

Pasientens Egenbehandlingsplan (EBP) – en rask innføring

Egenbehandlingsplan - mål

- skal fremme pasientens selvstendighet
- skal fremme pasientens helsekompetanse og mestring i hverdagen
- skal støtte tiltak som reduserer symptomtrykk, bedrer livskvalitet og livsprognose

Egenbehandlingsplan - innhold

Planen skal formulere pasientens egne mål - "Hva er viktig for meg!" – og søke tiltak og behandling som fremmer disse målene.

EBP beskriver *medikamentelle tiltak*, lister opp *relevante diagnoser og behandling*, og beskriver forverring som krever endring i medisiner og andre tiltak. For de vanligste diagnosene for kronisk sykdom finnes maler med forslag til oppfølging, observasjoner og tiltak.

EBP beskriver *ikke-medikamentelle tiltak* som styrker og opprettholder hverdagshelse, f.eks.:

- kosthold og ernæring
- fysisk aktivitet og øvelser
- sosial aktivitet og ivaretagelse av psykisk helse

Etablering av egenbehandlingsplan

Det er gjerne sykepleier i en kommunal oppfølgingstjeneste som veileder pasienten ut fra egenbehandlingsplanen. Denne tjenesten vil derfor ha erfaring i bruk av egenbehandlingsplan – både forberedelser, etablering og oppfølging. Det er hensiktsmessig at noen fra denne tjenesten i møte med pasienten utarbeider utkast til EBP.

Planen kan initieres i sykehus eller annen institusjon. Ansvar for oppfølging skal være klart definert og samstemt mellom partene som følger opp.

Planen bør til slutt gjennomgå i tverrfaglig møte med pasient, fastlege og sykepleier og andre som inngår i behandlingen. Fastlegen står da medisinsk ansvarlig for planen, og den har ikke gyldighet før fastlegen har avstemt innholdet med medisinske vurderinger. Se eksempler på egenbehandlingsplan for [KOLS](#) og [diabetes](#).

Struktur

Planen bygger ofte på en trafikklysmoell der fargene er karakterisert med symptomer, tegn og målinger for selvobservasjon, ikke-medikamentelle og medikamentelle tiltak knyttet til sykdomsaktivitet og målsetninger for sykdomsbehandling og hverdagsfunksjon. Grønt beskriver vanlig tilstand som søkes opprettholdt, gult forverring som krever moderate egne tiltak og rødt som krever større tiltak og kontakt med helsepersonell. Ansvarlig lege er særlig ansvarlig for medikamentell behandling, men alle aktuelle helsekontakter står oppført.

Pasientens eierskap til planen

EBP må ha en sterk forankring i pasientens verdier og ønsker for eget liv. Grunnleggende for en god plan er derfor en troverdig dialog der spørsmålet "Hva er viktig for deg?" er forankringen. Kommunikasjon som aktiverer pasienten er sentralt i utvikling av EBP – og kan ses som en dialog i 4 steg:

1. engasjer pasienten til å fortelle om sine problemer og utfordringer.
2. fokuser de problemene og utfordringene som er relevante.
3. få frem hva pasienten opplever som viktig å oppnå ved å mestre utfordringene, og hvor villig pasienten er til å gjøre det som er nødvendig for å mestre.
4. planlegg de praktiske tiltakene formulert i egenbehandlingsplan.

Unngå ledende spørsmål, forhold deg til pasientens egen beskrivelse, men led samtidig samtalen mot praktiske tiltak.

Egenbehandlingsplan i praksis: Hvem gjør hva, hvor og hvordan?

En egenbehandlingsplan kan stå alene eller brukes som verktøy i Digital Hjemmeoppfølging (DHO). Det er fornuftig at en fra tjenesten med ansvar for oppfølging av pasienten hjemme, møter pasienten og går gjennom hensikten med egenbehandlingsplan og fyller ut punkter i planen sammen, gjerne hjemme hos pasienten. EBP er dynamisk – den justeres etter erfaringer og endringer i behandling. Avtal alltid et tidspunkt for evaluering

Pasienten

- Oppfordres til å ta aktivt del i utformingen av planen og bidra med informasjon som kan være av betydning for behandlingsforløp og oppfølging fra helsetjenesten.
- Må gi samtykke til deling av informasjon mellom de som følger opp.

