

SINTEF A7877

RAPPORT

God vilje - dårlig verktøy.

Om samhandling mellom sykehus og kommunale omsorgstjenester ved utskrivninger av omsorgstrengende eldre

Bård Paulsen, Anders Grimsmo

SINTEF Helse
i samarbeid med



Norsk senter for **elektronisk**
NSEP **pasientjournal**

www.sintef.no

 Helsedirektoratet

 Nasjonal IKT



SINTEF Helse

Postadresse:

7465 Trondheim/

Pb 124, Blindern, 0314 Oslo

Telefon:

40 00 25 90 (Oslo og Trondheim)

Telefaks:

22 06 79 09 (Oslo)

930 70 500 (Trondheim)

Foretaksregisteret: NO 948 007 029 MVA

SINTEF RAPPORT

TITTEL

God vilje – dårlig verktøy. Om samhandling mellom sykehus og kommunale omsorgstjenester ved utskrivninger av omsorgstrengende eldre

FORFATTER(E)

Bård Paulsen

OPPDRAGSGIVER(E)

A: Senter for omsorgsforskning, Høgskolen i Gjøvik
B: Nasjonal IKT
C: Helsedirektoratet

RAPPORTNR. SINTEF A7877	GRADERING Åpen	OPPDRAGSGIVERS REF. A: Tor Inge Romøren B: Dagfinn Hallset C: Ellen Strålberg	
GRADER. DENNE SIDE Åpen	ISBN 978-82-14-04514-7	PROSJEKTNR. 78H107	ANTALL SIDER OG BILAG 156 inkl. vedlegg
ELEKTRONISK ARKIVKODE I:\7850 NIS\Prosjekt\78H107 Samhandling utskrivning Bård Paulsen\Rapport	PROSJEKTLEDER (NAVN, SIGN.) Bård Paulsen	VERIFISERT AV (NAVN, SIGN.) Johan Håkon Bjørngaard	
ARKIVKODE E	DATO 2008-10-3	GODKJENT AV (NAVN, STILLING, SIGN.) Jorid Kalseth, Forskningsssjef	

SAMMENDRAG

I denne rapporten gjengis resultatene fra en undersøkelse av samhandlingsmønstre mellom sykehusavdelinger og omsorgspersonell i kommunene ved utskrivning av eldre pasienter. Analysen tar utgangspunkt i et pasientforløpsperspektiv, der vi kartlegger variasjoner mht. informasjonsutveksling, opplevd informasjonsbehov, formelle og uformelle samhandlingsmønstre blant sentrale aktører i sykehus og kommunale omsorgstjenester, i forbindelse med utskrivningssituasjonen. Formålet med analysen er å undersøke interorganisatoriske hindringer og utfordringer i samarbeidet mellom sykehuspersonell og omsorgspersonell i kommunale omsorgstjenester. Undersøkelsen gir på dette grunnlaget en kunnskapsmessig plattform for utvikling av funksjonelle krav for organisasjonsmessige løsninger og elektronisk verktøy for kvalitetssikring og effektivisering av samhandling ved utskrivning av omsorgstrengende pasienter.

STIKKORD	NORSK	ENGELSK
GRUPPE 1	Kommunehelsetjeneste	Primary Health Care
GRUPPE 2	Spesialisthelsetjeneste	Specialist Health Care
EGENVALGTE	Omsorgstrengende gamle	Care-needing elderly people
	Utskrivninger	Hospital discharges

Forord

Tema for dette prosjektet er utskrivninger av omsorgstrengende eldre fra sykehus. Formålet er å forstå de arbeidsprosesser og samarbeidsformer som er utviklet for å gjennomføre slike utskrivninger på en så god måte som mulig – og hva som oppleves som de viktigste utfordringene i dette arbeidet.

Prosjektet bygger på to ulike tilnærminger. I første fase gjennomførte vi besøk og intervjuer i utvalgte kommuner og sykehus. Deretter gjennomførte vi en bredere spørreskjemabasert undersøkelse, der vi ba nøkkelpersoner i kommunale omsorgstjenester dele sine erfaringer med oss om mottak av omsorgstrengende pasienter fra sykehus. Vi vil si takk til alle som med stor velvilje har stilt sin tid og sine erfaringer til rådighet i intervju, og likeledes alle som har tatt arbeidet med å besvare spørreskjema. Dessuten en takk til Tor Inge Romøren ved Senter for omsorgsforskning, Høgskolen i Gjøvik, for gode råd og innspill underveis.

Prosjektet har tre oppdragsgivere. Vi vil si takk til Senter for omsorgsforskning ved Høgskolen i Gjøvik, til Nasjonal IKT og til Helsedirektoratet, som på denne måten har gjort prosjektet mulig.

Vi har altså hatt god hjelp fra mange underveis. Men alle resultater, konklusjoner, tolkninger og forslag er det imidlertid bare undertegnede som er ansvarlige for. Bård Paulsen har hatt ansvaret for datainnsamling og analyse, og har skrevet kapitlene 1 til 15. Kapittel 16 er skrevet i samarbeid med Anders Grimsmo, NSEP, som også spilte en avgjørende rolle i planlegging og finansiering av prosjektet.

Trondheim oktober 2008

Bård Paulsen

Anders Grimsmo

Innholdsfortegnelse

Forord	3
Innholdsfortegnelse	5
Tabelloversikt	10
1 Innledning	13
1.1 Bakgrunn	13
1.2 Analytisk utgangspunkt: Pasientforløpet i den omsorgsmessige samhandlingskjeden	14
1.3 Pasientforløpet som verktøy for analyse av samhandling i helsetjenesten	15
2 Metode	19
2.1 Delprosjekt 1: Åpne intervju med nøkkelpersoner	19
2.2 Delprosjekt 2: Spørreskjemaundersøkelse	20
DEL I: Intervju med nøkkelpersoner i kommuner og sykehus	23
3 Hovedlinjen: Den omsorgsmessige samhandlingskjeden ved utskrivninger av eldre	25
3.1 Innledning	25
4 Starten: den første meldingen fra sykehuset – og mottaket i kommunen	29
4.1 Innledning	29
4.2 Kommune Stor: Integrert saksbehandling i et bestillerkontor	29
4.3 Kommune Middels: Informasjonsinnhenting og saksutredning fordelt på flere aktører	30
4.4 Kommune Liten: All saksutredning og informasjonsinnhenting gjennom en person .	31
4.5 Meldingsform	31

4.6	Meldingsinnhold.....	32
4.7	Kontaktpersoner i det kommunale systemet.....	32
4.8	Oppsummering/drøfting: Den første kontakten mellom sykehus og kommunal omsorgstjeneste etter en innleggelse.....	32
4.8.1	Organisering: Enhetlig eller arbeidsdelt forankring i kommunen?.....	33
4.8.2	Tidlig varsling og prematur informasjon – eller sen varsling og sikker kunnskap.....	33
5	Omsorgstjenesten søker informasjon	35
5.1	Innledning	35
5.2	Pasientbesøket i sykehuset – informasjonsinnhenting gjennom direkte kontakt med pasienten.....	35
5.3	Om Informasjonsgrunnlaget for pasienter til hjemmebasert omsorg	36
5.4	Om det informasjonsmessige grunnlaget for å forberede et pasientmottak i sykehjemmet	38
5.5	Oppsummering/drøfting	39
5.5.1	Informasjonsinnhenting krever stor pågåenhet fra kommunene	39
5.5.2	Ulike informasjonsbehov for ulike typer pasienter.....	40
5.5.3	Elementer i arbeidet med å skaffe supplerende informasjon	40
6	Praktisk forberedelse og gjennomføring av utskrivningen i sykehuset ..	41
6.1	Innledning	41
6.2	Tidlig varsling – ufullstendig informasjon	41
6.3	Om å finne kontaktperson i kommunen	41
6.4	Ansvarsdeling i sykehuset – mange pleiere deler ansvar for utskrivningsprosedyren	42
6.5	Utskrivningsplanlegging – pleierapportering	42
6.6	Dokumentasjon ved utskrivning	43
6.7	Formelle og uformelle informasjonsrutiner. Skriftlige meddelelser og muntlige kontakter	44
6.8	Beslutning om utskrivning: Samspeillet mellom leger og sykepleiere	45
6.9	Hjemreisedagen: Et komplisert system av forsinkelser	45
6.10	Oppsummering, drøfting	47

7	Behovsvurdering og mandatfordeling: Sykehuspersonellets vurderinger og omsorgstjenestens beslutninger	49
7.1	Innledning	49
7.2	Den kompliserte mandatoverføringen fra sykehus til kommunal omsorg.....	49
7.3	Bekymring for tapte behandlingseffekter	51
7.4	To ulike arenaer for pleie	52
7.5	Oppsummering/drøfting	52
DEL II:	Spørreskjemabasert undersøkelse til nøkkelpersoner i et representativt utvalg kommuner.....	55
8	Spørreskjemaundersøkelsen: Om svargiverne. Bakgrunnsdata kommuner og svargivere.....	57
8.1	Innledning	57
8.2	Kommunestørrelse	58
8.3	Avstand til sykehus	58
8.4	Samarbeidsavtaler mellom kommunene og helseforetakene	59
8.5	Tilknytning til Helsenetten.....	59
9	Kommunal organisering av samarbeidet med sykehuset	61
9.1	Innledning	61
9.2	Meldingsmottak og utredningsansvar	61
9.3	Oppsummering, drøfting	62
10	Melding fra sykehuset om innlagt pasient	63
10.1	Innledning	63
10.2	Hvor tidlig får kommunene melding ved innleggelser av potensielt omsorgstrengende pasienter?	63
10.3	Om innholdet i innleggelsesmeldingen.....	64
10.4	Oppfølging i kommunen	65
10.5	Omsorgstjenestens informasjonsbehov	66
10.6	Informasjonsinnhenting gjennom pasientbesøk	67
10.7	Oppsummering/drøfting	67

11	Om samarbeidet med sykehuset ved forberedelse av en utskrivning....	69
11.1	Innledning	69
11.2	Kontaktforankring i sykehuset.....	69
11.3	Informasjonskvalitet – omsorgstjenestens vurderinger	70
11.4	Om ansvarsavgrensningen mellom sykehuset og omsorgstjenesten.....	71
11.5	Alt i alt: "Stort sett bra"	72
11.6	Oppsummering/drøfting	72
12	Utskrivning og overføring til kommunal omsorg	75
12.1	Innledning	75
12.2	Tidspunkt for hjemkomst	75
12.3	Nødvendige medisiner fram til neste dag	76
12.4	Tekniske hjelpemidler og andre supplerende tiltak	76
12.5	Årsaker til utsatt utskrivning til hjemmebaserte tjenester	77
12.6	Oppsummering/drøfting	78
13	Dokumentasjon ved utskrivning	81
13.1	Dokumentasjon som følger pasienten ved utskrivning	81
13.2	Få videreformidler utskrivningsdokumentasjon til pasientens fastlege	82
13.3	Pleierapportene: informasjonsmessig kvalitet	83
13.4	Innholdet vanligvis kjent på forhånd	83
13.5	Utskrivningsdokumenter: Teknisk kvalitet.....	84
13.6	Variasjoner innen det enkelte sykehus	84
13.7	Oppsummering/drøfting	85
14	Viktigste tiltak for bedring av samarbeids- forholdet mellom sykehus og kommuner ved utskrivninger av omsorgstrengende eldre ..	87
Del III:	Sammenfatning, konklusjoner, anbefalinger.....	89
15	Oppsummering/drøfting	91
15.1	Innledning	91
15.2	Første varsel fra sykehuset.....	91

15.3	Aktiv informasjonsinnhenting fra omsorgstjenesten under pasientoppholdet	93
15.4	Skiftende kontaktpersoner i sykehusavdelingen	93
15.5	Spenninger i mandatfordelingen mellom sykehus og kommunal omsorgstjeneste ...	94
15.6	Utskrivningsdagen	95
15.7	Utskrivningsdokumentene	95
16	Funksjonelle krav til et elektronisk samhandlingssystem mellom sykehus og kommunale omsorgstjenester ved utskrivinger av omsorgstrengende eldre.....	97
16.1	Innledning	97
	Litteratur.....	103
	Vedlegg 1.....	107
	Vedlegg 2.....	129

Tabelloversikt

Tabell 2.1	Kommunestørrelse. Utvalget sammenlignet med alle norske kommuner. 2007 (Kilde: SSB: Befolkningsstatistikk) Prosentvis.....	22
Tabell 2.2	Landsdelstilknytning. Utvalget sammenlignet med alle norske kommuner. 2007 (Kilde: SSB: Befolkningsstatistikk).....	22
Tabell 8.1	Kommunestørrelse. Svargivere fordelt etter innbyggertall i kommunen. Prosentvis. N=155	58
Tabell 8.2	Andel av svargiverne som arbeider i kommuner med ulike lang reisetid til nærmeste sykehus. Prosentvis. N=155	58
Tabell 8.3	Sammenhengen mellom kommunestørrelse og reisetid til sykehus. Alle svargivere. Prosentvis N=153.	58
Tabell 9.1	Hvem i kommunen som mottar den første meldingen fra sykehuset om innlagte pasienter. Prosentvis Svargiver: Pasientkoordinatorer. N= 46. (Ikke besvart:1). Flere svar mulig.	61
Tabell 9.2	Hvem i kommunen som utreder pasienter til sykehjem. Prosentvis. Svargivere: Pasientkoordinatorer. N= 46. (Ikke besvart:1). Flere svar mulig.	62
Tabell 9.3	Hvem i kommunen som utreder pasienter til hjemmebasert omsorg. Prosentvis. Svargivere: Pasientkoordinatorer. N= 46. (Ikke besvart:1). Flere svar mulig.	62
Tabell 10.1	Innleggelsesmelding fra sykehuset. Når mottatt i kommunen. Prosentvis. N=155	63
Tabell 10.2	Vurdering av innholdet i innleggelsesmeldingen fra sykehuset. Prosentvis. N=155.	64
Tabell 10.3	Oppfølging av første melding fra sykehus. Etter svargivernes funksjon i kommunen. Prosentvis. N=124	65
Tabell 10.4	Viktigste forhold det må stilles spørsmål til sykehuset om under pasientoppholdet. Prosentvis. N=155.....	66
Tabell 10.5	Vurdering av behovet for å skaffe informasjon om pasientens funksjonsnivå. Etter svargiverens funksjon i kommunens omsorgstjeneste. Prosentvis. N= 140.....	66
Tabell 10.6	Vurdering av behovet for å skaffe informasjon om pasientens behov. Etter svargiverens funksjon i kommunens omsorgstjeneste. Prosentvis. N= 139	66

Tabell 10.7	Andel av svargiverne som oppgir at de gjør pasientbesøk i sykehuset. Prosentvis. Kommuner med og uten sykehus innen kommunens grenser. N=151	67
Tabell 11.1	Hyppigste kontaktpartner i sykehuset. Alle svargivere. Prosentvis. N =152. (Ubesvart: 3). Flere svar mulig.	69
Tabell 11.2	Vurdering av kontaktforankring i sykehuset. Svargivere i omsorgstjenesten. Prosentvis. N=155.	70
Tabell 11.3	Omsorgstjenestens opplevelser av faglige vurderinger og råd fra sykehuset. Prosentvis. N= 155	70
Tabell 11.4	Omsorgstjenestens opplevelser av faglige vurderinger og råd fra sykehuset. Prosentvis. N= 155	71
Tabell 11.5	Forståelse av mandatfordeling mellom sykehus og omsorgstjeneste. Omsorgstjenestens vurderinger. Prosentvis. N=155	71
Tabell 11.6	"Alt-i-alt vurderinger" av samarbeidet med sykehuset. Prosentvis. Omsorgsgivere i kommunen. N=150 (Ikke besvart: 5)	72
Tabell 12.1	Ankomsttid i hjemkommunen for pasienter som bor i henholdsvis vertskommuner for sykehus kommuner uten sykehus. Prosentvis. Svargivere: Ledere i hjemmesykepleie og sykehjem. (N=94)	75
Tabell 12.2	Om medisiner følger pasienten ved utskrivninger til sykehjem. Prosentvis. Svargivere: Sykehjemsledere. N=55.....	76
Tabell 12.3	Er tekniske hjelpemidler på plass når pasienten kommer? Svargivere: Ledere i sykehjem og hjemmebasert omsorg. Prosentvis. N=102 (Ikke besvart: 6)	76
Tabell 12.4	Vanlig ventetid på ulike typer supplerende tilbud til hjemmeboende pasienter. Prosentvis. Svargivere: Ledere i hjemmesykepleie. N=53.....	77
Tabell 12.5	Mulige årsaker til at man må be om at pasienter holdes tilbake i sykehuset. Prosentvis. Svargivere: Ledere i hjemmebasert omsorg. N=53	77
Tabell 12.6	"Hender det at du synes pasienten er for dårlig til å sendes ut ved utskrivning?" Prosentvis. Svargivere: Ledere i sykehjem og hjemmebaserte tjenester. N=108.	78
Tabell 13.1	Andel som sier at pleierapport følger pasienten ved utskrivningen. Prosentvis. Svargivere: Ledere i sykehjem og hjemmebasert omsorg. N=108	81
Tabell 13.2	Medisinsk dokumentasjon som vanligvis følger pasienten ved utskrivning. Prosentvis. Svargivere: Ledere i sykehjem og hjemmebasert omsorg. N=108	81

Tabell 13.3	Viderefremidling av utskrivningspapirer til pasientens fastlege. Prosentvis. Ledere i sykehjem og i hjemmebasert omsorg. N= 104.	82
Tabell 13.4	Informasjonsmessig kvalitet. Pleierapporter ved utskrivninger. Omsorgstjenestens vurderinger. Prosentvis. Svargivere: Ledere i sykehjem og hjemmebaserte tjenester. N=108.	83
Tabell 13.5	Andel av svargiverne som mener at "Det meste av det som står i pleierapportene har vi allerede orientert oss om gjennom kontakter med sykehuset under oppholdet." Prosentvis. Ledere i sykehjem og hjemmebasert omsorg. N=108	83
Tabell 13.6	Håndskrevne eller elektronisk produserte pleierapporter? Omsorgstjenestens beskrivelse. Prosentvis. Svargivere: Ledere i sykehjem og hjemmebaserte tjenester. N=108.	84
Tabell 13.7	Teknisk og informasjonsmessig kvalitet på utskrivningspapirer. Omsorgstjenestens vurderinger. Svargivere: Ledere i sykehjem og hjemmebaserte tjenester. Prosentvis. N=108.....	84
Tabell 13.8	Utskrivningsdokumenter. Variasjoner innen den enkelte avdeling i sykehuset. Omsorgstjenestens vurderinger. Svargivere: Leder i Sykehjem og hjemmebasert omsorg. Prosentvis. N=108.	85
Tabell 13.9	Utskrivningsdokumenter. Avdelingsvise variasjoner i sykehuset. Omsorgstjenestens vurderinger. Svargivere: Leder i Sykehjem og hjemmebasert omsorg. Prosentvis. N=108.	85
Tabell 14.1	Betydningen av ulike tiltak for bedring av samarbeidet ved utskrivninger av omsorgstrengende eldre. Svargivere: Pasientkoordinatorer, sykehjemsledere og leder i hjemmebaserte tjenester. Prosentvis. N=155.....	87
Tabell 16.1	Oppsummering av funksjonelle krav til elektronisk samhandling og behov for organisatoriske tiltak.	101

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

I løpet av de siste par tiår har det skjedd en konsentrasjon om de rene behandlingsoppgavene i sykehusene. Et uttrykk for dette er at liggetidene er betydelig redusert. Samtidig har andelen eldre i befolkningen økt, først og fremst andelen over 80 år. Mange eldre pasienter har stort behov for omsorg og pleie etter et sykehusopphold. For kommunene kan det bli vanskelig å holde tritt med en høy utskrivningstakt i sykehusene. Forholdet mellom første- og andrelinjetjenesten beskrives som en gråsoner, og straffeordninger basert på dagmulkt for kommuner som ikke er raske nok med å etablere nødvendige tilbud til utskrivningsklare pasienter, er uttrykk for at kontaktflaten mellom første – og andrelinjetjenesten ofte fremstår som en slags helsetjenestens sårflate, med stort press på kommunale omsorgstjenester.

En utskrivning innebærer at pasienten krysser forvaltningsmessige og organisasjonsmessige grenser, styrt av et samspill mellom aktører med ulik profesjonell forankring. Slike grensekryssinger kan gjøre en utskrivning til en komplisert prosess i et uryddig landskap. Formålet med dette prosjektet er å undersøke hva som utgjør de viktigste betingelsene for at en slik prosess skal bli vellykket – og hva som er de viktigste hindringene for å gjennomføre slike utskrivninger på en optimal måte – vurdert i forhold til pasientens behov for et sømløst tilbud.

Både i kommunene, i helseforetakene og hos statlige fagmyndigheter har forholdet mellom første- og andrelinjetjenesten fått økt oppmerksomhet, og samhandlingsproblemene mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenester har vært gjenstand for et omfattende forsknings- og utredningsarbeid (Hasvold et.al 2002; Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2004; Kalseth et.al 2004). Høsten 2004 presenterte de regionale helseforetakene en felles nasjonal strategi for helseforetakene, der samhandlingsproblemene mellom helseforetakene og kommunale helsetjenester ble løftet opp som et satsingsområde (De regionale helseforetakene 2004). Dette var også temaet for NOU 2005:3 "Fra stykkevis til helt – en sammenhengende helsetjeneste, kalt "Wisløff-utvalget" etter sin formann (Helse og omsorgsdepartementet 2005). Wisløff-utvalgets utredning ble senere fulgt opp av en arbeidsgruppe sammensatt av representanter fra kommunesektoren v/Kommunenes Sentralforbund og de sentrale statlige fagmyndighetene, med oppdrag å utvikle anbefalinger og avtaleverk som kunne bidra til å styrke samarbeidet mellom kommunene og helseforetakene (Helse og omsorgsdepartementet 2006a). Både i St. meld. 25 (2005-2006): "Mestring, muligheter og mening" (Helse og omsorgsdepartementet 2006b) og i "Nasjonal helseplan 2007 – 2010" (Helse og omsorgsdepartementet 2006c) er samhandling mellom kommunehelsetjenester og spesialisthelsetjenester løftet opp som selvstendige tema, som krever målrettet innsats for å legge til rette for en bedre utnyttelse av de samlede ressursene i helsetjenesten. Våren 2006 ble det inngått en samarbeidsavtale mellom Helsedepartementet og Kommunenes Sentralforbund om tiltak for styring av dette samarbeidet. Avtalen gir et sentralt rammeverk for ulikt utformede lokale avtaler, som skal bidra til gode rutiner ved utskrivninger av omsorgstrengende pasienter til kommunale omsorgstjenester.

På det praktiske plan er det igangsatt et betydelig arbeid for å utvikle elektronisk verktøy for å bedre arbeidsbetingelsene for de sentrale aktørene i utskrivningsprosessen. Høsten 2005 gjennomførte Norsk senter for elektronisk pasientjournal en utredning på oppdrag fra Programkontoret for Nasjonal IKT, for å undersøke behov for og potensielle gevinster ved videre satsing på elektroniske kommunikasjonssystemer i helsetjenesten. Utredningen konkluderer med at de antakelig største gevinstene mht kvalitet og effektivitet i den samlede helsetjenesten er knyttet til utvikling av bedre elektronisk verktøy for å støtte samhandlingen i det som kalles den omsorgsmessige samhandlingskjeden: utskrivning av eldre pleietrengende pasienter fra sykehus (EPJ 2005). Et slikt utviklingsarbeid må sees i nøye sammenheng med en rekke pågående prosjekter. ELIN-prosjektet, som startet i 2003, arbeider med tilrettelegging av elektronisk samhandlingsverktøy rundt legetjenesten, med utgangspunkt i den elektroniske pasientjournalen (Johanessen 2003). I ELIN-K-prosjektet ledes av Norsk Sykepleierforbund, og er spesielt innrettet mot samhandling mellom kommunale tjenester, og mellom kommuner og sykehus, der sykepleiefaglige perspektiver i samhandlingsprosessen skal ivaretas. Gjennom de såkalte Fyrtårn- prosjektene er visse utvalgte kommuner gjort til arena for utvikling og utprøving av elektronisk verktøy for ulike formål. Særlig viktig i denne sammenhengen er prosjektene i Stavanger og Sandefjord. I Stavanger arbeides det med utvikling av et sett meldingssystemer mellom kommunale tjenester. I Sandefjord er de sentrale problemstillingene knyttet til implementering og tilgjengeliggjøring av elektronisk pasientjournal for alle som har et faktisk pasientansvar. Prosjektet SES@m Tromsø, som startet opp i 2004, har som formål å "utvikle en modell for bruk av elektronisk samhandling i pleie- og omsorgssektoren som omfatter tekniske og organisatoriske løsninger" (Lothington og medarb. 2005).

Prosjektene nevnt over har ulik karakter. Noen har som målsetting å tilrettelegge systemer for bedre informasjonsdeling, ved at flere viktige aktører og helsepersonellgrupper i helsetjenesten får tilgangen til medisinsk informasjon i den elektroniske pasientjournalen – uten at informasjonssikkerheten svekkes. Andre prosjekter har som målsetting å gjennomføre utvikling og utprøving av samhandlingsverktøy innenfor rammen av en utvalgt kommune. Betingelser for utvikling av gode samhandlingsmønstre vil imidlertid variere med strukturelle, organisatoriske, profesjonsrelaterte og andre elementer i samspeillet mellom sykehus og kommuner. Store kommuner vil finne andre løsninger enn mindre. Vertskommuner for sykehus vil sannsynligvis utvikle andre samarbeidsformer med sykehuset enn fjerntliggende kommuner. Både når det gjelder måten samhandlingen skjer på, rutiner for informasjonsformidling mellom sentrale aktører, og mht. hva slags informasjon som etterspørres og utveksles, må vi anta at vi vil finne store variasjoner kommunene imellom. Det utviklingsarbeidet som er igangsatt må med andre ord støttes av systematisk analyser av betingelsene for god/dårlig samhandling mellom sykehus og kommunale omsorgstjenester, og av hvordan dette varierer fra kommune til kommune.

