

Sluttrapport for prosjekt  
«Pasientar med store og samansette behov»  
- Ei samanfating av 16 djupneintervju -

Av Anne Marte Søsnes



«Pasientar med store og samansette behov»

## Samandrag

---

Prosjektet «Pasientar med store og samansette behov» er eit samhandlingsprosjekt mellom Helse Førde, Flora kommune, Førde kommune, Eid kommune og Høgskulen på Vestlandet. Denne oppsummeringa rapporterer på den første fasen i prosjektet, frå hausten 2016 til hausten 2017. Målet for prosjektet er å betre livskvaliteten til pasientar med store og samansette behov gjennom å forbetre helsetenestetilbodet på tvers av nivåa.

Det har i første fase av prosjektet blitt gjennomført 16 djupneintervju med pasientar med store og samansette behov om erfaringar med både spesialisthelsetenesta og det kommunale helsetenestetilbodet. Prosjektgruppa har og gjennomgått samhandlingsavvika for 2017.

Analysen av intervjuet er delt i fem hovudtema; Relasjonar og tryggleik, erfaringar frå sjukehuset, erfaringar frå kommunale korttidsopphald, erfaringar med heimetenesta og fastlegen si rolle. For informantane er møtet med helsevesenet eit møte med personar. Relasjonar og tryggleik er tema som gjeld uansett på kva nivå i helsetenesta informantane får hjelp. At helsepersonell kjenner pasienten ser ut til å vere ein av dei viktigaste faktorane for at informantane kjenner seg trygge. Både positive og negative opplevingar kjem av måten ein blir møtt av helsepersonell på. Mange informantar har uro for eiga helse, og det kan sjå ut som det manglar ein arena for dei å ta opp denne uroa. Erfaringane frå sjukehuset er ofte positive, men fleire rapporterer om kaotiske eller uoversiktlege utskrivings situasjonar. Informantane har ofte lite medverknad ved utskrivning, får lite informasjon, og få har ein plan for oppfølging. Erfaringane frå kommunale korttidsopphald viser at informantane ser på dette som nyttig og nødvendig. Fleire kan fortelle om manglande oppfølging av rutinar, t.d. rundt sårstell. Slike rutineavvik har i følgje informantane ført til re-innleggingar på sjukehus. Heimetenesta ser ut til å vere eit kontaktpunkt mot resten av helsevesenet og representerer ein trygghet i kvardagen. Behovet for medverknad er stort når det gjeld heimetenesta, og heimetenesta er i mange tilfelle flinke til å tilpasse seg den enkelte sitt behov. Når det gjeld fastlegen er dei fleste informantane er fornøgd med fastlegen sin når dei har ein fast fastlege. Det er problematisk dersom dei ufrivillig må bytte fastlege.

Samhandlingsavvika viser at det er flest avvik når det gjeld legemiddelhandtering. Mange av samhandlingsavvika handlar óg om svikt i kommunikasjonen mellom spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta.

Prosjektgruppa ønskjer vidare fokus på tre tema: Funksjonsvurdering på tvers, samhandling ved inn- og utskrivning av dei aller sjukaste eldre, og samhandling rundt medikamenthandtering. Desse tre tema ønskte prosjektet å arbeide vidare med i «Læringsnettverk», med deltakande team frå både spesialist- og kommunehelsetenesta. Dette har vist seg å vore vanskeleg å få gjennomført. Det er i tillegg ein rekke regionale og nasjonale prosjekt som grensar opp mot dette prosjektet og problemområda. Prosjektet vert avslutta våren 2019 utan oppstart av Læringsnettverk, men går heller over i andre nærliggande prosjekt.

## Innhald

Samandrag .....	1
1. Bakgrunn og innleiing .....	3
2. Mål .....	4
2.1 Hovudmål .....	4
2.2 Delmål .....	4
3.1 Målgruppa for prosjektet .....	5
3.2 Utvelging og rekruttering av informantar .....	6
3.3 Datatilfang .....	7
3.4 Analysemetode .....	7
4.1. Om informantane .....	8
4.2 Hovudtema i intervju .....	10
4.2.1 Relasjonar og tryggleik .....	10
4.2.2. Erfaring frå sjukehus .....	14
4.2.3 Erfaringar frå kommunale korttidsopphald .....	17
4.2.4 Erfaringar frå heimetenesta i kommunen .....	18
4.2.5 Fastlegen si rolle .....	19
4.3 Samhandlingsavvik .....	20
5. Diskusjon .....	21
5.1 Funksjonsvurdering på tvers .....	21
5.2 Samhandling ved inn- og utskriving for dei aller sjukaste eldre .....	22
5.2.1 God planlegging av utskrivingssituasjonen .....	23
5.2.2 Medverknad .....	23
5.2.3 Betydninga av god informasjon .....	24
5.2.4 Behandlingsplan/oppfølging .....	24
5.3 Samhandling rundt medikamenthandtering ved inn- og utskriving .....	26
6. Vidare arbeid i prosjektet .....	26
Referansar: .....	29
<b>Vedlegg: Sluttrapport « Funksjonsvurdering på tvers»</b>	

## 1. Bakgrunn og innleiing

Prosjektet « Pasientar med store og samansette behov» er eit samhandlingsprosjekt mellom Helse Førde, Flora kommune, Førde kommune, Eid kommune og Høgskulen på Vestlandet. Prosjektet starta hausten 2016 og er planlagt avslutta våren 2019. Rapporten er ei oppsummering av 16 djupneintervju med pasientar med store og samansette behov frå deltakarkommunane våren 2017. Rapporten viser også til dei mest hyppige samhandlingsavvika som er meldt i 2017.

Bakgrunnen for prosjektet er at forskning indikerer at 10 % av pasientane står for nærare 50 % av forbruket av spesialisthelsetenestene, målt gjennom t.d. tal liggedøgn og tal polikliniske konsultasjonar. Tidlegare prosjekt, m.a. i utviklingsprosjektet «Framtidas lokalsjukehus på Eid» har vist at gruppa er kjenneteikna ved at dei :

- er eldre
- har fleire samtidige diagnosar/samansette lidningar
- brukar mange medikament
- truleg har behov for langvarige tenester der ulike tenesteytarar og ulike delar av hjelpeapparatet må samhandle.
- har hyppige øyeblikkeleg hjelp-innleggingar i sjukehus.
- har høg dødelegheit.

(Helse Vest, 2012)

Manglande samhandling er den viktigaste grunnen til at sjuke eldre med kroniske sjukdommar ikkje får gode nok helsetjenester. Samhandlingsreforma gir føringar for at alle relevante aktørar må komme saman og finne fram til tiltak som gir betre pasientløp og samfunnsøkonomiske rasjonelle løysingar (St.meld.nr. 47). God koordinering, gjensidig rådgeving og samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetenesta er spesielt viktig for denne gruppa. Dette vil vere bra for den enkelte pasient og pårørande, og bidra til meir samanheng på systemnivå (Danielsen, Nilsen & Fredwall, 2017).

Prosjektet ønskjer å avklare karakteristika ved den aktuelle pasientgruppa, og gjennom dette bidra til ei operasjonalisering med sikte på framtidig identifisering av pasientar med særleg store og samansette behov. Det skal og bidra til eit betre system for oppfølging av slike pasientar i både kommune- og spesialisthelsetenesta. Prosjektet skal føre til betre og meir koordinerte tenester på begge nivå og på tvers av desse.

Prosjektgruppa består av representantar frå samarbeidspartane og frå brukarane/pasientane:

Brukarrepresentant Bjørg Solheim/ Ragnhild Eimhjellen

Brukarrepresentant Gerd Torkildson

Flora kommune v/kommuneoverlege Jan Helge Dale

Førde kommune v/ leiar for heimetenesta Mona Kidøy Svalheim/Camilla Lovise Elvebakk Stein

Eid kommune v/ kommuneoverlege Thomas Vingen Vedeld

Helse Førde v/geriatriksjukepleiar Greta Gard Endal

Helse Førde v/geriater Eva Søgner

Høgskulen på Vestlandet v/professor Maj-Britt Råholm

Styringsgruppa i prosjektet er Koordineringsrådet i Sogn og Fjordane.

## 2. Mål

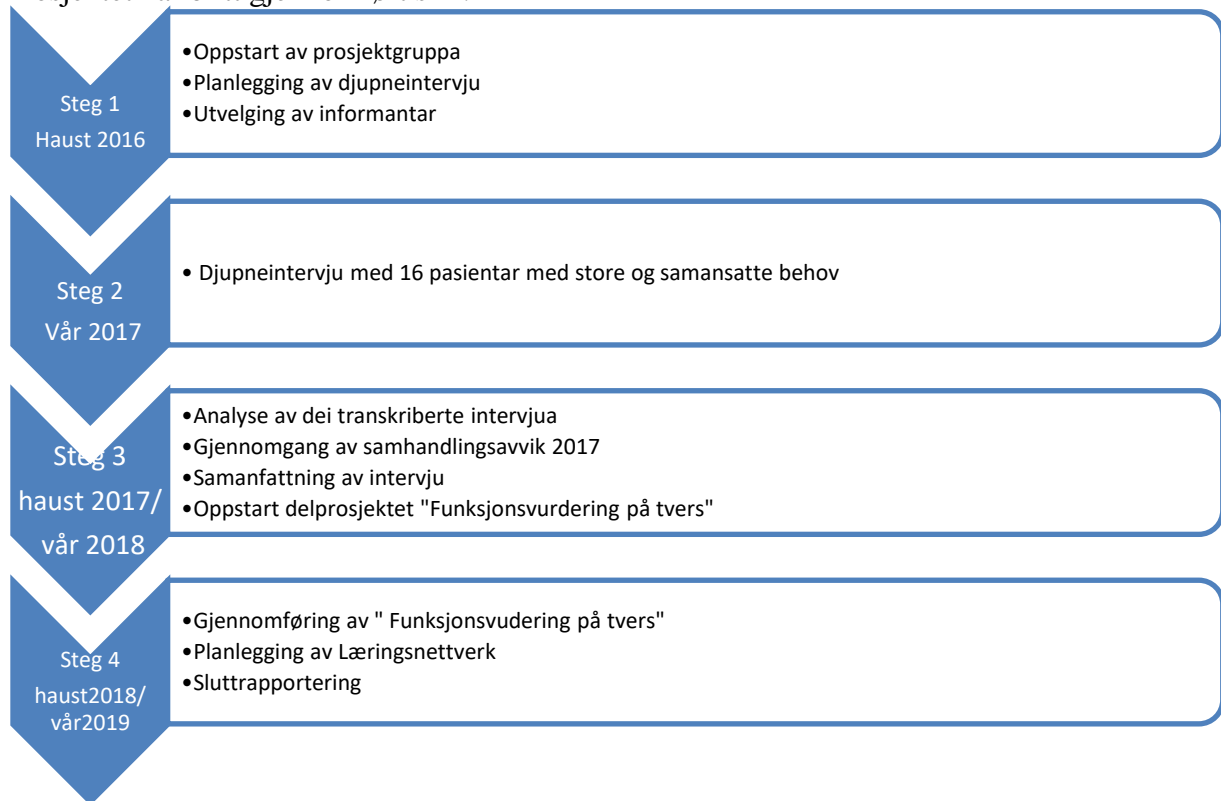
### 2.1 Hovudmål

Hovudmålet for prosjektet er å betre livskvaliteten til pasientar med store og samansette behov gjennom å utvikle gode pasientforløp og effektiv oppfølging i samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetenesta i Sogn og Fjordane.

### 2.2 Delmål

- Auka kunnskap om pasientar med samansette og store behov i kommunane Florø, Førde og Eid, mellom anna om kva som identifiserer desse pasientane, behova deira og flaskehalsar i systemet.
- Auka kunnskap om omsorgsbehovet med tanke på å utvikle gode tenester
- Auka kunnskap om kva som fremjar eller hemmar opplevinga av god livskvalitet
- Auka kunnskap om kva som fremjar eller hemmar utviklinga av gode pasienteforløp og effektiv oppfølging i samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetenesta.
- Auka kunnskap for å planlegge, utvikle og implementere eit felles system for funksjonsvurdering som kan brukast både i spesialist- og i kommunehelsetenesta
- Auka kunnskap for å implementera meir koordinerte og individuelt tilpassa behandlingsplanar i både kommune- og spesialisthelseteneste som gir rom for god individuell tilpassing

Prosjektet har blitt gjennomført slik:



Figur 1

### 3. Metode

Prosjektgruppa valde å bruke kvalitativ metode for å belyse dei tre første delmåla i prosjektet. Kvalitativ metode opnar for å studere tema som det er lite kunnskap om frå før (Malterud, 2002), og metoden er nyttig for å få betre forståing for sosiale fenomen (Thaagard, 2013). Intervju er eigna til bruk i studiar der erfaringar og opplevingar skal studerast og utforskast (Malterud, 2002). Prosjektet har difor vald å bruke semistrukturerte djupneintervju, då dette er ein nyttig metode for å få informasjon om korleis informantane opplever sin situasjon.

#### 3.1 Målgruppa for prosjektet

Prosjektgruppa definerte målgruppa slik:

- Eldre pasientar over 65 år med store og samansette behov som
  - bur i eigen bustad (inkludert omsorgsbustad)
  - har brei berøring med det kommunale tenesteapparatet
  - har fleire sjukehusinnleggingar og polikliniske behandlingar
  - har komplekse sjukdomsløp og samansette problemstillingar
  - har nedsett funksjon eller svingande funksjon

### 3.2 Utvelgning og rekruttering av informantar

Den fyrste planen var å ta utgangspunkt i dei 10% av pasientane som brukte 50% av ressursane i spesialisthelsetenesta. Helseføretaket utarbeide ei liste over desse pasientane. Ut i frå denne lista skulle fastlegane velje ut pasientar dei meinte var egna for prosjektet. Resultatet frå dette uttrekke var følgjande:

- Til saman 167 personar i kommunane Flora, Førde og Eid
- Om lag 1/3 var døde
- Om lag 1/3 var under 65
- Om lag 1/3 var over 65 år

Tilbakemeldingane frå fastlegane var at:

- mange ikkje var storbrukarar lengre
- uttrekket hadde hovudtyngda på pasientar med poliklinisk behandling
- desse pasientane ikkje var så skrøpelege
- denne pasientgruppa har størst utfordring i forhold til logistikk inne i sjukehuset (dette bør sjukehuset sjå på korleis ein kan gjere betre).

Prosjektgruppa meinte at ein ikkje trefte målgruppa ut i frå utveljingsmetoden ein hadde vald. Utfordringa for pasientane var i stor grad logistikken i sjukehuset, og ikkje samhandlinga mellom kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta.

Prosjektet bestemte difor å velje ut pasientar som i løpet av dei siste 6 månedane hadde eit sjukdomsforløp som gjekk slik:



Figur 2

Fastlegane og heimesjukepleien i dei deltakingande kommunane valde ut informantar ut i frå pasientar med eit forløp som skissert over, og som også tilfredstilte inklusjonskriteria for målgruppa.

