte. Så det har gått utrolig greit til nå, og de er bare rolige. Jeg var i et hus med store utfordringer for ikke så lenge siden, det er vel kanskje den mest utfordrende boligen jeg har i Kristiansand, men det gikk fint fordi vi sammen med personalet hadde avtalt at de kunne ringe når pasienten hadde en god dag... og det som er så fint, er at de kan ringe til meg og si: Akkurat i dag har pasienten en god dag, kom nå. Og da kommer jeg nå. Og da gikk det superfint. Men da vi var der igjen for noen dager siden, så var det helt umulig. Jeg prøvde å ta blodtrykk, tenkte jeg skulle gjøre én ting om gangen, men jeg fant ikke blodtrykket engang. Og en uke før hadde jeg tatt blodprøve med fire glass, men da var jeg der akkurat da han hadde en god dag. Og fire dager etterpå var det ikke noen god dag, og da var det ingenting som var aktuelt, da gikk det veggimellom, alt».

De har også med tommel-EKG, blant annet fordi noen bruker spesielle medikamenter som trenger vurdering av rytme-EKG i etterkant.

De har også satt i gang med digitalisering, de har videokonsultasjoner med fire boliger. Det vil si at de først kan gå inn i en bolig, gjøre seg kjent med pasienten og personalet, og så følge opp personale og pasient på video etterpå. «Det er super-effektivt, for da kan jeg få tilbakemelding på hvordan legens vurderinger har blitt fulgt opp i forhold til medisiner, endring i medisiner.» For fastleger er det ganske så effektivt, for det tar maksimalt ti minutter. Dette er fremtiden,



Aleksander N. Sandnes og Trine Sandnes. Foto: Mikkel Eknes

tenker de; sykepleier reiser ut, sørger for å få inn nødvendige data og samhandler, legene reiser ikke nødvendigvis ut på besøk, men de kan følge opp.

De mener at primærhelseteam vil kunne bidra til mindre bruk av tvang, blant annet fordi de ikke trenger å tvinge seg på for å ta blodprøve, de tar den når pasienten

er klar for det. De trenger ikke bruke beroligende medikamenter i forkant for å ta en blodprøve eller gjøre diverse andre undersøkelser. Denne måten å jobbe på fører også til mindre uro.

*Sammendraget er skrevet av Jarle Eknes*