1.2 Analytisk utgangspunkt: Pasientforløpet i den omsorgsmessige samhandlingskjeden

Analysen tar utgangspunkt i en modell av et pasientforløp. Det gir en ramme for å beskrive pasientens vandring gjennom et komplisert system av tjenester, der pasienten er det stabile elementet, mens andre aktører skifter. Pasientforløpet kan betraktes som en samhandlingskjede der aktørene står i et visst ansvarsmessig og informasjonsmessig forhold til hverandre. Den omsorgsmessige samhandlingskjeden aktiveres ved utskrivning av pasienter der pleierne i sykehuset vurderer pasientens tilstand slik at det utløser behov for pleie- og omsorgstjenester. Prosessen starter med at ansvarlig lege i sykehuset erklærer den medisinske behandlingen for avsluttet, og pasienten klar for utskrivning. Prosessen avsluttes med at pasienten har fått et tilbud i kommunen.

Helsetjenestene kan betraktes som en tiltakskjede, der kommunehelsetjenesten og de spesialiserte tjenestene står i et samvirke med hverandre. Kommunehelsetjenesten skal ta seg av befolkningens generelle og alminnelige helseproblemer – alt som ikke krever spesialisert medisinsk behandling. Men når behovet oppstår er det allmennlegens oppgave å

sørge for at de som trenger det får behandling på spesialisert nivå. Der kommunehelsetjenestens ansvar slutter tar spesialisthelsetjenesten over. Når den spesialiserte behandlingen er ferdig er det imidlertid de kommunale tjenestene som igjen tar over dersom det er behov for medisinsk oppfølging, pleie, omsorg eller rehabilitering. Spesialisthelsetjenestens ansvar er avgrenset til den sykdommen eller skaden som er utgangspunktet for kontakten, og avsluttes når behandlingen er ferdig. Kommunale helse- og omsorgstjenester har et ansvar som omfatter mange sider ved pasientens livssituasjon, og ofte kreves et vedvarende tilbud så lenge pasienten lever. Forutsetningen for at helsetjenestens tiltakskjede skal gi et samlet sett optimalt tilbud til pasienten er at de ulike ledd i kjeden virker sammen på en effektiv og målrettet måte. Utskrivninger av pleietrengende eldre pasienter fra sykehus til kommunale omsorgstjenester stiller krav til samordning på tvers av forvaltningsmessige og organisatoriske grenser. Både institusjonelle, økonomiske og informasjonsmessige forhold kan bidra til at dette samspillet ikke alltid blir optimalt. Dårlig samordning mellom sykehus og omsorgstjenester vil i særlig grad ramme eldre pasienter, som ofte både har mange sykdommer, dårlig allmentilstand og redusert funksjonsnivå. I volum utgjør dette en stor og voksende gruppe (Paulsen et.al 1999).

1.3 Pasientforløpet som verktøy for analyse av samhandling i helsetjenesten

Vår strategi for å undersøke samhandlingsproblemer i helsetjenestene er å prøve å kartlegge aktiviteten rundt pasientens "reise" fra sykehussengen til et kommunalt omsorgstilbud. Det gir oss en mulighet til å undersøke om det i løpet av en slik reise oppstår problemer som kan settes i sammenheng med manglende mekanismer eller rutiner for å sikre et godt samspill mellom de aktørene som er involvert. I litteraturen finner vi en lang rekke betegnelser på slike "reisebeskrivelser" – som for eksempel "episodes of care" og "clinical pathways" – som i norsk oversettelse gjerne omtales som "pasientforløp". Det er laget mange ulike definisjoner av pasientforløp, avhengig av hva man ønsker å studere. En av de tidligste ble laget av Solon og medarbeidere i 1967:

"A block of one or more medical services received by an individual during a period of relatively continuous contact with one or more providers of service, in relation to a particular medical problem or situation." (Solon et.al 1967)

Solons definisjon gir utgangspunkt for å drøfte mange elementer i et pasientforløp:

- Den beskriver pasientforløpet som en **prosess**,
- som går over en viss **tid**,
- og som innebærer kontakt med et sett av **aktører**,
- som er **ansvarlige for visse tjenester**,
- og som **overfører** ansvaret mellom hverandre.
- Prosessen har utgangspunkt i et medisinsk **problem** eller situasjon.
- Prosessen har et **utfall**: Pasientens problem blir løst/ eller ikke løst.

En prosess har en retning og et mål, med utgangspunkt i pasientens problem, En vellykket prosess forutsetter et visst forhold – en logistikk – mellom de ulike sekvensene som inngår. De enkelte elementene bør være følgeriktige og rettidige. Utredning bør komme før behandling. Opplysninger om pasientens funksjonstilstand og hjelpebehov må overføres til omsorgstjenesten i god tid før utskrivning dersom de skal ha verdi som planleggingsgrunnlag. Feil rekkefølge kan føre til forsinkelser og medisinske feil, og i noen tilfeller gi svært uheldige utfall for pasienten. I de regionale helseforetakenes strategidokument (De regionale helseforetakene 2004) beskrives et pasientforløp der en pasient legges inn ved en avdeling med bestemte symptomer. Legene ved denne avdelingen skriver etter undersøkelse pasienten ut med uavklart diagnose. Pasientens fastlege iverksetter nye undersøkelser, og deretter legges pasienten inn på nytt ved en annen avdeling og får konstatert en alvorlig tilstand. Mangelfull

utredning ved første innleggelse, og manglende overføring til annen avdeling, førte dermed til betydelig utsatt diagnose og behandling for denne pasientens alvorlige tilstand.

Tid er, som eksemplet over illustrerer, en viktig faktor i behandling av mange potensielt alvorlige lidelser. Men tidsdimensjonen kan også på andre måter være en viktig indikator på kvalitet i det totale behandlingsforløpet. Dersom en omsorgstrengende pasient blir liggende lenge i sykehus etter avsluttet behandling uten at han/hun får et adekvat kommunalt tilbud, kan dette være et uttrykk for dårlig effektivitet i samhandlingen mellom sykehuset og kommunen.

Et sett **aktører** har til sammen ansvaret for at prosessen har riktig retning, fremdrift og får et best mulig utfall. De kobles til prosessen fordi de har en bestemt kompetanse, og med det ansvar for en eller flere av de sekvensene som inngår i prosessen. Den enkelte aktør kan ha et ansvar for å gjennomføre visse undersøkelser, treffe beslutninger om behandling eller videre utredning, iverksette evt. tiltak, fremskaffe informasjon som kan danne et arbeidsgrunnlag for neste ledd i kjeden, og sørge for at ansvaret for videre behandling overføres dit. Fastlegen gjør visse innledende undersøkelser og henviser pasienten til sykehus for videre utredning og behandling. Ved sykehuset tas pasienten imot av en lege som rekvirerer nødvendige undersøkelser og behandlinger, evt. gjennomført av andre leger, sykepleiere og annet sykehuspersonell. Når den behandelende legen vurderer behandlingen i sykehuset som avsluttet mens pasienten fremdeles er omsorgstrengende tar avdelingspersonalet kontakt med representanter fra kommunal omsorgstjeneste. En representant for kommunen vil vurdere pasientens omsorgsbehov, og formidle ansvaret for denne pasienten videre til sykepleiere/ hjemmehjelpere, som overtar ansvaret for pasienten for kortere eller lengre tid. Et vellykket resultat er avhengig av at hver enkelt mottar ansvaret for sine oppgaver på en korrekt måte, gjennomfører de aktuelle oppgavene, og formidler ansvaret til neste ledd i kjeden når man er ferdig med sine oppgaver. Med ansvarsoverføring til neste ledd i kjeden må den som avgir ansvar tilrettelegge best mulig for den som kommer etter. Det kan dreie seg om at den som mottar ansvaret får et forhåndsvarsel slik at mottak kan forberedes på en god måte. Og det kan dreie seg om at relevant informasjon systematisk må tilrettelegges for neste ledd i kjeden, slik at den som overtar ansvaret kan bygge på det som de foregående har gjort. Samspillet mellom involverte aktører er et nøkkelspørsmål i studier av samhandlingsproblemer mellom sykehus og omsorgstjenester, og vi finner et stort antall studier av svikt med hensyn til kommunikasjon, planlegging, tilrettelegging og samarbeid rundt utskrivninger av omsorgstrengende gamle (Payne et.al 2002; Armitage og Kavanagh 1995; Davies og Conolly 1995; Anthony og Hudson-Barr 1998).

Forutsetningen for et vellykket pasientforløp er at hver av aktørene som inngår i kjeden har en felles forståelse av ansvars- og rollefordeling, tilrettelegger informasjon og andre premisser på en hensiktsmessig måte for andre aktører, uten at dette hindres av organisatoriske og profesjonsbaserte skillelinjer. På grunnlag av en systematisk gjennomgang av aktuell forskning i internasjonale tidsskrifter finner Payne og medarbeidere at "current methods of transferring information about older patients across professional, organizational and geographical boundaries are poor." (Payne et. al 2002) De finner at de viktigste rapporterte årsakene til samhandlingsproblemer i forbindelse med utskrivninger ser ut til tidspress, uklar rolleforståelse blant sentrale aktører i samhandlingskjeden, fragmentering av informasjon og ansvar, manglene mekanismer for koordinering, og en ofte urealistisk forventning til pårørendes innsats. Det er liten grunn til å anta at situasjonen i Norge avviker vesentlig fra dette.

De sentrale aktørene i den omsorgsmessige samhandlingskjeden er sykepleiere i sykehus og sykepleiere i kommunale omsorgstjenester. Over tid er det utviklet ulike samhandlingsmønstre knyttet til utskrivning av pleietrengende pasienter – basert på skriftlige meldingssystemer, varslings- og melderutiner, rutiner for informasjonsinnhenting og informasjonsformidling, arenaer for muntlig informasjonsutveksling eller konfliktløsning osv. En del av disse vil være formalisert, andre vil i mindre grad være det. Noen vil ha en generell karakter, andre vil bli tatt i bruk i mer spesielle situasjoner. Den uformelle, muntlige og ikke-standardiserte delen av samspillet ser ut til å ha stor betydning. En undersøkelse av samspillet mellom sykepleiere i sykehus og omsorgstjeneste før og etter innføring av elektronisk

pasientjournal i sykehus tyder på at selv om de formaliserte meldingene både ble innholdsmessig rikere og mer systematisk gjennomført, synes ikke de muntlige baserte og uformelle samordningsmekanismene å ha mistet sin betydning (Hellesø 2005). En undersøkelse gjennomført i 2004/05 tyder på at terskelen for å ta i bruk elektronisk pasientjournal er høy blant sykepleiere i kommunale omsorgstjenester, og at mange av funksjonene i elektroniske systemer var dårlig utnyttet i kommuner der slike var anskaffet (Hausken, Tømmervaag og Arntsen 2005). Begge disse undersøkelsene tyder på at de uformelle, ustandardiserte og gjerne muntlige sidene ved samhandlingen sannsynligvis er avgjørende for utformingen av omsorgstilbud i kommunen i det enkelte tilfellet. Pasientbesøket beskrives ofte som avgjørende for å vurdere pasientens forutsetninger og finne fram/organisere det tilbudet som passer pasienten best. Vi vet imidlertid lite om hva slags kunnskap sykepleierne innhenter gjennom pasientbesøk.

En analyse av samhandlingsmønstre ved utskrivninger må fange opp flest mulig av de problemstillinger og behov omsorgstjenesten i denne sammenhengen stilles overfor. Samhandlingsmønstre som er naturlige mellom sykehus og omsorgstjeneste i en kommune kan være uhensiktsmessige eller irrelevante i relasjonen mellom det samme sykehuset og andre kommuner – for eksempel pga. geografisk avstand, organisatoriske forhold eller av andre grunner. Av særskilt betydning blir å undersøke informasjonsstrategier i kommuner som ikke har muligheter for direkte kontakt med sykehus og pasienter i perioden før utskrivning. Hva slags informasjonsgap oppstår når disse mulighetene faller bort? Hva slags alternative strategier tas i bruk for å sikre et godt tilbud for brukeren?

Organisasjonsmessige forhold vil ha betydning for kvaliteten på samarbeidet. Likeledes ulikheter mht. profesjonell bakgrunn og tilknytning. Omsorgspersonell i kommunehelsetjenesten og sykepleiere i sykehus arbeider innenfor ulike organisasjonsmessige kulturer. Ulike organisasjonsmessig rasjonale i sykehus og omsorgstjeneste kan gi ulike rytmer og prosessforløp. Mens sykehuset er opptatt av tempo og gjennomføring, må omsorgstjenesten gi rom for tidkrevende prosesser som koordinering, prioritering, samordning og tilordning av støtte-tjenester. Det kan i seg selv gi grunnlag for konflikter og kollisjoner mellom ulike rytmer i sykehus og omsorgstjenesten ved utskrivninger av pleietrengende eldre. Ulik omsorgsmessig trening og ulike organisasjonsmessige tenkemåter har også føringer for hvordan man vurderer og beskriver pasientene. Det er ikke sikkert at sykepleiere i sykehus har forutsetninger for å fange opp og videreformidle den typen pasientinformasjon som oppleves avgjørende for omsorgstjenestens vurderinger av hva slags tilbud den enkelte pasient må ha innenfor en kommunal ramme. Det krever gjerne en mer langsiktig og mer holistisk vurdering av pasienten enn det sykehuspersonellet opplever som relevant i forbindelse med et kortere opphold i en sykehusavdeling. Det kan også tenkes at samspillet mellom sykehus og omsorgstjeneste ikke gir godt nok rom for kommunale planleggings- og samordningsbehov – som ofte krever tid. Mange av de samhandlingsmønstre som er etablert og innarbeidet kan oppleves som utilstrekkelige og lite funksjonelle for de sentrale aktører, og resultatet kan bli både konflikter mellom samhandlingspartnerne, og uheldige effekter for brukerne som er avhengig av tjenestene deres.

Med utgangspunkt i utskrivningsprosessen som et pasientforløp vil vi i denne undersøkelsen:

- Kartlegge eksisterende rutiner og aktiviteter for innhenting og formidling av informasjon mellom sentrale aktører, manifestert gjennom formaliserte og uformelle informasjonsrutiner.
- Undersøke hva slags informasjonsbehov sentrale aktører opplever som udekket.
- Analysere samhandlingshindringer knyttet til samarbeid på tvers av organisasjons- og profesjonsgrenser.
- Kartlegge variasjoner mellom ulike typer kommuner mht betingelser for etablering av gode samarbeidsrutiner ved utskrivning av omsorgstrengende eldre.

Resultatene av undersøkelsen danner grunnlag for en drøfting av funksjonelle krav til elektroniske løsninger som skal støtte samhandling ved utskrivninger av pasienter som trenger kommunal omsorg.

2 Metode

Prosjektet bygger på to hovedelementer:

1. **Åpne intervju med nøkkelpersoner** i et lite antall kommuner, samt nøkkelpersonell i utskrivningssituasjonen i sykehusene som dekker lokalsykehusfunksjonen for de aktuelle kommunene.
2. **Spørreskjemabasert undersøkelse** til nøkkelpersonell i omsorgstjenesten i et representativt uvalg norske kommuner.

Det er nøye sammenheng mellom de to delene av prosjektet. Gjennom prosjektets første del etableres et kunnskapsmessig grunnlag for å forstå både kompleksiteten og variasjonen i samhandlingsmønstre mellom sykehus og kommuner. Spørreskjemaundersøkelsen bygger på dette grunnlaget. Ved å teste konklusjoner fra delprosjekt 1 i et større utvalg kommuner får vi et bilde av den relative betydningen av ulike typer problemstillinger.

2.1 Delprosjekt 1: Åpne intervju med nøkkelpersoner

Valg av informanter

Prosjektets første del består av åpne intervju med nøkkelpersoner i tre utvalgte kommuner, og ved utvalgte avdelinger ved de sykehus som har lokalsykehusfunksjon overfor de respektive kommuner. En av de tre kommunene er en større bykommune, som også er vertskommune for sitt lokalsykehus. Kommune nr 2 er en mindre bykommune, beliggende en knapp times reise (med bil) fra sitt lokalsykehus. Den tredje kommunen er en typisk utkantkommune med lang vei til både til sykehus og andre sentrale funksjoner.

I kommunene intervjuet vi:

- En nøkkelperson med ansvar for kontakt med sykehuset og for saksutredning i forbindelse med pasienter der det er behov for sykehjemsplass. Denne funksjonen kan ivaretas på ulike måter i ulike kommuner. En del større kommuner har bestillerkontor der dette ivaretas av flere personer. I andre kommuner varetas dette av en pasientkoordinator, sykepleiesjefen eller omsorgsleder.
- En leder for en sone eller et distrikt innen den hjemmebaserte omsorgen. I mange kommuner er ansvaret for saksutredning for pasienter til hjemmebaserte tjenester lagt hit.
- En leder for et sykehjem. I kommuner der det var flere sykehjem henvendte vi oss til lederen ved det største.

I tillegg intervjuet vi en sykehjemslege og en lege i kombinert sykehjemslegestilling og fastlegepraksis.

I hvert av de tre sykehusene intervjuet vi:

- En sykepleier ved en medisinsk avdeling
- En sykepleier ved ortopedisk avdeling

Disse avdelingstypene ble valgt ut fra en vurdering av at disse vanligvis har et stort innslag av omsorgstrengende eldre pasienter.

Intervjuene ble foretatt i perioden november 2007 – januar 2008. De ble registrert ved hjelp av opptaksutstyr og transkribert på grunnlag av det. I ett tilfelle reserverte intervjupersonen seg mot lydopptak, og utskriften er derfor basert på skriftlige notater underveis.

Intervjutema – omsorgstjenesten

Et viktig formål med de åpne intervjuene var å få en så nøyaktig og omfattende beskrivelse av samhandlingen mellom sykehuspersonell og kommunalt omsorgspersonell som mulig. Viktige tema i den sammenhengen var formelle og uformelle meldings-/varslingsrutiner, initiativfordeling mellom viktige aktører, informasjonsutveksling på ulike tidspunkt i prosessen, kvalitet og omfang på den informasjon som ble gitt, avtaleinngåelser, konkrete forberedelser og gjennomføring av utskrivninger. Dessuten prøvde vi å kartlegge hvilke samordningsbehov i kommunen som ble utløst av en utskrivning fra sykehuset. I tillegg til å kartlegge var vi opptatt av å få fram informantenes vurderinger, problemstillinger og ønskemål knyttet til måten utskrivningsprosessen vanligvis ble gjennomført på, og generelle refleksjoner rundt samspillet mellom sykehuset og kommunen. I intervjuene ble det lagt vekt på å forfølge viktige tema til de ble tilstrekkelig belyst. Intervjuene kunne derfor ha noe varierende lengde, vanligvis varte de fra varte fra en til halvannen time. Intervjuguider er vedlagt bakerst i rapporten.

Intervjutema – pleiepersonell i samarbeidende sykehus

Vi intervjuet sykepleiere ved henholdsvis en medisinsk og en ortopedisk avdeling ved de helseforetakene som fungerte som lokalsykehus for de respektive kommunene. Medisinsk og ortopedisk avdeling ble valgt ut fra en vurdering av at dette er avdelinger med stort innslag av gamle pasienter, og hvor samarbeidet med kommunale omsorgstjenester dermed blir viktig for å få til en god avvikling av pasientbehandlingen. Også disse intervjuene hadde to hovedelementer – en kartleggingsdel og en del viet vurderinger og refleksjon rundt betingelsene for godt samspill mellom sykehus og omsorgstjenesten.

Sentrale tema for kartleggingsdelen var avdelingens organisering og aktivitet rundt forberedelse og gjennomføring av utskrivninger: Planlegging, hvilke informasjonskilder man brukte, tilrettelegging for videreformidling til omsorgstjenesten, samspillet mellom leger og sykepleiere i utskrivningssituasjonen, og hva slags interne samordningstiltak som var nødvendige i forbindelse med planlegging og praktisk gjennomføring av en utskrivning. I tillegg til å kartlegge paktiske rutiner og organisering ble intervjupersonene bedt om å reflektere rundt spesielle behov for viktige pasientgrupper i de respektive avdelingene, om forskjeller i tenkemåte i sykehuset og kommunal omsorg når det gjaldt den aktuelle pasientgruppen, og om rollefordelingen mellom sykehuspersonell og omsorgstjeneste ved utskrivninger av omsorgstrengende gamle.

2.2 Delprosjekt 2: Spørreskjemaundersøkelse

Med utgangspunkt i sentrale funn fra undersøkelsens første del ble det gjennomført en spørreskjemabasert undersøkelse til nøkkelpersoner i et utvalg norske kommuner. I kommunene henvendte vi oss til:

- En pasientkoordinator eller tilsvarende.
- En leder i et distrikt eller sone, hjemmebasert omsorg.
- En sykehjemsleder.

Pleie- og omsorgssektoren er svært ulikt organisert i norske kommuner. Både avdelingsstruktur, stillingsbetegnelser og ansvarsområder vil variere. Det vanskeliggjør generelle henvendelser av denne typen. Vi valgte en indirekte metode, og sendte en henvendelse til "Avdeling helse- og omsorg"/alternativt "Pleie- og omsorg", og ba avdelingen hjelpe oss med å distribuere spørreskjema til nevnte nøkkelpersoner etter visse kriterier.

En særlig problemstilling er knyttet til den sentrale funksjonen "pasientkoordinator". Kjernen i denne funksjonen er vanligvis et overordnet ansvar for kontakt med sykehuset, og utredning og saksforberedelse i forbindelse med søknader om sykehjems plass. I mange kommuner er utredningsansvaret også for andre typer kommunale omsorgstilbud lagt til de samme stillingene. I vår henvendelse ble dette beskrevet slik:

"Her ønsker vi kontakt med en person i kommunen som mottar søknader og foretar **utredning ved søknader om sykehjems plass etter utskrivning fra sykehus**. I noen kommuner ivaretas dette av sykepleiesjef/omsorgsleder. I andre kommuner vil denne funksjonen være lagt til en særskilt pasientkoordinator. I mange større kommuner kan denne funksjonen bli ivaretatt av en egen bestillerenhet. I tilfelle det siste ber vi om at vår henvendelse oversendes en av saksbehandlerne ved bestillerenheten."

For funksjonen "leder i hjemmebasert omsorg" ble henvendelsen formulert slik:

"Soneleder/distriktsleder hjemmesykepleien: Her ønsker vi kontakt med en distriktsleder/soneleder i hjemmesykepleien som har erfaring med forberedelse og gjennomføring av mottak av pasienter fra sykehuset. Vi ber om at henvendelsen går til leder i en sentral sone i kommunen. "

Henvendelsen til sykehjemsleder ble formulert slik:

"Sykehjem

Her ønsker vi kontakt med sykehjemsleder eller en ledende sykepleier ved et langtids somatisk sykehjem som har erfaring med forberedelse og gjennomføring av mottak av pasienter fra sykehuset. Dersom kommunen har flere sykehjem ber vi om at henvendelsen går til det største. "

Kommuneutvalg

Kommuneutvalget består av to grupper:

- a) Et "basis-utvalg" på i alt 31 kommuner, hvorav en stor kommune er representert ved to utvalgte bydeler. Disse kommunene danner grunnlaget for en rekke samarbeidende prosjekter, som fra ulike synsvinkler belyser problemstillinger knyttet til samspillet mellom sykehus og kommuner ved utskrivninger av omsorgstrengende eldre.
- b) Et representativt utvalg norske kommuner. Utvalget utgjøres av 86 kommuner, tilsvarende 20 prosent av kommunene i Norge.

Tilfeldig utvalg ble gjennomført ved hjelp av programmet Research Randomizer.

De tre kommuner der aktuelle nøkkelpersonene var besøkt og intervjuet i prosjektets fase 1, ble ekskludert fra spørreskjemaundersøkelsen. 4 av kommunene i basisutvalget ble trukket ut i det tilfeldige uvalget. Korrigert for dette utgjør det totale utvalget i alt 110 kommuner. Tabell 2.1 viser strukturen i totalutvalget når det gjelder størrelse, sammenlignet med alle norske kommuner.

Tabell 2.1 Kommunestørrelse. Utvalget sammenlignet med alle norske kommuner. 2007 (Kilde: SSB: Befolkningsstatistikk) Prosentvis.

Innbyggertall	Utvalg	Norge
Under 2.000	23,6 (26)	22,8 (98)
2.001 – 5000	30,9 (34)	32,1 (138)
5.001 – 10.000	16,4 (18)	20,9 (90)
10.001 – 20.000	15,5 (17)	12,6 (54)
Over 20.000	13,6 (15)	11,6 (50)
Alle	100,0 (86)	100,0 (430)

Tabell 2.1 viser at kommuneutvalget har et noe mindre prosentvis innslag av kommuner mellom 5000 og 10000 innbyggere enn landet totalt, og et noe høyere innslag av kommuner med under 10.000 innbyggere.

Tabell 2.2 Landsdelstilknytning. Utvalget sammenlignet med alle norske kommuner. 2007 (Kilde: SSB: Befolkningsstatistikk)

Landsdel	Utvalg	Norge
Øst	25,5 (28)	25,6 (110)
Sør	20,0 (22)	14,4 (62)
Vest	17,3 (19)	19,8 (85)
Midt- Norge	11,8 (13)	19,8 (85)
Nord-Norge	25,5 (28)	20,5 (88)
Alle	100,0 (86)	100,0 (430)

Tabell 2.1 viser utvalgskommunenes geografiske fordeling sammenlignet med landet totalt, basert på en inndeling i fem landsdeler. *Østlandet* omfatter fylkene 1-6 (Fra Svenskegrensa til Vestfold) *Sørlandet* omfatter fylkene 7 – 10 (Vestfold, Telemark, Aust- og Vest-Agder), *Vestlandet* fylkene 11 -15 (Rogaland, Hordaland, Sogn og Fjordane) *Midt-Norge* fylkene Møre og Romsdal samt Trøndelag, mens *Nord-Norge* omfatter de tre Nordnorske fylkene. Utvalget har et noe høyere innslag av kommuner fra Sør- og Nord-Norge, og et noe lavere innslag av kommuner fra Vest- og Midt-Norge enn landet som helhet.