Rekruttering føregjekk slik:

1. Fastlegen eller heimesjukepleien hadde fyrste kontakten med informanten med førespurnad om prosjektleiar kunne ta kontakt for å gje meir informasjon om prosjektet.
2. Prosjektleiar eller masterstudent ringde til informanten og fekk munnleg samtykke til deltaking i prosjektet.
3. Prosjektleiar/masterstudent/bachelorstudentar avtalte tidspunkt og stad for intervju . Ved intervju fekk ein skriftleg samtykke frå informantane.

Fastlegane og heimesjukepleien rekrutterte 22 informantar, av desse var det 16 som ønskte å vere med i prosjektet etter samtale med prosjektleiar eller masterstudent. Fire informantar vart spurd om å bli intervjuar av bachelorstudentar, to sa ja til dette.

Fem informantar vart også rekruttert ut i frå den første metoden, altså utifrå dei 10% som brukte 50% av ressursane i spesialisthelsetenesta.

Tabell 1 viser fordeling av informantar på kommunane:

Kommune	Florø	Eid	Førde
Tal informantar	4	4	8

Tabell 1

### 3.3 Datatilfang

Datatilfanget vart gjort gjennom semistrukturerte intervju. Intervjuguiden vart utvikla i samarbeid med prosjektgruppa og masterstudent.

Intervjua vart gjennomført av prosjektleiar, ein masterstudent ved Høgskulen på Vestlandet og to bachelorstudentar frå sjukepleieutdanninga ved Høgskulen på Vestlandet. Bachelor studentane gjennomførte intervjua saman med rettleiar, og begge studentane var med på begge intervjua som i hovudsak vart gjennomført i informanten sin heim. Eit intervju vart gjennomført i Helse Førde sine lokale og eit vart gjennomført ved korttidsopphaldet i kommunen. Informantane kunne velje om dei ville ha med seg ein pårørende eller ikkje i intervjusituasjonen. 4 av informantane hadde med seg ektefelle i intervjuet og 1 hadde svigerdotter med i delar av intervjuet. 15 av intervjua vart tatt opp med diktafon og transkribert av intervjuar. I eit intervju vart det kunn tatt notatar under intervjuet og intervjuar reinskreiv notata i etterkant. Dette fordi informanten ikkje ønskte at det skulle bli brukt diktafon.

*Fordelinga av intervjua var slik:*

Intervjuar	Tal pasientar
<b>Prosjektleiar</b>	8
<b>Masterstudent</b>	6
<b>Bachelorstudentar</b>	2

Tabell 2

### 3.4 Analysemetode

Det vart brukt kvalitativ analyse til å analysere intervjua. Analysen vart i hovudsak gjort av prosjektleiar. Fire av deltakarane i prosjektgruppa las 5 intervju kvar, der alle noterte seg gjentakande tema i intervjua. Prosjektgruppa hadde så ein felles gjennomgang og var einige om fellestema og kva som var viktig å ta med vidare.



## 4.Resultat

### 4.1. Om informantane

#### Alder

Tabellen under viser aldersforeldingar på informantane. Ein kan sjå at fire personar er under 65 år, dette fordi nokon vart inkludert ut i frå «storbrukar» lista. Dei er likevel pasientar med store og saman sette behov og tilfredstillar dei andre inklusjonskriteria for målgruppa.

Alder på deltakarane:

Kommune	Florø	Førde	Eid
<b>Alder</b>	73, 80,80,85	55,53,63, 70,72,77,75,80,	63,73,85,86,

Tabell 3

#### Pårørande.

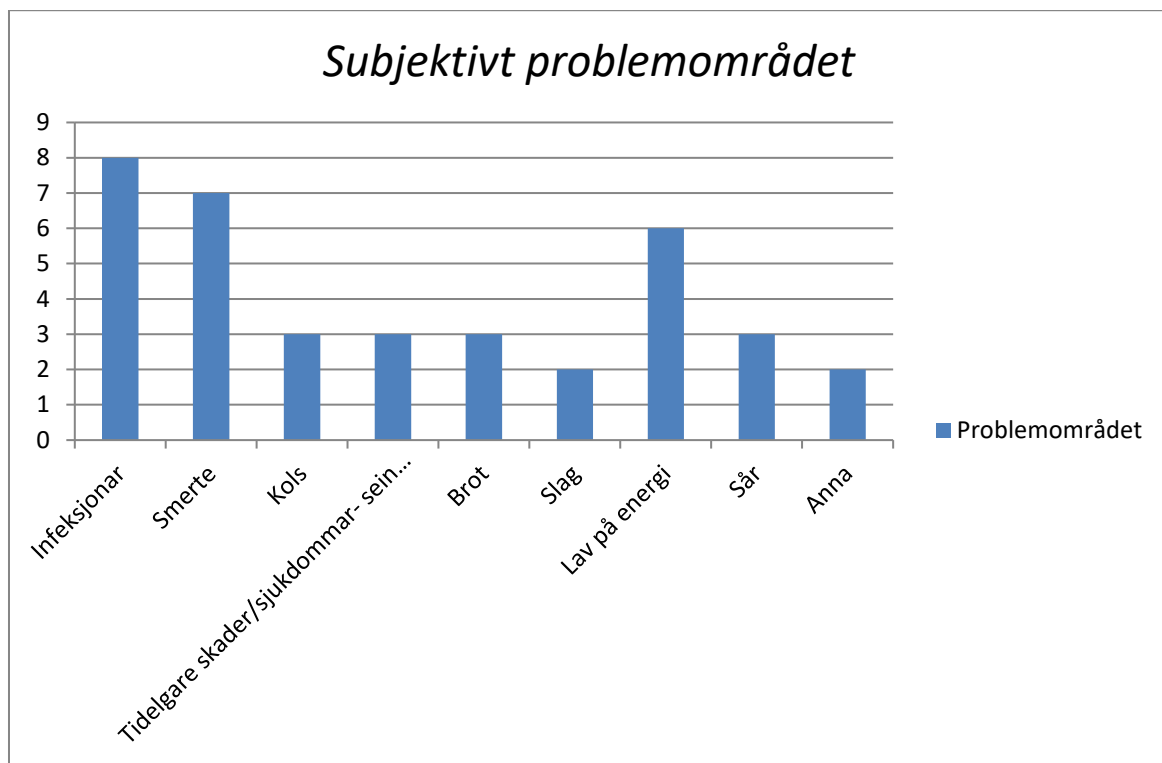
Tabell 4 viser kor mange av informantane som hadde familie/pårørande og kva relasjon dei hadde til desse.

Familierelasjon	Ektefelle	Barn	Barnebarn	Ingen barn	Ingen pårørande slekt
<b>Tal informantar</b>	8	12	7	3	1

Tabell 4

Halvparten av informantane budde saman med ektefellen sin. . Det var 3 som ikkje hadde barn og ein som verken hadde ektefelle, barn eller andre nære familierelasjonar.

### Subjektivt problemområdet



Figur 3

Figur 3 viser problemområder som informantane sjølv peiker på er problematisk. Nokre av problema er årsakar til sjukehusinnleggingar. Dei fleste har fleire problem som dei fortel om. Infeksjonar, smerte og lågt energi nivå er dei mest vanlege problema informantane fortel om.

### Innlegging

Tabell 4 nedanfor viser årsak til siste innlegging som førte til eit opphald på sjukehus.

Infeksjon	Slag	Operasjon	Fraktur	Anna
8	2	1	2	3

Tabell 4

## 4.2 Hovudtema i intervju

Vi har delt intervju inn i 5 hovudtema, figur 4 under viser ei oversikt over desse:



Figur 4

Relasjonar og tryggleik er tema som gjeld uansett kva nivå i helsetenesta informantane er. Vidare er temaene henta frå opplevingar og erfaringar ein har frå dei ulike institusjonane, samt litt om fastlegen si rolle. Kvar hovudtema har fleire undertema. Rapporten vil vidare ta for seg eit og eit tema og utdjupe desse med relevante sitat.

### 4.2.1 Relasjonar og tryggleik

Det første hovudtemaet som går igjen i intervju er relasjonar og tryggleik. Dette er tema som går igjen på tvers av helsetenetestnivå, og gjenspeglar at møte med helsevesenet er for informantane først og fremst eit møte med menneske. Innan for dette temaet har vi funne fire undertema:

- Tryggleik når helsepersonell kjenner ein
- Både positive og negative erfaringar kjem frå måten ein blir møtt på.
- Uro for eiga helse
- Sosial isolering og samvær med likesinna

#### Tryggleik når helsepersonell kjenner ein

Informantane opplever seg møtt på ein betre måte, og har meir medverknad, når helsepersonell kjenner dei. Då opplever informantane å bli behandla som eit medmenneske. Dette er viktig i alle ledd i helsetenesta og noko av det som går mest igjen når informantane skal beskrive kvifor noko fungerer bra.

Ein informant beskriv kvifor det var betre å bli flytta til ei anna avdeling der ho var kjend på avdelinga:

*«det var det at eg kjente folk der, eg blei tatt heilt på alvor, i åttande (..) du merka på folk at du føle deg velkommen og at dei skal ta vare på deg. Når du er på sjukehus, så er du sjuk. Og da trengje ein det her at ein føle at folk bryr seg. Ein er ikkje berre noko som ligger i seng 2 på rom 304, det er ikkje sånn» (175)*

Eller slik ein ektemann beskriv at det betyr mykje for kvaliteten på pleia kona får at pleierane kjenner kona hans:

*«Det fungerer bra med dei primærsjukepleierane, som kjente til ho... (navn på informant). Det har veldig mykje med det å gjere, kjenne mennesker, som veit kva ho treng. Og til ein kvar tid.» (268, ektemann)*

For informantane er møtet med helsevesenet eit møte med menneske, ikkje eit møte med system. Det er derfor viktig at møtet er eit mellommenneskeleg møte og ikkje eit møte mellom subjekt og objekt.

#### *Både positive og negative erfaringar kjem frå måten ein blir møtt på*

Opplevinga av helsetenestiltbodet er ofte basert på måten ein blir møtt på. Mange positive og negative opplevingar frå helsevesenet bunnar i måten ein blir behandla på. Å bli møtt med høflegheit og respekt er viktig for informantane. Sitata under fortel om kvifor informantane hadde ei positiv oppleving av sjukehusopphaldet:

*«Nei, dei var imøtekommande, meir hjelpsomme, meir høflige og i det heile tatt, kom inn på rommet til meg når eg skulle spise. Ho logopeden ho var jo ein engel, rett og slett, ho var kjempe grei. Så det...» (277)*

*«Men der som eg har vert, det er på gruppe (..), og dei er heilt fantastiske. Både lega og dei som er der ellers, sjukepleiere og alt. Eg kjenne dei, eg veit, eg har vert der mykje, sant. Eg føle meg trygg der, eg føle at eg blir tatt vare på, dei i møte går meg» (175)*

*«Ja, så eg kom på bølgelengde med dei fleste. Så opphaldet på sjukehuset, det var veldig bra det. Så det var ikkje noke å klage på der nei.» (272)*

Negative erfaringar frå helseinstitusjonar kjem til uttrykk når ein opplever å ikkje blir møtt med respekt, ikkje blir møtt på sine behov eller at helsepersonell uttrykker moraliserande haldningar ovan for pasienten. I sitata under fortel informantane at dei opplevde det ubehageleg å bli snakka moraliserande til i ein sårbar situasjon:

*«Ikkje noke store ting, trur eg. Nei det var no einaste... det var ein som ... då blei eg skikkeleg forbanna altså. Så sjuk eg var... eg greidde nesten ikkje å holde meg oppreist i sittande stilling. Enda eg hadde oksygen. Kom inn å ... eg sa dei må sjå å dette her, for her er noke som ikkje stemmer. Der stod fleire legar og såg på meg (latter) Det var ein som sa «Ja, røyker du?», sa han. «Ja.» «Ja, du må slutte». Eg hugsa ikkje kva eg sa men... «ja, du vil ikkje slutte du» sa han. Altså... då var eg så*

*tungpusta at det var så vidt eg greidde å trekke pusten, åsså stod han opp over meg, med stetoskopet, og kvit frakke. Og på denne måten der. Det er det siste du skal gjere med ein KOLS-pasient, som helde på svima av. Då var eg forbanna.» (266)*

*«Men det var når eg var brystoperert, då låg eg der på overvåkinga. Og så holdt dei på å stelle meg og då kom det inn ein lege. Han var litt morsk, han ja... han hadde vorte tilkalla under operasjonen. Eg hadde fått blodtrykksfall. Og det er fordi du røyker og drikker kaffi, sa han. Ja... er kaffi og farleg, sa eg? Og då svarte ikkje han. Han var rett å slett arg fordi han måtte tilkallast.» (218)*

Andre informantar fortel her korleis dei opplevde det frustrerende å ikkje blir forstått på sitt hjelpebehov og blir avvist når dei spør om hjelp, slik sitata under illustrerer:

*«eg hadde det så vondt at eg greidde ikkje gå, så ringde eg på; Kan du hjelpe meg med noke som eg ikkje greier? Greier du ikkje detta? Detta må du greie! Og så gjekk ho berre. Ja. Og så ringde eg på igjen, for det hasta med meg, eg hadde det vondt og trong hjelp. Også ringte eg på igjen, og då kom hun inn, samme dama: «Nei du kan gå ut igjen, finn ei anna, som eg kan få hjelp av». Ja, så gjekk hun ut igjen då, så kom det inn igjen ei anna. Slike folk skulle ikkje vore i tjenesten. Men nok om det.» (271)*

*« Du må bort å ete frokost» «Ja det veit eg ikkje om eg klare»,« Du er innlagt her for diabetes og ikkje for skuldra». Det var det svaret du får. Da, eg pleie å svare igjen, men du blir så satt ut. Eg svetta meg bort for å få i meg noko mat, det var eit mareritt bare å gå bort der. Så sånne svar får du der borte.» (175)*

Ein informant rapporterer at det er vanskeleg med fortrulege samtalar når visitten består av 4-5 personar:

*«Det hadde vore mykje betre om ein brukte den tida til noko meir positivt. Hadde hatt ein hyggelegare samtale og litt mindre folk. Eg får ikkje til noke samtale med ein lege som har ein hale med sjukepleiarstudentar og sjukepleiarar med seg. Kanskje legestudentar og sjukepleierstudentar og sjukepleiar er som regel med og, så det kan jo stå ein fire-fem personar inne på dette rommet, det går ikkje an, da går eg vranglås» (269)*

Sitata over summerer opp korleis informantane opplever at nedlatande og moraliserande haldningar er ubehagelege, spesielt når ein er sjuk og i ein sårbar situasjon. Dette er også gjeldande når ein er innlagt på kommunale korttidssopphald. Men, det er få som rapporterer om slike hendingar i forhold til fastlegen eller heimetenesta i kommunen.

### *Uro for eiga helse*

Fleire informantar uttrykker uro for eiga helse under intervjuet. Dette kan vere uro rundt ulike tema som; for kvifor ein er så trøtt eller har lite energi, sårutviklinga, nye alvorlege sjukdomshendingar, regulering av diabetes, prøvesvar ein har fått men ikkje fått snakka med fastlegen om, eller uro for å bli resistent mot antibiotikabehandling.