Oppfølgingstjenesten – den som initierer Egenbehandlingsplan

Samtalen med pasienten skal belyse og avklare:

- Hva er pasientens ønsker og mål i hverdagen – "hva er viktig for meg?"
- På hvilken måte er helse og sykdom hindringer for å nå mål og oppfylle ønsker.
- Identifiser pasientens barrierer og ressurser – livsstilsfaktorer og diagnoser av betydning.
- Avklar ikke-medikamentelle tiltak som kan føres inn i en egenbehandlingsplan
- Avklar diagnoser og medikamenter i bruk. Oppsummer den behandlingen som pasienten sier er i bruk. Hvis det er uklart hva som er aktuell behandling – ta dette opp i tverrfaglig møte med fastlegen - eller den som er medisinsk ansvarlig.
- Hold oppmerksomhet mot variasjon i bruk av medisiner – hvordan brukes medisinen for å holde sykdommen under kontroll – og når forverring av symptomer skjer, og når pasienten vil søke lege pga. symptomforverring. Bruk Trafikklysmodellen når det er relevant.
- List opp helsepersoner som pasienten bruker og skriv opp kontaktinformasjon i planen. Vurder om disse skal gi egne bidrag til planen. Aktuelle aktører er fysioterapeut, ergoterapeut, psykolog og andre.
- Oppsummer innholdet i Egenbehandlingsplanen for pasienten og avtal et tverrfaglig møte mellom deg, fastlegen OG pasienten for å gjennomgå planen. Dersom flere terapeuter skal gi innspill til planen må du vurdere om også disse bør delta.

Medisinsk ansvarlig – Fastlegen eller annen spesialistlege

Fastlegen er medisinsk ansvarlig for egenbehandlingsplanen. Dersom planen er startet ved sykehus eller annen institusjon – så er den medisinsk ansvarlig inntil fastlegen overtar. Det helsepersonellet som følger opp pasienten i hverdagen avtaler et tverrfaglig møte der pasienten, oppfølgingstjenesten og fastlegen deltar som minimum (Takst 14 møte). I tillegg kan andre terapeuter delta om ønskelig. Møtet skal ferdigstille Egenbehandlingsplanen – altså pasientens plan for behandling, tiltak og mestring i hverdagen. EBP er også pasientens SAMHANDLINGSVERKTØY der helsepersonell som er involvert skal ha en felles forståelse av innholdet. Det vil oftest foreligge standardiserte, men fleksible formularer for EBP hos oppfølgingstjenesten.

Avklar:

- Er pasienten motivert for og evner å bruke egenbehandlingsplan?
- Rett oppmerksomhet mot ikke-medikamentelle tiltak og at disse vurderes medisinsk forsvarlig.
- Gå gjennom hoveddiagnoser og bidiagnoser som er det medisinske grunnlaget for planen.
- Gå gjennom medisiner – rydd i medisinliste dersom nødvendig.
- Vurder og velg oppfølgingsverktøy: O₂-saturasjonsmåler, PEF, blodtryksmåler, vekt, blodsuktermåler, CRP-analyseapparat, temperaturmåler, og/ eller symptomliste – etter indikasjon. Kontroller pasientens kunnskap og kompetanse i bruk sammen med oppfølgingstjenesten.
- Presiser medisiner og indikasjon for justering av doser etter pasientens tilstand og målinger. Bruk doseveiledninger basert på standardiserte retningslinjer – tilpasset den enkelte pasient. Se vedlagte forslag skrevet etter trafikklysmodellen.
- Kontroller og kompletter kontaktpersoner – avtal evalueringstidspunkter eller indikasjon for justering av plan.