En drøfting av svarprosent i spørreundersøkelsen, bakgrunnsdata for svargiverne, og trekk ved de kommunene de representerer, er gitt i kapittel 8.

DEL I: Intervju med nøkkelpersoner i kommuner og sykehus

3 Hovedlinjen: Den omsorgsmessige samhandlingskjeden ved utskrivninger av eldre

3.1 Innledning

Sykehuset er primært organisert ut fra hensynet til den medisinske samhandlingskjeden: Mest mulig effektiv samordning mellom av utredning og behandling, der legefaglige tenkemåter er bestemmende. (Rapport tiltak 19) Fastlegen gjør sine utredninger og vurderinger og henviser pasienten. Etter innslusing via sykehusets mottakelse vil legene ved den enkelte avdeling samordne prøvetaking og andre utredninger, og behandling igangsettes. Den medisinske samhandlingskjeden er styrt av de beslutningene legene gjør, omfatter legene selv og alle nødvendige støttefunksjoner i forhold til det. Der den medisinske samhandlingskjeden slutter, tar den omsorgsmessige samhandlingskjeden over. Den er styrt av sykepleiere og annet omsorgspersonell, og er ansvarlig for at pasienten får nødvendig stell og pleie underveis. Skrøpelige eldre pasienter stiller særlige krav til den omsorgsmessige kjeden, fordi mange av disse er har behov for betydelig hjelp etter at de skrives ut fra sykehuset. Den omsorgsmessige samhandlingskjeden kan involvere ulike aktører og bli gjennomført på ulike måter. I dette kapitlet skal vi beskrive hovedlinjene i samspillet mellom sykehusets omsorgspersonell og deres kolleger i kommunen for forberedelse og gjennomføring av utskrivninger av omsorgstrengende eldre. Noen hovedelementer synes å være faste, men kan ha ulik utforming i ulike kommuner. Til hvert av disse hovedelementene vil vi derfor gjøre en kort diskusjon av mulige variasjoner – basert på erfaringer fra intervjuene i prosjektets første del. Det vil danne utgangspunkt for en mer omfattende drøfting i de følgende kapitler.

Den omsorgsmessige samhandlingskjeden

Hovedtrekkene i den omsorgsmessige samhandlingskjeden ved utskrivninger omfatter:

Under sykehusoppholdet:

- Melding fra sykehuset til kommunen om at en antatt omsorgstrengende pasient er innlagt.
- Informasjonsinnhenting/saksutredning – omsorgstjenesten.
- Beslutning om kommunale tiltak.
- Informasjonsformidling: melding om vedtak til den aktuelle enhet i kommunen.
- Avtale med sykehus, forberede praktiske spørsmål ved utskrivning.

Utskrivningsdagen – fra sykehus til kommune:

- Planlegging i sykehuset:
 - Beslutning: Samspill leger/sykepleiere
 - Forberedelser: Informasjonsinnhenting, produksjon av utskrivningsdokumenter (Pleierapport, epikrise/medisinkort. Orientering til pasienten)
 - Organisering av transport

Utskrivningsdagen: Forberedelse/mottak i kommunen:

- Konkrete avtaler med sykehuset
- Skaffe nødvendige medisiner
- Bestille/ Skaffe nødvendige hjelpemidler
- Varsle fastlege/andre.
- Forberede ankomst/møte pasienten (i institusjon, i pasientens eget hjem)

Det er betydelig variasjon kommunene mellom mht hvordan de ulike samhandlings-elementene utføres, og hvordan de er koblet seg mellom.

Mange sykehus har inngått samhandlingsavtaler med omkringliggende kommuner, der blant annet en bestemmelse om varsling fra sykehuset til kommunen ved innleggelse av omsorgstrengende inngår. Slik melding fra sykehuset kan bli sendt på ulike tidspunkt. Noen sykehus sender en slik melding til kommunene allerede innleggelsesdagen – andre mot slutten av oppholdet. Oversendelsestiden kan variere: noen steder går den med vanlig post – andre bruker faks eller elektroniske kommunikasjonsmidler. Innholdet kan variere – fra en svært knapp meddelelse til en mer grundig beskrivelse.

Melding om innleggelse utløser vanligvis et initiativ fra kommunens omsorgstjeneste for å skaffe seg informasjon om den aktuelle pasienten. Dette informasjonssøket kan igangsettes av ulike personer i det kommunale systemet, ha ulik grad av systematikk, og gjøres på ulike måter.

Før pasienten utskrives gjøres en saksutredning på grunnlag av den informasjon som har fremkommet, og det gjøres et kommunalt vedtak om et omsorgstilbud til pasienten. Vedtaket kan gjøres av et kommunalt bestillerkontor, en leder i omsorgssektoren, eller i et inntaksteam når det dreier seg om institusjonsplasser.

Når vedtak er fattet gis det melding til den/de som skal ta imot pasienten. Den ansvarlige i kommunen ivaretar videre kontakter med sykehuset i forbindelse med forberedelse og praktisk tilrettelegging for et tilbud til pasienten.

Utskrivninger av pasienter til kommunal omsorg involverer mange aktører i sykehuset. Beslutningen om at pasienten er ferdigbehandlet er legenes ansvar. Men når det gjelder svært skrøpelige og omsorgstrengende pasienter vil gjerne sykepleiefaglige vurderinger tillegges vekt. Når dagen for utskrivning er bestemt må nødvendige utskrivningspapirer klargjøres: legens (evt. foreløpige) epikrise/medikasjonsliste, legens orientering til pasienten, og sykepleienes pleierapport. Kommunen og evt. pårørende må varsles, transport må planlegges og organiseres, nødvendig medisiner til neste dag klargjøres – evt. organiseres innkjøpt.

I kommunene må mottaket av pasienten forberedes. For pasienter som skal til eget hjem kan det innebære og sikre at pårørende er varslet, at huset er varmet opp osv. I sykehjemmet kan det innebære at en må forvisse seg om at det er tilstrekkelig bemanning til stede, at nødvendige medisiner er på plass osv. Mange pasienter har behov for hjelpemidler – disse må rekvireres og eventuelt tilpasses.

Samlet sett er en utskrivning fra et sykehus til kommunal omsorgstjeneste en komplisert prosess som krever samordnet innsats fra mange ulike aktører – i sykehuset og i den

kommunale omsorgstjenesten. I mange av de leddene vi har beskrevet kan dysfunksjoner oppstå:

- Forsinkelser.
- Utilstrekkelig informasjon for planlegging og forberedelser av tiltak.
- Dårlige rutiner for informasjonsformidling.
- Dårlig samordning pga manglende/for sen varsling, dårlige avtaler.
- Dårlig samordning pga uklare ansvars plasseringer.
- Dårlig samordning pga dårlig tilgjengelige kontaktpersoner.
- Ulike oppfatninger om hva slags tilbud pasienten skal ha.
- Konflikter.

Listen over kan sikkert gjøres lengre. I de følgende kapitlene vil vi gjennomgå hvert av leddene i kjeden – kartlegge hvordan de ansvarlige aktørene løser de aktuelle oppgavene, hvordan koblingene mellom de forskjellige leddene er organisert, med utgangspunkt i erfaringene til de sentrale aktørene selv.

4 Starten: den første meldingen fra sykehuset – og mottaket i kommunen

4.1 Innledning

I praksis begynner vanligvis arbeidet med å forberede en vellykket utskrivning lenge før legene avslutter sitt arbeide med pasienten. Den omsorgsmessige samhandlingskjeden begynner å virke ved den første kontakten i tilknytning til den enkelte pasienten gjøres mellom sykehuset og omsorgstjenesten. Det kan ha ulik grad av formalisering, kan skje på initiativ fra sykehus eller kommunen, kan skje på ulike tidspunkt i pasientforløpet, ha ulike innhold og ulik form. I dette kapitlet skal vi gi en skisse av hvordan de tre besøkte kommunene har organisert sitt mottak av innleggelsesmeldinger fra sykehuset, drøfte sykehusenes arbeidsmåter for å starte prosessen rundt utskrivningsarbeidet, og undersøke de vurderinger sentrale aktører i kommunens omsorgstjeneste gjør mht det informasjonsmessige grunnlag for planlegging og beslutninger i denne første fasen i samarbeidet.

De tre kommunene vi besøkte representerer svært forskjellige organisasjonsmessige løsninger når det gjelder samspillet med sitt lokalsykehus. Vi skal i dette kapitlet ta utgangspunkt i skisser av organisasjonsmodellen i hver av de tre kommunene, undersøke arbeidsdelingen mellom sentrale aktører i denne prosessen, og drøfte deres ulike erfaringer og synspunkter på samspillet med sykehuset.

For enkelthets skyld kaller vi de tre kommunen henholdsvis Stor, Middels og Liten.

4.2 Kommune Stor: Integriert saksbehandling i et bestillerkontor

Kommune Stor er en bykommune med ca 25.000 innbyggere. Selv om kommunen er stor i utstrekning bor de fleste i den bymessige delen av kommunen. Kommunen er vertskommune for et sykehus, som ivaretar lokalsykehusfunksjonen for distriktet.

Kommunen har organisert et eget bestillerkontor for kommunale tjenester, som ivaretar all kontakt mellom sykehus og kommunens omsorgstjeneste. All saksutredning og innstilling til inntaksteam gjennomføres av saksbehandlerne her, både for pasienter som skal til hjemmebasert omsorg eller trenger sykehjemsplass. Slik sett har kommune Stor en integriert saksbehandling.

Sykehuset har som praksis å sende varsel om utskrivning først når pasientens situasjon er avklart og utskrivning nærmer seg. Melding om utskrivning kan være vedlagt en søknad fra pasienten om sykehjemsplass. Kommunen har dermed en forholdsvis kort frist for gjennomføring av nødvendige utredninger. Snarest mulig etter mottak av meldingen vil en saksbehandler ved bestillerkontoret besøke pasienten på sykehuset, og utvikle et tilbud på grunnlag av samtalen med pasient og evt. pårørende. Deretter lages en innstilling til vedtak. Prosedyren er den samme uavhengig av om det gjelder søknader om sykehjemsplass eller hjemmebasert omsorg. Når vedtak er gjort overføres pasientjournal og vedtaket til den aktuelle omsorgsenheten i kommunen.

Pasientbesøket i sykehuset gjør saksutredning rent informasjonsmessig mindre avhengig av skriftlige informasjonsrutiner fra sykehuset. Men det er viktig at innleggelsesmeldingen kommer tidlig, slik at man får nødvendig tid til å forberede og gjennomføre selve pasientbesøket, vurdere og beslutte et omsorgstilbud, og gjennomføre nødvendige praktiske forberedelser. Pasientbesøket i sykehuset mer omfattende beskrevet og drøftet i kapittel 5.

4.3 Kommune Middels: Informasjonsinnhenting og saksutredning fordelt på flere aktører

Kommune Middels har et markert bymessig sentrum, men en stor del av kommunens 20.000 innbyggere bor utenfor de naturlige bygrensene. Reisetiden til nærmeste sykehus er ca 45 minutter. Reisetiden til sykehuset gjør at det å gjennomføre pasientbesøk i sykehuset lite hensiktsmessig. Kommunen er derfor avhengig av den informasjon som leveres fra sykehuset – skriftlig eller gjennom uformelle kontakter.

Alle henvendelser vedrørende utskrivninger av omsorgstrengende eldre pasienter fra sykehus går til kommunens pasientkoordinator. Pasientkoordinatoren gjør en sortering mellom pasienter som skal vurderes for henholdsvis sykehjem eller hjemmebasert omsorg, på grunnlag av den første meldingen fra sykehuset.

Behovsutredning og saksutredning for søknader om sykehjemsplass i kommune Middels ivaretas av pasientkoordinatoren, som også har all kontakt med sykehuset vedrørende disse pasientene. Søknadene avgjøres i et kommunalt inntaksteam, som består av nøkkelpersoner i omsorgstjenesten.

Behovsvurderinger og saksutredninger av søknader om hjemmebaserte tjenester, og all kontakt med sykehuset i forbindelse med dette, gjøres av lederen for hjemmetjenesten i den delen av kommunen pasienten hører hjemme i.

Sykepleierne i det aktuelle lokalsykehuset var opptatt av at arbeidet med å forberede utskrivning ble satt i gang så raskt som mulig i kommunene. Postgang er tidkrevende. Derfor brukte hun telefonen som en snarvei:

"Så vi skriver en melding, og tar i samme slengen og ringer til kommunen for å si fra om at nå har vi fått en pasient fra deres kommune, og at vi har sendt en melding og dere får de om noen dager..... Da får du en fortgang i prosessen og det får kommunen til å sette i gang noe opplegg".

(Sykepleier, ortopedisk avd.)

Selv om tidlig varsling var nyttig, var pasientkoordinatoren i denne kommunen opptatt av at informasjonen først og fremst skulle skje gjennom skriftlige rutiner. Samtalen med sykehuset ble brukt til å skaffe seg en del nøkkelinformasjon om pasientens situasjon og videre utsikter, men ble vanligvis avsluttet med en anmodning om at informasjonen kom i skriftlig form. Innholdet i denne skriftlige meldingen var dermed definert gjennom samtalen. Behovet for skriftlig informasjon var knyttet til videre saksgang i kommunen. Når meldingsblanketten fra sykehuset kom ble den skannet inn i det kommunale fagsystemet, og på den måten tilgjengeliggjort for den enheten i kommunen som evt. skulle ta mot pasienten. Meldingsblanketten var derfor viktig i den interne kommunikasjonen i kommunen.

I denne kommunen var kvaliteten på meldingsblanketten av flere grunner en kritisk faktor. I noen tilfeller var det nødvendig med flere telefonsamtaler med sykehuset for å få et beslutningsunderlag. En god meldingsblankett kunne imidlertid inneholde så mye informasjon at den ga et tilstrekkelig saksbehandlingsgrunnlag for pasientkoordinatorens beslutning om hvilket omsorgsnivå pasienten skulle innstilles på, og også for innstilling til behandling i inntaksteamet om tildeling av sykehjemsplass:

"Hvis meldingsblanketten er god så trenger jeg ikke så mye samtaler" (med sykehuset).

4.4 Kommune Liten: All saksutredning og informasjonsinnhenting gjennom en person

Kommune **Liten** er en landkommune med ca 5.000 innbyggere. Kommunen har et markert sentrum der kommunal administrasjon, sykehjem, og ellers alle sentrumsfunksjoner er lokalisert. Kommunen er stor i utstrekning, bebyggelsen spredt, og bare en liten del av befolkningen bor i kommunesentrum.

I kommune Liten går alle søknader om omsorgstjenester til kommunens sykepleiesjef, som gjennomfører utredning og skriver innstillinger til kommunens inntaksteam. Inntaksteamet er sammensatt av sentrale personer i omsorgstjenesten.

Sykehuset som betjener kommune Liten sender et meldeskjema om innleggelse allerede på oppholdets første dag. I sykehuset er man opptatt av å mobilisere kommunen så tidlig som mulig – og at denne beredskapen skal omfatte alle de aktuelle pasientene:

" Så lenge det er snakk om eldre pasienter så tar vi med en gang kontakt med kommunen, for vi vet ikke hvordan forløpet blir..... "

(Sykepleier, medisinsk avd.)

Den informasjonen man kan gi ut i denne første fasen har imidlertid et svært prematurt preg:

"Da får kommunen informasjon om den fasen pasienten er i per i dag, og kanskje hva vi ser for oss at blir resultatet når pasienten er ferdig behandlet. Det blir masse antakelser i starten"

(Sykepleier, medisinsk avd.)

I henhold til basisavtalen mellom sykehuset og kommunene i området skal varsel om innleggelse utløse en henvendelse fra kommunen. Dersom den uteblir så gjør sykehuset selv en telefonisk henvendelse. I telefonsamtalen gir sykehuset en status for pasienten. På dette tidspunktet har man imidlertid ikke full oversikt over pasientens medisinske situasjon og videre utsikter. Den informasjonen som gis i disse meldingene oppleves ofte som ganske utilfredsstillende for de so tar imot meldingen i kommunen:

"Vi får et meldeskjema fra sykehuset med pasientopplysninger....Det inneholder lite opplysninger om brukeren. Denne meldingen kommer ofte alt for tidlig."

Og:

"Ofte ringer de så tidlig at de har lite oversikt over pasienten. Men vi trenger disse opplysningene for å kunne planlegge."

(Pasientkoordinator)

Det er viktig med tidlig informasjon. Men når informasjonsinnholdet i meldingen blir for svakt blir planleggingsgrunnlaget for dårlig.

4.5 Meldingsform

Våre informanter beskriver meldingsrutinen rent teknisk slik:

- Melding om innleggelse produseres vanligvis i sykehusets elektroniske journalsystem
- Skrives ut på papir

- Sendes i posten.
- Etter mottak i kommunen scannes meldingen inn i det kommunale fagsystemet.

Når meldingen er lagt inn i det kommunale fagsystemet er den klargjort for eventuell videre-sending innen det kommunale systemet.

Samhandlingen skjer ved at elektroniske systemer kommuniserer via papir og post. Flere av informantene uttrykte forventninger til en framtidig tilkobling til "Helsenett", som ville gjøre forsinkende postsending mellom elektroniske journalsystemer i henholdsvis sykehus og kommune unødvendig.

En variant er meldingsforsendelser basert på faksmaskiner. Informantene som beskrev denne rutinen var opptatt av de problemer dette reiste mht pasientsensitiv informasjon. Siden slike faksmeldinger er dårlig beskyttet ble meldingen gjerne sendt uten person-identifikasjon. Mottakere i kommunen ble bedt om å ta kontakt på telefon, og pasient-identifikasjon og annen informasjon om mottakeren ble formidlet telefonisk.

4.6 Meldingsinnhold

Den første meldingen fra sykehus til omsorgstjenesten kan ha ulike betegnelser og ulike innhold i ulike sykehus. Et eksempel fra ett av de samarbeidssystemene vi besøkte viser et enkelt strukturert brev med tre hovedavsnitt:

- Pasientstatus, medisinsk vurdering.
- Pasientstatus, sykepleiefaglig vurdering.
- Spørsmål om informert samtykke er innhentet.

Den informasjonsmessige begrensingen i disse første meldingene ble vurdert på omtent samme måte både i sykehus og kommuner. Meldingen var ikke tenkt å gi utfyllende informasjon om pasienten, og det ble vanligvis heller ikke forventet hos mottakerne. Meldingen var et varsel om en mulig utskrivning, og en oppfordring til kommunene om å ta kontakt for å få mer informasjon. En av informantene i kommunen beskrev den som en "varsellampe". Hensikten var å aktivisere kommunens omsorgspersonell. Flere av informantene i sykehuset fortalte at dersom reaksjonen uteble så ville de selv ringe den aktuelle kommunen og følge saken opp. En fortalte at hun praktiserte en slags dobbel varsling: Hun ringte kommunens omsorgstjeneste og varslet om at nå var melding sendt.

4.7 Kontaktpersoner i det kommunale systemet

Ingen av informantene i de tre sykehusene fant det vanskelig å finne fram til riktige kontaktpersoner i kommunene. Ved alle avdelingene fantes oppdaterte lister over aktuelle bestillerkontor, pasientkoordinatorer, pleie- og omsorgssjefer, sykepleiesjefer, eller andre. Likeledes hadde avdelingene oversikt over hvilke ukedager kommunene vanligvis hadde sine inntaksmøter, slik at eventuelle meldinger kunne tilpasses dette.

4.8 Oppsummering/drøfting: Den første kontakten mellom sykehus og kommunal omsorgstjeneste etter en innleggelse

De tre kommunene Stor, Middels og Liten har organisert sitt forhold til sykehuset svært forskjellig, og representerer på den måten ulike typer kommuner. Ulik organisering i kommunen har konsekvenser både for samspillet mellom sykehuset og den kommunale omsorgstjenesten, og for samordningen internt i kommunen. Samtidig vil ulikheter mellom de aktuelle avdelingene i de sykehusene kommunene samarbeider med spille inn. På den annen side er det noen typer problemstillinger som ser ut til å være felles for de tre

samarbeidssystemene vi har besøkt, og som på den måten har mer generelle implikasjoner for vår drøfting av faktorer som hemmer eller fremmer samarbeidet mellom sykehus og kommunal omsorgstjenester ved utskrivninger av omsorgstrengende gamle.

4.8.1 Organisering: Enhetlig eller arbeidsdelt forankring i kommunen?

Kommunene Stor og Liten har begge det vi har kalt en integrert organisering av arbeidet med saksutredning for kommunale tjenester, og dermed også kontakten med sykehuset. I kommune Stor ble saksutredning for kommunale omsorgstilbud ivaretatt av en kommunal bestillerenhet, i kommune Liten av sykepleiesjefen selv. Kommune Middels har et delt system, der kommunens pasientkoordinator mottok alle henvendelser, og ivaretok saksutredning for pasienter der det var aktuelt å søke sykehjemsplass. Saksutredning for pasienter som skulle gis et tilbud i hjemmebasert omsorg var lagt til lederen i den aktuelle sonen i hjemmebasert omsorg.

Deling av saksutredning for ulike pasientgrupper i kommune Middels har konsekvenser både for beslutningssituasjonen og for krav til intern kommunikasjon i kommunen. En beslutning om tildeling av omsorg gjøres i to ledd:

1. Beslutning om omsorgsnivå: Sykehjemsplass eller hjemmebasert omsorg. (Ivaretas sentralt i kommunen)
2. Beslutning om tilpasninger og tjenester innen rammen av omsorgsnivået. (Ivaretas på tjenestenivå).

Innstilling til omsorgsnivå bli gjort sentralt (hos pasientkoordinator) og gjerne rask etter varsel om innleggelse. Beslutning om tilpasninger av tjenester på innen rammen av omsorgsnivået ivaretas på tjenestenivå. Pasientkoordinatoren i kommune Middels var særlig opptatt av at kvaliteten på innleggelsesmeldingen fra sykehuset skulle være god og foreligge skriftlig. En god, skriftlig innleggelsesmelding med fyldig informasjon om pasienten kan både gi et tilstrekkelig grunnlag for å innstille til omsorgsnivå, til videre saksutredning for evt. sykehjemsplass. Når meldingen skannes inn i det kommunale fagsystemet overføres relevant informasjon til det aktuelle tjenestenivået, og gir utgangspunkt for oppfølgende kontakter med sykehuset.

For en saksbehandler i de to andre kommunene var den første meldingen primært et varsel, og kvaliteten ble ikke vurdert som like kritisk. I kommune Stor gjennomførte saksbehandlerne ved bestillerkontoret selv svært omfattende informasjonsinnhenting gjennom møte med pleierne på sykehuset og pasientbesøk under oppholdet. Videre kommunikasjon med tjenestenivå var basert på den journalen saksbehandleren opprettet i det kommunale fagsystemet, samt et vedtaket som ble formidlet på samme måte. Heller ikke i kommune Liten dannet meldingen fra sykehuset et selvstendig grunnlag for beslutning, men ble alltid fulgt opp av telefoniske kontakter med sykehuset før vedtak ble gjort.

Kvaliteten på meldingsblankettene oppleves som svært varierende, også innen den enkelte sykehusavdeling.

4.8.2 Tidlig varsling og prematur informasjon – eller sen varsling og sikker kunnskap

Noen sykehus sender melding til om omsorgstjenesten i pasientens hjemkommune allerede innleggelsesdagen – andre venter til pasienten nærmer seg utskrivning. Spørsmålet om hvor tidlig sykehuset skal sende kommunene varsel om innleggelse er på mange måter et dilemma. Tidlige meldinger gir svært premature opplysninger om pasienten, men lang planleggingshorisont. En tidlig melding vil derfor naturlig utløse mange kontakter for å oppdatere informasjon, høre hvordan det går, og få en mest mulig presis utskrivningsdato. En melding forholdsvis sent i oppholdet gir presise beskrivelser av pasientens medisinske

tilstand og funksjonsnivå – men gir kommunen kort tid til å planlegge og forberede et tilbud til pasienten.

Sett fra kommunalt synspunkt er det viktig både at meldingen kommer raskt og at pasientopplysningene er sikre. Begge krav kan ikke oppfylles samtidig. For å tilfredsstille et krav om tidlig melding må kommunene akseptere at den informasjonen som formidles er uferdig og har en midlertidig status. Betydningen av henholdsvis tidlig melding og god pasientbeskrivelse vil imidlertid i stor grad avhenge av arbeidsformer i kommunen, og andre trekk ved mønstret i samhandlingen mellom kommunen og sykehuset. Dilemmaet har derfor sannsynligvis ingen allmenn og selvsagt løsning

Det er ikke uvanlig at en formell, skriftlig melding følges av en telefonsamtale, for å varsle om en pasient fra de aktuelle kommunen, meldingen er sendt og kommer om noen dager. Hensikten var å få fortløpende i planleggingsprosessen i kommunen. Også andre hensyn kan gjøre det hensiktsmessig å koble formelle meldinger med telefonsamtaler. Ett av sykehusene sendte for eksempel slike meldinger over faks. Den skriftlige meldingen inneholdt en anonymisert beskrivelse av pasienten. Pasientens personalia ble formidlet telefonisk.