Sitatet under viser korleis ein informant er usikker på om det er noko gale med hjarte hennar, ho lurar på om det er noko ho bør ta kontakt med fastlegen for:

*«Det er vel fastlegene som følgjer med det. Så eg synes eg har sove meir enn vanleg no, men i jula og nyttårshelga var eg jo dårleg av maten, så det blei egentlig ikkje noke jul eller noke nyttår for eg var her aleine. Eg klarte ikkje så mykje, det gjorde eg ikkje. Det må no vel komme seg, men eg har jo lurt på om eg skal ta kontakt med han igjen å få tatt ein prøve av den hjertefunksjonen, for det kan dei nemlig ta på blodprøve.» (270)*

Ein kan tenkje seg at mange av desse bekymringane kunne vore avklara dersom ein hadde fått snakka med rett person om dette.

#### *Sosial isolering og samvær med likesinna*

Informantane i dette prosjektet er ofte isolert i eigen heim og har begrensa bevegelsesradius. Dette fører også til sosial isolasjon for mange. I sitatet under fortel ein informant at etter at han vart enkemann har det vore vanskeleg å reise på tur og komme seg på besøk til slekt og vener:

*«Nei, vi tok turar som vi kjørte heile dagane. Nordfjord rundt og Sogn hadde vi mange turar til. Så var vi mykje meir på besøk til familie rundt omkring. No er eg nesten ikkje på besøk, på grunn av dette.» (269)*

Mange har måtte slutta med hobbyar pga helsevanskane. Fleire rapporterer at trøtthet og mangel på energi legg store begrensingar på kva dei kan klare. Her fortel ein informant om korleis energinivået hans gjer at det er for slitsamt å ta den kommunale drosjeturen inn til sentrum slik han kunne tidlegare:

*«..det var lagt opp ein drosjerute, så du kunde tinge deg plass med. For mitt vedkommande, så stod den her, klokka halv elve, sirka på formiddagen. Og så kjørde den til og... (stadnamn) returnerte i frå ... (stadnamn) sirka kl eit, 13, og det var greitt. Det var jo så billig, 27, 25 kroner per tur, altså 50 kr fram og tilbake. Men og det gjekk som til å begynne med, men no i seinare tid, har eg vore for trøytt på formiddagen, så då lar eg det vere. Eg prøva ikkje.» (279)*

Mange opplever å miste kontakt med vener og kjende. Informantane uttrykker at dei har forståing for at både pårørande og vener har det travelt. Kona til ein informant fortel her om korleis det er mange som ikkje kjem på besøk, men at dette også er forståeleg:

*«Så han har jo noken venner som kjeme å besøke han, eller besøke oss da. Men vi kunne godt hatt fleire kanskje. Men det er mange som seie; å du må helse til han ..... Så gjer eg det veit du men, då, då kjem ikkje dei sjølv, nei. So sånn, men det, folk har det jo travelt da, ja.» (Ektefelle informant, 271)*

Fleire informantar fortel at dei har prøvd ulike sosiale tilbod frå kommunen. Mange har ikkje funne seg heilt til rette i slike grupper. Ein informant uttrykke korleis det er viktig at ein er saman med andre som ein har noko felles med:

*«Det er, viss her var nokre fleire i min liknande situasjon, som kunde treffast, nær sagt regelmessig, så vi hadde eit vist skjema å gå etter, så kom vi i alle fall ut av einsemda litt. Vi gjorde no det, ja. Men om eg hadde fått noko særleg meir ut av det, det veit eg ikkje. Nei. Det er jo ein, eit eller anna, klok mann som har sagt at: vi saknar ikkje selskap og folk, sa han, men vi saknar likesinna! Ja. Nokon som virkeleg føler til sinns,*

*nær sagt i slekt, i kontakt eller, ja. Det er ikkje likegyldig kven vi er ilag med nei.»*  
(279)

Andre informantar fortel og det same om sjukehusopplevingar eller opplevingar frå korttidsopphaldet. Gode opplevingar frå institusjonane innebær også at ein har hatt likesinna romkameratar som ein har kunne prate med, eller eit hjelpsomt personale. Når ein ikkje har trivst på ein institusjon har dette ofte vore fordi ein ikkje har funne fellesskap med dei andre pasientane, dette gjeld ofte korttidsopphalda.

#### 4.2.2. Erfaring frå sjukehus

Det andre hovudtemaet er «Erfaringar frå sjukehus», her blir opplevingane informantane har med sjukehuset oppsummert. Temaet er delt inn i 6 undertema:

- Mange er godt nøgde med sjukehusopphaldet
- Varierende informasjon om sjukdom/tilstand
- Lite eller ingen medverknad ved utskriving
- Ulike erfaringar med utskrivingssituasjonen.
- Få har ein plan for oppfølging eller førebygging
- Sjukehuset er eit maskineri på godt og vondt

##### *Mange er godt nøgd med sjukehusopphaldet*

Dei fleste har lite å utsette på opphaldet på sjukehuset. Dei gode opplevingane bunnar i det som tidlegare er blitt nemd om å bli møtt med høflegheit og respekt. Dei negative erfaringane bunnar i å bli snakka nedlatande til eller ikkje bli møtt på sine hjelpebehov. Sjå punkt 4.2.1.2.

##### *Varierende informasjon om sjukdom/tilstand*

To informantar fortel at dei har fått svært god og opplysende informasjon om sin sjukdomstilstand frå sjukehuset. Ein informant fortel slik om korleis ho og pårørande fekk informasjon om slag og slagbehandling:

*«For han doktoren eg hadde der inne han var utruleg flink altså, han kom inn, eg synes det var litt artig og for han kom inn med heile skallen, hjernen og viste, og kordan det hadde fungert og... Ja, og forklarte så tydelig, det var veldig kjekt. Og da hadde eg familien med meg, for vi spurte om ikkje han kunne komme inn slik at vi kunne få snakke med dei. Auge til auge då og joda, han kom inn på stua, og eg har to voksne gutta og dei var med oss da, når han forklarte kva som hadde skjedd. Det var veldig, veldig bra. Eg kunne i grunn veldig lite på kva som fungerer her oppe, blodet rann og alt dette her.»* (277)

Dei fleste som har blitt intervjuar har vanskar med å sette ord på kva informasjon dei har fått, eller om dei har fått nokon informasjon i det heile. Til tross for dette verkar det som om informantane kan mykje om sin sjukdomstilstand.

##### *Lite eller ingen medverknad ved utskriving*

Informantane fortel dei har lite medbestemmelse rundt utskriving til korttidopphald. Dei har i liten grad vore involvert i avgjerla rundt verken tidspunkt for utskriving eller til kva omsorgsnivå dei skal utskrivast. Her er to sitat som beskriv korleis desse avgjerslene vart tatt over hovudet på informantane:

«*Dei hadde vel egentlig foruttbestemt det, dei kom vel egentlig inn å sa det at du er ferdig behandla og vi har ordna med ein plass på kortidsopphald på helsetunet til deg. «Så da har du sjansen til å ta det eller du reise heim».* (269)

«*Så blei eg sendt bort på Furetunet, for å sende meg heim det ville ikkje dei for, det meinte dei det gjekk ikkje.... Nei, ditta var noke dei fann ut, det var ikkje noke å snakke med meg om, det er berre til å få ho av gårde (latter).*» (277)

Det kan verke som om sjukehuset har liten tradisjon for å involvere pasienten i avgjerder rundt utskriving. Informantane anerkjenner likevel fornufta i slutningane som vert tatt.

### *Ulike erfaringar med utskrivingssituasjonen*

Mange rapporterer om uproblematisk utskrivingar. Dei seier at utskrivinga var heilt som «vanleg». Nokon fortel om uoversiktlege og kaotiske utskrivingssituasjonar, slik denne informanten opplevde det:

«*Det var akkurat i vaktskiftet. Eg satt der å skulle heim og hadde fått utskrivingspapir og alt, men ingen signal om at eg skulle skrivast ut (..) Så hadde eg fått opp i halsen her ein sånn som eg skulle få pencilin på, også kom dei på at den måtte dei ta ut før eg skulle reise heim. Også måtte dei legge trykkbandasjen der også, også måtte rommet vaskast ned på med giftstoff, nei, det var så mykje styr, dei viste ikkje kva ende dei skulle begynne i sant. Også låg eg der og viste at penicillinen den var intravenøst og den måtte eg ha nokre dagar til, også skulle eg plutselig kutte alt.*» (198)

Ein informant fortel om uforutsigbar utskriving som har rot i dårleg samhandling mellom sjukehus og kommune. Her i notat frå eit intervju med henne, fortel ho om korleis det var uavklart kvar ho skulle heilt fram til ambulansen kom og henta henne:

«*Ved utreise den gongen hadde det lenge vore snakk om at ho skulle få reise heim til helga. Då ambulanspersonalet kom på rommet, kom sjukepleiaren inn på rommet og seie at ho ikkje kunne reise heim, men må på korttidsopphald, fordi ho måtte snuast kvar time. Dette hadde ho ikkje blitt førespegla før, tidlegare vart det sagt at ho skulle få reise heim. Det hadde vert betre om ho hadde vore forberedt på at ho skulle på korttidsopphald.*» (275)

Nokon meiner dei blir for tidleg utskriven frå sjukehuset og at dette medfører unødvendige tilbakefall. Slik kona til denne informanten uttrykker det:

«*Dei skriver dei for tidlig ut. Det går sånn at han får så og så mange dose med intravenøs for å snu lungebetennelsen. Det er jo lungebetennelse han har vore innlagt for fleire gonger då. I oktober, nei november ble han innlagte då. Då kom han for tidlig ut så han måtte ha kur igjen etter ei veke. Så var han jo innlagt no etter jula. Då var det akkurat på samme måte, ei veke så var det på antibiotika. Og den. Så sist han vart utskrevet så gjekk han på antibiotika. Han fekk siste dose den dagen har vart utskrevet. Og so skal dei gå øve på tablettar. Og då er det ikkje alltid at dei tablettene virker. Så gikk det berre noe få dagar så var jo han oppe i samme elendigheten. Så dei tablettene virket ikkje. Istedenfor at dei kunne holde dei inne på sjukehuset i hvert fall et par dagar etter at dei e begynt på tablettkur for å sjå om det virker. Istedenfor å sende dei heim. Det syns eg. Og dette her har gjentatt seg flere ganger.*» (273)



### *Få har ein plan for oppfølging eller førebygging*

Det er få eller ingen som har ein plan for oppfølging eller som får informasjon om kva dei skal gjere dersom dei vert dårlege igjen etter utskrivning frå sjukehuset, trass i gjentakande innleggingar av same årsak. Det er få som opplev at sjukehuset set i gang førebyggjande tiltak. To informantar fortel at dei arbeider med saka på sjukehuset, men pga usemje om behandling drar ting ut i tid. Denne informanten fortel om korleis ho er kasteball mellom ulike avdelingar:

*«Og liksom, no går eg på hudpoliklinikken og no har dei sagt at, han legen, at no er dette blitt for stort for oss, no må kirurgane inn. Og kirurgane dei tek ikkje tak i det, dei berre skal sjå det an, skal sjå det an.» (198)*

### *Eit maskineri på godt og vondt*

Sjukehuset har gode rutinar, men kan ikkje alltid tilpasse dette til den enkelte pasient. Denne informanten beskriv at når han skulle opererast så var det vanskeleg å flytte operasjonen til seinare på dagen. Han hadde kols og var alltid veldig tett på formiddagen:

*«(..) nei det var kl. 9, eg skulle ned». «Nei» sa eg, «det er for tidleg. Eg greier ikkje å gjere meg klar så tidleg.» «Ja, men stå tidlegare opp da.» «Det hjelper ikkje,» sa eg, ( latter) (..) For å vere tungpusta når eg skal opereras, det er ikkje noko tess.» (266)*

Nokre informantar fortel imidlertid om hendingar der sjukehuset strekk seg langt for å gje god behandling der kommunane ikkje har kunne gje tilfredstillande oppfølging. Sitatet under viser korleis sjukehuset tar over kommunen si oppgåve, då ein opplever at kommunen ikkje har ivaretatt dette godt nok tidlegare:

*«Vart liggande på sjukehuset fordi ho hadde ikkje trua på korttidsopphaldet. Fram og tilbake mellom sjukehuset og korttidsopphaldet når sjukehuset var fullt.» (275)*

Nokre informantar stiller seg uforståande til at andre problemstillingar en det ein er innlagt for ikkje blir følgt opp når ein er innlagt. Denne informanten beskriv at ho ikkje fekk noko oppfølging eller forklaring på kvifor blodprosenten hennar var låg når ho var innlagt, noko ho bekymra seg mykje for:

*«Eg syntes det var så rart at dei ikkje kunne ta fatt i dette når eg var på medisinsk avdeling som har med slike ting å gjere (lav blodprosent).» (198)*

*«Men no har eg leie på medisinskavdeling pga av ein infeksjon eg hadde i huden og denna gongen vart eg lagt på medisinsk avdeling og dei konstanterte og registrete det at eg hadde veldig lav blodprosent, men dei gjorde ikkje nokon ting med det. Og eg går og e så svimmel og er så trøtt og sliten eg må gå, til vanleg må eg gå med krykker, eg kan ikkje gå eit steg utan pga at eg har så vondt, men no så eg må eg gå med preikestol, eller kjøre meg rundt i denne (peiker på arbeidsstolen) for eg er så svimmel. Men så er eg på medisinsk avdeling, også tek ikkje tak i det, for det var ikkje da, det var infeksjonen i foten.» (198)*

### 4.2.3 Erfaringar frå kommunale korttidsopphald

#### Overgang sjukehus til korttidsopphald

Fleire informantar uttrykker seg nokså lunkent i forhold til det å reise til korttidsopphold, ei uttrykker det slik:

*«Å dra frå sjukehus til korttidssopphald er som å reise frå hotell til pensjonat» (275)*

Mange opplever godt nok stell på korttidsopphald i kommunane og dei fleste opplever korttidsopphalda som nyttig då dei treng tida til å styrke seg etter sjukehusinnlegginga. Informantane har tillit til kommunikasjon mellom sjukehus og kommune, dei fleste opplever at dette fungerer fint. Det er ingen som har noko negative opplevingar med dette.

#### Manglande oppfølging av prosedyrer på korttidsopphalda

Det er fleire som rapporterer om mangelfulle rutinar for oppfølging. Dette har i enkelte tilfelle ført til alvorlege hendingar. Ein informant med kols fortel at behandlingsregimet med oksygenbehandling ikkje blir følgt opp og ho blei innlagt på sjukehus igjen. Det finns og ei rekke eksempel på mindre alvorlege hendingar som avvik i sårhandtering, avvik i diettar, avvik i medisinerer. Her fortel ein informant korleis sårstellet vart følgt opp ulikt og stadig endra rutinar for:

*«Også skulle dei skifte på såret, også seie legen at dei skal gjere det på den og den måten. Men så kjem dei inn; dei veit ein betre måte, så gjer dei det på den måten, også kjem det ein anna inn som veit ein enda betre måte, så gjorde alle det på den måten.» (198)*

Ein anna informant fortel at det ikkje vart tatt på alvor at trykksåret hennar vart verre og verre, og verken lege eller sjukehuset vart konsultert. Dette endte med operasjon, og sjukehuset valde i etterkant av operasjon å ikkje sende henne tilbake til korttidsopphaldet, men i staden ha henne på sjukehuset i 3 månadar til såret var grodd tilfredstillande.