Eksempler på referanseverdier på hjemmemålinger brukt i spesialisthelsetjenesten ved de vanligste NCD-sykdommene

(jfr. TELMA prosjektet på Agder; Gallefoss (lunge), Munk (kardiolog), Høiberg (endokrinologi), 2021)

En tiltakssone er et sett med kliniske observasjoner som tilsier at visse behandlinger opprettholdes eller endres. I "trafikklysmodellen" er hver tiltakssone gitt en farge med referanseverdier som "terskel" for endring av medisiner eller tiltak for å kontrollere sykdommen. En terskelverdi kan være en kombinasjon av symptomer og tegn der en måleverdi med en tallangivelse er en av flere. De vanligste måleinstrumentene for bruk hjemme er **Perifer oksygenmetning i blod** (SpO₂ i %), **Blodtrykk** (mm/ Hg), **Puls** (frekvens/ minutt), **Vektendring** (kg), **Blodsukker** (mmol/l). Referanseverdier settes på hver pasient av ansvarlig lege - og kan ta utgangspunkt i verdiene beskrevet her. **En god tilnærming vil være å registrere måleverdier gjennom et par uker før man beslutter terskelverdier for den enkelte.** Gjentatte forverringer i gul eller rød sone vurderes strengere enn enkeltmålinger i samme sone. Fargekoder og betydning er kort beskrevet under.

Grønn - fortsett som før – pasienten er i sin beste, optimale tilstand, annen behandling forventes ikke å gi bedring.

Gul – pasienten kan være i en forverringsfase. Be om kontroll-måling og spør om det kan foreligge feilkilder. Tiltak iverksettes for å forhindre ytterligere forverring – enten endring i medisiner eller andre tiltak. Forverringsfasen er innenfor det man kan forvente en gang i blant og pasienten skal ha hatt opplæring til å takle situasjonen.

Rød – kritisk forverring. Egenbehandlingsplanen kan ha lagt inn mer krevende tiltak som en erfaren pasient kan mestre, men ikke en mindre erfaren. Følges opp av enten lege, oppfølgingstjeneste eller sykehusinnleggelse.

KOLS (stadium III eller IV)– obs habituell verdi ved KOLS og Hjertesvikt. Velg enten standard SpO₂ kolonne til venstre eller kolonne for individuell tilpasning (habituell verdi < 92 %)

Tiltakssone	SpO ₂ - standard	SpO ₂ – ved habituell verdi < 92 %:	Puls (slag/ min)
Grønn	≥ 92 %	Habituell verdi (< 92 %)	50 - 120
Gul	89 – 91 %	reduksjon 4 - 5 % av habituell verdi	> 15 slag/ min over individuell referanseverdi (hvilepuls)
Rød	≤ 88 %	reduksjon på ≥ 6 % av habituell verdi	< 50 eller > 120

Diabetes type 2

Tiltakssone	Systolisk blodtrykk	Blodsukker (mmol/ l)
Grønn	90 - 160	4,0 – 10,0
Gul	160 - 180	2,6 – 3,9 eller 10,1 – 17,9
Rød	> 180	≤2,5 eller ≥ 18

Hjertesvikt: velg enten standard SpO₂ kolonne til venstre eller individuelt tilpasset (habituell verdi < 92 %)

Tiltakssone	Systolisk blodtrykk	SpO ₂ standard	SpO ₂ – ved habit. verdi < 92 %:	Vekt (kg) – endring	Puls (slag/ min)
Grønn	100 - 140	≥ 92 %	Hab. verdi (< 92 %)	≤ 1,5 fra hab.vekt	50 – 120 (REF.HVILE)
Gul	90 – 99 eller 141 - 180	89 – 91 %	Red. 4 - 5 % av hab. verdi	1,5 - 2,5 fra hab. vekt	> 15 slag/ min over ind. ref.verdi
Rød	< 90 eller > 180	≤ 88 %	Red. ≥ 6 % av hab.	≥ 2,5 fra hab. Vkt.	< 50 eller > 120

Egenbehandlingsplan – forløp i etablering

- etableres i et samspill mellom aktører i helsetjenesten. Initiativ kan taes av alle aktører, men kanaliseres til den tjenesten som utfører hverdagens oppfølging. Oppfølgings tjeneste utreder planens innhold i møte med pasienten og avstemmer planskissen med fastlege som står for overordnet medisinsk ansvar.