Det er ulike begrunnelser for henholdsvis sen og tidlig varsling. Tidlig varsling gir kommunen en lengre planleggingshorisont. Jo mer tid man har, jo bedre muligheter har man for planlegge å tilrettelegge et tilbud i omsorgstjenesten. Det informasjonsmessige innholdet i tidlige meldinger må imidlertid bygge på den informasjon sykehuset har om pasienten ved innleggelsen – før utredning og behandling er igangsatt. I mange tilfeller vil det hefte betydelig usikkerhet både ved antakelsene om hva som skal skje videre med pasienten, og ved den antatte utskrivningsdatoen. Bruken av denne typen informasjoner stiller betydelige krav både til avsender og mottaker. Avsenderen i sykehuset har behov for så langt det er mulig å unngå å formidle antakelser som senere kan vise seg å være feil. En løsning på dette dilemmaet, som ser ut til å være ganske vanlige, er at formelle, skriftlige rutiner er forholdsvis informasjonsfattige, og at det meste av informasjonsutvekslingen skjer uformelt over telefonen. Det kan altså se ut til at den reelle informasjonsutvekslingen i den innledende fasen skjer uformelt via telefon, mens den skriftlige kommunikasjonen først og fremst har en strukturerende funksjon: den understreker roller og ansvarsfordelinger.

Uformelle samtaler kan kanskje gi et større rom for diskusjon også av foreløpig kunnskap og antakelser, formidlet med de nødvendige reservasjoner, og der mottakeren kan utfylle informasjonen med egne tolkninger og analyser som avsenderen ikke kan belastes.

Mottakeren i kommunen har behov for mye informasjon som mulig så tidlig som mulig, for å kunne ha et mest mulig omfattende planleggingsgrunnlag.

Ett av de sykehusene vi besøkte løste dilemmaet med å vente med å sende ut informasjon til situasjonen var avklart. Sett fra omsorgstjenestens synspunkt gir dette en kort frist og en hektisk planleggingssituasjon.

Spørsmålet om hensiktsmessigheten ved henholdsvis sen eller tidlig varsling kan altså nyttes til følgende dilemma:

- Tidlig varsling: Lang planleggingshorisont, men forholdsvis uferdig informasjon om pasienten.
- Sen varsling: Kort planleggingshorisont, men forholdsvis gode informasjoner om pasientens tilstand og behov.

Kanskje er løsningen å gi en tydeligere status til informasjon med ulike grader av sikkerhet og presisjon.

Forutsetningen for effektiv meldingsutveksling mellom sykehus og kommune er at det finnes en klar adresse i omsorgstjenesten i den enkelte kommune. Ingen av de intervjuede i sykehusene opplevde problemer med å finne riktig kontaktperson i kommunen.

5 Omsorgstjenesten søker informasjon

5.1 Innledning

Sykehusets første melding utløser vanligvis et initiativ i kommunene for å skaffe seg informasjon om pasientens situasjon og behov for omsorg etter utskrivning – og ikke minst: hvor snart utskrivningen vil bli gjort. Hvem som gjør hva slags beslutninger, og hvor omfattende informasjonsinnhenting dette uløser, ser ut til å variere kommunene i mellom, avhengig av måten kommunen organiserer omsorgstjenesten på, trekk ved pasienten, og av lokale arbeidsformer og faglig kultur. I dette kapitlet skal vi se nærmere på ulike måter sentrale aktører i omsorgstjenesten arbeider på for å skaffe seg den informasjonen de trenger.

5.2 Pasientbesøket i sykehuset – informasjonsinnhenting gjennom direkte kontakt med pasienten.

For noen kommuner – der geografiske og andre forhold gjør det hensiktsmessig – kan det meste av informasjonsinnhenting vedrørende pasientens funksjon og behov baseres på et besøk hos pasienten i sykehuset, slik det er praksis i kommunen Stor.

Pasientbesøket innledes med en samtale med den sykepleieren som har ansvaret for pasienten den aktuelle dagen. I denne forberedende samtalen med sykepleiere innhentes medisinsk informasjon og bakgrunnsdata om pasienten, og en vurdering av pasientens tilstand. Et viktig element i tillegg er å gjøre en vurdering av i hvilken grad pasienten selv er klar for å motta besøk og gjennomføre en samtale:

"... det er viktig for meg å vite om pasienten har samtykke om en er klar og orientert. Om pasienten ønsker at pårørende skal være med og drøfte hans situasjon. En annen ting er: Hvordan skal en nærme seg pasienten i samtalen – hvor direkte skal en være - hvor skånsom skal en være - ikke sant?"

Mye av den påfølgende samtalen med pasienten brukes for å kartlegge pasientens funksjonsnivå, hjemmeforhold, og en rekke andre praktiske spørsmål som kan ha betydning for denne pasientens muligheter til å få en god situasjon i den ene eller annen type omsorgstilbud. Det kan gjelde så trivielle ting som pasientens muligheter til å holde det varmt i huset:

"Boforholdene – vinter – fyring – om en trenger hjelp.Ofte når de bor i hus som er dårlig tilrettelagt så kontakter vi automatisk rehabiliteringstjenesten i kommunen, så tar de et vurderingsbesøk hjemme."

Men ofte var samtalen også et hjelpemiddel også til å kartlegge pasientens mentale status, og dermed forutsetninger for å kunne klare seg i ulike typer tilbud:

(Pasientsamtalen dreier seg om) *"mye av de samme temaene som jeg har snakket med sykepleieren om på forhånd: ble innlagt da og da, for det og det – for da får jeg samtidig et bilde på hvor mye pasienten har skjont av sin egen situasjon. "*

(Pasientkoordinator

Informanten hadde ingen tro på at den informasjonen som ble hentet gjennom pasientbesøket kunne vært levert av sykehuspersonalet. Dette begrunnet hun slik:

"Jeg synes ikke jeg kan planlegge kommunale tjenester for personer jeg ikke har sett..... Noen ganger gjør vi det, men da er det enkle ting som sårskift og sprøyter og sånt". Men det blir veldig vanskelig å planlegge tjenester ut fra en jeg aldri har sett, aldri har snakket med. Det har noe med de menneskelige kontakten".

(Pasientkoordinator)

Det er viktig å kjenne pasienten

Etter pasientbesøket skrives en journal og det lages en innstilling. Når vedtaket er gjort overføres det til sykehjemmet eller den hjemmebaserte omsorgstjenesten i det aktuelle distriktet via fagsystemet. Vanligvis gjør verken sykehjem eller hjemmetjeneste egne henvendelser til sykehjemmet for å supplere den informasjonen som formidles gjennom det kommunale fagsystemet.

I et etterfølgende intervju med en soneleder for hjemmebaserte tjenester ble prosessen med sentralisering av arbeidet med utredning og saksbehandling for omsorgskrevende pasienter til et bestillerkontor diskutert. Hun opplevde dette som et betydelig fremskritt – både fordi dette arbeidet nå ble ivarettatt av mer profesjonelle saksbehandlere, og fordi det muliggjorde en grundigere saksbehandling enn det man kunne den gangen slike oppgaver måtte konkurrere med andre oppgaver i det daglige arbeidet med pasientene:

"Vi hadde jo de vurderingene før, og jeg synes jo at det er veldig greit å kunne la andre ta jobben, fordi de blir på en måte mer drillet i forhold til det. Og så har de – hvis du skal se på tidsaspektet – så synes jeg at de kan ta seg mer tid til å gjøre en grundig vurdering enn hva vi gjør"

(Hjemmesykepleier)

5.3 Om Informasjonsgrunnlaget for pasienter til hjemmebasert omsorg

En tilpasning til en omsorgssituasjon i pasientens eget hjem kan reise mange og kompliserte spørsmål, og informasjonsbehovet kan bli tilsvarende komplekst og omfattende.

Når den første meldingen fra sykehuset sendes har sykehusavdelingen vanligvis bare svært ufullstendig oversikt over pasientens situasjon. I arbeidet med å forberede et tilbud til pasienten trenger omsorgstjenesten både mer utfyllende og mer oppdatert informasjon. Den "uferdige" informasjonen som gis i første omgang må oppdateres og fullstendiggjøres med hensyn til standardiserte opplysninger som diagnose, pasientens tilstand og stipulert utskrivningsdato. Men i tillegg må omsorgstjenesten skaffe seg informasjon som avdelingspersonalet ikke uten videre formidler selv, der utgangspunktet er problemstillinger knyttet til den situasjonen pasienten møter etter utskrivningen:

"Så tar vi en telefon til sykehuset og spør om hva som skal skje med brukeren: hvor syk han er, hva er tilstanden hva klarer han selv, hva mener han vi skal ivareta. Vi trenger et helhetsbilde av brukeren... Det er veldig greit med medikamentene – det må jeg jo vite. Men jeg må jo også vite: Klarer hun å stelle seg selv? Ser jo hun er tungpustet, ikke sant. Greier hun å bade seg, fli huset sitt, greier hun å gå ut og handle? Mat må hun jo ha. "

(Hjemmesykepleier)

Det er viktig å få en god oversikt over pasientens medisinske og funksjonsmessige tilstand. Men de kanskje viktigste problemstillingene er knyttet til forholdet mellom de begrensinger sykdommen eller funksjonsproblemer legger på pasienten, egenskaper ved den situasjonen man skal vende tilbake til, og hva slags ressurser man ellers har å spille på. For pasienter

som skal tilbake til en situasjon i egen bolig kan en slik kartlegging inneholde mange ulike problemstillinger:

- Forholdet mellom pasientens fysiske funksjon og egenskaper ved boligen:
 - Trapper, plassering av bad og soverom, tilgjengeligheten til ulike rom, store nok rom for evt. rullestoler osv.
- Forholdet mellom pasientens mentale situasjon og de utfordringer han/hun må være i stand til å møte i hjemmet:
 - Administrere medisiner, tilkalle hjelp, forholde seg korrekt til ulike elementer i husholdningen: Styre varme, slå av kokeplater, lukke/låse dører/vinduer osv.
- Forhold i omgivelsene:
 - Avstand til butikk, mulighet til selv å handle livsnødvendigheter, andre ytre forhold som kan ha betydning.
- Ressurser:
 - Forhold til familie. Bor i nærheten? Kan/vil bidra? Evt. med hva? Andre ressurspersoner?

Det er omsorgstjenesten som stiller spørsmålene. Ofte er det vanskelig for personellet i sykehuset å gi de relevante svarene. I sykehuset er pasientens situasjon gjerne preget av at alle behov er dekket uten egeninnsats fra pasienten, og hjelp er alltid i nærheten. Selv med en god oversikt over pasientens medisinske og funksjonelle tilstand, kan det være vanskelig å vurdere hva dette betyr i en hjemmesituasjon. For de som skal gi pasienten et tilbud hjemme kan strategien være å ta utgangspunkt i visse nøkkelinformasjoner som man kan bygge videre på. En viktig nøkkelinformasjon er diagnosen:

"Diagnosene kan jo gi et lite klemt i bakhodet – altså til den som tar imot beskjeden"

(Sykepleier, medisinsk avd.)

For mottakeren i den åpne omsorgen kan diagnosen danne utgangspunkt for mange oppfølgende spørsmål:

"Ja, det stiller noen spørsmål ut fra diagnosen da. Hun kan jo plutselig bli veldig kortpust, og bor i andre etasjen, klarer hun å gå trapper, er det heis? Har hun er rullator hun kan sette seg på hvis hun klarer å gå litt ut. Så hun har og kan sette seg og hvile litt på. Har hun noen pårørende som drar og handler for henne? Hva er vi nødt til å gi henne av hjelp for at det skal fungere? Hun blir jo fort veldig mye dårligere hvis hun ikke får til å ordne med den her sprayen sin selv. Forstøveren, takler hun den hjemme?"

(Hjemmesykepleier)

Informasjonen fra sykehuset må analyseres og tolkes:

"Det er klart, de svarer jo på det jeg spør om. Også klarer jeg jo og etter hvert å bli så dreven at jeg skjønner at her må det for eksempel et korttidsopphold til."

(Hjemmesykepleier)

Sykehuset kjenner pasientens medisinske tilstand. Hjemmesykepleien avleder funksjonelle problemstillinger, som grunnlag for planlegging av et tilbud. Informasjonsinnhenting fra sykehuset fremstår som en interaktiv prosess, der observasjoner og vurderinger sykehuset må omsettes til praktiske og pleiemessige problemstillinger i en konkret hjemmesituasjon.

Den praktiske gjennomføring av selve utskrivningen kan kreve koordinering og avtaler mellom sykehus og omsorgstjenesten:

".....så må jeg ha kartlagt på forhånd når de skriver ut pasienten fra sykehuset. Da kan jeg si til sykehuset at dere må ikke sende ham ut før kl fire. Fordi pasienten er alene, og

hjemmetjenester i rapportssystem mellom tre og fire. Etter kl fire kan de ta imot pasienten..... så det må, planlegges på klokkeslett, og måte å transportere hjem på: er det sykebil, drosje, er det pårørende som henter..... Og da har hjemmetjeneste på forhånd fått beskjed om hva de skal gjøre hjemme fra starten da. Så alt skal være på plass. "

(Pasientkoordinator)

I tillegg må man kanskje undersøke og evt avtale:

- o Nødvendige medisiner må kunne skaffes lokalt eller sendes med pasienten fra sykehuset.
- o Nødvendige hjelpemidler må være på plass.
- o Tilpasninger i hus: Dørterskler osv.
- o Evt. varsling av pårørende: Oppvarming av hus, innkjøp av mat osv.

Oftest skjer utskrivningen forholdsvis sent på dagen. Det kan bety at det lokale apoteket er stengt, og det må gjøres avtaler om at medisiner må følge pasienten. I kommuner med lang reiseavstand til sykehus ankommer pasienten til eget hjem eller til sykehjemmet sent på kvelden da bemanningen i omsorgstjenesten er forholdsvis lav. En utskrivning kan kreve mange forberedelser: Sengen og rommet i sykehjemmet må være ledig og forberedt for en ny beboer, og eventuelle tekniske hjelpemidler må være på plass. Dersom pasienten skal hjem må kanskje hjemmesituasjonen vurderes og evt. tilpasses: Dørterskler fjernes, bad og toalettforhold vurderes, likeledes konsekvenser av trappeløsninger. Dersom pårørende mangler må kanskje varme i huset settes på før hjemkomsten osv.

En av informantene i den hjemmebaserte tjenesten syntes det krevde stor pågåenhet fra omsorgstjenestens side for å skaffe tilstrekkelig informasjon:

"Så tar vi en telefon og spør: hva som skal skje med brukeren? Hvor syk er han, hva er tilstanden, hva klarer han å gjøre selv, og hva mener de at vi skal ivareta. Vi trenger et helhetsbilde av brukeren. Det viktige er for eksempel pasientens selvhjulpenhet. Vi er opptatt av: kan han stelle seg selv, kan han spise selv, hvor mye hjelp trenger vedkommende? Sover han om natten? Er han urolig – må han ha tilsyn om natten? Dette er viktig for å kunne vurdere omsorgsnivået. Hvor utrygg er brukeren?"

I mange tilfeller opplevde hun at enkelt avpleierne i sykehuset var unødvendig tilbakeholden med informasjon, under henvisning til taushetsplikten, et forhold som ofte førte til irritasjon:

"Sykehuset er ofte tilbakeholdne med å gi slike opplysninger, og noen av pleierne er svært tilbakeholdne med å gi opplysninger om pasienten. De mener av de ikke kan gi slike opplysninger til oss pga taushetsplikten."

5.4 Om det informasjonsmessige grunnlaget for å forberede et pasientmottak i sykehjemmet

Det kan se ut til at et pasientmottak i sykehjemmet ikke stiller de samme krav til planlegging som en tilbakeføring til eget hjem kan gjøre. Beskrivelsen under er basert på intervju i kommune Middels.

I prinsippet er alle tildelinger om sykehjemsplass i kommune Middels korttidsbasert. Noen av disse pasientene vil etter et korttidsopphold kunne utskrives til eget hjem. For andre vil et vedtak om korttidsopphold etter hvert omgjøres til et vedtak om en langtidsplass.

Sykehjemslederne deltar i inntaksteamet, og får dermed all tilgjengelig informasjon om aktuelle sykehjemspasienter. Pasientkoordinatoren har ellers en løpende og tett dialog med sykehjemslederne, blant annet for å ha oversikt over utviklingen når det gjelder ledige plasser. Den første beskrivelsen av den konkrete pasienten kommer imidlertid med meldingsblanketten fra sykehuset, formidlet via det kommunale fagsystemet.

Når vedtaket foreligger tar sykehjemmet vanligvis telefonisk kontakt med sykehuset for å oppdatere informasjonen om pasienten. Det dreier seg særlig om pasientens medisinske tilstand, og evt. videre oppfølging av den:

"Jeg vil spørre litt om sykehistorie, hva en trenger av hjelp, hva en bruker av medisiner, og eventuelt videre oppfølging av det de har vært innlagt i sykehuset for.....ja, det er i grunnen det. Ellers har vi jo bred erfaring med å ta ting som de er."

(Sykehjemsleder)

I tillegg vil man i løpet av samtalen diskutere praktiske omstendigheter rundt overføringen: Når, hva som evt må følge pasienten, osv.

I helt spesielle situasjoner, når det dreier seg om svært syke mennesker, kan behovet for forberedelser, anskaffelser og tilretteleggelse være betydelig. Det kan dreie seg både om anskaffelse av spesielt utstyr, og opplæring i bruk av det. Vurdert ut fra behovet til de mest vanlige pasientgruppene er imidlertid et kommunalt sykehjem relativt velutstyrt når det gjelder tekniske hjelpemidler og annet utstyr som er nødvendig for å ta vare på syke mennesker. Det gir betydelig fleksibilitet i mottakssituasjonen, og sjeldent store behov for forberedelser:

"Det er på en måte vår jobb å sørge for at vi har de hjelpemidlene vi trenger for å gjøre den jobben vi skal gjøre."

(Sykehjemsleder)

5.5 Oppsummering/drøfting

5.5.1 Informasjonsinnhenting krever stor pågåenhet fra kommunene

Ingen av våre informanter ga uttrykk for at de opplevde at henvendelser fra kommunen til sykehuset ikke ble møtt med velvilje (selv om det i enkelte situasjoner kunne oppstå spenninger rundt pasienter sykehusene mente var blitt liggende for lenge). Men man opplevde likevel at det krevde stor pågåenhet fra kommunesiden for å få den informasjonen man trengte. Det kan være flere årsaker til dette:

- Kommunenes informasjons/planleggingsdilemma: Kommunene etterspør informasjon som enda ikke er klar, jfr. diskusjonen i forrige avsnitt. Kommunene beskriver at de ofte må presse på, både for å få fram en utskrivningsdato så tidlig som mulig, og for å få best mulig oversikt over pasientens sannsynlige behov etter utskrivningen.
- Kommunens etterspør informasjon som sykehuset kanskje ikke kan levere. Mange av problemstillingene omsorgsgiverne trenger svar på, særlig når ev gjelder tilbud i pasientens eget hjem, er vanskelig for de ansatte i sykehuset å gi gode svar på. For å få et tilstrekkelig kart og relevant kart over pasientens funksjonsnivå og omsorgsbehov krevdes derfor ofte gjentatte henvendelser og mange spørsmål. Dette er mer omfattende drøftet i avsnittet under.
- Tilbakeholdenhet i sykehuset mht å gi ut sensitiv informasjon om pasienten. Flere av informantene i kommunene hadde opplevd at enkelte pleiere i sykehus var tilbakeholdne med å gi vital informasjon under henvisning til taushetsplikten. Informanter i sykehus mente at dette ikke var noe problem – fordi man vanligvis innhentet samtykke fra pasienten før slik informasjon ble gitt ut. Ulik praksis her kan henge sammen med de interne forholdene i sykehuset, jfr. kapittel 6.
- Kommunen Stor baserte sin informasjonsinnhenting på bestillerkontorets pasientbesøk i sykehuset, og hadde dermed redusert sin avhengighet av kvaliteten på informasjonen fra sykehuset. For informantene i kommuner i en viss avstand fra sykehuset gjorde reisetiden slike besøk mindre hensiktsmessige. Alle aktuelle

informanter ble spurt om de gjennomførte pasientbesøk i sykehus. Det vanligste svaret var at det kunne de nok ha ønsket – men avstanden til sykehuset gjorde det lite aktuelt. Noen av informantene mente imidlertid at de klarte å skaffe seg tilstrekkelig informasjon uten å besøke pasienten på sykehuset.

5.5.2 Ulike informasjonsbehov for ulike typer pasienter

Omfanget på arbeidet med informasjonsinnhenting og saksutredning varierer mye. En årsak til denne variasjonen er at pasienten skal tilbakeføres til svært ulike situasjoner utenfor sykehuset: Noen skal vende tilbake til et tomt hus, andre blir tatt imot av en ektefelle eller samboer som kan gi et bidrag, og andre skal overføres til sykehjem.

Dersom pasienten skal til et sykehjem vil det bety en overføring til en situasjon ikke helt ulik den man opplever i sykehuset: en situasjon som allerede er tilrettelagt for mennesker med dårlig fysisk og mental funksjon, tilgangen på hjelp er god og bemanningen døgnbasert, og det finnes en struktur der andre tar ansvar for en del viktige oppgaver: administrere medisin, legetilsyn, sikre kosthold, renhold og en lang rekke andre funksjoner som er nødvendige for å ivareta pasienten.

Den skrøpelige gamle som skal overføres til eget hjem, der han eller hun bor alene, vil ofte bli stilt overfor store utfordringer i sitt dagligliv. Omsorgstjenestens utfordring er å forstå de problemstillingene dette utløser, kartlegge de områdene der pasientens eventuelle fysiske og mentale funksjoner synes utilstrekkelige, og velge tiltak som kan kompensere for dette. Observasjon av pasienten i sykehusmiljø der det meste blir ivaretatt av sykehusets personale kan gi et dårlig grunnlag for å forstå de problemene som møter pasienten når han eller hun skal klare seg på egen hånd med betydelig mindre hjelp. En overførsel til eget hjem uten tilgang på døgnkontinuerlig hjelp gjør det kritisk viktig for omsorgstjenesten å ha full oversikt over pasientens tilstand, hvilke utfordringer som følger av pasientens eventuelle funksjonsbegrensninger, og i hvilken grad man kan påregne hjelp fra familie eller andre.

5.5.3 Elementer i arbeidet med å skaffe supplerende informasjon

Det meste av arbeidet med informasjonsinnhenting er basert på telefoniske kontakter, noen ganger også møter med sykehuspersonell og evt. pasienten selv. Den telefoniske kontakten kan være omfattende, har et uformelt preg, og kan ha ulike typer innhold. Med utgangspunkt i våre intervjuer kan vi beskrive fire ulike typer innhold i kontaktene mellom den kommunale saksuttrederen og sykehuspersonellet:

- Innhenting av faktiske opplysninger.
- Oppdatering/endring av opplysninger under sykehusoppholdet.
- Analyse- og tolkningsprosesser, der informasjonen fra sykehuset analyseres og tolkes inn i en kommunal omsorgssituasjon.
- Avtaler – forhandlinger om praktiske forhold rundt utskrivningen.

Samspeillet er dialogpreget, de formelle og skriftlige delene spiller ofte (men ikke alltid) en underordnet rolle, og ofte trengs det flere kontakter for å utvikle en tilfredsstillende pasientforståelse for å gjennomføre utskrivningen på en tilfredsstillende måte. Sannsynligvis er begrepet prosess mer dekkende enn informasjons- eller meldingsutveksling når vi skal prøve å forstå det faktiske innholdet av samarbeidet mellom sykehus og kommunale omsorgstjenester ved utskrivninger av omsorgstrengende eldre pasienter.

6 Praktisk forberedelse og gjennomføring av utskrivningen i sykehuset

6.1 Innledning

Sykehusoppholdet skal være konsentrert om medisinsk utredning og behandling. Når behandlingen er avsluttet er pasienten medisinsk sett klar for utskrivning. Sett fra sykehusets side er det ønskelig at oppholdet blir så kort som mulig. Det er alltid nye pasienter på vei inn – fra ventelistene eller som øyeblikkelig hjelp.

For sykepleiere i sykehuset begynner arbeidet med å forberede utskrivningen idet pasienten legges inn. Pleierne ved de seks avdelingene vi besøkte – en indremedisinsk og en ortopedisk avdeling ved hvert av de tre aktuelle sykehusene – gir i hovedsak nokså sammenfallende beskrivelser av hvordan avdelingspersonalet arbeider med å forberede utskrivningen i samarbeid med kommunens omsorgstjeneste. På enkelte punkter finner vi imidlertid viktige forskjeller. Dels avspeiler dette alminnelige praksisforskjeller mellom avdelingene, i noen grad også mellom kommunene.

6.2 Tidlig varslings – ufullstendig informasjon

Ved to av de besøkte sykehusene var man opptatt av at pasientens hjemkommune skulle få et varsel så tidlig som mulig. Skriftlig varsel til kommunen ble sendt innleggelsesdagen, gjerne supplert med en telefon der man varslet om at slik melding var sendt (Jfr. drøftingen i kap. 4). Sykehuset nr. 3 hadde en helt annen praksis. Man ventet med å sende melding til pasientens hjemkommune til man hadde avklart pasientens situasjon, og kunne gi en presis beskrivelse av pasientens tilstand og funksjon, og et begrunnet forslag til utskrivningsdag.

Ulikheter i praksis avspeiler et sentralt dilemma samspillet mellom sykehuset og kommunen. Gamle pasienter lider ofte av mange sykdommer, og et pasientforløp kan ta uventede veier. Tilstanden forandrer seg, komplikasjoner oppstår, pasientens opphold i sykehuset forlenges, og behovet for hjelp etter utskrivning endrer seg. Tidlig informasjon fra sykehuset kan kreve betydelig korrigerende, utfylling og nyansering underveis i oppholdet.

I de besøkte kommunene finner vi som nevnt igjen den samme tvetydigheten. Omsorgstjenesten i kommunene ønsker vanligvis en så lang planleggingshorisont som mulig. Samtidig er mange kritisk til den informasjonen man får, og gjør mange henvendelser for å få et stadig mer oppdatert bilde.

6.3 Om å finne kontaktperson i kommunen

Ingen av våre informanter i de aktuelle sykehusene opplevde problemet med å finne riktig kontaktpersoner i pasientenes hjemkommuner. Avdelingene hadde vanligvis oppdaterte oversikter med aktuelle kontaktpersoner i kommunene, med navn, telefon- og faksnummer, og eventuelt e-postadresser lett tilgjengelig.