Nokon rapporterer om uverdige behandling, slik som denne informanten som opplevde store ubehag i forflyttings situasjonen utan at dette vart tatt omsyn til:

*«Nei, eg følte ivertfall det at berre dei fekk forflytte meg så var det ikkje så nøye med kva måte. ... Jaja, eg låg jo 45 grader i dette seglet, ut til sides. Men ellers så var opphaldet greit, men det var akkurat det der med den forflyttinga, den var lite human.»*

På spørsmålet om det hjalp å gje beskjed svara informanten slik:

*«Nei, det var ikkje hjelp i, da fekk eg berre beskjed om at det hjelper med eit smil.» (269)*

Ein informant observerte at andre medpasientar ikkje fekk i seg mat:

*«Også mate når dei åt der ned, så fekk kvar enkelt servert ein porsjon mat, og det skulle dei få i seg sjølv. Og der satt det gamle menneske som ikkje skjønnte korleis det her skulle gjerast. Da når tida var gått så var maten tatt vekk, og så var tida ute vart dei sendt inni igjen på rommet, uten at maten var blitt åten.» (198)*

#### 4.2.4 Erfaringar frå heimetenesta i kommunen

##### *Heimetenesta er fleksibel og skaper trygghet i kvardagen*

Heimetenesta er fleksibel, lett tilgjengeleg og representerer trygghet i kvardagen til informantane. Her fortel ein informant om korleis dette fungerer bra:

*«Ja, dei skal komme å hjelpe meg å vaske, og så kjem dei med tablettar, og dei er jo kjempe svært, det går fint.» (277)*

##### *Heimetenesta er ofte kontaktpunkt mot resten av helsevesenet*

Heimesjukepleien er ofte kontaktpunktet mot helsevesenet. Mange fortel at dersom dei treng hjelp så tek dei kontakt med heimesjukepleien, og dei har tillit til at dei ordnar det som skal til. Kona til ein informant fortel korleis heimesjukepleien arbeider:

*«Så når heimesjukepleien har vært her og tatt CRP så ringer jo dei og konfererer med fastlegen og han skrive ut medisin og så han slepp og reise ut. For heimesjukepleien tar jo alle målinger, både blodtrykk og ja. Så da e veldig bra.» (273)*

Heimesjukepleien tar og blodprøver o.l. slik denne informanten fortel, og blir med dette eit kontaktpunkt til helsevesenet generelt, dei kommuniserer både med fastlegen og med sjukehuset. Heimesjukepleien er og ofte involvert i innleggingane gjennom at dei fomidlar kontakt til fastlegen eller legevakt

##### *Pasientane har stort behov for medverknad*

Det kan sjå ut som at behovet og forventingane om medverknad er større når det gjeld kommunale helsetenester enn i spesialisthelsetenesten. Dette utspelar seg ofte i misnøye rundt enkelte rutinar i heimesjukepleien som t.d. tidspunkt for morgon- og kveldsstell slik denne informanten fortel:

*«Ja du veit at det å måtte legge seg halv elve, sommardagen og alt mulig. Det vart heilt forferdeleg for meg. Så det er noke eg reagerer på, at ein må forandre aldeles rytme, legge seg halv elve sommardagen, det er grusomt. Eg treng lite søvn og eg har brukt å gjort det sånn at eg legge meg seint og eg står tidleg opp. Men no må eg legge meg forholdsvis tidleg og eg står seint opp.» (27)*

For pasientar med stor pleiebehov er det viktig at det er kjente personar som kjem. Dette er av og til problematisk når det er mykje nye og ufaglærte tilsette: Ein informant seier det slik: :

*«I januar var det veldig mykje nye i heimesjukepleien. Får ikkje beskjed om at det kjem nye folk på opplæring, ofte 2-3 stykker på rommet. Det var sjukepleier på plass når ho kom heim frå sjukehuset. Sjukepleiere sa « I morra er det dusjedag» «Det er ok viss det er nokon som kjenner meg» « Ja, det må gå an» Så kjem det ei heilt ny som hadde begynt på nyåret. Og ho hadde med ei på opplæring - ei uerfaren som lærer opp ei ny. Ho vart veldig skuffa over at ho på førehand hadde sagt i fra om at ho ønskte ein erfaren. Ho som kom hadde protestert på at ho skulle lære opp ei ny, men ho hadde ikkje blitt hørt. Dei ringte frå kontoret å hørte korleis det hadde gått.*

« Ho hadde ikkje greie på heis og fekk meg ikkje opp i dusjstolen skikkeleg» (275)

Dette viser korleis personalet også blir pressa til å gjere ting dei sjølv meiner dei ikkje er kvalifisert for. I denne situasjonen fekk ikkje informantene det ho var lova, andre har rapportert om liknande hendingar.

### *Oppfølging i kommunen*

Dei fleste får den oppfølginga dei har blitt lova. Ein informant fortel at heimesjukepleien ikkje føl tilrådinga i epikrisa frå sjukehuset. Ein del fortel at dei ikkje har fått den opptreninga dei hadde forventa. Fleire opplever at ergo eller fysio er innom på heimebesøk i kommunen, men ikkje følgjer opp. For ein informant vart dette så frustrerande at ho tok kontakt med privat fysioterapeut for opptrening og oppfølging.

#### *4.2.5 Fastlegen si rolle*

##### *Kjenneteikn på ein god fastlege*

Dei fleste som har hatt same fastlege over lengre tide er ofte nøgde og har tillit til fastlegen. Ein informant beskriv kvifor hennar fastlege er ein god fastlege:

«Jo det er det at han har tid, han sette seg ned, han sitter ikkje å ser på maskina heile tida, og vi snakka sånn som meg og deg no, og han har god tid. Og det synes eg er veldig kjekt. Men da tenker eg jo og litt på dei som sitter å venta, «Ja, ja, men dei får bare vente» seie han.

Så der er eg heldig, og der kan eg seie alt mulig og han spør om forskjellig: «Du må fortelle meg om du har noke vondt» og i det heile tatt, kordan eg føle meg og, så vi, ja.» (277)

Ein god fastlege er kjenneteikna med at han/ ho er tilgjengeleg, har tid, føl opp, er kunnskapsrik og er ein person ein kan snakke med om det meste.

##### *Enkelte saknar meir oppfølging*

Nokon saknar oppfølging av fastlegen på prøvesvar og liknande. Sitatet under viser at informantene etterlyser oppfølging av diabetesreguleringa si:

«Ja. Han kunde ha sett på kordan insulinbruken virka. Og det skjema som var satt opp av sjukehuset, av legen der, så og så mange strek om kvelden og så mange strek om morgningen, Det er som eg har sagt med heimesjukehjelpen, det kan jo henda at det skulle vore, for å sei det fint, evaluert» (279)

##### *Problematisk med ufrivilligskifte av fastlege*

Det blir opplevd problematisk for dei som ufrivillig har måtte skifte fastlege. Informantane opplever at den nye fastlegen ikkje kjenner deira sjukehistorie og ikkje veit kva dei treng. I sitatet under beskriv ein informant sine frustrasjonar med stadig bytte i fastlege:

«Skulle hatt ein primærkontakt. Altså, eg trudde at det i utgangspunktet var fastlegen. Men eg har jo vert så uheldige med fastlegane, dei har slutta og gått i permisjon. Og no her i fjor vinter så fekk med ein ny fastlege, han hadde vi i 2 måndar så gjekk han ut permisjon. Og så fekk vi vikar ho var der i 2-3 månadar, så for ho ut permisjon. Og så fekk vi ny vikar og ho var ute i permisjon no til jul og no har vi fått han fastlegen

*tilbake han som er i utgangspunktet. Så det er han eg skal ned no i dag. Så vi har hatt 3 vikarar, eller eg har hatt 3 vikarar og ingen kjenner historien min sånn at når eg kjem ned, altså dei 20 min ein har hos legen da går jo, eg får ikkje fortalt halve historien min. Dei veit ikkje kvifor eg går på så mykje smertestillande, for at eg har så vondt i rygga, det skjønner dei ikkje. Dei veit ikkje ka som feila meg. Dei kjenner meg ikkje.» (198)*

Når ein får ny fastlege er det fleire som fortel at dei har ofte mindre kontakt med den nye fastlegen enn det dei hadde med den gamle. Ein informant beskriv her korleis ho berre har hatt telefonkontakt med den nye fastlegen:

*«Eg har ikkje vore så veldig mykje ute der, for han fastlegen eg hadde, han måtte trappe ned antakeleg, for han vart jo ikkje yngre han heller. Og så kom det ein anna, ei dame inni bilde, eg har hatt litt kontakt, men det har ikkje vore anna enn telefonkontakt, men eg har fått meg ein time no.» (272)*

#### 4.3 Samhandlingsavvik:

Prosjektet har også sett på samhandlingsavvika som blir meldt mellom helseføretaket og kommunane. Kommunane melder flest avvik. Tabell 5 viser ei oversikt over dei hyppigaste hendingane som vart rapportert i 2017. Mange av samhandlingsavvika handlar om svikt i kommunikasjonen mellom spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta.

Hendingar som skjer hyppigast:

Hending	Tal saker i - 17
Feil/mangel v. legemiddelliste, resept, legemiddel ved utskriving	22
Rekvisisjon manglar, eller er mangelfullt utfylt	8
Feil i epikrise eller manglande epikrise etter utskriving	8
Dårleg dialog og varsling ved utskriving	10
Hendingar som gjeld pasientreiser, bestilling og utføring av reise	8
Feil ved elektronisk meldingsflyt ved innlegging og utskriving	5
Pasient sendt til sjukehus utan at lege har meldt pasienten	7
Fysioterapirapport manglar	4

Manglande informasjon til kommunen ved utreise	4
Manglande tilvising eller feil med tilvisinga	3
Feil ved merking eller sending av laboratorieprøver	6

Tabell 5

## 5. Diskusjon

Det er mange problema og forbetningspotensiale som kjem opp i analysen av intervjua. Sidan dette er eit samhandlingsprosjekt vil denne rapporten ta for seg det som kjem opp som problematisk i overgangane/overføring mellom helsetenestnivåa. Prosjektet har vald tre område som ein ønskjer å arbeide vidare med:

1. Funksjonsvurdering på tvers
2. Samhandling ved inn- og utskriving for dei aller sjukaste eldre
3. Samhandling rundt medikamenthandtering ved inn- og utskriving

Desse områda er basert på kunnskapen frå intervjua, samhandlingsavvika, oppdatert litteratur og nasjonale føringar/rapportar. Rapporten vil vidare ta for seg kvifor desse tre punkta er viktige å ta med vidare. Andre problemområde som kjem fram i intervjua blir presentert for kommunar og sjukehus i forma av munnlege presentasjonar og denne rapporten. Her må kvar institusjon vurdere kva som kan vere aktuelt å forbetre.

### 5.1 Funksjonsvurdering på tvers

I intervjua kjem det fram at når personalet kjenner pasienten blir pasienten naturleg behandla som eit medmenneske. At pasienten kjenner personalet, der han eller ho kjem er viktig for tryggleiken og opplevinga av helsetilbodet. Både det å ha ein fastlege på sjukehuset, ei fast avdeling å halde seg til, ein fast fastlege og ein fast primærkontakt sjukepleiar i kommunen og fast team frå heimesjukepleien.

Når ein pasient blir innlagt på ei avdeling der han er ukjend, blir det viktig at personalet der veit meir om pasienten enn akkurat diagnose og sjukdomshistorie. Informasjon om pasienten sine ressursar og tidlegare funksjonsnivå vil hjelpe helsepersonell til å gje pasienten den pleia han treng. Dei kan dermed møte pasienten på ein betre måte. Undersøkingar viser at mange helseføretak får mangelfull informasjon om pasienten sitt funksjonsnivå frå kommunane når han/ho blir innlagt på sjukehus (Riksrevisjonen, 2017). Dette kan påverke både den medisinske behandlinga pasienten får og måten pasienten blir møtt på.

Når pasienten blir utskriven til korttidsopphald møter han/ho ofte helsepersonell som ikkje kjenner pasienten frå før av. I intervjua uttrykker informantane at opphalde på kommunale korttidsopphald er heilt greitt, men at overgangen frå sjukehus til korttidsopphald er dei er passeleg nøgd med. Dette kan ha samanheng med at ein kjem på ein ukjend stad og møter ukjend personale.

Grimsmo (2015) argumenter for at det er best for eldre pasientar å bli utskriven direkte til heimen. Utskriving direkte til heimen vil medføre kontakt med primærskjepleier og heimesjuepleie som pasienten ofte er kjend med frå før av. I tillegg kjem pasienten til kjende omgjevnader. Utskriving direkte til heimen vil og før til eit mindre oppstykk pasientforløp. Eit oppstykk pasienteforløp er særleg uheldig for eldre og skrøpelege pasientar som tåler dårleg transport og skifte av miljø (Grimsmo, 2015).

Helse Nord viser i sin rapport der dei oppsummer 24 kvalitative intervju av helsepersonell i kommunehelsetenesta at heimetenesta i stor grad var opptatt av funksjonen til pasienten når dei skulle planlegge og tilrettelegge for pasienten i heimen (Gaski & Abelsen, 2017). Gode beskrivingar av funksjonen til pasienten vil truleg vere til hjelp for at fleire pasientar kan få reise heim til eigen heim til både kjent helsepersonell og kjende omgjevningar. Grimsmo (2013) har gjort ein studie basert på dokumentanalyser, observasjon og intervju med helsepersonell i 40 kommunar. Han peikar på at opplysningar om pasienten si funksjonsevne og multisykdom ofte blir oppfatta som mangelfulle. Riksrevisjonen seier i si evaluering av samhandlingsreforma at mange kommunar opplever at dei ikkje får tilstrekkeleg informasjon om pasienten sitt samla funksjonsnivå. 44 prosent av kommunane meiner at informasjonen frå sjukehuset ikkje kjem tidsnok til at kommunen blir i stand til å legge til rette for gode tenester. Når slik viktig informasjon om pasienten manglar, eller kjem seint, er det utfordrande å legge til rette for riktig behandling, og i verste fall får pasienten utilstrekkelig eller feil behandling. Det er ressurskrevjande for tilsette både i spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta å etterspørje informasjon om pasienten (Riksrevisjonen, 2017).

I følgje våre informantar verkar det som at heimesjuepleien er ein viktig arena for å gje pasientane tryggleik. Heimesjuepleien fungerer også som eit kontaktpunkt mot resten av helsevesenet. Korttidsopphalda kan ikkje seiast å representere det same. Det finst altså gode argument for at utskriving direkte til heimen kan vere gunstig for pasienten i mange samanhengar. For å få til dette peiker litteraturen og nasjonale rapportar på at god funksjonsvurdering av pasienten sitt hjelpebehov i godt tid før utskriving, kan gjere det lett for kommunane å vurdere om pasienten kan reise direkte heim.

Vi ser at manglande informasjon om samla funksjonsnivå til pasienten er problematisk både ved innlegging og utskriving. God informasjon om funksjon kan altså vere til hjelp for helsepersonell som ikkje kjenner pasienten til å møte han/ho på ein god måte. I tillegg kan det gje større sjanse for at pasienten møter helsepersonell han kjenner ved utskriving ved at han kjem direkte heim og gje betre tilrettelegging i kommunane. Prosjektet argumenterer derfor for at å arbeide vidare med kommunikasjon rundt funksjonen til pasienten i overgangane mellom helsetenestnivåa, er eit viktig satsingsområde.

## *5.2 Samhandling ved inn- og utskriving for dei aller sjukaste eldre*

Informantane i våre intervju gir uttrykk for at dei har stor tillit til at informasjon mellom helsetenestnivåa går som den skal. Det er likvel indikasjonar for at dette ikkje alltid er tilfelle. Behovet for å utveksle informasjon har auka etter innføring av samhandlingsreforma, mellom anna som følgje av at fleire og sjukare pasientar vert utskrivne frå sjukehusa til vidare oppfølging i kommunane (Riksrevisjonen, 2017). Fleire publikasjonar opplyser at mangelfull informasjon mellom sjukehus og kommune skjer hyppig og at dette

kan føre til usikkerheit og feilbehandling (Bollig, Ester & Landro, 2010; Nordberg, 2015; Olsen, 2013). Mykje av samhandlingsavvika i Helse Førde bunnar i svikt i kommunikasjon ved innlegging og utskriving. Ein av informantane i dette prosjektet rapporterer at ho ikkje veit kvar ho skal køyrast før ambulansen kjem å hentar henne. Dette kan grunnast i svikt i kommunikasjonen mellom sjukehus og kommunen, men og svikt i kommunikasjon med pasienten. Helsepersonell rapporterer at dette ikkje er ukjende hendingar, verken for kommunen eller sjukehuset. Når det gjeld utskriving frå sjukehuset til kommunen peiker informantane vi har intervjuet på fleire forbedringspunkt, både når det gjeld kommunikasjon med pasient og mellom helsetenestnivåa. Rapporten vil vidare diskutere betyding av desse temane:

- God planlegging av utskrivingssituasjonen
- Medverknad ved inn- og utskriving
- Informasjon til pasienten
- Oppfølging og førebygging

### *5.2.1 God planlegging av utskrivingssituasjonen*

Nokre informantar gir i intervjuet uttrykk for at utskrivingssituasjonen frå sjukehuset er kaotiske, uoversiktlege og utrygge. Informantane veit ikkje kvar ambulansen køyrer dei eller kva behandling dei treng vidare. Nokon veit ikkje at dei skal utskrivas før dei sit med utskrivingspapira i handa. Informantane seier at dette kjennes utrygt og uforutsigbart.

Pasienttryggleiksprogrammet foreslår 4 punkt som er viktig for trygg utskriving:

1. Starte planlegginga av utskriving ved innkomst
2. Formidle viktig informasjon til samhandlingspartar
3. Gjennomføre strukturerte utskrivingssamtalar
4. Bruke sjekklister før utskriving

### *5.2.2 Medverknad*

Det kjem tydeleg fram i intervjuet at medverknad ved utskriving av pasientar er omtrent fråverande. I intervjuet gir ikkje informantane uttrykk for at dei er ueinige i avgjersla som er blitt tatt hovudet på dei. Nokon seier likvel at det kunne vore greitt å bli meir involvert i avgjersla.

Mykje forskning peikar på det same; at eldre pasientar ønskjer å bli høyrd og delta i utskrivingssprosessen, men at kapasiteten til involvering varier (Dyrstad, Testad, Aase & Storm, 2015; Foss & Hofoss, 2011; Foss, Hofoss, Romøren, Bragstad & Kirkevold, 2012). Dette ønske blir ikkje alltid oppfylt. Eldre pasientar rapporterer om manglande brukermedverknad, informasjon og opplæring når dei vert skrivne ut – både til heimen og til sjukeheim (Foss & Hofoss, 2011; Foss m.fl., 2012; Hvalvik & Dale, 2015).

Pasienttryggleiksprogrammet hevdar at medverknad i behandlinga ved innlegging, i behandlinga på sjukehuset og ved utreise kan vere med å mobilisere pasienten sine eigne ressursar til å ta ansvar for eiga helse. Pasienten vil alltid vere den som kjenner sitt eige liv og kontekst best, og ved ikkje å ta dette med i avgjersle om pasienten kan ein gå glipp av relevant



og viktig informasjon, og avgjersler kan blir tatt på feil grunnlag. Pasientmedverknad er altså eit viktig forbettringspunkt, spesielt i sjukehussamanheng og viktig for å mobilisere pasienten sine eigne ressursar.

### 5.2.3 Betydinga av god informasjon

Mange av informantane i prosjektet uttrykte uro for eiga helse. Ei slik uro kan vere reell eller ikkje. Det er viktig at ein får tatt dette opp med helsepersonell som kan hjelpe ein å finne ut av dette. Gode samtalar med fastlege, ved kontakt med sjukehuset eller med primærstjukepleier bør vere nøkkelen her. Slike samtalar må bære preg av at helsepersonell har god tid og gir pasienten rom for å ta opp sine problemstillingar, at dei vert tatt på alvor og at helsepersonell kan gje dei gode og informative svar.

Mykje trygging kan for eksempel ligge i god informasjon om sjukdommen ved utskriving frå sjukehuset. I Stokke et. al (2013) sin studie, gjort av utskrivingsklare hjartepasientar, viste det seg at ved å gje god og individuell tilpassa informasjon ved utskriving, kjende pasientane seg tryggare ved utreise. Informantane i våre intervju kan i liten grad sette ord på kva informasjon dei har fått om sin sjukdomstilstand. Dette stemmer overeins med PasOpp rapporten frå 2016 «Pasienterfaringar med norske sykehus i 2015» som viser at Helse Førde ligg lågare enn landsgjennomsnitt når det gjeld informasjon til pasienten knytt til behandling og oppfølging av behandling. Det er kunn to av informantane i våre intervju som kan sette ord på den informasjonen dei har fått på sjukehuset. For desse informantane var kjenneteikna på god informasjon slik:

- Legen tok seg god tid
- Pårørende var tilstades
- Det vart brukt visuelle bilete for å tydeleggjere informasjonen, som t.d. røntgebilete eller modell av organ
- Det var sagt noko om framtidsutsiktene, både positive og negative

At pårørende var tilstades var ein viktig faktor. Dette er også vist i andre studie, Dyrstad m.fl. (2015) fant at pårørende er viktige bindeledd og talspersonar ved innlegging og utskriving av eldre frå sjukehus – ikkje minst gjennom å gje og mot ta informasjon. I ein studie frå Bragstad, Kirkevold, Hofoss og Foss (2014), basert på telefonintervju med 262 uformelle omsorgsgjevarar vert det konkludert med at eldre pasientar utan assistanse frå ein yngre generasjon står i fare for å miste den deltakinga dei treng for å få til ein god overgang frå sjukehus til kommune, fordi dei anten ikkje blir informert eller dei ikkje oppfattar den informasjonen dei får.

Pasienttryggleiksprogrammet hevdar at betre informasjon og gode samtalar kan vere med å trygge pasienten og skape meir forutsigbarheit. Mykje tyder på at informasjon kan bli gitt på ein betre måte enn det det er tradisjon for i dag.

### 5.2.4 Behandlingsplan/oppfølging

Ingen av informantane i denne studien kan fortelle om dei har ein plan for oppfølging eller førebygging av nye innleggingar. Fleire enn halvparten av kommunane opplever at dei ikkje får tilstrekkeleg informasjon om pasientane si forventa framtidige utvikling når dei vert

utskrivne frå sjukehuset til vidare behandling og oppfølging i den kommunale helse- og omsorgstenesta (Riksrevisjonen, 2017).

Nasjonalt senter for distriktsmedisin har gjort ei kvalitativ studie av samhandlingsreforma i Nord-Norge. Studien basert seg på intervju med fastlegar rundt samhandling av utskrivingsklare pasientar (Gaski & Abelsen, 2017). Rapporten viser at sjukehuslegane var flinke til å dele sin kunnskap når fastlegen tok initiativ. Motsett var det sjeldan at sjukehuslegane kontakta fastlegen, og dei nytta i liten grad fastlegane sin kompetanse. Det var veldig sjeldan at fastlegen vart kontakta før pasienten vart utskrivne, og det vart i liten grad brukt tid på samhandling med fastlegen før utskriving. Det same var gjeldane for samhandling mellom fastlegen og sjukehuset den første tida etter utskriving (Gaski & Abelsen, 2017). God samhandling rundt utskriving kan være utfyllande og vere med på å samstemme arbeidet mellom sjukehus og fastlege, og dermed gje fastlegen og pasienten meir trygghet i behandlinga vidare. Fastlegane si oppfølging av utskrivingsklare pasientar var i stor grad at fastlegen gjekk igjennom epikrisa. Fastlegane uttrykte at det var enkelt å følge opp dersom det går klart fram av epikrisa kva som skal gjerast og kva som skal vere fastlegen si rolle (Gaski & Abelsen, 2017). I vår studie gir pasientane uttrykk for at dei i liten grad kjenner til nokon plan for oppfølging, til tross for gjentekne innleggingar av same årsak. Kanskje kunne meir involvering av både fastlege og pasienten vore eit godt utgangspunkt for å lage ein oppfølgingsplan, og hindre nye sjukehusinnleggingar, samt gje pasienten betre tryggleik i forhold til eiga helse?

Informantane i dette prosjektet fortel og at kommunane har manglande oppfølging av rutinar. Fleire publikasjonar beskriv at ein konsekvens av samhandlingsreforma er at pasientane blir utskrivne tidlegare enn før. Pasientane er sjukare, har auka behov for medisinsk behandling og har meir samansette problemstillingar (Gautun & Syse, 2013; Grimsmo, 2013, 2015; Handeland & Tveit, 2015; Haukelien m.fl., 2015). Dette har ført til fleire og meir komplekse arbeidsoppgåver, auka faglege krav og ein tydelegare forventning om å heve kompetansenivået til tilsette i kommunehelsetenesta (Gautun & Syse, 2013; Tønnessen m.fl., 2016). Fleire publikasjonar finn at det er for liten kompetanse i kommunen til å ta imot pasientane (Danielsen, Nilsen & Fredwall, 2017). Det at pasientane ikkje blir følgt opp slik dei skal kan ha samanheng med at pasientane er sjukare enn tidlegare medan kompetansen i kommunen ikkje er vesentleg styrka.

Fleire av informantane i prosjektet er blitt re-innlagt pga manglande oppfølging i kommunen. Riksrevisjonen si evaluering av samhandlingsreforma seier at eldre pasientar kan vere spesielt sårbare og utsett for re-innleggingar. Å ha god tilstandskontroll slik at sjukehusinnleggingar kan unngåast, kan være eit mål på god omsorg. For nokre pasientar er ei re-innlegging uunngåeleg og eit teikn på god behandling. For andre pasientar burde ei re-innlegging ha vært unngått. Den svenske Sosialstyrelsen meiner at mange re-innleggingar ofte kan førebyggast ved god oppfølging og omsorg i primærhelsetenesta. For tidleg utskriving og manglar ved det kommunale tenestetilbodet, er årsaka til at fleire pasientar blir re-innlagt i sjukehus ifølge helseføretak og kommunar (Riksrevisjonen, 2017). Det kan tenkjast at nokre av re-innleggingane som informantane i dette prosjektet fortel om kunne vore unngått dersom samhandling mellom sjukehuset og kommunen hadde vore betre, pasientane seinare utskrivne og kompetansen i kommunen styrka.

Når kompetansen i kommunane er låg, og pasientane dei mot tek er sjukare blir det desto viktigare at spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta kommuniserer tydeleg kva

oppfølging og medisinsk hjelp pasienten treng. Kommunane må på si side arbeide med å bygge opp kompetanse og arbeide med gode rutinar for avviksrapportering og -handtering.

Vi har her vist at det finns fleire forbettringspotensial i kommunikasjonen både med pasientar og på tvers av helsetenestnivåa. Prosjektet ønskjer at kommunikasjon ved innlegging og utskriving av dei sjukaste eldre skal vere eit satsingsområde vidare.

### *5.3 Samhandling rundt medikamenthandtering ved inn- og utskriving*

Samhandlingsavvika viser at feil og manglar ved legemiddelliste ved utskriving er det hyppigaste avviket. Sjukehuset argumentere på si side at dei ofte får feil medikamentliste eller at dei er mangelfulle ved innlegging, dette fører då til feil medikamentliste ved utskriving. Det er få av informantane i dette prosjektet som peiker på at dei opplever dette som eit problem. Riksrevisjonen derimot påpeikar at medikamentlistene som blir sendt mellom sjukehus og kommunar ofte er ufullstendige, og at dette er ein del av svikten i kommunikasjonen mellom helsetenestnivåa. Helsetilsynet (2016) fant at mange fastleger meiner særlig sårbare områder er seine epikriser og mangelfull eller feilaktig legemiddelinformasjon.

På bakgrunn av samhandlingsavvika og nasjonale rapportar meiner prosjektet at kommunikasjon rundt legemiddelhandtering er eit av tre satsingsområde prosjektet ønskjer å ta med seg vidare.

### *6. Vidare arbeid i prosjektet*

Denne rapporten argumenterer for at det er tre hovudpunkt som er viktige å ta med seg vidare i prosjektet:

- Funksjonsvurdering på tvers
- Samhandling ved innlegging og utskriving av dei aller sjukast eldre
- Samhandling rundt medikamenthandtering

Prosjektgruppa ønskte å arrangere eit Læringsnettverk med Helse Førde, kommunane Florø, Førde og Eid rundt desse temaa. Dette har vist seg å vere vanskelege å få til.