6.4 Ansvarsdeling i sykehuset – mange pleiere deler ansvar for utskrivningsprosedyren

Pleiere i sykehuset har varierende stillingsandeler og går i turnus. I avdelingene kan de være organisert i team med skiftende bemanning. En konsekvens av det er at ansvaret for oppfølging av informasjon overfor kommunen og utskrivning av pasienter er fordelt på mange personer. En av pasientkoordinatorene svarte slik på spørsmålet om man hadde faste kontakter for informasjonsinnhenting i sykehuset:

“Nei, og det synes jeg er et problem. Det er den som har ansvaret for pasienten på sykehuset som ringer til meg. Tidligere var det en person i de forskjellige avdelingene som var kontaktpersonen, men slik er det ikke lenger, så jeg kjenner ikke de jeg prater med.... Derfor er det litt tilfeldig hvor gode opplysninger om brukeren er. Det er jo ikke alle fagfolkene som er like gode til å beskrive sykehistorier. ”

(Pasientkoordinator)

På spørsmålet om avdelingens håndtering av informasjon overfor omsorgstjeneste svarer en av informantene i sykehuset slik:

... det er sikkert veldig tilfeldig fra oss og, for vi er forskjellige sykepleiere som har ansvaret for den biten..... Også har hver sykepleier hver sin uke med ansvar for legevisitt og utskrivinger..... så det blir ganske mange sykepleiere som har det. Ingen som gjør dette likt, tror jeg. ”

(Sykepleier, ortopedisk avd.)

En annen beskriver arbeidsdelingen slik:

“Vi er inndelt i team, et team for den korridoren nedover her, og et team for den andre korridoren. Og som regel er vi tre - fire stykker på hvert team. Og så er det en teamleder som tar seg av medisiner, og litt koordinering kan du si, og plasserer de andre på de forskjellige rommene. Så da får du ansvar for ett, to eller tre rom, litt etter som pleietyngde og sånt da. ”

(Sykepleier ortopedisk avd.)

I den praktiske utskrivningssituasjonen kan dette bli ytterligere komplisert. I sykehuset har man gjerne vaktskifte kl. 15.00, mens pasienten vanligvis ikke er klar til hjemreise før senere.

“Det kan jo gå gjennom litt for mange dette her, ikke sant? Jeg har snakket med en sykepleier (i sykehuset). Og så har hun gått hjem, for brukeren blir jo ikke skrevet ut før fem om ettermiddagen, og da er jo hun jeg snakket med borte. Og da er det jo noe med å få all informasjonen videre, og det vet vi jo hvor vanskelig er.”

(Hjemmesykepleier)

6.5 Utskrivningsplanlegging – pleierapportering

Arbeidet med dokumentasjon av pasienttilstand og funksjon starter gjerne på oppholdets første dag, og går kontinuerlig under oppholdet. Pleierapporteringen har flere formål – både å koordinere og sikre kontinuitet i arbeidet til pleierne som har kontakt med pasienten under oppholdet, og dels å tilrettelegge informasjon for omsorgstjenesten i kommunene. Notater

vedrørende utskrivningsplanlegging kan samarbeides i et særskilt notat, eller i kardex¹. Informasjonsinnsamlingen kan være basert både på systematiske samtaler, f.eks. ved innkomst, og på observasjoner i den daglige pleien.

"Vi er jo i daglig kontakt med pasientene. Og da er det ikke nødvendig å intervjue pasienten – sånn som et intervju. For du er jo inne om morgenen og steller pasienten og da har du og en dialog med pasienten. Så langt det går an, og da kan du bare prate med en, og da får du svar på stort sett de spørsmålene du er ute etter. På en naturlig omgang med pasienten så slår du to fluer i en smekk for å si det sånn."

(Sykepleier, medisinsk avd.)

"Det er i forhold til gangfunksjon og matsituasjon og alt sånt noe, det ser du jo når du er i pleien. Her er det en vi må hjelpe og her er det tilrettelegging, og her er det en som trenger hjelp til kanskje å få på seg buksa og skoene, men resten greier en selv. Det er jo sånne ting vi ser."

(Sykepleier, medisinsk avd.)

6.6 Dokumentasjon ved utskrivning

Ved utskrivning til kommunal omsorg følges pasienten av medisinsk og pleiefaglig dokumentasjon. Legens epikrise er en meddelelse fra lege til lege: fra lege i sykehus til pasientens fastlege eller ved en mottakende institusjon (sykehjem eller rehabiliteringsinstitusjon). Sykepleiernes pleierapport er en meddelelse fra sykepleier til sykepleier: fra sykepleierne i sykehuset til sykepleiere som overtar det sykepleiefaglige ansvaret for pasienten etter utskrivning. Legens pasientskriv gir informasjon fra legen til pasienten om oppholdet og eventuelle forholdsregler etterpå.

Med unntak av pasientskrivet ser det ut til at praksis mht måten disse dokumentene brukes på varierer mye.

Ved noen av avdelingene vil det foreligge en fullstendig epikrise fra behandlende lege ved utskrivningen. Epikrisen går til pasientens fastlege, evt. også til sykehjem og rehabiliteringsinstitusjoner. Ved flere av avdelingene ble det praktisert å la en uferdig eller "foreløpig epikrise", av og til omtalt som "pre-epikrise" følge pasienten ved utskrivning. Den foreløpige epikrisen gir vanligvis de viktigste medisinske data om pasientens tilstand og behov, men gir ingen fullstendig beskrivelse av undersøkelser og behandling under oppholdet. En av sykepleierne ved en ortopedisk avdeling beskrev dette slik:

"Når vi sender pasienter til rehabilitering og sykehjem og sånn, så bruker vi å sende med midlertidig epikrise, så da tar postsekretæren ut operasjons-, innkomst-notat, operasjonsbeskrivelse og utskrivningsnotat, det som er om pasienten på det her oppholdet. Som vi sender med, med en gang da."

(Sykepleier, ortopedisk avd.)

Sykepleierrapporten sammenfatter sykepleiedokumentasjon fra oppholdet, og gir å på dette grunnlaget en beskrivelse av pasientens tilstand, funksjonsnivå og hjelpebehov. Praksis mht hvem som får denne rapporten varierer. Noen av avdelingene sender med slike rapporter uavhengig av om pasienten skal til sykehjem eller hjemmebasert omsorg. Andre opplyser at rapporten bare brukes i tilfeller der det er snakk om sykehjem (eller annen institusjon). Pasienter til hjemmesykepleie går da uten at de følges av sykepleiefaglig dokumentasjon fra oppholdet.

¹ System for pleiedokumentasjon i sykehus.

Alle pasienter får et "pasientskriv" fra utskrivende lege. Det inneholder opplysninger om årsaken til oppholdet, hva slags behandling man har fått, medisiner og anbefalt videre oppfølging. Der annen dokumentasjon mangler er "pasientskrivet" et viktig arbeidsdokument for de som overtar ansvaret for pasienten. Særlig for sykepleiere i hjemmebaserte tjenester, som ofte ikke mottar pleierapport eller annen pleiefaglig dokumentasjon, og heller ikke legenes epikriser, er pasientskrivet viktig.

6.7 Formelle og uformelle informasjonsrutiner. Skriftlige meddelelser og muntlige kontakter

Dokumentasjonen som følger pasienten ved utskrivningen gir nødvendig informasjon i en skriftlig, offisiell form. Men den informasjonen de inneholder har mottakeren allerede skaffet seg via telefonen – den skriftlige informasjonen er ofte for sen i forhold til omsorgstjenestens behov. En sykehjemsleder beskrev hvordan medisiner for ankommende pasienter gjerne ble drøftet over telefonen i forkant:

"Vi gjør det for å sikre at vi har det greit når epikrisen og utskrivningsnotatet kommer med pasienten..... Vi må være påpasselige med å innhente det der (Medisinopplysninger) Så det er greit når han (pasienten) kommer. Vi sitter ikke med så store lager på sykehjemmene."

(Leder, sykehjem)

En leder i hjemmebasert omsorg beskriver innholdet i sykepleierapporten ved utskrivning slik:

"Ja det er de tingene jeg har ringt og spurt om og som jeg vet fra før. Men så er det litt viktig at vi får med oss den fra doktoren da (pasientskrivet), for han skriver jo hvilke medisiner han (pasienten) skal ha, og den biten...."

(Hjemmesykepleier)

I intervjuene framkom flere interessante refleksjoner rundt forholdet mellom den skriftlige informasjonsrutine og de mer uformelle telefonsamtalene:

Intervjuer: *"Jeg skjønner at telefonsamtalen kanskje er den viktigste slik du beskriver det?"*

Hjemmesykepleier: *"Ja, jeg føler at jeg får mest ut av den, ja. Det kan jo – det står jo selvsagt hvorfor de er innlagt og behandling de får, at de har samtykket, at det står pårørende og sånt noe, så det står litt opplysninger som jeg trenger å vite hvis jeg skal sette det i profil..... Jeg føler at jeg er nødt til å snakke med dem. Jeg føler ikke at det står nok i den nei.Det er jo blitt sånn at en føler det, du må ha den (telefonsamtalen) for å få bekreftet det som står og da, kanskje."*

(Hjemmesykepleier)

Hun trengte den muntlige samtalen som en slags bekreftelser på den skriftlige informasjonen – møtet mellom mennesker oppleves som mer reelt og mer forpliktende enn skriftlige meddelelser i offisielle rapporter. Et tilsvarende synspunkt ble formidlet da vi drøftet den sannsynlige gevinsten ved bedre systemer for elektronisk kommunikasjon mellom sykehus og omsorgstjenesten:

"Ja, vi hadde gjerne ønsket at vi hadde fått litt mer i forhold til det. Det hadde hjulpet dem og det hadde hjulpet oss, tror jeg. Men det erstatter ikke det å snakke med folk, da. "

(Hjemmesykepleier)

Den tekniske kvaliteten på utskrivningsdokumentene kan variere. Ved enkelte avdelinger inngår kopier av håndskrevne dokumenter. Det utløser ofte behov for oppklaringer telefonisk. En sykepleier ved en medisinsk avdeling beskriver dette slik:

***Intervjuer:** Hender det at omsorgstjenesten tar kontakt for å spørre om noe etter at pasienter er kommet hjem?*

***Sykepleier:** Ja, det kan jo hende hvis det er noe de lurer på i forhold til hva som har skjedd her da. At de føler at papirene vi ha sendt ut ikke er godt nok utfylt. Det hender de tar kontakt, men da er det ofte medisiner de er snakk om. Det er ofte det kan være det de lurer på da. At de er litt usikker på dosering, på hva som egentlig står på kurven.*

***Intervjuer:** Det er med håndskrift, det kanskje?*

***Sykepleier:** Ja det er det. Men det skal bli elektronisk sier de. Så da blir det greiere å tyde legeskriften"*

(Sykepleier, medisinsk avd.)

6.8 Beslutning om utskrivning: Samspillet mellom leger og sykepleiere

Det er legene som avgjør når pasienten medisinsk sett er ferdig behandlet. Det er imidlertid ikke alltid slik at pasienten dermed vurderes som klar for utskrivning. Beslutningen om praktisk iverksetting av en utskrivning vil i mange tilfeller kreve en omhyggelig vurdering også av i hvilke grad den gamle pasienten selv er klar til å forlate sykehuset. I mange tilfelle vil de rene sykepleiemessige vurderingene være avgjørende:

"Vi har jo en pre-visitt, og da diskuterer vi det. Og veldig, veldig ofte er det sykepleierne som kommer med innspill. De er veldig lydhøre, legene altså. Det er jo vi som hatt stellet, vi som har mest kontakt, og vi kan observere veldig mye små forandringer..... Synes vi lytter veldig mye til hverandre, det er ikke bastante vegger. Vi er nok veldig fornøyd med legene, og legene må vel si de er ganske fornøyd med oss sykepleiere også når de hører på oss. "

(Sykepleier, medisinsk avd.)

En annen informant understreket kanskje enda tydeligere betydningen av de sykeleiefaglige innspillene i den praktiske utskrivningssituasjonen:

"Det kan ha med avstanden å gjøre...at nei, vi kan ikke sende denne her til kommune XX i dag, for det er så seint på dagen. Vi må vente til i morgen....."

Vi har utrolig mye makt når det gjelder sånn. Nå er det veldig mange unge leger i teamet på vår avdeling, så det er klart at mange av oss har mye erfaring med sånne ting, så vi blir veldig lyttet til."

(Sykepleier, medisinsk avd.)

6.9 Hjemreisedagen: Et komplisert system av forsinkelser

Praktisk gjennomføring av en utskrivning fra sykehus til kommunal omsorg involverer mange aktører, rommer mange muligheter for forsinkelser og forstyrrelser, stiller store krav til koordinering, og tilsvarende krav til gode avtaler og godt samspill mellom sykehuset og de som skal ta i mot pasienten.

Den praktiske utskrivningsprosessen innledes med at leger og sykepleiere drøfter pasientens situasjon og beslutter utskrivning. Legen sammenfatter medisinsk dokumentasjon og lager et skriv til pasienten. Sykepleieren ferdigstiller pleiefaglig dokumentasjon, og skyss skal

avtales og samordnes. Sykehuset må samtidig sikre mottaket etter hjemreisen ved avtaler med sykehjemmet, pårørende eller hjemmesykepleier.

Prosessen beskrevet over rommer mange muligheter for forsinkelser. Et usikkerhetsmoment er legenes ferdigstilling av pasientskrivet:

Sykepleier: ".....Legene her er veldig opptatt. Så som jeg sa tidligere, kan de bli innkalt til operasjon, det kan ha oppstått noe øyeblikkelig så de bare må gå fra det de har her til operasjon, de må ned til poliklinikken, og da kan sånn papirarbeid bli utsatt, så det kan bli ettermiddag og før det kommer en lege og skriver ut. Så ofte kan vi gjøre en avtale med kommunen om morgenen eller formiddagen, ja, i dag er det planlagt at han kommer hjem, men jeg vet ikke klokkeslettet enda. Og da sier de som regel det da, at ja, men da ringer du når han skal dra herfra, når vi er på vei til å følge han ned til drosjen."

(Sykepleier ortopedisk avd.)

Et kompliserende element kan være koordinering av transport:

"Det er en veldig stor diskusjon i den her avdelingen, fordi de burde få komme tidlig. Men vi må ta hensyn til skrivestua, at skrivestua greier å gjøre ferdig de papirene som pasienten skal ha med, og ikke minst drosjene er viktig. Det er et stort distrikt, og de samler opp, så de har og sin økonomi og ta hensyn til, og det bør være... Så det er forferdelig for et gammelt menneske.....Det kan ende opp med at en kjøretur som varer en time, kan ta tre timer. Og da kanskje går den drosjen klokka fire, og pasienten har vært ferdig fra klokka tolv."

(Sykepleier, medisinsk avd.)

Klokka blir ofte tre, halv fire før de drar herfra. Og det er meget uheldig, for da har vi vaktskifte. Det kan skje misforståelser ved et vaktskifte. Men sånn er dagen blitt."

(Sykepleier, medisinsk avd.)

Tilsvarende må utskrivningen tilpasses arbeidsrytmen i omsorgstjenesten:

"Men når den dagen kommer da, og pasienten skal skrives ut, så må jeg ha kartlagt på forhånd når de skriver pasienten ut fra sykehuset, og da kan jeg si til sykehuset at dere må ikke sende han ut før klokka fire. Fordi pasienten er alene, hjemmetjenesten er i et rapport-system mellom tre og fire. Etter klokka fire kan de ta i mot pasienten, og da tar de det ikke noe problem i det hele tatt. Så det må planlegges på klokkeslett og måte å transportere hjem på, er det sykebil, drosje, er det pårørende som henter. Og da har hjemmetjenesten på forhånd fått beskjed om hva de skal gjøre i hjemmet i starten da. Så alt skal være på plass."

(Pasientkoordinator)

Ved utskrivninger sent på dagen må det i mange tilfeller treffes foranstaltninger for å sikre innkjøp av medisin før apoteket i pasientens hjemkommune stenger:

"Vi bestiller drosje, og så bestiller vi at drosjen skal kjøre innom apoteket. Og vi sier fra til pasienten Her er resepten, den må du hente på turen hjem, for vi har avtaler med hjemmesykepleien eller institusjonen. Men allikevel så glipper det noen ganger, da. Så blir det glemt av, eller hva som skjer....."

(Sykepleier ortopedisk avd.)

6.10 Oppsummering, drøfting

Et alminnelig dilemma – som vi har drøftet fra omsorgstjenestens synspunkt i kapittel 5 – er bygget inne i selve varslingsystemet: Hva er mest hensiktsmessig: Å sende kommunen varsel om innleggelse allerede første dag – og måtte bygge dette på uferdige utredninger og ufullstendig kunnskap og pasienten – eller vente med slikt varsel til pasienten er ferdig utredet og nærmer seg utskrivningsklar? Det mest tilfredsstillende svaret er "Ja takk, begge deler". Kommunens omsorgstjeneste trenger både lang planleggingshorisont og god informasjon om pasienten. Mange steder ser dette ut til å resultere i et visst informasjonspress fra omsorgstjenesten mot sykehuset – for å oppnå stadig bedre informasjon raskest mulig. Håndtering av informasjon med varierende status stiller store utfordringer til samarbeidet mellom de sentrale aktørene i samhandlingskjeden.

Vår drøfting tyder på at det er en ubalanse med hensyn til kontinuitet og stabilitet i forankringen av samarbeidet på henholdsvis sykehussiden og kommuneside. Mens kontaktpersonene i den kommunale omsorgstjenesten er stabilt forankret hos noen få nøkkelpersoner, er den utadrettede kontakten på sykehussiden fordelt på mange personer – bestemt av stillingsandeler, turnusplaner og teamorganisering i avdelingen. Sett fra kommunesiden betyr det mange personer å forholde seg til i sykehuset, og ugunstige vilkår for å opparbeide faste samarbeidsforhold. Det fremkom i intervjuene at stor spredning på mange personer kan resultere i stor variasjon med hensyn til omfang og kvalitet på den sykepleiebaserte og sykepleierettede delen av utskrivningsdokumentasjonen. Det var ikke etablert bestemte opplæringstiltak for å skolere nye pleiere i arbeidet med utskrivningsplanlegging og kontakt med kommunene rundt disse pasientene.

Ved utskrivning til kommunal omsorg følges pasienten av medisinsk og pleiefaglig dokumentasjon. De seks sykehusavdelingene som ble besøkt i forbindelse med dette prosjektet hadde imidlertid svært ulik praksis både med hensyn til:

- Hva slags dokumenter som følger pasienten.
- Hvem som får slik dokumentasjon.
- Dokumentstatus: Fullstendige eller bare "foreløpige" dokumenter.

Særlig når det gjelder epikriser ser det ut til at variasjonen er stor. Problemet med sene epikriser er gammelt, velkjent og allment i norske sykehus, og det å sikre gode rutiner for legerapportering av sykehusoppholdet er et helsepolitisk mål. De seks sykehusavdelingene vi besøkte hadde svært ulike praksis – fra ferdige epikriser som fulgte pasienten ved utskrivningen, til forskjellige former for rutinemessige nødløsninger, gjerne omtalt som foreløpige epikriser eller pre-epikriser.

Et alminnelig trekk i bildet ser ut til å være at pleierne i den hjemmebaserte omsorgen mange steder vil ha det svakeste og mest tilfeldige formelle informasjonsmessige grunnlaget ved mottak av pasienter fra sykehuset. De forskjellige avdelingene hadde ulik praksis med hensyn til bruken av sykepleierapporter. Noen avdelinger sendte slike rapporter med alle pasienter ved overføring til kommunal omsorg, andre forbeholdt sine pleierapporter pasienter som skulle overføres til sykehjem (evt. rehabiliteringsinstitusjoner).

Det er ikke sikkert at ulik informasjonspraksis overfor sykehjem og den hjemmebaserte tjenesten uten videre samsvarer med ulikheter i informasjonsbehov. I kapittel 4 drøftet vi betingelsene for å gi pasienten et fullverdig tilbud i henholdsvis sykehjem og i den hjemmebaserte tjenesten. Mens sykehjemmet representerer et fullstendig tilbud i utgangspunktet - med seng, mat og heldøgns bemanning – må et hjemmebasert tilbud "komponeres" i henhold til pasientens behov og forutsetninger i pasientens eget hjem. God informasjon om funksjonsnivå og pasientstatus oppleves som avgjørende for et veltilpasset tilbud. Der slik informasjon mangler i utgangspunktet må det gjerne gjøres tilpasninger etter hvert. I tillegg kommer at mange kommuner har utviklet ulike former for tilpassede botilbud, ofte tilrettelagt utstyrs- og bemanningsmessig for å ta vare på svært syke pasienter. Vi må anta at økt sykdomsbelastning i de hjemmebaserte omsorgen vil øke behovet for god pasientinformasjon også her.

Utskrivningsdokumentasjon som følger pasienten leverer informasjon for sent i forhold til mottakernes behov. Flere av informantene i den kommunen beskriver hvordan de arbeider for å skaffe seg nødvendig informasjon før pasienten kommer og før dokumentasjon foreligger – f.eks. for å forvise seg om at man har medisin som kreves, eller at man vet nok til å gjøre nødvendige tilpasninger eller forberedelser i pasientens hjem. Når informasjonen kommer i skriftlig form er innholdet gjerne kjent fra før.

Den rent tekniske kvaliteten på utskrivningsdokumentene ser ut til å variere mye. Ofte er både pleierapportering og foreløpige epikriser kopier av håndskrevne arbeidsdokumenter i sykehuset. Det kan i mange tilfelle nødvendiggjøre telefoniske henvendelser for å oppklare misforståelser og uklarheter.

På utreisedagen går det ofte lang tid fra pasienten besluttet utskrevet til hjemreisen kan skje. Hjemreisedagen krever koordinering av mange aktører, som hver for seg bidrar til å forsinke totalprosessen. Forsinkelsene er forventede og rutinemessige, men resulterer gjerne i lange ventetider for pasienten, sen avreise fra sykehuset og tilsvarende sen ankomst til eget hjem eller evt. sykehjemmet. Det kanskje viktigste forsinkende elementet er rutine rundt legenes dokumentasjon og evt. resepter til pasienten. For å få laget dette må utskrivende lege finne ledig tid i travelheten, og legens diktat må ferdigstilles av sekretær. I tillegg kommer en lang rekke samordningsutfordringer knyttet til organisering av skyss, medisininnkjøp og sikring av mottak ved ankomsten.

7 Behovsvurdering og mandatfordeling: Sykehuspersonellens vurderinger og omsorgstjenestens beslutninger

7.1 Innledning

Utskrivningen innebærer en overføring av ansvaret for pasienten fra sykehuset til den kommunale omsorgstjenesten. Ved utskrivningen overføres pasienten fra et behandlingsregime til et omsorgsregime. En slik ansvarsoverføring kan stille begge parter overfor store utfordringer. Sykehuspersonalet, som etter en intensiv behandlingsperiode tett på pasienten kan ha etablert bestemte oppfatninger både om hva slags behov som må ivaretas, og hva slags tilbud pasienten trenger, må forholde seg til at man nå ikke lenger har direkte innflytelse på det videre arbeidet med vedkommende. Nå er det omsorgstjenesten som har ansvaret for – innefor sine rammer – å etablere et tilbud.

7.2 Den kompliserte mandatoverføringen fra sykehus til kommunal omsorg

Mange av informantene i omsorgstjenesten var kritiske til hvordan sykehuset forholdt seg til den vanskelige kompetanseavgrensingen mellom sykehuset og kommunen:

"Det er ikke så sjelden at de sier at denne her pasienten trenger det og det. Den her pasienten trenger en avlastningsplass, den her pasienten trenger et rehabiliteringsopphold. Den her pasienten trenger et korttidsopphold. Og de hadde en tendens til å si at, de har villet kjøre veldig mange opp på rehabiliteringsavdelingen vår. For de vet at der er flyten mye større, sånn at der er det ikke så lang ventetid, også da må jeg stoppe det når jeg hører beskrivelsen til pasienten. Jeg synes ikke denne pasienten hører til på rehabilitering."

(Pasientkoordinator)

En av pasientkoordinatorerne var særlig kritisk til vurderinger, beskrivelser og anbefalinger fra sykehuset. Hun mente at slike beskrivelser ofte inngikk i et slags "spill", der det gjaldt for sykehuset å bli kvitt pasienten så raskt som mulig:

"Sykehuset er opptatt av å bli kvitt pasienten, og jeg har en følelse av at de tilpasser beskrivelsen av pasienten til dette....."

(Pasientkoordinator)

Flere av informantene i omsorgstjenesten rapporterer at de av og til blir konfrontert med pasienter som henviser til at pleierne i sykehuset har gitt "løfter" om bestemte typer tilbud etter utskrivning:

"Ja, og enda en problemstilling som ligger der, det kan være det at sykehuset noen ganger lover ut: "du får da hjelp av hjemmesykepleien med det og det og det." De lover det ut for oss, og det blir feil..... Det er liksom en grense for hvor mange ganger vi kan være hos en bruker hver dag, for at det skal fungere at en er hjemme. Men vi stiller opp veldig mye. Vi ordner med mat, og vi ordner med både varm og kald nær sagt.....Vi ordner det meste, vi må det, men vi synes ikke det er sykehuset sin oppgave å love ut det. Men nå sier jo brukeren det at "Det sa sykehuset at dere kunne hjelpe meg med, ikke sant?"

(Hjemmesykepleier)

"Sykehuset sier at pasienten skal ha sykehjem, åpen omsorg eller lignende. Sykehuset sier hva slags tjeneste pasienten skal ha, men dette har de ikke anledning til. Ofte lover de også pasienten bestemte tilbud i kommunehelsetjenesten. Sykehuset sier til pasienten "du har krav på....", Pasienten kommer derfor hjem med forventninger som vi ikke kan oppfylle. Både pasienten og pårørende kan ha det. Sykehuset unngår å ta vanskelige diskusjoner med pasienten."