Tilbakemeldingane frå kommunar og helseføretaket er at dette er for ressurskrevande og for omfattande. Områda som prosjektgruppa har peika på er store og omfattande. Dersom desse skal dette takast inn i Læringsnettverk må det meir konkrete tiltak til. I tillegg har pasientar med store og samansette behov blitt eit større satsningsområde nasjonalt i tida etter at dette prosjektet vart starta. Det er no fleire regionale, nasjonale og lokale prosjekt som overlappar dei problem områda prosjektgruppa peikar på. Det er fire lokale prosjekt som spring seg direkte ut frå dette prosjektet og fire regionale prosjekt som litt tett opp til dette prosjektet

**Tabell 6 viser pågåande eller planlagde lokale prosjekt som er ei direkte følge av dette prosjektet:**

Prosjektnamn	Informasjon
Funksjonsvurdering på tvers	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Starta hausten 2017.</li> <li>- Samhandlingsprosjekt mellom Flora kommune, Førde kommune og medisinsk avdeling i Helse Førde</li> <li>- Utarbeida sjekkpunktliste for innleggingsrapport, helseopplysningsmelding i PLO og utskrivingsrapport . (Sjå vedlagt sluttrapport for dette prosjektet)</li> </ul>
Geriatrisk kardiologiske senger på med. Avd	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Planlagt oppstart haust 2019</li> <li>- Medisinsk avdeling planlegg å sette av 6 sengeplassar til geriatrisk kardiologiske pasientar</li> <li>- Grundig tverrfagleg utredning og oppfølging av desse pasientane.</li> <li>- Tidleg planlegging av utreise med fokus på god samhandling og trygg heimkomst.</li> </ul>
Risikokartleggingsverktøy i både kommune og sjukehus- Utskriving rundt dei aller sjukaste	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Innføring av risikokartleggingsverktøy i både sjukehus og kommune</li> <li>- Innføre aktuelle tiltak i forhold til desse pasientane</li> <li>- Prosjektet er i planeleggingsfasen</li> </ul>
Phd-grad ved Høgskulen på Vestlandet	<p><b>Studie 1:</b> Korleis erfarer eldre som lever med store og samansette behov kvardagen sin, og korleis opplever dei tenestene dei mottek?</p> <p><b>Studie 2:</b> Kva erfaringar har pårørande med å vere tett på heimebuande eldre som lever med store og samansette behov, og korleis opplever dei samarbeidet mellom ulike tenesteytarar?</p> <p><b>Studie 3:</b> Korleis erfarer helsepersonell å yte omsorg til eldre personar som lever med store og samansette behov på ulike nivå i helsetenesta?</p> <p style="text-align: center;">-</p>

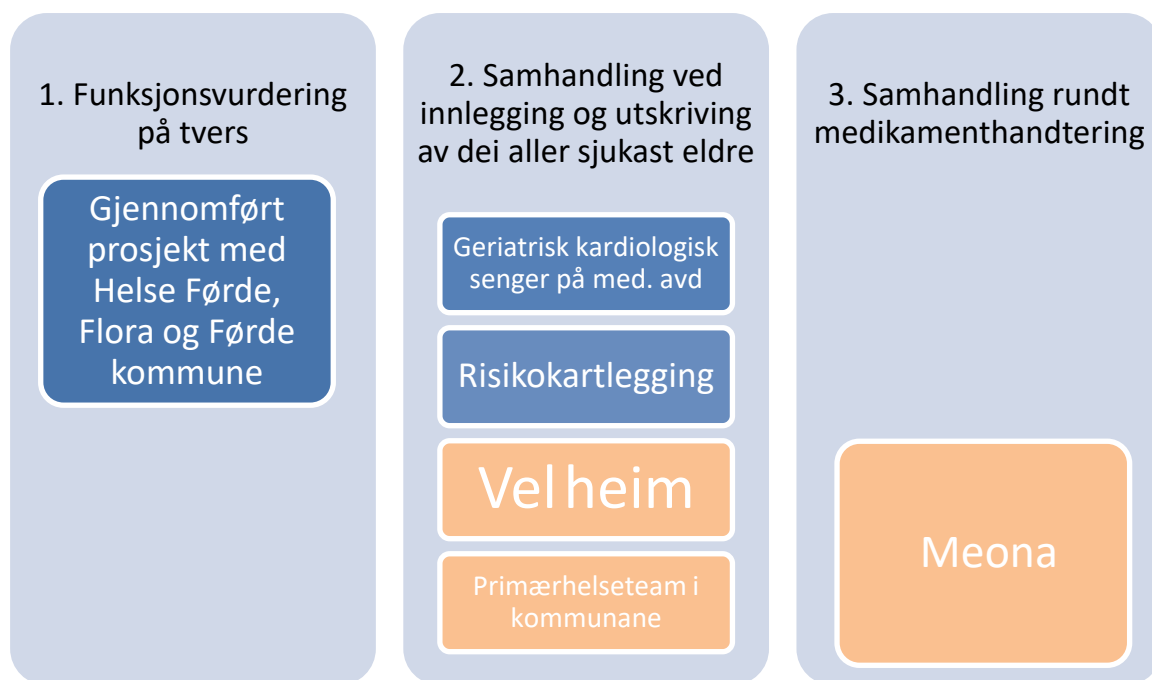
Tabell 6

**Tabell 7 viser regionale og nasjonale prosjekt som ligg tett opp til prosjektet « Pasientar med store og samansette behov»:**

Prosjektnamn	Informasjon
1. Vel heim	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regionalt prosjekt i Helse Vest som skal betre utskrivingsprosessen i sjukehuset og samhandlinga med kommunehelsetenesta</li> </ul>
2. Legemiddelsamanstemming i Meona	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Legemiddelsamstemming i den digitalekurva på sjukehuse, skal gjerast på alle pasientar</li> </ul>
Primærhelseteam i Flora og Eid kommune	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Team med sjukepleier og fastlege rundt pasienten</li> <li>• Sjukepleiaren avlastar fastlegen med å overta nokre av oppgåvene til fastlegen, slik at fastlegen sin kompetanse og ressursar kan brukast på dei aller sjukaste</li> </ul>
3. Leve heile livet	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kommunale reform utan ekstra finansiering</li> <li>• Eit av tiltaka her er å utvikle Læringsnettverk i kommunane</li> </ul>

*Tabell 7*

**Figur 5** viser korleis dei ulike prosjekta overlappar dei tre fokusområda som prosjektet har vald ut.



*Figur 5*

Prosjektgruppa forslår derfor at prosjektet «Pasientar med store og samansette behov» avsluttast i si noverande form. Kunnskapen som denne rapporten har oppsummert må derimot takast med vidare inn i dei pågåande eller planlagde prosjekta som ligg tett opp til temaet for dette prosjektet og fokus områda må arbeidast vidare med gjennom desse prosjekta.

## Referansar:

Bollig, G., Ester, A. & Landro, I. S. (2010). Mangelfull medisinsk informasjon er vanlig ved innkost på sykehjem. *Sykepleien Forskning*, 5(4), 304-311. doi: 10.4220/sykepleienf.2011.0017 (F)

Bragstad, L. K., Kirkevold, M., Hofoss, D. & Foss, C. (2014). Informal caregivers' participation when older adults in Norway are discharged from the hospital. *Health and Social Care in the Community*, 22(2), 155–168. doi: 10.1111/hsc.12071 (F)

Danielsen, K.K, Nilsen, E.R & Fredwall, T.E. (2017) Pasientforløp for eldre med kronisk sykdom Senter for omsorgsforskning, sør. [www. Omsorgsbiblioteket.no](http://www.Omsorgsbiblioteket.no)

Dyrstad, D. N., Laugaland, K. A. & Storm, M. (2015). An observational study of older patients' participation in hospital admission and discharge - exploring patient and next of kin perspectives. *Journal of Clinical Nursing*, 24(11-12), 1693-1706. doi: 10.1111/jocn.12773 (F)

Gautun, H. & Syse, A. (2013). Samhandlingsreformen: Hvordan tar de kommunale helse -og omsorgstjenestene i mot det økte antallet pasienter som skrives ut fra sykehusene? (NOVA Rapport 8/13). Hentet fra [http://www.hioa.no/content/download/45485/674778/file/6986\\_1.pdf](http://www.hioa.no/content/download/45485/674778/file/6986_1.pdf) (U)

Gaski, M & Abelsen, B (2017) Samhandling om utskrivningsklare pasienter. Bidrag til evaluering av Samhandlingsreformen i nord. Nasjonalt senter for distriktsmedisin, Helse Nord- Norge

Grimsmo, A. (2013). Hvordan har kommunene løst utfordringen med utskrivningsklare pasienter? *Sykepleien Forskning*, 8(2), 148-155. doi: 10.4220/sykepleienf.2013.0053 (F)

Grimsmo, A. (2015). Samhandlingsreformen – hva nå? *Tidsskrift for Den norske legeförening*, 135(17), 1528. doi: 10.4045/tidsskr.15.0810 (U)

Handeland, J. A. & Tveit, B. (2015). «Du må bare skrive ut, ønske lykke til, og stole på at det går bra!»: En kvalitativ undersøkelse av sykepleieres muligheter og begrensninger for skjønnsutøvelse når pasienter skal utskrives fra sykehus til kommunale helse-og omsorgstjenester. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 11(1), 35-48. doi: <http://dx.doi.org/10.7557/14.3478> (F)

Haukelien, H., Vike, H. & Vardheim, I. (2015). Samhandlingsreformens konsekvenser i de kommunale helse- og omsorgstjenestene: Sykepleieres erfaringer (TF-rapport nr. 362). Hentet fra <https://www.telemarksforskning.no/publikasjoner/filer/2794>.

Helse- og omsorgsdepartementet. Samhandlingsreformen — Rett behandling –på rett sted – til rett tid. St.meld. nr. 47 (2008-2009).

Malterud, K. (2002) Kvalitative metoder i medisinsk forskning – forutsetninger, muligheter og begrensninger. *Tidssk Nor Lægeforen*, 25. Hentet fra <http://tidsskriftet.no/2002/10/tema-forskningsmetoder/kvalitative-metoder-i-medisinsk-forskning-forutsetninger-muligheter>

Nordberg, M. (2015). Innleggelsesrapport utfordrer sykepleiekontinuiteten. *Sykepleien*, 103(2), 50-53. doi: 10.4220/sykepleiens.2015.0003 (U)

Nordfjord sjukehus – Forbruk av somatiske spesialisthelsetenester i kommunane rundt Nordfjorden. Helse Vest RHF 2012

Olsen, R. M. (2013). Informasjonsutveksling mellom sykepleiere i hjemmesykepleie og sykehus ved overføring av eldre pasienter (Doktoravhandling, Mittuniversitetet, Institutionen för Hälsovetenskap). Hentet fra <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:628706/FULLTEXT01.pdf> (F)

Riksrevisjonen (2017) *Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen*. [www.riksrevisjonen.no](http://www.riksrevisjonen.no)

Stokken, R, Osdal, S, Osdal, S og Barstad, J (2013). I lauselufta: Om å bli utskreven 30 mil heimanfrå etter hjarteoperasjon. I: Tjora, A og Melby, L (red) *Samhandling for helse. Kunnskap, kommunikasjon og teknologi I helsetjenesten* (s.159-180) Oslo. Gyldendal akademisk.

Thaagard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse – en innføring i kvalitativ metode*. Oslo: Fagbokforlaget.

Tønnessen, S., Kassah, B. L. L. & Tingvoll, W.-A. (2016). Samhandling med spesialisthelsetjenesten– sett fra hjemmesykepleiens perspektiv. *Sykepleien forskning*, 11(1), 14-23. doi: 10.4220/Sykepleienf.2016.56496 (F)





Felles regionalt prosjekt i Program for  
pasienttryggleik i Helse Vest

## SLUTTRAPPORT



### PROSJEKTINFORMASJON

Prosjektstøtte frå Helse Vest RHF

Såkornmidlar Helse Vest 2017: 200.000 kr

<b>Prosjektnamn</b> «Funksjonsvurdering på tvers»	
<b>Pådrivar</b> (Helseføretak/avdeling/eining som er regional pådrivar for prosjektet) Helse Førde	
<b>Prosjektleder</b> (kontaktperson) Anne Marte Søsnes	
<b>Deltakande helseføretak</b> (kontaktperson pr HF) <b>Helse Førde- Anne Marte Søsnes</b> <b>anne.marte.solsnes@helse-forde.no</b>	
<b>Oppstarttidspunkt</b> 01.09.17	<b>Sluttidspunkt</b> 01.04.18
<b>Dato for sluttrapport</b>	<b>Forfattar av sluttrapport</b> <b>Anne Marte Søsnes</b>

## Innleiing

Styret i Helse Vest vedtok i styremøte den 10.4.13 direktiv for Program for pasienttryggleik i Helse Vest 2013-2018. Utgangspunktet for programmet er ein visjon om at pasientar ikkje skal kome til unødig skade på grunn av helsetenesta sine ytingar eller mangel på ytingar. For perioden 2013-2018 har programmet som mål å halvere talet på unngåelege pasientskadar i spesialisthelsetenesta.<sup>1</sup> Programmet skal løpe i 5 år, og skal etter dette vere ein del av den tenkinga som blir lagt til grunn for alt pasientretta arbeid i Helse Vest. Program for pasienttryggleik i Helse Vest er ei vidareføring av Kvalitetssatsinga, og byggjer m.a. på Pasienttryggleikskampanjen og Stortingsmelding 10 (2012–2013) *God kvalitet – trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten*.

Dei ulike delane av programmet blir drivne fram som felles regionale prosjekt der eit føretak/sjukehus har pådrivaransvar for prosjekta, og dei andre føretaka er deltakarar, alle med lokale prosjektleiarar og tverrfaglege team av medarbeidarar.

Sluttrapport frå dei regionale prosjekta vil bli lagt fram for programgruppa i Program for pasienttryggleik, for fagdirektørmøtet som er referansegruppe, og for styringsgruppa, som består av direktørmøtet i Helse Vest, tillitsvalde, verneteneste og brukarrepresentant.

---

<sup>1</sup> Ved systematisk gransking av journalar for pasientar som var innlagte ved sjukehusa i Helse Vest i 2010 blei det funne at pasientane var utsett for minst ein skade ved 14 % av alle utskrivingar. Halvdelen av desse, 7 %, blir rekna som skadar som ikkje kan unngåast. Den andre halvparten, også 7 %, blir sett på som unngåelege, og denne delen skal halverast i perioden 2013 - 2018. Mens visjonen er ingen unøydige skadar, er den spesifikke målsettinga for Program for pasienttryggleik at skadetalet skal vere under 10,5% innan utgangen av programperioden.

## Samandrag

**Prosjektet «Funksjonsvurdering på tvers» har som mål å betre kommunikasjon om funksjonen til pasienten på tvers av helsetenestnivåa. Prosjektet er eit samhandlingsprosjekt mellom medisinskavdeling i Helse Førde og kommunane Flora og Førde. Prosjektet har brukt forbetningsmetodikk og verktøy for å finne gode løysingar for kommunikasjon rundt funksjonen mellom kommune og spesialisthelsetenesta. Resultatet er tre utarbeida sjekkpunktlistar for kommunar og sjukehuset. For å implementere sjekkpunktlistene på medisinsk avdeling på Førde sjukehuset har prosjektet delt ut lommekort med sjekkpunktlisten til alle sjukepleierar på avdelinga. Kommunane som har vore med i prosjektet har hatt ulike datasystem og ulik kultur for journalføring. Dette har ført til at dei har måtte gjort lokale tilpassing for å på ein enkel måte fylle ut sjekkpunktlista i innleggingsnotatet.**

## Bakgrunn for prosjektet

Fokus på funksjonsvurdering ved overgang mellom helsetenestnivåa har vore etterlyst av helsepersonell, både i kommunen og på sjukehuset. På Erfaringskonferansen (2017) arrangert av KS og Helse Førde kom det fram at ulik eller manglande vurdering av funksjonsnivået til pasienten er problematisk både for kommune- og spesialisthelsetenesta. Helse Førde får årleg fleire avviksmeldingar der ulik/manglande dokumentasjon av funksjon hos pasienten fører til feil tilpassa hjelpetiltak og tenestetilbod i kommunen.

Forsking og nasjonalrapportar peikar på det same. Riksrevisjonen seier i si evaluering av samhandlingsreforma at mange helseføretak får mangelfull informasjon om pasienten si funksjonsnivå frå kommunane når pasienten blir innlagd på sjukehus (Riksrevisjonen, 2017). Grimsmo (2013) har gjort ein studie basert på dokumentanalyser, observasjon og intervju med helsepersonell i 40 kommunar, påpeikar at opplysningar om pasienten si funksjonsevne og multisykdom ofte blei oppfatta som mangelfulle. Mange kommunar opplev at dei ikkje får tilstrekkeleg informasjon om pasienten sitt samla funksjonsnivå. 44 prosent av kommunane meiner at informasjonen frå sjukehuset om funksjonen til pasienten ikkje kjem tidsnok til at kommunen blir i stand til å legge til rette for gode tenester i kommunen. Når slik viktig informasjon om pasienten manglar eller kjem seint, er det utfordrande å legge til rette for riktig behandling, og i verste fall får pasienten utilstrekkelig eller feil behandling. Det er ressurskrevjande for tilsette både i spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta å etter spørje informasjon om pasienten (Riksrevisjonen, 2017).

For å betre kommunikasjonen mellom kommune- og spesialisthelsetenesta skal prosjektet utvikle eit system for funksjonsvurdering som kan brukast på tvers av nivåa. Prosjektet er derfor eit samhandlingsprosjekt mellom Helse Førde og kommunane Flora og Førde.

## Mål for prosjektet

Hovudmål: Betre kommunikasjon rundt funksjonen til pasienten ved inn- og utskriving frå sjukehus.

Mål for medisinsk avdeling på Førde sjukehus:

- Innan juni 2018 skal alle pasientar som har endra funksjonsnivå ved utskriving ha skriftleg utfylt punkt 1-4 i sjekkpunktlista for Helseopplysningsmelding
- Innan juni 2018 skal alle pasientar som blir utskreven med PLO – meldingar ha skriftleg vurderingar på alle 12 pkt i sjukepleiermalen

Mål for Førde kommune

- Innan april 2018 skal 80% av alle pleieplanane i kommunen vere oppdatert etter sjukepleiermalen 12 pkt

Mål for Flora kommune

- Innan juni 2018 skal alle IPLOS- kommentarane innehalde skriftlege beskrivingar av korleis ein faktisk hjelper pasienten.

## Metodisk tilnærming / evaluering av effekt

### Dette har blitt gjort i prosjektet:

1. Prosjektgruppa har kartlagt no situasjonen for funksjonsvurdering. Rutinar og prosedyrar, samt retningslinjer for kommunikasjon mellom nivåa har blitt gjennomgått og evaluert.
2. Det har blitt sett på moglegheit og begrensingar i dei ulike IKT-systemene. Småskala testing med bruk av pdsa-sirkel har blitt brukt for å kartlegge kva informasjon blir sendt og motatt i dei ulike IKT-systema.
3. Det har blitt laga flytdiagram for å få oversikt over prosessen slik den er i dag og for å finne på kva punkt i prosessen kommune og sjukehus treng informasjon
4. Det har blitt gjort småskala målingar av informasjon sendt mellom kommune og helseføretak for å få eit inntrykk av kva som blir sendt inn og ut i dag. Kommunane evaluerte dei 10 siste inn og utskrivingane til medisinsk avdeling på Førde sjukehus.
5. Gjennom idemyldringsgrupper har prosjektgruppa kartlagt kva informasjon om funksjon kommunar og sjukehuset treng ved overføring mellom helsetenestnivåa. Prosjektet har og sett på kva som har blitt gjort i liknande prosjekt tidlegare og henta idear frå der.
6. På bakgrunn av idemyldring har prosjektgruppa utarbeida sjekklister i kommunane Florø, Førde og Eid og på medisinsk avdeling ved Førde sjukehus (sjå seinare under tiltak).
7. Prosjektgruppa har utarbeida lommekort med sjekklister for sjukehuset som har blitt delt ut på medisinsk avdeling.

8. Førde kommune har endra alle pleieplanane til pasientar med kommunaletenester til å følge sjukepleiermalen 12. punkt

### Resultat / funn / måloppnåing:

#### Utvikling av eit fellesfunksjonsverktøy vart til utvikling av sjekklister

Det kom raskt fram i diskusjonen i prosjektgruppa at verken kommunar eller spesialisthelsetenesta såg det tenleg å innføre eit nytt funksjonsvurderingsverktøy slik føringane var frå styringsgruppa og noko som var målet for prosjektet. Kommunane er pålagd å bruke IPLOS, og ønskjer ikkje fleire standardiserte verktøy. Både kommunane og spesialisthelsetenesta var og einig i at kunn å evaluere funksjonen til ein pasient ut i frå IPLOS tala ikkje gav tilstrekkeleg informasjon om funksjonen til pasienten. Eit IPLOS tal fortel lite om kva konkret hjelp pasienten treng innanfor dei ulike områda, og IPLOS tala er mest tenleg når ein skal avgjere kva tenestebehov pasienten skal ha i kommunen, men har lite detalj beskrivingar om korleis hjelpa konkret blir utført i det daglege. Det vil og vere urealistisk å forvente at pasientane skal bli skåra etter IPLOS på den korte tida dei er på sjukehuset og mange punkt eignar seg ikkje å skåre i ein sjukehuskonteksten. Både kommune og sjukehus ønskte seg konkrete, skriftlege vurderingar av funksjonen til pasienten. Det kom derfor tidleg fram at prosjektet ønskte å utvikle sjekkpunktlistar for skriftlege beskrivingar for funksjonen.

Bruk av flytdiagram viser at det tre punkt som er mest aktuelle for funksjonsvurdering:

- Innleggingsrapporten frå kommunane,
- Helseopplysningsmelding til kommunane frå sjukehuset ( skal sendast før utskrivning).
- Utskrivingsrapporten frå sjukehuset.

Informasjon som kommunane og sjukehuset treng:

- Kommunar og sjukehus treng informasjon om ulike grupper pasientar.
- Sjukehuset treng detalj informasjon om pleien en pasient treng dersom han ikkje sjølv kan gjere rede for seg, dette er ofte svært hjelpetrengande pasientar.
- Kommunane på si side treng informasjon om dei pasientane som har eit endra funksjonnivå og endra pleiebehov ved utskrivning.
- For at sjukehuset skal kunne vite om pasienten har eit endra funksjonnivå må dei vite korleis funksjonsnivået til pasienten var før innlegging

#### Utprøving med innsending av IPLOS-merknadar

Ved utprøving og pdsa testing, testa kommunane om det å sende IPLOS merknadane kunne vere ein enkel måte å sendt meir detaljar rundt funksjonsbeskrivingane. Og om dette kunne vere ei enkel og god løysing. Dette viste seg å ikkje vere. For Førde kommune som brukte Geric som IKT system vist dette seg å vere veldig tungvindt og vanskeleg å legge med IPLOS-merknadane. Dette så ikkje ut til å vere gjennomførbart i praksis. I Flora kommune var det lette å legge med IPLOS-kommentarane. Men IPLOS kommentarane var ofte lite ufullande og gav ikkje meir informasjon om funksjonen til pasienten enn IPLOS-tala. **IPLOS-**

**merknadane var derfor ikkje tenelege som kommunikasjonsverktøy inn til sjukehuset, då det ikkje gav sjukehuset den informasjonen dei trengde slik dei var formulert no.**

### **Bruk av sjukepleiermalen, 12 punkt**

Sidan prosjektgruppa no såg at IPLOS- merknadane ikkje fungert som ei god løysing som kommunikasjon rundt pasienten sin funksjon, måtte ein sjå på kva andre utgangspunkt ein hadde for funksjonsvurdering. Sjukepleier malen som sjukepleierane på sjukehuset brukar både i sine dag til dag notat og utskrivingsrapportane vart foreslått som eit alternativ. Dette er ein mal som er godtkjend frå sjukepleier utdanninga, og som er anerkjend for sjukepleiarar til å ta hensyn til alle dimensjonar av pasienten sin funksjon. Det vil derfor vere eit verktøy som både er fagleg forankra og kjend for alle med sjukepleier utdanning frå Norge. Det vil derfor ikkje vere veldig omfattande å implementere.

Prosjektet såg allikvel at det ville vere omfattande fylle ut alle 12. punkta før utskriving av ein pasient, og dette truleg ofte ikkje var nødvendig for at kommunane skulle kunne gjere ei vurdering av tenestebehovet i kommunen etter utskriving. Prosjektgruppa utarbeida derfor ei kortar sjekkpunktliste basert på kva type informasjon kommunane meinte var nødvendig og kva informasjon som er realistisk at ein kan sei noko om i ein sjukehuskontekst.

### **Tilpassing av sjekklister til ulike kommunar og kommunale IKT- system**

Sidan det var ulikt for kommunane kva som var mogleg å sende inn saman med innleggingsrapporten, har prosjektet konkludert med at dei to deltakande kommunane må finne ulike løysingar for å tilfredstille sjekkpunktlista for innleggingsrapportar. Førde kommune har som tidlegare nemnd vald å oppdatere alle pleieplanane sin etter sjukepleier malen, medan Flora kommune ønskjer å oppdatere IPLOS kommentarane til å vere meir egna til kommunikasjon inn til sjukehuset.

Tabell 1 viser ei oversikt over kva informasjon bør sendast og kva i kommunikasjonsform/ tidspunkt informasjonen bør sendast:

<b>Kommunikasjonsform/ tidspunkt</b>	<b>Informasjon :</b>
<b>Innleggingsrapporten frå kommunen ved innlegging</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Skriftleg informasjon om kva pleie og stell pasienten treng. Informasjon som ofte vil stå i ein pleieplan. Gjerne utfylt etter sjukepleier malens 12 punkt for funksjonsvurdering til pasienten.</li> <li>• Risikovurderinga/ Tryggpleie</li> <li>• Siste journalnotat før innlegging/ beskriving av hending som førte til innlegging.</li> </ul>
<b>Helseopplysningsmelding frå sjukehuset før utskriving</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasienten si vurdering av eigen situasjon</li> <li>• Informasjon om mobilitet, ernæring og kognitiv status</li> <li>• Info dersom pasienten har utslag på risikovurderingar/ tryggpleie. Info om t.d</li> </ul>

	sårstell, igangsatte tiltak som må følgast opp osv
<b>Utskrivingsrapporten frå sjukehuset ved utskrivning</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eit kortsamandrag av heile opphaldet, ikkje berre ein statusrapport ved utreise.</li> <li>• Skriftleg beskriving av sjukepleier malen sine 12 punkt. Ønskje om at det blir skreve u.a. på dei punkta det ikkje er nokon anmerknad</li> </ul>

Tabell 1

På bakgrunn av dette utvikla prosjektgruppa 3 sjekkpunktlister, for kvar av dei tre kommunikasjonsformene: Innleggingsrapport, Helseopplysningsmelding og utskrivingsrapport. Tabellane under viser korleis sjekklister vart prestentert for avdelingane. Tabell 3 og 4 er utforma slik som lommekort vart utforma til medisinsk avdeling ved Helse Førde.

<b>Innleggingsrapporten</b>
<b>1. Sjukepleiermalen 12 pkt/pleieplan/ beskrivande IPLOS kommentarar</b>
<b>2. Siste notat før innlegging</b>
<b>3. Risikovurderingar (Tryggpleie pkt: ernæring, fall og trykksår)</b>

Tabell 2

Viktige punkt for funksjonsvurdering i Helseopplysningsmelding i PLO dersom pasienten har endra funksjon/pleienivå ved utskrivning. Gje ei kort beskriving på pkt 1-4, også der pasienten er sjølvhjulpel.
<b>1. Pasienten/pårørnde sin vurdering av situasjonen:</b> Tryggleik, ynskjer, vurdering av eigen funksjon.
<b>2. Mobilitet:</b> Korleis kjem pasienten seg inn og ut av seng? Hjelp i stell/påkledning? Korleis kjem pasienten seg på toalettet? Kan pasienten gå i trapp? Treng pasienten nye hjelpemiddel?
<b>3. Ernæring:</b> Korleis får pasienten i seg mat? Korleis tar pasienten medisiner sine?
<b>4. Kognitivfunksjon:</b> Er pasienten orientert for tid og stad? Kan pasienten halde ein avtale? Styre eigne medisiner? Forståing av eigen helsetilstand/situasjon?
<b>5. Risikovurdering/ Trygg pleie:</b> Ved utslag på risikovurdering. Skriv tekst, ikkje berre talverdi.
<b>6. Anna viktig info:</b> Respirasjon, sårstell, eliminasjon, nye tiltak.



Tabell 3

<b>Mal for utskrivingsrapport:</b> Skriv u.a. på dei punkta som ikkje er aktuelle. Gje ei kort oppsummering av heile sjukehusopphaldet	
<b>Kommunikasjon/sanser:</b>	Hørsel? Syn? Afasi?
<b>Kunnskap/utvikling/psyk:</b>	Kognitiv svikt? Hukommelse? Forvirring? Uro? Angst? Har pasienten fått behovsmedisin for uro/angst? Er pasient og pårørende innforstått med situasjonen? T.d. v/palliasjon?
<b>Sirkulasjon/Respirasjon:</b>	BT/P/Tp. (siste målingane), Ødem? Støttestrømper? O2? Kva ligg SaO2 på? Respirasjonsfrekvens? Pust ved utreise? Inhalasjonar? Evt kva, kor ofte og EFFEKT? Apnè, hyppig og varigheit? Surkling/Ekspektorat (øvre eller nedre)? Effekt av evt behovs medisin?
<b>Ernæring/væskebalanse:</b>	Ernæringsmessig risikovurdering? Drikkerrestriksjonar? Diettar? Tilrettelegging? Diabetes? Matlyst?
<b>Eliminasjon:</b>	KAD? Indikasjon for KAD, evt seponering og resturin? Oppfølging? Bytta KAD? SIK? Inkontinent? Bleie? Obstipert? Sist avføring? Smitte?
<b>Hud/vev/sår:</b>	Risikovurdering for trykksår? Spesielle tiltak v/ forebygging? Evt andre sår? Sårprosedyre? Oppfølging? Eksem/sopp? Evt salvar som er brukt.
<b>Aktivitet/funksjonsnivå:</b>	ADL- funksjonar ved stell, påkledding og aktivitet ellers? Hjelpemiddel? Restriksjonar ved aktivitet? Har pasienten hatt fysio/ergo? Evt sende med notat. Fallrisikovurdering?
<b>Smerter:</b>	Lokalisasjon og type? Utløysande faktor? Behovsmedisin? Kva type og effekt? (Obs! Ha med i epikrise) Andre tiltak for lindring?
<b>Søvn/kvile/velvære:</b>	Søv pasienten bra om natta? Behovsmedisin? Effekt av dette? Trøtt på dagen? Slapp?
<b>Sosialt/utreise:</b>	Er pårørende informert om heimreise? Korleis reiser pasienten? Evt når? Blir pasienten møtt i heimen?
<b>Anna/legdelegert:</b>	Skal pasienten ha kontrolltime hjå fastlegen? Har pasienten fått henta ut medisinar? Evt fått resept? Har pasienten allergiar? Hugs å legge ved evt tilsynsvar frå andre avdelingar, kostplan, prosedyrer som skal følgast opp og risikovurdering.