(Pasientkoordinator)

Konfrontert med brukerens forventninger kan det bli en ubehagelig jobb for omsorgstjenesten å korrigere brukerens krav i forhold til det man faktisk kan tilby.

Dilemmaet var vanligvis erkjent blant våre informanter i sykehus. En av sykepleierne i sykehuset beskrev det slik, da hun spurt om i hvilken grad hun pleide å gjøre seg tanker om hva en pasient egentlig hadde behov for etter utskrivning:

"Ja, det gjør vi, men vi skal ikke si det til kommunen, det er ikke vår oppgave. Det er kommunens oppgave å finne ut hvor, det er de som vet hvor de kan bidra. For det kan være litt forskjellig fra kommune til kommune. Så vi forteller bare om behovene til pasienten. Beskriver. Også må kommunen ut fra det da vurdere. For det er de som skal sette inn hjelp, hvor mye hjelp og hva de har av hjelpemidler og forskjellig å bidra med da. Og det kan ikke vi....

Det kan være noen ganger det at du sender pasienten tilbake til hjemmet da, og tenker som så at han har kanskje hatt det bedre om han hadde fått kommet på sykehjem eller aldershjem eller noe sånt, eller en plass der det er lettere tilgang til hjelp da, men det er jo ikke alltid det er sånne tilbud da. Det er det ikke, og da er jo alternativet å reise hjem med hjemmesykepleie. Og da blir det jo kommunen som bestemmer da, hvor mye hjemmesykepleie den personen skal få, ut fra de behovene vi har lagt fram og ut fra det de ser at pasienten trenger."

(Sykepleier, ortopedisk avd)

En annen beskrev det slik:

"Og så er det jo litt med det at, vi har fått litt tilbakemelding fra kommunene om at de synes at før var det sånn at vi bestemte at pasienten trengte det og det, men nå har kommunene på en måte sagt at de vil jo gjerne bestemme litt de og. Vi kan ikke si at når en kommer hjem skal dere gjøre sånn og sånn, for de vil jo bestemme litt over det selv. Så i stedet for at vi fyller ut, det er no, og ulike en faste rubrikker så vi skriver ikke noe på behov vi da."

(Sykepleier, ortopedisk avd.)

For disse sykepleierne er løsningen å holde tilbake egne oppfatninger for å unngå å "trække over", selv når oppfatningene om hva pasienten trenger er ganske klare – og ulikt det pasienten faktisk får i kommunen. Andre er mer villige til å gi eksplisitte råd:

"I følge basisavtalen som vi må forholde oss til, så kan jo kun sykehuset anbefale kommunen hva vi ser for oss som er riktig for pasienten. Vi kan ikke kreve. Vi har ikke lov til å kreve. Vi kan kun anbefale. Det er opp til kommunen å gi et tilbud som de mener er godt nok..... Men de er veldig lyttende til det vi sier. Og noen pårørende bruker oss for å presse kommunene. De ser at det her går ikke gjennom med den her pasienten. Kan dere hjelpe oss slik at en får et godt tilbud?"

(Sykepleier, medisinsk avd.)

Stemningen rundt dette vanskelige spørsmålet varierte fra sted til sted. En annen sykepleier beskrev en helt annen type praksis:

"Vi ringer alltid hjemmesykepleien og sier at han må ha hjemmesykepleie tre ganger om dagen. Det sier vi fra om på telefonen.Prøv det i begynnelsen, og så får vi se hvordan det går, og så må det reguleres etter behov. Men han må fra første stund ha tre ganger for dagen, og dere må ha overoppsyn med medisinen. Så det sier vi fra om."

(Sykepleier, medisinsk avd.)

7.3 Bekymring for tapte behandlingseffekter

Et av de sentrale spørsmålene i vårt intervju var:

"Har du følelsen av at dere tenker noenlunde likt med de ute i omsorgstjenesten når det gjelder omsorgsbehov?"

Flere av informantene i sykehusene var opptatt av at visse kronikergrupper ikke fikk den oppfølgingen de hadde behov for etter utskrivningen. Det kunne føre til redusert nytte av behandlingen i sykehuset – i verste fall med en reinleggelse som resultat. En informant ved en indremedisinsk avdeling svarte slik:

"Nei, ikke med KOLS-pasienter. Der har det vært veldig, veldig vanskelig faktisk, å få formidlet dette her med trygghet. På at trygghet faktisk er utrolig viktig i forhold til disse KOLS pasientene. Det at de fysisk sett kan gå på sine ben og løfte armer og spise og så videre. Det er ikke ensbetydende med at de mestrer situasjonen. De kan bli engstelige likevel. Og at altså, de er jo så dårlige mange av de som er på sykehjem, at sykehjemmene er bare forbeholdt de som skal mates og skiftes bleie på. Mens de her KOLS pasientene kan kanskje trenge sykehjem fordi de ikke mestrer angsten sin. Og så blir det bare ut og inn."

(Sykepleier, medisinsk avd.)

En nesten tilsvarende beskrivelse gir en sykepleier ved en helt annen avdeling, når vi stilte spørsmålet om man tenkte likt om omsorgsbehov i sykehus og kommuner:

"Nei, i enkelte tilfeller så gjør vi ikke det, og det er spesielt knyttet opp mot demente personer. Der har ikke – ingen kommune har et godt nok tilbud til dem. De har ikke kunnskap nok om det, rett og slett. For å sette det på spissen. Fordi at vi legger ned så mye arbeid i å strukturere dagen vår, og vi ser jo at de kommer seg veldig under et opphold hos oss da: De får regelmessig mat, drikke, stell. De blir strukturert i forhold til hvile, aktivitet. Og det har ikke kommunene mulighet til å gi dem. Så det ender opp med at de kommer inn, eller kommer tilbake til oss..... Reinnleggelser..... De har ikke nok kunnskap og tid, helst tid, de er for underbemannet til å følge dem opp godt nok. De (pasientene) vandrer og vandrer og vandrer. Det er ingen som stopper dem og sier: "Kanskje skal du sette deg ned og drikke et glass saft?" Eller: "Er det lurt at du hviler deg litt nå? Så på ettermiddagen går de inn i en form for psykose, for da er de så sliten av alt. De har ikke blitt korrigerert. Og det sliter vi veldig med."

(Sykepleier, medisinsk avd.)

Den første av disse to sykepleierne er opptatt av at den kommunale omsorgstjenesten prioriterer fysiske funksjonsproblemer, og etter hennes mening ikke har nok oppmerksomhet på de psykiske utslagene av alvorlige lidelser. Hun frykter derfor at pasientenes angst-plager kan utløse behov for nye sykehusopphold. Sykepleier nummer to har en tilsvarende bekymring for at dårlig strukturerte tilbud til demente pasienter skal føre til en negativ utvikling, som kan utløse behov for nye sykehusopphold. Begge er opptatt av at det man bygger opp gjennom behandlingen av visse pasientgrupper i sykehuset kanskje ikke blir tatt godt nok vare på etter utskrivningen.

7.4 To ulike arenaer for pleie

Spørsmålet om ulikheter i tenkemåte ble drøftet i intervjuer også med informanter i kommunale omsorgstjenester. Her var særlig svargiverne i den hjemmebaserte omsorgen gjerne opptatt av at sykehuset manglet et helhetssyn på pasienten og den situasjonen han/hun skal tilbake til:

"Jeg føler vel det at noen ganger så må jeg fortelle de at nå er vi ikke noe sykehus, at de skal hjem i egne leiligheter....."

Klart det at vi jobber på to forskjellige poster. De klarer ikke å tenke seg helt helhetssituasjonen, alle på sykehuset, nei. Det er vel derfor vi tar den telefonen og kanskje, for å få klarlagt det, så vi får stilt spørsmålene. På en sånn måte at de forstår det da. Sånn som er vanskelig kanskje å få på papiret. For det er lett å skrive kryss ikke sant, det blir jo noen sånne opplegg på et papir da.....Dørstokker, som du må over for å komme deg på badet ikke sant? Klarer han å gå på do? Ja, han gjør det her. Så de skjønner jo, noen skjønner det, men de skulle prøvd hos oss, og vi skulle vært hos dem, for å få litt forståelse av hvordan, hva vi holder på med."

(Hjemmesykepleier)

Hun opplever at sykehuset mangler forståelse for forskjellen mellom situasjonen i sykehuset – spesielt tilrettelagt for å ta vare på meget syke mennesker – og den ofte ganske praktisk sett kompliserte situasjonen i pasientens eget hjem, som skal danne ramme for et trygt omsorgstilbud over tid – samtidig som det skal opprettholdes som et privat hjem.

Manglende helhetssyn på pasienten ble fremhevet av flere av informantene. En sykehjemsleder ble spurt om hun trodde det var mulig for sykehuset å gi den informasjonen kommunen trengte for å kunne danne seg et helhetlig bilde av pasienten, som grunnlag for kommunens vurdering av omsorgsbehov:

"Det er jeg ikke helt sikker på at de kan, egentlig, fordi jeg føler veldig mange ganger at de (pasientene) er på sykehuset såpass kort tid at de (pleierne) ikke har noe sånt totalbilde. De har ikke noe totalbilde av helhetssituasjonen i forhold til hjemmeforhold, hvor aktuelt det er at han skal hjem.... Det er sånne ting som gjør at vi må legge oss på vent, danne oss et bedre bilde selv da...."

(Sykepleier, sykehjem)

7.5 Oppsummering/drøfting

En utskrivning fra sykehus til kommunal omsorgstjeneste innebærer en overgang mellom to svært ulike regimer: Fra et diagnoseorientert behandlingsregime preget av tett samspill mellom leger og sykepleiere – til et langtids omsorgsregime med et mer helhetlig ansvar for pasientens tilværelse, basert på forutsetningen om at den aktive behandlingen av pasienten er avsluttet, og der leger spiller en mindre aktiv rolle i det daglige arbeidet med pasienten.

Slik sett representerer utskrivningen et møte mellom to kulturer med ganske ulike målsetninger i arbeidet med pasienten – en spesialisert behandlingsskiltur, og en omsorgsskiltur der omsorgsgiveren må bygge på et totalperspektiv på pasientens tilværelse. Våre intervjuer tyder å på at mandatoverføringen mellom sykehus og kommunal omsorgstjeneste rommer flere viktige problemstillinger.

Utskrivningen representerer en overgang fra et behandlingsregime til et omsorgsregime. I praksis er det imidlertid ikke alltid klare grenseoppganger mellom behandlingsaktiviteter og omsorgsaktiviteter. Flere av våre informanter i sykehuset uttrykte bekymring for at overganger fra sykehus til kommunal omsorg kunne innebære at det de oppfattet som viktige behandlingsmål ikke ble vedlikeholdt etter utskrivningen, fordi det omsorgsmessige perspektivet på pasienten ikke tok opp i seg viktige sider ved pasientenes lidelser. De konkrete pasientgruppene som ble diskutert her var KOLS- og demenspasienter – store kronikergrupper som ofte representerer tung pleie. Når det gjaldt KOLS-pasientene var vår informant i sykehuset opptatt av at pasientens angst og de psykiske sidene ved lidelsen ble for lite vektlagt i omsorgstjenesten. Når det gjaldt demens-pasientene var man opptatt av at de terapeutiske effektene av måten pasientenes dag ble strukturert på i sykehuset kunne gå tapt i en situasjon der en tilsvarende plan og struktur manglet. For slike pasientgrupper kan altså en overføring fra det behandlingsorienterte sykehuset til det omsorgsorienterte kommunale tilbudet i noen tilfelle representere et brudd i behandlingsregime som våre informanter i sykehuset antok kunne ha uheldige pasienten – i verste fall med reinleggelse som konsekvens.

For å bidra til en god situasjon for pasienten må sykehuset bidra med sine funksjons- og behovsvurderinger vedrørende pasienten, basert på sine erfaringer fra arbeidet med pasienten i avdelingen. Det er ikke sikkert observasjoner i sykehuset er tilpasset de problemstillinger og utfordringer omsorgstjenesten møter i arbeidet i pasientens eget hjem. Omsorgstjenesten var opptatt av at sykehuspersonellet manglet et helhetssyn av forholdet mellom pasienten og de praktiske rammer omsorgen skal gis innenfor – enten i en kommunal institusjon eller i pasientens eget hjem – med de personellmessige, utstyrsmessige og kompetansmessige begrensninger dette representerer. Å gi et dekkende tilbud i pasientens eget hjem kan kreve en ganske kompleks vurdering, der både pasientens funksjon og tilstand, praktiske forhold i huset, forhold til familie og naboer, og strukturelle forhold som avstand til butikk og annen service er viktige elementer (Jf. diskusjonen i kapittel 5.) Mange av informantene i omsorgstjenesten ga uttrykk for at informasjonen fra sykehuset ga et utilstrekkelig planleggingsgrunnlag, og manglet viktige elementer i pasientforståelse når den skulle anvendes i kommunal omsorgssammenheng.

Overgangen mellom sykehus og omsorgstjeneste representerer altså et brudd eller en diskontinuitet i pasientforløpet – sannsynligvis konsekvensrik for noen pasienter, og helt uten betydning for andre. For noen pasientgrupper, der behandlingselementer er tett innvevd i den grunnleggende omsorgen, er det rimelig å tenke seg en betydelig gevinst ved en bedre ivaretagelse av kontinuiteten i pasientbehandlingen, for eksempel ved at sykehuspersonellet gikk lenger, og var mer spesifikke i sine anbefalinger, når det gjaldt tilbudet til pasienten etter utskrivningen.

Sterkere føringer fra sykehuset side kan imidlertid kolliderer med de organisatoriske forutsetninger en slik overføring skjer under. Når pasienten skrives ut fra sykehuset til kommunal omsorgstjeneste passerer han samtidig organisatoriske og forvaltningsmessige grenser. Det er bestemte regler for slike grensepasseringer. Bruken av kommunale omsorgsressurser må styres av kommunene selv. Innretningen av tilbudet, fordeling mellom ulike tilbudstyper, og ressursinnsatsen overfor bestemte pasientgrupper er knyttet til kommunale beslutninger. Mange av våre informanter i omsorgstjenesten var sterkt opptatt av å unngå innblanding fra sykehuset når det gjaldt tilrettelegging av omsorgstilbud i kommunen. Noen var svært kritiske overfor det de oppfattet som manipulasjonsforsøk fra sykehusets side – enten ved at pasientene ble "lovet" bestemte (kommunale) tilbud etter utskrivningen, eller at pasientene ble beskrevet på bestemte måter for å utløse bestemte typer tilbud.

Problemstillingen var erkjent av mange av informantene i sykehusene, og det var viktig å unngå at de vurderinger og anbefalinger de ga ved utskrivningen skulle bli oppfattet som forsøk på "sykehusstyring" – selv om pasienthensyn kunne gjort det ønskelig med tydeligere anbefalinger fra sykehusets side.

Diskusjonen over tyder på at det er behov for en svært tydelig grenseoppgang mellom tre ulike elementer i dokumentasjon og informasjonsformidling fra sykehuset til omsorgstjenesten i forbindelse med utskrivninger:

- Det å gi et tilstrekkelig informasjonsgrunnlag om pasientens tilstand og funksjonsnivå.
- Det å anbefale bestemte forholdsregler i forhold til pasientens problem på et medisinsk og pleiefaglig grunnlag.
- Det å gi konkrete anvisninger av det tilbudet pasienten bør ha.

Gjennom god ivaretagelse av punktene 1 og 2 gir sykehuset viktige premisser for at kommunal omsorgstjeneste skal kunne planlegge et adekvat tilbud som ivaretar kontinuitet pasientbehandlingen. Pkt 3 er et rent kommunalt ansvar, der premissene gitt i de to første punktene danner grunnlaget for etablering av et tilbud innenfor rammen av kommunale omsorgstjenester. Det er imidlertid svært uheldig hvis angsten for overstyring hindrer god flyt av informasjon og faglig kommunikasjon mellom sykehus og omsorgstjenesten.

DEL II: Spørreskjemabasert undersøkelse til
nøkkelpersoner i et representativt
utvalg kommuner

8 Spørreskjemaundersøkelsen: Om svargiverne. Bakgrunnsdata kommuner og svargivere

8.1 Innledning

Prosjektets del II består av en spørreskjemabasert undersøkelse til nøkkelpersoner i et større utvalg kommuner.

Formålet med spørreskjemadelen er å undersøke om de erfaringer og problemstillinger som fremkom gjennom dybdeintervjuene, drøftet i rapportens del 1, er representative for landet som helhet. I dette kapitlet skal vi gi en kort beskrivelse av de kommunene som er fanget opp i utvalget.

Utvalget består av i alt 110 norske kommuner, tilsvarende 20 prosent av samtlige.

Uttreksmetoden er beskrevet i kapittel 2. I de 110 kommunene ble det gjort en henvendelse til henholdsvis **pasientkoordinator**, en leder for et **sykehjem** og en leder for **hjemmebaserte tjenester**. Titler og stillingsbetegnelser varierer mye i kommunene. Henvendelsen ble sendt til pleie- og omsorgsavdelingen kommunen og videresendt derfra til aktuelle nøkkelinformanter, definert ved en beskrivelse av de funksjoner i kommunen vi ønsket å få dekket.

Det ble gjennomført en purring. Etter purring fikk vi svar fra:

- 47 pasientkoordinatorer (Svarprosent: 42).
- 55 sykehjemsledere (Svarprosent: 50).
- 53 lederne for hjemmebaserte tjenester. (Svarprosent: 48)

Ikke alle kommuner har opprette stillinger for pasientkoordinator. Dette avspeiles av den noe lavere svarprosenten for denne gruppen.

I dette kapitlet gis sentrale bakgrunnsdata for de kommunene svargiverne representerer mht:

- Kommunestørrelse
- Avstand til nærmeste sykehus
- Om det er inngått samarbeidsavtaler mellom kommunen og lokalsykehuset
- Om kommunen er tilknyttet Helsenet og dermed har muligheter for elektronisk kommunikasjon med sitt lokalsykehus.

Før presentasjon av tabellene er det gjort en test av i hvilke grad fordelingen varierer mellom svargivergruppene. Det kan gi en indikasjon på evt. skjevheter i utvalget. Vi finner ingen signifikante variasjoner for noen av forholdene nevnt over. I tabellene presenteres derfor resultatene samlet for alle svargiverne.

8.2 Kommunestørrelse

Tabell 8.1 Kommunestørrelse. Svargivere fordelt etter innbyggertall i kommunen. Prosentvis. N=155

Under 2.000 innb.	25,2 % (39)
2 – 5.000 innb.	27,7 % (43)
5 – 10.000 innb	16,1 % (25)
10 – 20.000 innb.	15,5 % (24)
20.000 og mer	15,5 % (24)
Totalt	100,0% (155)

Tabell 8.1 viser hvordan svargiverne fordeler seg etter kommunestørrelse. I Norge utgjør de minste kommunene et betydelig innslag. Over 50 prosent av svargiverne kommer fra slike kommuner. Sammenholder vi tabell 8.1 med fordelingen på landbasis, vist i tabell 2.1 i kapittel 2, finner vi et rimelig godt samsvar.

8.3 Avstand til sykehus

Tabell 8.2 Andel av svargiverne som arbeider i kommuner med ulike lang reisetid til nærmeste sykehus. Prosentvis. N=155

Vertskommune for sykehus	24,5 % (38)
Under en time reisetid	29,0 % (45)
Mellom 1 og 2 timers reisetid	28,4 % (44)
2 timer eller mer	16,8 % (26)
Ikke besvart	1,3 % (2)
Totalt	100,0 % (155)

Bare en fjerdedel av svargiverne arbeider i kommuner som samtidig er vertskommuner sykehus. Litt under halvparten har en reisetid på over en time. Med en hovedvekt av mindre kommuner fanger vi opp mange perifert beliggende kommuner. Sammenhengen mellom reisetid og kommunestørrelse demonstreres i tabell 8.3.

Tabell 8.3 Sammenhengen mellom kommunestørrelse og reisetid til sykehus. Alle svargivere. Prosentvis N=153.

Kommune- størrelse	Avstand sykehus				Totalt
	Vertskomm.	Under 1t.	1-2 t.	2 t. og mer	
Tom. 2.000	5,3 (2)	18,4 (7)	34,2 (13)	42,1 (16)	100,0 (38)
2 – 5.000	2,3 (1)	30,2 (13)	53,5 (23)	14,0 (6)	100,0 (43)
5 – 10.000	20,0 (5)	48,0 (12)	16,0 (4)	16,0 (4)	100,0 (25)
10 – 20.000	56,5 (13)	34,8 (8)	8,7 (2)	0,0 (0)	100,0 (23)
Over 20.000	70,8 (17)	20,8 (5)	8,3 (2)	0,0 (0)	100,0 (24)
Alle	24,8 (38)	29,4 (45)	28,8 (44)	17,0 (26)	100,0 (153)

Sig P (Cramer's V): 0,000

Blant de minste kommunene har vel 40 prosent en reistid på 2 timer eller mer, mens bare få av svargiverne i kommuner med 10.000 innbyggere eller mer oppgir reisetider over 1 time. Et flertall av disse kommunene har et sykehus beliggende i kommunen.

8.4 Samarbeidsavtaler mellom kommunene og helseforetakene

Gjennom en sentral avtale mellom Helse- og Omsorgsdepartementet, som eier av sykehusene, og Kommunenes Sentralforbund, er det gjort til et helsepolitisk mål at det skal inngås samarbeidsavtaler mellom helseforetakene og de kommunene de samarbeider med. Avtalene skal blant annet omfatte tiltak for å styrke samhandling mellom sykehus og kommuner ved utskrivinger av omsorgstengende eldre. 73 prosent av svargivere oppgir at det er inngått slik samarbeidsavtale mellom kommunen og det aktuelle helseforetaket, og 11 prosent sier at slik avtale er under forhandling. De resterende svarer 6 prosent at slike avtaler ikke er inngått, og 10 prosent er usikre å dette. (Tabell ikke vist) Når det gjelder betalingsordninger for langtidsliggere oppgir 64 prosent av svargiverne at avtalen gir rom for a sykehusene kan kreve slik betaling. 25 prosent svarer nei og 10 prosent vet ikke om dette inngår (Tabell ikke vist).

8.5 Tilknytning til Helsenetttet

Norsk Helsenettt, som er under utbygging i Norge, skal etter planen utvikles til å omfatte alle norske kommuner, og vil gi kommunene tilgang til elektronisk verktøy for samhandling med sykehusene. Vel 20 prosent av svargiverne oppgir at kommunen er tilknyttet Helsenettt, mens de resterende 80 prosent svarer nei. (Tabell ikke vist).

9 Kommunal organisering av samarbeidet med sykehuset

9.1 Innledning

Omsorgstjenestene er svært ulikt organisert i kommunene, og som en følge av det også stillingsbetegnelser og ansvarsfordeling mellom ulike stillinger. Å tegne et generelt kart over organisasjon og saksgang i kommunene når det gjelder meldingsbehandling og utredning i forbindelse med utskrivninger av omsorgstrengende pasienter fra sykehus, er neppe mulig. Derimot kan det være nyttig å vise hvordan dette kan variere.

Vi skal i dette kapitlet se nærmere på hvordan henholdsvis mottaket av melding er organisert i kommunene, og hvem som ivareta videre saksutredning av pasienter til henholdsvis sykehjem og hjemmebasert omsorg. Diskusjonen i dette kapitlet bygger på svargivningen fra det vi har kalt pasientkoordinatorer. Selv om innhold og funksjon for disse varierer, er det et fellestrekk at de har en sentral rolle i samhandlingen med sykehuset.

9.2 Meldingsmottak og utredningsansvar

Tabell 9.1 Hvem i kommunen som mottar den første meldingen fra sykehuset om innlagte pasienter. Prosentvis Svargiver: Pasientkoordinatorer. N= 46. (Ikke besvart: 1). Flere svar mulig.

Pasientkoordinatorer	51,5 (24)
Sykepleiesjef	21,3 (10)
Soneleder	17,0 (8)
Andre	27,7 (13)

Tabellen viser at ved siden av pasientkoordinatorer selv er "Andre" den største kategorien. Her inngår flere ulike grupper:

Ledere: (Avd. ledere, enhetsledere, områdesjef, soneleder, seksjonsleder o.l.)

Dessuten finner vi betegnelser på stillinger med spesialiserte utredningsfunksjoner:

(Fagkonsulent, Koordinerende sykepleier, inntaksråd, ledende saksbehandler, rehabiliteringskoordinator). Svargivningen illustrerer mangfoldet både i organisering og stillingsbetegnelse.

Utredningsansvaret for henholdsvis sykehjemspasienter og pasienter til hjemmebasert omsorg kan være lagt som en felles oppgave til bestemte enheter i kommunen, eller kan ivaretas innen hvert av områdene. Tabellene 9.2 og 9.3 viser hvordan pasientkoordinatorer beskriver utredning av pasienter som søkes til henholdsvis sykehjem og til hjemmebasert omsorg.

Tabell 9.2 Hvem i kommunen som utreder pasienter til sykehjem. Prosentvis. Svargivere: Pasientkoordinatorer. N= 46. (Ikke besvart: 1). Flere svar mulig.

Pasientkoordinator	51,5 (24)
Sykepleiesjef	12,8 (6)
Leder sykehjem	19,1 (9)
Soneleder	23,4 (11)
Andre	21,3 (10)

I kategorien "Andre" finner vi i hovedsak titler som indikerer rene saksbehandlerroller som f.eks. fagkonsulent, inntaksnemd, inntaksteam, saksbehandler og lignende.

Tabell 9.3 Hvem i kommunen som utreder pasienter til hjemmebasert omsorg. Prosentvis. Svargivere: Pasientkoordinatorer. N= 46. (Ikke besvart: 1). Flere svar mulig.

Pasientkoordinator	48,9 (23)
Sykepleiesjef	10,6 (5)
Soneleder	48,9 (23)
Andre	21,3 (10)

Blant "Andre" finne vi en blanding av ledertitler og utredere. Blant ledertitlene forekommer f.eks. "Lagleder" og "Avdelingsleder". Blant utredertitler finner vi f.eks.: "Fagkonsulent" og "Koordinerende sykepleier". Noen av svargiverne har dessuten nevnt "Inntaksteam", som riktignok primært har et prioriterings- og beslutningsansvar, og ikke direkte utredning.

9.3 Oppsummering, drøfting

Kommunene organiserer meldingsmottak og saksbehandling av pasienter til sykehjem og hjemmebasert omsorg på ulike måter. Der man har pasientkoordinatorer er denne rollen sentral. Vel halvparten av pasientkoordinatorene sier de er de første som mottar meldingen fra sykehuset, og en tilsvarende andel sier de har ansvar for saksbehandling og av pasienter for inntaksteamets behandling av søknader til sykehjem, og utredning av pasienter til den åpne omsorgen. Verd å merke seg er at mens lederne i sykehjem bare i liten grad deltar i utredningen av sine pasienter, spiller sonelederne en svært aktiv rolle når det gjelder utredning av pasienter til hjemmebasert omsorg. Intervjudata tyder på at kommunene har varierende praksis mht i hvilket omfang søknader til hjemmebasert omsorg behandles i inntaksteamet eller behandles administrativt. Det er rimelig å anta at ulik praksis for disse to gruppene når det gjelder utredning avspeiler variasjoner i beslutningspraksis.

10 Melding fra sykehuset om innlagt pasient

10.1 Innledning

Utskrivningsprosessen begynner med sykehusets melding til pasientens hjemkommune om at en innleggelse er gjort, og at pasienten kanskje har behov for omsorgstjenester etter oppholdet. Intervju med sykehuspersonell tyder på at praksis med hensyn til hvilke pasienter som utløser slik melding varierer. Noen sender slik melding i alle tilfeller der det gjelder eldre pasienter – andre bare der man antar at det er behov for et omsorgstilbud. En slik melding utløser ulike forberedende prosedyrer i kommunen: Innhenting av informasjon, beslutning om tilbud, praktiske forberedelser. En organisatorisk utfordring kan være den interne koordinering av saksbehandling og praktiske forberedelser. Måten kommunen organiserer dette på kan ha konsekvenser for hva slags og hvor mye informasjon man trenger om pasienten, hvor tidlig man trenger slik informasjon, og hva slags krav som må stilles til den. I dette kapitlet skal vi se nærmere på hvordan varslingsrutiner og organisering av meldingsmottak varierer mellom kommunene, og drøfte implikasjoner av slik variasjon.

10.2 Hvor tidlig får kommunene melding ved innleggelser av potensielt omsorgstrengende pasienter?

Intervju med omsorgspersonell i kommunene tyder på at tidspunktet for når meldingen sendes kan være viktig for kommunenes mulighet til å gjennomføre en god saksbehandling, men kan samtidig inneholde et dilemma. Tidlig melding gir lang planleggingshorisont, men informasjonsinnholdet kan være svakt. Sen melding kan gi god informasjon, men kort planleggingshorisont. Samtidig fant vi at praksis ser ut til å variere mye – noen sykehus sender slik melding allerede innleggelsesdagen – andre først når det nærmer seg utskrivning. Tabell 10.1 gir et bilde av hvordan meldingspraksis varierer. ²

Tabell 10.1 Innleggelsesmelding fra sykehuset. Når mottatt i kommunen. Prosentvis. N=155

Innleggelsesdagen	3,8 (5)
Etter en/to dager	21,3 (33)
Etter tre/fire dager	9,7 (15)
Nærmere utskrivning	51,0 (79)
Ikke oppgitt	14,8 (23)
Total	100,0 (155)

² Vi har ingen nasjonale data om gjennomsnittlige liggetider for eldre pasienter som trenger kommunal omsorg etter utskrivning. En undersøkelse basert på data fra Trondheim 2004 viser at gjennomsnittet for denne gruppen var ca 11 døgn, mens eldre pasienter som etter utskrivningen går tilbake til eget hjem har en gjennomsnittlig liggetid på ca 6 døgn. Variasjonen er imidlertid stor for begge grupper (Standardavvik henholdsvis 14,9 og 6,6). (Sarheim og Paulsen 2007)

Tabell 10.1 viser svarfordelingen på spørsmålet: "Når får kommunen vanligvis den første meldingen fra sykehuset om pasienter som kan trenge omsorg etter utskrivning?" Tabellen tyder på at praksis varierer mye. En fjerdedel av svargiverne får melding i løpet av de to første dagene, mens halvparten vanligvis får melding først når det nærmer seg utskrivning. Det ser med andre ord ut til at mønstret er todelt: En god del av sykehusene prioriterer å gi melding raskt, mens flertallet venter til sent i forløpet – når man har mer og bedre informasjon om pasienten og pasientens behov.

10.3 Om innholdet i innleggelsesmeldingen

På spørsmålet om hvordan meldingen formidles svarer 72 prosent at den første meldingen til kommunen kommer telefonisk, 23 prosent svarer at den kommer på papir, og bare 1 svargiver oppga at meldingen kom i elektronisk form. Sykehuspersonell beskrev i del 1 hvordan de ofte foregriper skriftlige meldinger med et telefonisk varsel på forhånd, "for å få fortløp på prosessen i kommunen". Den første telefonisk meldingen vil med andre ord gjerne bli fulgt av en skriftlig melding.

Kvaliteten på den første meldingen fra sykehuset ble belyst gjennom en serie spørsmål der vi ba svargiverne vurdere meldingens innhold. Tabell 10.2 viser hvordan de som har svart vurderte de innholdsmessige sidene ved disse meldingene.

Tabell 10.2 Vurdering av innholdet i innleggelsesmeldingen fra sykehuset. Prosentvis. N=155.

Meldingen:	Enig	Uenig	Ingen mening/ ikke svart	Totalt
Gir vanligvis gode opplysninger om årsak til innleggelse	60,0 (93)	25,2 (39)	14,8 (23)	100 (155)
Gir vanligvis gode opplysninger om hva som skal skje med pasienten	27,1 (42)	52,3 (81)	20,6 (32)	100 (155)
Gir vanligvis gode opplysninger om forventet utskrivningsdato	45,2 (70)	35,5 (55)	19,3 (30)	100 (155)
Gir vanligvis gode opplysninger om pasientens antatte behov etter utskrivning	23,2 (36)	57,4 (89)	19,3 (30)	100 (155)
Er først og fremst et varsel til oss om å ta kontakt med sykehuset for mer info.	50,3 (78)	25,2 (39)	24,5 (38)	100 (155)

Forholdsvis mange (15-25 prosent) av svargiverne har ikke vurdert meldingen. Meldingen går til bestemte kontaktpersoner i kommune, slik at de mange av svargiverne mangler grunnlag for å vurdere dem.

Mange av svargiverne mener meldingen gir gode opplysninger om hvorfor pasienten er lagt inn, og når utskrivning kan forventes. Men bare få opplever at meldingen bidrar med gode opplysninger om antatte behov etter utskrivningen.

Det er rimelig å anta at kvaliteten på informasjon om pasientens behov øker dersom meldingen kommer forholdsvis sent i oppholdet – når utredninger er gjort, resultatet av behandlingen begynner å bli klart, og pleierne i sykehuset er blitt bedre kjent med pasienten. En test viser imidlertid ingen slik sammenheng. (Tabell ikke vist). Det ser altså ikke ut til at en hypotese om at meldinger som sendes sent i pasientoppholdet oppleves som vesentlig bedre mht. opplysninger om pasientens funksjonsnivå enn meldinger som sendes tidligere. Det kan henge sammen med at denne første meldingen først og fremst er ment som et varsel fra sykehusets side, slik to tredjedeler av svargiverne som har vurdert dette ser ut til

å mene, og at det forutsettes at mer utfyllende opplysninger om pasienten hentes gjennom oppfølgende kontakter.

10.4 Oppfølging i kommunen

Vi spurte ledere i sykehjem og hjemmebasert omsorg om hvordan meldingen ble videreformidlet internt i kommunen. Blant sykehjemsledere som vurderte spørsmålet var det 61 prosent som oppga at de fikk beskjed muntlig, 17 prosent at de fikk melding via det kommunale fagsystemet, 6 prosent fikk en papirkopi av meldingen, og 9 svarte "annet". Blant lederne i den åpne omsorgen som vurderte spørsmålet svarte 73 prosent "muntlig, 8 prosent "via det kommunale fagsystemet", 6 prosent fikk papirkopi og 4 prosent svarte "annet". Hovedinntrykket er at den muntlige kommunikasjonen er den viktigste. En stor andel av svargiverne lot dette spørsmålet stå ubesvart. Det kan tenkes flere forklaringer på den lave svarprosenten. En mulig forklaring er at mye av kommunikasjonen i kommunen er såpass uformell at begreper som "melding" og "beskjed" oppleves som lite dekkende. En annen mulig forklaring er at mange av svargiverne får melding direkte fra sykehuset, og ikke er avhengige av intern kommunikasjon i kommunen for å starte arbeidet med oppfølging av den aktuelle pasienten.

Den første meldingen fra sykehuset utløser vanligvis et initiativ i kommunen for å skaffe seg mer informasjon. Tabell 10.3 viser hvordan dette varierer mellom ulike kategorier svargivere i kommunene.

Tabell 10.3 Oppfølging av første melding fra sykehus. Etter svargivernes funksjon i kommunen. Prosentvis. N=124

	Tar kontakt samme dag	Tar kontakt etter noen dager	Venter på mer fra sykehuset	Avventer kommunens kontaktperson	Totalt
Pas.koordinator	37,2 (16)	34,9(15)	27,9 (12)	0,0 (0)	100 (43)
Omsorgsledere	23,5 (19)	30,9 (25)	29,6 (24)	16,0 (13)	100 (81)
Alle	28,2 (35)	32,3 (40)	29,0 (36)	10,5 (13)	100 (124)

Sig P (Cramer' V): 0,030

Det er ingen forskjeller mellom ledere i henholdsvis sykehjem og hjemmebasert omsorg mht hvordan meldinger fra sykehuset følges opp. De er derfor slått sammen til en kategori i tabellen over – kalt "Omsorgsledere".

Tabellen viser at en betydelig andel – 40 prosent av samtlige – inntar en forholdsvis avventende holdning. Tabellen viser samtidig at pasientkoordinatorene er betydelig mer aktive enn omsorgslederne. Over 70 prosent av pasientkoordinatorene tar kontakt med sykehuset samme dag eller i løpet av noen dager, men bare vel halvparten av omsorgsledere gir en like rask respons. Dette henger sammen med arbeidsdelingen i saksutredning og forberedelse av mottak fra sykehuset, jfr. kap. 5.

Intensiteten i den oppfølgende kontakten med sykehuset kan variere. Flertallet av de 144 svargiverne som har vurdert dette – 72 prosent - sier at det er nødvendig med flere kontakter. 98 prosent sier at de bruker telefonen, og 12 prosent oppgir at møter er en vanlig kontaktform. 5 prosent sier de bruker papirmeldinger, og under en prosent oppgir at de kommuniserer elektronisk.

10.5 Omsorgstjenestens informasjonsbehov

Tabell 10.4 Viktigste forhold det må stilles spørsmål til sykehuset om under pasientoppholdet. Prosentvis. N=155

	Meget viktig	Litt viktig	Ikke viktig	Ikke besvart	Totalt
Medisiner	78,7 (122)	10,3 (16)	1,9 (3)	9,0 (14)	100 (155)
Funksjonsnivå	72,9 (113)	14,8 (23)	2,6 (4)	9,7 (15)	100 (155)
Medisinsk tilstand	71,6 (111)	17,4 (7)	1,9 (3)	9,0 (14)	100 (155)
Behov	62,9 (97)	22,6 (35)	4,5 (7)	10,3 (16)	100 (155)
Praktiske spørsmål	58,7 (91)	25,8 (40)	5,8 (9)	9,7 (15)	100 (155)
Utskrivningsdato	45,8 (71)	32,3 (50)	11,6 (18)	10,3 (16)	100 (155)

Tabell 10.4 viser hvilke forhold svargiverne oppfatter som viktig å belyse i kontakten med sykehuset. Rundt tre fjerdedeler mener spørsmål om medisiner, funksjonsnivå og medisinsk tilstand er "meget viktig" å skaffe seg informasjon om. Rundt halvparten sier det samme om "praktiske spørsmål og "utskrivningsdato".

Pasientkoordinatorene og de som har det praktiske ansvaret for omsorg i sykehjem og i hjemmebasert omsorg har ulike roller i arbeidet med pasientloverføringer fra sykehjem. I tillegg kommer at sykehjemsledere og ledere for åpne omsorgstilbud arbeider med ulike typer pasienter. Det er derfor rimelig å tenke seg at ulike svargivere vil betone ulike tema på ulike måter.

Tabell 10.5 Vurdering av behovet for å skaffe informasjon om pasientens funksjonsnivå. Etter svargiverens funksjon i kommunens omsorgstjeneste. Prosentvis. N= 140

	Må spørre om funksjonsnivå			Totalt
	Meget viktig	Litt viktig	Ikke viktig	
Pasientkoordinator	88,4 (38)	9,3 (4)	2,3 (1)	100 (43)
Leder, hjemmebasert omsorg	89,6 (43)	8,3 (4)	2,1 (1)	100 (48)
Leder, sykehjem	65,3 (32)	30,6 (15)	4,1 (2)	100 (49)
Alle	80,7 (113)	16,4 (23)	2,9 (4)	100 (140)

Sig P (Cramer's V) 0,018

Tabell 10.6 Vurdering av behovet for å skaffe informasjon om pasientens behov. Etter svargiverens funksjon i kommunens omsorgstjeneste. Prosentvis. N= 139

	Må spørre om behov			Totalt
	Meget viktig	Litt viktig	Ikke viktig	
Pasientkoordinator	79,1 (34)	16,3 (7)	4,7 (2)	100 (43)
Leder, hjemmebasert omsorg	79,2 (38)	16,7 (8)	4,2 (2)	100 (48)
Leder, sykehjem	52,1 (25)	41,7 (20)	6,3 (3)	100 (48)
Alle	69,8 (97)	25,2 (35)	5,0 (7)	100 (139)

Sig P (Cramer's V): 0,022

Tabell 10.5 og 10.6 tyder på at pasientkoordinatorene og lederne i den åpne omsorgen er mer opptatt av å skaffe seg informasjon om brukernes funksjonsnivå og behov, enn det sykehjemslederne er. Det er rimelig å se dette i sammenheng med ulikheter i roller og ved det aktuelle pasienttilbudet. I den åpne omsorgen skal det bygges opp et tilbud i pasientens eget hjem, der en vurdering av pasientens egne ressurser og behov er avgjørende for hvor mye ressurser som skal settes inn, og hva man skal forutsette at pasienten kan klare selv. I et sykehjem med heldøgns bemanning vil forholdet mellom pasienten og omsorgsgiveren bli et annet, siden pasienten observeres fortløpende og hjelpepersonellet alltid er til stede. For en pasientkoordinator, som skal vurdere pasienter til begge typer tilbud, vil en grundig vurdering av behov og funksjonsnivå være en forutsetning for en god beslutning.

Vi finner ingen tilsvarende forskjeller mellom pasientkoordinatorer, sykehjemsledere og ledere i den åpne omsorgen når det gjelder viktigheten av å skaffe seg informasjon om pasientens medisinske tilstand. Det samme gjelder behovet for å avklare praktiske spørsmål rundt utskrivningen.

10.6 Informasjonsinnhenting gjennom pasientbesøk

I noen kommuner ligger det til rette for at omsorgstjenesten kan samle informasjon ved å besøke pasienten mens han/hun ligger i sykehuset. Det gjør kommunal planlegging av et omsorgstilbud på mange punkter mindre avhengig av å måtte basere seg på den informasjonen som leveres fra sykehuset. For kommuner i en viss avstand til sykehuset vil imidlertid slike besøk bli tidkrevende. Tabell 10.7 viser at pasientbesøk først og fremst brukes i kommuner som selv er vertskommuner for sykehus. Men også her er andelen som har dette som innarbeidet praksis ganske liten.

Tabell 10.7 Andel av svargiverne som oppgir at de gjør pasientbesøk i sykehuset. Prosentvis. Kommuner med og uten sykehus innen kommunens grenser. N=151

	Pasientbesøk gjøres:			Totalt
	Alltid/ganske ofte	I spesielle tilfeller	Aldri	
Vertskommune for sykehus	30,6 (11)	55,6 (20)	13,9 (5)	100,0 (36)
Ikke vertskommune	9,6 (11)	67,0 (77)	23,5 (27)	100,0 (115)
Alle	14,6 (22)	64,2 (97)	21,2 (32)	100,0 (151)

Sig P (Cramer's V): 0,007

10.7 Oppsummering/drøfting

Tema for dette kapitlet har vært måten samarbeidet rundt utskrivningsprosessen initieres og drives på under pasientens opphold i sykehuset. Prosessen kommer i gang ved at sykehuset sender et varsel til pasientens hjemkommune om at nå har en innleggelse skjedd, og pasienten kan tenkes å trenge omsorg etter utskrivningen. Praksis med hensyn til når meldingen sendes varierer mye mellom sykehusene. Noen melder fra telefonisk og sender innleggelsesmeldingen allerede første dagen, andre venter til det begynner å nærme seg utskrivning. Intervju med sykehuspersonell tyder på at begrunnelsen for en sen melding gjerne er at man vil vente til behandlingen er kommet gang og de opplysningene man gir ut er rimelig sikre. Uavhengig av når i pasientoppholdet meldingen sendes beskrives de av mottakene som relativt informasjonsfattige, særlig når det gjelder det viktige spørsmålet om hva slags behov pasienten antas å ha etter utskrivning fra sykehuset. De fleste oppfatter meldingen først og fremst som et varsel om at nå er en innleggelse skjedd, og en oppfordring om å ta kontakt.

Hvor raskt omsorgstjenesten reagerer, varierer mye. De fleste av pasientkoordinatorene tar kontakt umiddelbart eller i løpet av noen dager, men en betydelig andel stiller seg

avventende, og overlater til sykehuset å følge opp med nye kontakter. Også godt halvparten av lederne i sykehjem og hjemmebaserte tjenester sier de tar kontakt med sykehuset ganske raskt. De fleste av svargivere sier at det er nødvendig å gjøre flere kontakter for å skaffe nødvendig informasjon, og de aller fleste kontaktene skjer via telefonen. Det å få avklart hva slags medisiner pasienten vil trenge, samt kunnskap om pasientens medisinske tilstand og funksjonsnivå, beskrives som særlig viktige tema for omsorgstjenesten i dette arbeidet. Pasientkoordinatorer og ledere for hjemmebaserte tjenester er noe mer opptatt av få en god kartlegging av pasientens behov og funksjonsnivå enn lederne i sykehjem. Det er naturlig å se dette i sammenheng med at ulike omsorgsformer stiller ulike krav til pasienten. Mens pasienter i hjemmebasert omsorg må forutsettes å kunne klare å ivareta mange funksjoner på egen hånd, vil en sykehjemspasient i prinsippet ha tilgang på hjelp hele døgnet.

11 Om samarbeidet med sykehuset ved forberedelse av en utskrivning

11.1 Innledning

Det er avdelingspersonellet i sykehuset som gjennom sin melding til kommunen initierer utskrivningsprosessen. Men når meldingen er mottatt i kommunen ser det ut til at det er nøkkelpersoner i kommunens omsorgstjeneste som er den aktive parten. Det vanlige er at de gjør flere henvendelser til sykehuset under oppholdet. Vi skal i dette kapitlet se nærmere på omsorgstjenestens beskrivelse og vurdering av samarbeidet med sykehuset. Telefonen er det viktigste verktøyet, og den muntlige formen dominerer.

Innledningsvis skal vi undersøke selve kontaktmønstret: hvem har man kontakt med, og hvor lett er det å finne riktig kontaktperson i sykehuset. Deretter vil vi undersøke hvordan omsorgstjenesten vurderer sykehuspersonellens evne til å levere den informasjonen omsorgstjenesten trenger. I kapitlets siste del vil vi drøfte omsorgspersonellens generelle vurderinger av samspillet med sykehuset.

11.2 Kontaktforankring i sykehuset

Tabell 11.1 Hyppigste kontaktpartner i sykehuset. Alle svargivere. Prosentvis. N =152. (Ubesvart:3). Flere svar mulig.

Vanligvis mest kontakt med:	Ja	Nei	Totalt
Avd. sykepleier	16,4 (25)	83,6 (127)	100,0 (152)
Primærsykepleier	48,0 (73)	52,0 (79)	100,0 (152)
Team/gruppeleder	21,7 (33)	78,3 (119)	100,0 (152)
Tilfeldige sykepleiere	45,4 (69)	54,6 (83)	100,0 (152)

Tabell 11.1 gir et inntrykk av at den viktigste kontaktpartneren er sykepleierne nærmest pasienten. Avdelingslederne nevnes sjelden. Hvilke sykepleiere som til enhver tid er nærmest pasienten vil imidlertid variere – som et resultat av vakt- og turnusordninger, og av skiftende teamsammensetning på avdelingene. "Tilfeldige sykepleiere" nevnes som den viktigste kontakten av 45 prosent av svargiverne. En test viser at svarmønstret er det samme både for pasientkoordinatorer, ledere i hjemmebasert omsorg og sykehjemslederne (Tabeller ikke vist) Temaet ble berørt i de kvalitative intervjuene, referert i rapportens del 1. Flere av svargiverne ga uttrykk for at de opplevde kontaktpersonen i sykehuset som litt for tilfeldig og skiftende.

Tabell 11.2 Vurdering av kontaktförankring i sykehuset. Svargivere i omsorgstjenesten. Prosentvis. N=155.

	Enig	Uenig	Ingen mening/ubesvart	Totalt
Lett å få tak i riktig person	44,5 (69)	49,7 (77)	5,8 (9)	100,0 (155)
Blitt godt kjent med Kontaktperson	20,6 (32)	56,8 (88)	22,5 (35)	100,0 (155)
Må forholde oss til mange i sykehuset	72,9 (113)	13,5 (21)	13,6 (21)	100,0 (155)
Pleierne i sykehus flinke til å informere hverandre	27,1 (42)	48,4 (75)	24,5 (38)	100,0 (155)
Blir alltid møtt med velvilje	72,9 (113)	18,7 (29)	8,4 (13)	100,0 (155)

De aller fleste sier at de alltid blir møtt med velvilje når de ringer sykehuset for å forhøre seg om pasienten. Et lite mindretall – en knapp femtedel – er uenig.

På tross av velviljen gir tabellen inntrykk av at kontakten med sykehuset likevel ikke oppleves uproblematisk. Nesten halvparten synes ikke det er lett å finne riktig kontaktperson, to tredjedeler synes man må forholde seg til mange, og bare en femtedel synes pleierne i sykehuset er flinke til å informere hverandre. Tabellen bekrefter inntrykket fra intervjuene (del 1), der skiftende samarbeidspartnere i sykehuset ble beskrevet som et problem og et irritasjonsmoment.

11.3 Informasjonskvalitet – omsorgstjenestens vurderinger

Tabell 11.3 og 11.4 gir omsorgspersonellets vurderinger av hvordan de opplever kvaliteten på de råd og vurderinger de får fra sykehuset.

Tabell 11.3 Omsorgstjenestens opplevelser av faglige vurderinger og råd fra sykehuset. Prosentvis. N= 155

Pleierne i sykehuset:	Enig	Uenig	Vet ikke/ubesvart	Totalt
Er flinke til å forstå hva slags informasjon vi trenger	54,2 (84)	32,9 (51)	12,9 (20)	100 (155)
Gir gode vurderinger av pasientens behov	39,4 (61)	40,6 (63)	20,0 (31)	100 (155)
Er flinke til å beregne utskrivningsdato	34,8 (54)	49,7 (77)	15,5 (24)	100 (155)
Gir beskjed umiddelbart ved forandringer mht utskrivningsdato	29,0 (45)	60,6 (94)	10,3 (16)	100 (155)

Tabell 11.4 Omsorgstjenestens opplevelser av faglige vurderinger og råd fra sykehuset. Prosentvis. N= 155

Pleierne i sykehuset:	Alltid/ Ganske ofte	Meget sjelden/ Aldri opplevd	Vet ikke/ ubesvart	Totalt
Gir gode råd om rehabilitering	40,6 (63)	43,3 (67)	16,1 (25)	100 (155)
Gir gode anbefalinger om hva slags omsorgstilbud pasienten trenger	60,6 (94)	34,9 (54)	6,5 (7)	100 (155)
Beskriver pasientens tilstand som dårligere enn slik vi vurderer det	45,8 (71)	50,9 (79)	3,3 (5)	100 (155)
Beskriver pasientens tilstand som bedre enn slik vi vurderer det	33,5 (52)	63,8 (99)	2,6 (4)	100 (155)

Tabell 11.3 og 11.4 gir et bilde av betydelige forskjeller i måten pleierne i sykehuset og i omsorgstjenesten vurderer pasientens tilstand og behov. Vel halvparten sier at pleierne i sykehuset er flinke til å forstå hva slags informasjon som trengs, men bare rundt 40 prosent er fornøyd med de vurderinger som gjøres av pasientenes behov. Beskrivelsene av pasientenes tilstand beskrives som lite treffende – nesten halvparten mener pasientene ofte beskrives som dårligere enn omsorgstjenesten selv opplever dem, og en tredjedel mener at pasientene ofte beskrives som bedre. På den andre siden mener et flertall at pleierne i sykehus gir gode råd om hva slags omsorgstilbud pasienten trenger.

Gode anslag for utskrivningsdato ser ut til å være vanskelig å få fram. Bare en tredjedel mener at pleierne i sykehuset er flinke til å beregne når utskrivningen skal skje. Enda færre mener at pleierne i sykehuset gir beskjed umiddelbart når det oppstår forandringer mht forventet utskrivningsdato.