Tabell 4

### Tiltak

På grunn av ulike datasystem og ulike kultur/tradisjonar i kommunane har Flora og Førde kommune noko ulik strategi for å kunne innfri sjekklista til innleggingsrapporten. Førde kommune har vald å endre alle pleieplanane sine til å følge sjukepleiermalen sine 12 punkt, slik at den kan leggest ved i innleggingsrapporten. Flora kommune ønskjer å oppdatere IPLOS- kommentarane slik at dei gir skriftlege beskrivingar om hjelpa pasienten treng og eventuell tilføye viktige opplysningar som ville ha komt med i sjukepleiermalen i innleggingsrapporten.

Medisinsk avdeling på sjukehuset i Førde har tatt i bruk sjekklister ved hjelp av lommekort basert på punkta prosjektgruppa har utarbeida.

Tabell 5 viser tiltaka som vart innført i slutten av januar 2018:

<b>Deltakande eining:</b>	<b>Tiltak:</b>
<b>Medisinsk avdeling, Helse Førde</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Innføring av lommekort med sjekkpunktliste for Helseopplýsningsmelding og for Utskrivingsrapporten ( sjå vedlegg med lommekort)</li> </ul>
<b>Førde kommune</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Oppdatering av pleieplanar etter sjukepleier malen 12.punkt</li> <li>Innsending av pleieplan med innleggingsrapporten</li> </ul>
<b>Flora kommune</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Oppdatering av skriftleg iplos utfylling</li> <li>Tilføye viktige opplysningar slik at innleggingsrapporten dekker dei 12 pkt i sjukepleiermalen</li> </ul>

Tabell 5

### Målingar:

Det vart i prosjektet gjort målingar der ein gjekk tilbake i tid for å sjå effekten av tiltaka, målingane er gjort i Helse Førde sitt elektroniske journalssystem, Dips. Målingar vart utført hausten 2018.

Framgangsmåte for datainnsamlinga:

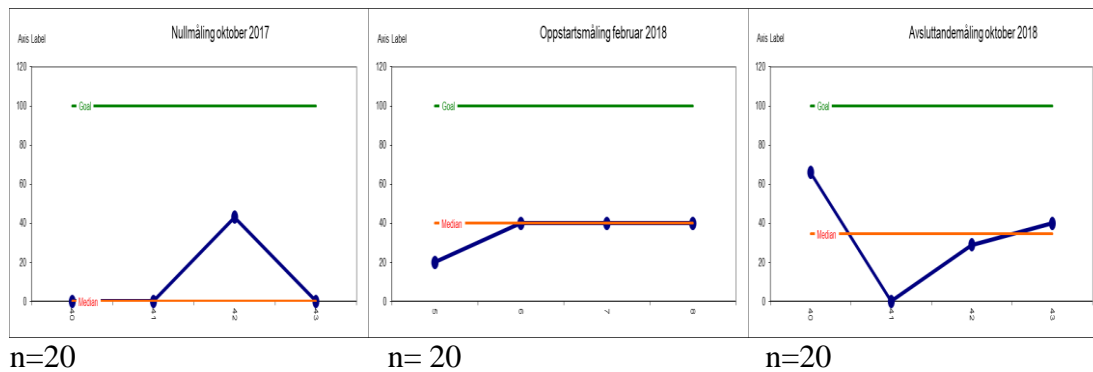
- Data fra tre perioder. Nullmåling - oktober 2017, oppstartsmåling - februar 2018, avsluttande måling - oktober 2018.
- Inklusjonskriterie: Pasientar på medisinsk avdeling i Helse Førde, frå kommunen Førde og Flora, som skrives ut med PLO.
- Sekretær på medisinsk avdeling har sortert ut lister i DIPS. Pasient er sortert ut fra kommune, PLO-kommunikasjon mellom sykehus og kommune, og tidsperiode for innleggelse.
- 20 pasientar vart plukka ut for kvar periode. Prosjektet har tilgang på 50-70 jorunalinnsyn
- Liv Marie Torbergsen og sykepleier Martha Fossen, søkte pasienten opp på Nprid-nummer. Beslutningsstyrt tilgang til journal har blitt begrunna/dokumentert med beslutningsmal: ePhorte sak 2017/3543.

Desse målingane vart gjort:

1. Tal meldingar sendt med skriftleg utfyld pkt 1-4 på lommekortet. I forhold til antal PLO-meldingar sendt. Målt på vekes basis
2. Tal fullstendig utfylde utskrivingsrapportar, der minimum 8 punkta i sjukepleiermalen er utfylt (inkl.u.a.) i forhold til tal utskrivingsrapportar sendt i PLO. Målt på vekes basis
3. Tal utfyllte innleggingrapportar med tilfredstillande informasjon til sjukehuset enten ved skriftleg IPLOS-beskriving eller utfyllt sjukepleier mal pkt 1-12 i forhold til tal innlagte pasientar med PLO- melding

### Resultat av målingar:

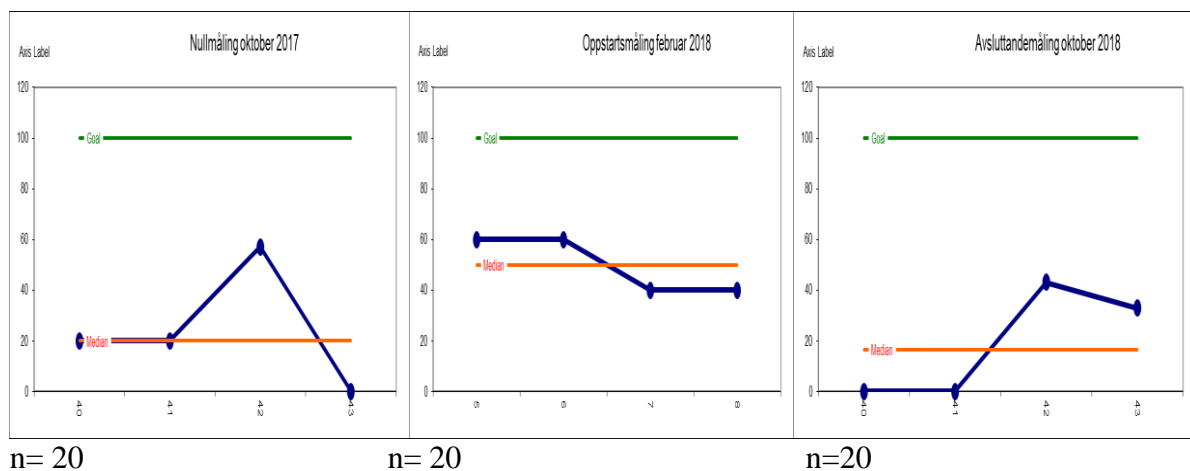
Figur 1 nedanfor vier prosentvis utfylte punkt 1-4 i helseopplysningsskjemaet frå medisinsk avdeling i Helse Førde.



Figur 1

Vi ser at før oppstart av prosjektet var det svært få av Helseopplysningmeldingane som innehelde punkt 1-4 i sjekkpunktlista som kommunane ønskte. Etter innføring av lommkort på medisinsk avdeling i februar 2019 ser ein at om lag 40 % av Helseopplysningmeldingane inneheld punkta 1-4 frå sjekkpunktlista. Ved kontrollmåling eller sluttmåling i oktober er det noko lavar, medianen her er 34,5 %. Begge målingane ligg langt frå målet som var 100 %, men er ei allikvel ei forbetring i forhold til nullmålinga i oktober 2018.

Figur 2 viser prosentvis utfyltepunkt utskrivingsrapporten frå medisinsk avdeling i Helse Førde (minimum 8 pkt utfylt av 12 i sjukepleiermalen)

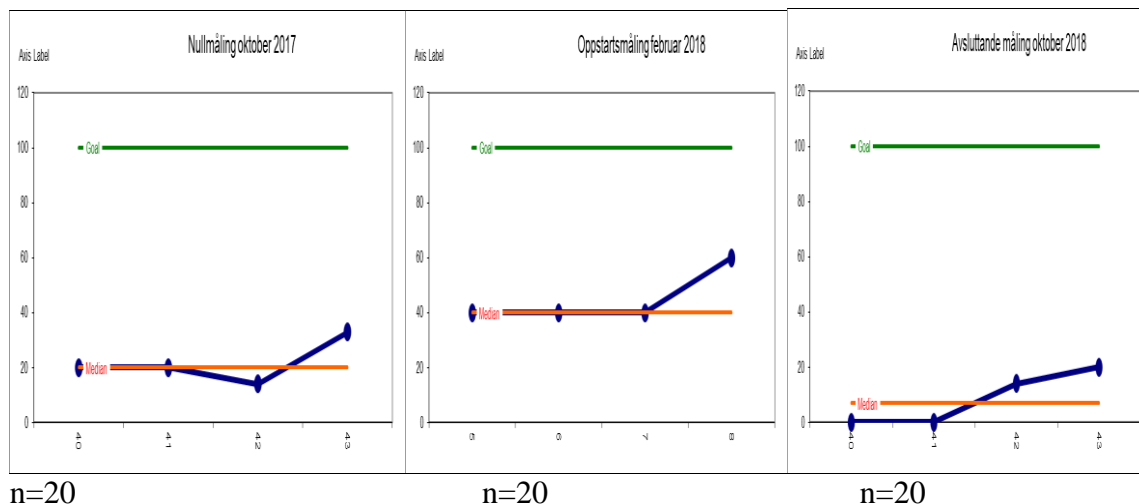


Figur 2

Når ein ser på utskrivingsrapportane ser ein at ved nullmåling i oktober 2018 ligg medianen 20% av rapportane har utfylt minst 8 av 12 pkt i sjukepleiermalen. Ved innføring av

lommekort i februar ser vi at medianen stiger til 50%. Ved avsluttande måling i oktober er medianen 16,5 %, altså lavare enn det var ved nullmålingane

Figur 3 viser prosentvis tilfredstillande utfylde innleggingrapportar frå kommunane Flora og Førde



Figur 3

Ved nullmåling i oktober 2018 er mediane for tilfredstillande opplysningar i innleggingsrapporten 20 %, etter oppstart av prosjektet i februar stig medianen til 40 %, medan den i ved avsluttande måling i oktober er nede i 7 %.

## Diskusjon

Målingane går ikkje over ein lengre samanhengande tidsperiode, vi kan dermed ikkje seie noko om trend overtid og dermed heller ikkje sei så mykje om effekta av tiltaka. Effekten ein ser i februar og nedgangane i oktober kan vere litt tilfeldig. Målingane er og basert på svært få tal, og ein pasient gir store utslag. Det hadde vore ønskeleg med eit større tal materiale og i eit lengre samanhengande tidsrom, men dette vart ikkje tillat av personvernombodet i Helse Førde.

Dei målingane som er gjort viser at tiltaka hadde ein effekt i oppstartinga av prosjektet i februar 2018. Ein ser at det er ein auka trend for tilfredsstillande utfylte innleggingsrapportar, helseopplysningsmeldingar og utskrivingsrapportar samanlikna med nullmålinga gjort i oktober 2017. Det er likevel ingen som når målet om 100% oppslutning. Det er mogleg dette var eit for ambisiøst mål. Ein kan sjå at ved avsluttande målingar i oktober 2018 blir framleis sjekkpunktlistene for Helseopplysningsmeldinga brukt i større grad enn ved nullmåling året før. Det har likevel gått noko ned sidan starten av prosjektet i februar.

Når det gjeld utskrivingsrapport ser vi at utfylling av sjekkpunktlistene har gått ned ved avsluttande måling i oktober 2018 og lavare enn ved nullmåling i 2017. Same gjeld for innleggingsrapport frå kommunane. Noko av grunnen til nedgang i oktober 2018 kan vere manglane oppfølging av prosjektet. Prosjektlear gjekk ut i permisjon midten av februar 2018 og fekk ikkje følgt opp prosjektet slik det burde. Prosjektet fekk heller

ikkje tilatelse av det lokale personvernombodet til å gjere målingar meda prosjektet på gjekk, målingane måtte difor gjerast i etterkant. Dette gjorde at avdelingane ikkje fekk tilbakemeldingar på korleis dei prestert og heller ikkje vart oppmuntra til å forsette eller forbetre seg.

### **Planlagt bruk av resultat**


Det er planlagt at resultatet frå dette prosjektet, altså sjekkpunktlistene for funksjonsvurdering skal kunne implementerast i på alle avdelingar i Helse Førde og alle kommunar i Sogn og Fjordane

### **Overføringsverdi**

Sjekkpunktlistene og lommekorta vil truleg ha god overføringsverdi og kan vere eit godt utgangspunkt også for andre avdelingar i Helse Førde. Implementering av sjekkpunktliste på andre avdelingar på sjukehuset kan kreve mindre lokale tilpassingar.

Sjekkpunktlista frå dette prosjektet kan vere med å gje kommunane ei peikepinne på kva informasjon som er viktig for sjukehuset. Vi ser at kommunane har ulike kultur og ulike datasystem, derfor må kvar enkelt kommune finne sin måte som fungerer best for dei i forhold til å sende gode funksjonsvurderingar i innleggingsrapporten til sjukehuset.

## Regnskapsrapportering

				
<b>BRUK AV MIDLANE</b>				
<b>Tildelt beløp frå Helse Vest RHF</b>			<b>År for tildeling frå Helse Vest RHF</b>	
200.000 kr			2017	
<b>Brukt pr 31.desember i rapporteringsår</b>				
<u>Budsjett</u>				
<b>Til sammen</b>				
Fordeling:				
Delprosjekt / Aktivitet	Frikjøp	Reise / kurs	Utvikling	Totalt
	185.000	15.000		200.000
<b>Lønnskostnader:</b>			<b>Andre prosjektkostnader:</b>	
185.000 kr				
<b>Kostnader til utstyr knytt til prosjektet:</b>			<b>Eventuelle kommentarer:</b>	

Referanse:

Grimsmo, A. (2013). Hvordan har kommunene løst utfordringen med utskrivningsklare pasienter? Sykepleien Forskning, 8(2), 148-155. doi: 10.4220/sykepleienf.2013.0053 (F)

Riksrevisjonen (2017) *Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen*. www. riksrevisjonen.no