11.4 Om ansvarsavgrensningen mellom sykehuset og omsorgstjenesten

I tabell 11.4 over fant vi at omsorgstjenesten opplever at sykehuset gir gode råd om hva slags tilbud pasienten trenger. Intervju med omsorgspersonell tyder imidlertid at ansvarsdelingen mellom sykehus og omsorgstjeneste ikke alltid blir forstått på samme måten i sykehus og kommunene. Tabell 11.5 tyder på at dette er en nokså vanlig vurdering i omsorgstjenesten. Bortimot halvparten mener at sykehusets ansatte alltid eller ganske ofte går for langt i å prøve å bestemme hva slags tilbud pasienten skal ha etter utskrivningen, og en enda høyere andel mener at sykehuspersonellet ofte gir pasienter løfter om et kommunalt tilbud som kommunen omsorgspersonell selv mener de ikke kan innfri.

Tabell 11.5 Forståelse av mandatfordeling mellom sykehus og omsorgstjeneste. Omsorgstjenestens vurderinger. Prosentvis. N=155

Pleierne i sykehuset:	Alltid/ Ganske ofte	Meget sjelden/ Aldri opplevd	Vet ikke/ ubesvart	Totalt
Går for langt i å prøve å bestemme hva slags omsorgstilbud pasienten skal ha	45,8 (71)	49,7 (77)	4,5 (7)	100 (155)
Gir pasientene forventninger om tilbud som vi ikke kan gi	57,4 (89)	38,7 (60)	3,9 (6)	100 (155)

11.5 Alt i alt: "Stort sett bra"

I tillegg til rekken av spesifikke tema drøftet over ble svargiverne bedt om å gi en generell vurdering av samarbeidet med sykehuset:

"Alt i alt: Hvordan vil du karakterisere samarbeidet med sykehuset rundt utskrivninger av omsorgstrengende eldre?"

Tabell 11.6 "Alt-i-alt vurderinger" av samarbeidet med sykehuset. Prosentvis. Omsorgsgivere i kommunen. N=150 (Ikke besvart: 5)

Utmerket	1,3 (2)
Stort sett bra	68,0 (102)
En god del irritasjonsmomenter	27,3 (41)
Vanskelig	3,3 (5)
Totalt	100,0 (150)

Tabell 11.6 viser kommunale omsorgsgiveres vurderinger av samarbeidet med sykehuset. En test viser at det ikke er forskjeller med hensyn til hvordan dette vurderes av henholdsvis pasientkoordinatorer, ledere i hjemmebasert omsorg og sykehjemslederne (tabell ikke vist). De fleste mener at samarbeidet stort sett er bra. På den andre side er det nesten en tredjedel som opplever "En god del irritasjonsmomenter" eller at forholdet er direkte vanskelig.

11.6 Oppsummering/drøfting

Tema for dette kapitlet er det forberedende samarbeidet mellom sykehuspersonellet og kommunal omsorgstjeneste forut for utskrivning av en eldre pasient med behov for kommunal omsorg. Våre data gir et sammensatt bilde. Når det gjelder de rent menneskelige sidene i samhandlingen er de fleste fornøyd: De opplever at de alltid blir møtt med velvilje når de henvender seg til det sykehuset de samarbeider med. Men når vi går mer spesifikt inn på ulike elementer i samarbeidsforholdet får vi indikasjoner på at samspillet mange steder oppleves som krevende – på tross av velvillige samarbeidspartnere i sykehuset.

Mange opplever at samarbeidsforankringen i sykehuset er utilfredsstillende. Man må forholde seg til mange i sykehuset. Kontaktpersonen i sykehuset skifter med vakt- og turnusordninger. Det oppleves som vanskelig å etablere faste kontaktpersoner å forholde seg til. Med varierende kontaktpersoner kreves gode interne informasjonsrutiner i sykehuset for å sikre kontinuitet i kommunikasjonen rundt pasienten utad. Bare vel en fjerdedel av våre svargivere fra kommunen rapporterer at de opplever at sykepleierne i avdelingene er flinke til å informere hverandre. Dårlig samarbeidsforankring og utilfredsstillende informasjonsoverføring mellom skiftende kontaktpersoner i sykehuset kan gi et tilfeldig grunnlag for arbeidet med å ivareta informasjonen overfor omsorgstjenesten.

Gjennom det daglige arbeidet med pasienten i sykehuset får pleierne her inngående kjennskap til pasienten og hans/hennes medisinske situasjonen. Og der det ikke ligger til rette for at representanter fra omsorgstjenesten selv kan gjennomføre pasientbesøk i sykehuset, er sykepleiere i sykehuset hovedkilden for informasjon om pasientens tilstand, behov og videre utsikter. En god dialog er en forutsetning for at kunnskapen sykehusets personell samler om pasienten skal kunne omsettes til et godt omsorgstilbud i kommunen. Men pasientens situasjon i sykehuset er ganske ulik den som møter pasienten etter utskrivning – både for de som skal til et sykehjem, og enda mer dersom pasienten skal skrives ut til et omsorgstilbud i eget hjem. En effektiv dialog forutsetter at pleierne i sykehuset forstår situasjonen i omsorgstjenesten og kan "oversette" sin sykehusbaserte

kunnskap slik at de bli mest mulig nyttig for de som skal bygge opp et omsorgstilbud utenfor sykehuset. Svargiverne gir uttrykk for en viss reservasjon mht anvendeligheten av den informasjonen de får fra sykehuset. Det er ofte manglende samsvar mellom sykehusets beskrivelse av pasientens tilstand, og de vurderinger man selv gjør etter utskrivningen. Sykehusets vurderinger av pasientenes behov oppleves å ha varierende kvalitet. Heller ikke når det gjelder å beregne utskrivningsdato opplever man sykehusene som særlig treffsikre. Avstanden i sykehusets og omsorgstjenestens vurderinger av pasientens tilstand og behov illustreres ved den beskrivelsen som gis i intervjudelen, kapitlene 5 og 7. En av de hjemmesykepleierne, referert i kapittel 7, beskriver hvordan hun gjennom spørsmål og egne tolkninger bygger opp et bilde av hva pasienten trenger i et åpent omsorgstilbud, basert på at informasjonen fra sykehuset tolkes og tilpasses de rammene tilbudet skal gis innenfor.

I kapitlets siste del drøftet vi svargivernes opplevelse av hvordan mandat- og ansvarsfordelingen mellom sykehuset og omsorgstjenesten blir håndtert. I det pasientens skrives ut skjer det et bytte i ansvars- og mandatområde. Ansvar for pasienten overføres fra sykehuset til den kommunale omsorgstjenester, som har ansvaret for det videre tilbudet til pasienten. Sykehuset kan gi råd – men ikke bestemme. Mange gir uttrykk for at pleiere i sykehusene går for langt i å prøve å påvirke spørsmålet om hva slags tilbud en pasient skal ha etter utskrivningen. Problemstillingen er mer omfattende drøftet i kapittel 7. Faren for "sykehusstyring" ble oppfattet som et problem blant flere av svargiverne i kommunene. I intervju med sykehusansatte kom det fram at mange er tilbakeholdne med å gi sine anbefalinger til kommunen, av frykt for å bli oppfattet som en som prøver å overstyre. En mulig uheldig konsekvens av et uavklart ansvarsforhold kan dermed være at spenningene rundt ansvarsavgrensningen blokkerer for formidling av god faglige råd for videre behandling av pasienten. Slik sett vil dårlig håndtering ansvarsavgrensningen mellom sykehus og kommunal omsorgstjeneste representere en trussel mot kontinuiteten i pasientforløpet.

12 Utskrivning og overføring til kommunal omsorg

12.1 Innledning

I kapittel 6 ble utskrivningsdagen beskrevet, på grunnlag av intervjuer med sykepleiere i sykehuset og i kommunene. I sykehuset utløser en utskrivning mange ulike aktiviteter som f.eks. ferdigstilling av dokumenter, samordning av transport, organisering av medisinnkjøp, og kontakter for avtaler med de som evt. skal ta imot pasienten i kommunen. Det kan gå mange timer fra utskrivning er bestemt til pasienten forlater sykehuset.

I kommunene må mottaket forberedes. Det må påsees at eventuelle medisiner og hjelpemidler er på plass når pasienten trenger dem. For pasienter med funksjonsproblemer som skal hjem må det kanskje gjøres tilpasninger i huset. For noen pasienter er det nødvendig å kjøpe inn mat, varme opp huset og stille opp og ta imot pasienten.

I dette kapitlet skal vi se nærmere på utskrivningsdagen sett fra den kommunale omsorgstjenestens synspunkt, basert på data fra spørreskjemaundersøkelsen. Drøftingen bygger på svargivningen fra ledere i den hjemmebaserte omsorgen og i kommunale sykehjem. Det er de som har det praktiske ansvaret for mottaket av pasienter fra sykehuset. Diskusjonen er konsentrert om hva slags samordningsoppgaver utskrivningen utløser for den kommunale omsorgstjenesten.

12.2 Tidspunkt for hjemkomst

Det kan ofte gå langt på dagen før pasienten er klargjort for hjemreise i sykehuset. Ankomsttidspunktet i kommunen blir tilsvarende sent. For pasienter som bor i kommuner i en viss avstand fra sykehuset blir det gjerne ettermiddag eller kveld før man er framme (Tabell 12.1). Svært få av omsorgsgiverne oppgir at pasientene vanligvis ankommer før kl 12.00.

Tabell 12.1 Ankomsttid i hjemkommunen for pasienter som bor i henholdsvis vertskommuner for sykehus kommuner uten sykehus. Prosentvis. Svargivere: Ledere i hjemmesykepleie og sykehjem. (N=94)

Vertskommune for sykehus?	Når ankommer vanligvis pasienten?			Totalt
	Før kl 12	Mellom kl 12 og kl 16	Etter kl 16	
Ja	10,0 (2)	70,0 (14)	20,0 (4)	100 (20)
Nei	-	47,3 (35)	52,7 (39)	100 (74)
Alle	2,1 (2)	52,1 (49)	45,7 (43)	100 (94)

Sig P (Cramer's V) 0,002

12.3 Nødvendige medisiner fram til neste dag

Mange kommuner er uten vaktapotek eller andre muligheter for å skaffe medisiner lokalt etter stengetid. 91 prosent av sykehjemslederne svarte at det ikke er mulig å skaffe medisiner lokalt etter kl 17.00 (Tabell ikke vist). Når nesten halvparten av pasientene ankommer etter kl 16.00 kan spørsmålet om medisiner bli viktig. Sykehjemslederne ble stilt spørsmål om hvordan dette ble håndtert. Spørsmålet var formulert slik:

"Dersom pasienten har behov for spesielle medisiner: Har pasienten med seg tilstrekkelig medisiner til neste dag (Evt. første virkedag)?"

Tabell 12.2 Om medisiner følger pasienten ved utskrivninger til sykehjem. Prosentvis. Svargivere: Sykehjemsledere. N=55

Alltid	12,7 (7)
Som oftest	49,1 (27)
I spesielle tilfeller	36,4 (20)
Aldri	1,8 (1)
Totalt	100,0 (55)

I de fleste tilfeller løses problemet ved at sykehuset sørger for at medisiner følger pasienten ved utskrivningen. Men vel en tredjedel oppga at dette bare gjøres i spesielle tilfeller, og en av svargiverne sa at det aldri forekom.

12.4 Tekniske hjelpemidler og andre supplerende tiltak

Mange trenger tekniske hjelpemidler for å klare seg i eget hjem etter utskrivningen, eller for å opprettholde et så godt aktivitetsnivå som mulig i en institusjon. Hjelpemidler hentes vanligvis fra et kommunalt korttidslager, gjerne tilknyttet sykehjemmet, eller bestilles fra hjelpemiddelsentralen. I det siste tilfelle kan det ta noe tid. Sykehjemslederne og lederne i den åpne omsorgen ble spurt om hjelpemidler vanligvis var på plass når pasienten ankom.

Tabell 12.3 Er tekniske hjelpemidler på plass når pasienten kommer? Svargivere: Ledere i sykehjem og hjemmebasert omsorg. Prosentvis. N=102 (Ikke besvart: 6)

	Hjelpemidler på plass?		Totalt
	Alltid/vanligvis	Vanligvis ikke/aldri	
Ledere, hjemmebasert omsorg	68,0 (34)	32,0 (16)	100,0 (50)
Sykehjemsledere	48,1 (25)	51,9 (27)	100,0 (52)
Alle	57,8 (59)	42,2 (43)	100,0 (102)

Sig P (Cramer's V) 0,042

Godt halvparten av lederne i sykehjem og hjemmebasert omsorg sier at tekniske hjelpemidler alltid eller vanligvis er på plass når pasienten kommer. Det ser imidlertid ut til at det er lederne i den åpne omsorgen som er mest opptatt av dette. Det er rimelig å se det som et uttrykk for at bevegelsesfunksjonen i mange tilfeller er avgjørende for at pasienten skal kunne ta vare på seg selv i sitt eget hjem.

For mange av pasientene i den hjemmebaserte omsorgen kreves en "omsorgspakke", sammensatt av mange ulike typer tilbud i tillegg til sykepleie og tekniske hjelpemidler, som

f.eks. praktisk hjelp, matombringning og trygghetsalarm. Det kan ta tid å få slike supplerende tiltak på plass.

Tabell 12.4 Vanlig ventetid på ulike typer supplerende tilbud til hjemmeboende pasienter. Prosentvis. Svargivere: Ledere i hjemmesykepleie. N=53

	1-2 dager	Innen en uke	Mer enn en uke	Totalt
Praktisk hjelp i hjemmet	34,0 (18)	35,8 (19)	30,2 (16)	100 (53)
Trygghetsalarm	54,7 (29)	26,4 (14)	18,9 (10)	100 (53)
Matombringning	90,6 (48)	7,5 (4)	1,9 (1)	100 (53)

De fleste oppgir at matombringning vanligvis kan komme i gang ganske raskt. Praktisk hjelp i hjemmet kan søkeren ofte måtte vente over en uke på.

12.5 Årsaker til utsatt utskrivning til hjemmebaserte tjenester

83 prosent av lederne i hjemmebaserte tjenester sier at de en sjelden gang i blant må be om at pasienter holdes tilbake i sykehuset. I hvilken grad er dette forårsaket av at kommunale tilbud ikke er på plass?

Tabell 12.5 Mulige årsaker til at man må be om at pasienter holdes tilbake i sykehuset. Prosentvis. Svargivere: Ledere i hjemmebasert omsorg. N=53

	I mange tilfeller	I noen tilfeller	Aldri	Ikke svart	Totalt
Mangler tekn. hjelpemidler	5,7 (3)	66,0 (35)	15,1 (8)	13,2 (7)	100 (53)
Endringer i pasientens hjem	3,8 (2)	73,6 (39)	9,4 (5)	13,2 (7)	100 (53)
Mangler Trygghetsalarm	-	39,6 (21)	43,4 (23)	17,0 (9)	100 (53)
Sen hjemkomst, mangler medisin	7,5 (4)	37,7 (20)	41,5 (22)	13,2 (7)	100 (53)
Bemanningsproblemer helg	13,2 (7)	39,6 (21)	37,7 (20)	9,4 (5)	100 (53)
Uenighet mellom pasient og pårørende	3,8 (2)	45,3 (24)	30,2 (16)	20,8(11)	100 (53)

Tabellen viser at ingen av de nevnte årsakene til utsettelse utelukkes helt. Nødvendige endringer i pasientens hjem, og venting på tekniske hjelpemidler, er nevnt som de vanligste årsakene til at den hjemmebaserte omsorgen må be om en utsettelse av en utskrivning. Bare få av svargiverne sier at utsettelse slikt grunnlag aldri forekommer, og rundt 70 prosent sier at det skjer i noen tilfeller. Dette dreier seg om tiltak som har en viss nødvendig planleggings- og gjennomføringstid – og som dermed kanskje kunne fått redusert betydning dersom en behovs- og funksjonsvurdering hadde foreligget tidligere i prosessen. Installasjon av trygghetsalarm – som også krever en viss tid for forberedelse og gjennomføring - ser ikke ut til å ha samme betydning.

Svargiverne ble bedt om å oppgi i hvilken grad andre lokale forhold enn de nevnte kunne føre til at en utskrivning kunne bli utsatt. Blant de 11 svargiverne som ga slike årsaker nevnte 4 at det av og til var behov for opplæring av sykepleiere i kommunen for håndtering av spesielle hjelpemidler. En del nevnte mangel på rehabiliteringsplass eller annen kapasitet i kommunen, og to nevnte at det kunne være uenighet mellom sykehus og kommunen mht vurdering av pasientens tilstand.

Både sykehjemsledere og ledere i hjemmebasert omsorg ble spurt om i hvilken grad de opplevde at sykehuset møtte kommunens anmodning om utsatt utskrivning med forståelse. Rundt 30 prosent svarte "ja" på dette spørsmålet, rundt 20 prosent mente at "det er vanskelig å få forståelse når slike ting oppstår", og rundt 50 prosent at "reaksjonen i sykehuset varierer mye". Det er sammenfall mellom sykehjemslederne og lederne fra åpne omsorgen mht hvordan dette ble vurdert (Tabell ikke vist).

Lederne ble videre spurt om det forekom at de syntes pasienter var for dårlige til å skrives ut når de kom. Tabell 12.6 viser hvordan dette spørsmålet ble besvart.

Tabell 12.6 "Hender det at du synes pasienten er for dårlig til å sendes ut ved utskrivning?" Prosentvis. Svargivere: Ledere i sykehjem og hjemmebaserte tjenester. N=108.

Ganske ofte	25,0 (27)
En sjelden gang i blant	71,3 (77)
Aldri	0,9 (1)
Ikke svart	2,8 (3)
Totalt	100,0 (108)

Bare en av svargiverne sa at det aldri forekom at de opplevde at pasienten var for dårlig ved utskrivning. Ellers svarte rundt en fjerdedel at det skjedde ganske ofte, og rundt tre fjerdedeler at det skjedde en sjelden gang i blant. Det er ikke statistiske forskjeller i svargivningen fra sykehjemsledere og ledere fra hjemmebasert omsorg.

12.6 Oppsummering/drøfting

En utskrivning utløser mange samordningsbehov i sykehuset. Pasienten må ofte vente og mange timer før utskrivningspapirer er ferdigstilt og praktiske omstendigheter ved utskrivning og hjemreise er ordnet. Pasientene ankommer derfor hjemkommunen ganske seint. Over halvparten av lederne i sykehjem og hjemmebasert omsorg fra kommuner som ligger i en viss avstand fra sykehus sier at pasienten vanligvis er framme i kommunen først etter kl 16.00. I de fleste kommunene er dette for sent til at det er mulig å skaffe nødvendige medisiner lokalt. Dette løses vanligvis ved at sykehuset sender med pasienten det som trengs av medisiner fram til det kan skaffes lokalt.

Pasienter som skal gis omsorg i eget hjem trenger ofte en omsorgspakke der både tekniske hjelpemidler, trygghetsalarm, praktisk hjelp og levering av mat kan være viktige elementer. I tillegg må det kanskje gjøres tilpasninger i pasientens eget hjem. Det er ingen hovedregel at slike ting er på plass når pasienten kommer. Det ser imidlertid ut til at det å ha på plass tekniske hjelpemidler for pasienter som skal til eget hjem prioriteres høyere enn for pasienter til sykehjem. Matombringning ser ut til å komme i gang ganske raskt, mens det er noe lengre ventetid for trygghetsalarm og praktisk hjelp i hjemmet. Mangel på tekniske hjelpemidler og ikke ferdigstilte tilpasninger i pasientens hjem er blant forhold som kan føre til at omsorgstjenesten må be om at utskrivningen fra sykehuset utsettes il situasjonen er klar.

Både tilpasning av tekniske hjelpemidler, endringer i pasientens hjem, og kanskje også installasjon av trygghetsalarm krever en viss forberedelse: bestilling, levering og evt. tilpasning. Kommunene har i varierende grad muligheter for å løse slike problemstillinger raskt. Mange har korttidslagere av hjelpemidler tilknyttet f.eks. et sykehjem, slik at det er mulig å finne midlertidige løsninger raskt. Men der det er snakk om mer spesielle hjelpemidler vil ofte et korttidslager ikke kunne levere optimale løsninger.

Drøftingen over viser at kommunene ofte vil trenge en viss planleggingstid før man er lar til å ta i mot pasienten. I tidligere kapitler har vi drøftet problemstillinger knyttet til varslingsrutiner fra sykehuset. Varsling tidlig i pasientoppholdet gir lang planleggingshorisont, men ofte et utydelig bilde av pasientens funksjon og behov. Det er ikke sikkert lang planleggingshorisont er tilstrekkelig for å forberede et optimalt tilbud til pasienten. Man trenger i tillegg gode analyser av pasientens behov.

13 Dokumentasjon ved utskrivning

13.1 Dokumentasjon som følger pasienten ved utskrivning

Hva slags dokumentasjon følger pasienten ved utskrivningen, og i hvilken grad er den tilpasset omsorgstjenestens informasjonsbehov?

Ved utskrivningen følges gjerne pasientene av en skriftlig pleierapport. Tabell 13.1 tyder på at det er noe ulik praksis når det gjelder pasienter til henholdsvis sykehjem og hjemmebasert omsorg .

Tabell 13.1 Andel som sier at pleierapport følger pasienten ved utskrivningen. Prosentvis. Svargivere: Ledere i sykehjem og hjemmebasert omsorg. N=108

	Pleierapport følger pasienten:				Totalt
	Alltid	Som oftest	Noen ganger	Aldri	
Leder, hjemmesykepleie	18,9 (10)	52,8 (28)	28,3 (15)	-	100 (53)
Leder, sykehjem	38,2 (21)	41,8 (23)	16,4 (9)	3,6 (2)	100 (55)
Alle	28,7 (31)	47,2 (51)	22,2 (24)	1,9 (2)	100 (108)

Sig P (Cramer's V): 0,049

Svært få av svargiverne sier at slike pleierapporter aldri følger pasienten. Rundt halvparten sier at de som oftest er med. Det ser imidlertid ut til at sykehjemspasientene er prioritert. Betydelig flere sykehjemsledere enn ledere i hjemmebasert omsorg sier at slike rapporter alltid følger pasienten.

I tillegg til en sykepleiefaglig rapport følges pasientene av medisinsk dokumentasjon.

Tabell 13.2 Medisinsk dokumentasjon som vanligvis følger pasienten ved utskrivning. Prosentvis. Svargivere: Ledere i sykehjem og hjemmebasert omsorg. N=108

Ved utskrivning har pasienten med seg:	Alltid	Som oftest	Noen ganger	Aldri	Ingen mening	Totalt
Orientering fra lege	10,4 (11)	41,4 (44)	41,5 (44)	6,6 (7)	-	100,0 (106)
Foreløpig epikrise	11,2 (12)	35,5 (38)	44,9 (48)	8,4 (9)	-	100,0 (107)
Fullstendig epikrise	-	3,8 (4)	43,8 (46)	49,5 (52)	2,9 (3)	100,0 (105)
Kopi av kurven	8,4 (9)	20,6 (22)	43,9 (47)	26,2 (28)	0,9 (1)	100,0 (107)

Vel halvparten av svargiverne sier at pasienten alltid eller som oftest har med seg en orientering fra legen, og nesten like mange sier at pasienten har med seg en foreløpig

epikrise. Fullstendige epikriser er meget sjeldne: halvparten sier at dette aldri forekommer, og svært få sier at det er vanlig. Når det gjelder dokumentene nevnt i tabellen over finner vi ingen forskjeller mellom ledere i hjemmesykepleie og i hjemmebasert omsorg, slik vi fant når det gjaldt pleierapportene.

Omsorgslederne ble bedt om å redegjøre for hvordan utskrivningsdokumentasjonen ble overført fra sykehuset til eget journalsystem. 62 prosent sier papirene kommer i posten, 24 prosent sier de kommer på faks, og bare 2 av 108 svargivere sier de får dokumentasjonen via elektronisk kommunikasjon. 52 prosent sier at overføring til eget journalsystem skjer ved at de selv kopierer papirer som følger pasienten ved utskrivningen. (Tabell ikke vist.)

13.2 Få videreformidler utskrivningsdokumentasjon til pasientens fastlege

Svært få sier at de alltid sender kopier av utskrivningspapirer til pasientens fastlege. Det ser imidlertid ut til at praksis varierer noe mellom sykehjem og den åpne omsorgen.

Tabell 13.3 Videreformidling av utskrivningspapirer til pasientens fastlege. Prosentvis. Ledere i sykehjem og i hjemmebasert omsorg. N= 104.

	Sendes utskrivningspapirer til pasientens fastlege?			Totalt
	Alltid	I spesielle tilfeller	Aldri	
Hjemmesykepleie	11,5 (6)	48,1 (25)	40,4 (21)	100 (52)
Sykehjem	23,1 (12)	25,0 (13)	51,9 (27)	100 (52)
Alle	17,3 (18)	36,5 (38)	46,2 (48)	100 (104)

Sig P (Cramer's V) 0,038

Praksis når det gjelder inklusjon av fastleger i utskrivningsprosessen ser ut til å variere mye. Bare hver tiende av ledere i den åpne omsorgen sier at de alltid videreformidler utskrivningspapirer til pasientens fastlege, slik hver fjerde sykehjemsleder gjør. På den andre siden sier nesten halvparten av samtlige at de ikke sender slik melding. Forskjellen mellom sykehjemsledere og ledere i hjemmebasert omsorg er umiddelbart vanskelig å forklare. Ved innleggelse i sykehjem overtas det medisinske ansvaret av en sykehjemslege, mens en pasient i hjemmebasert omsorg fremdeles bruker sin fastlege. Ut fra et slikt resonnement er det rimelig å forvente en tettere kobling mellom fastleger og hjemmebasert omsorg enn denne tabellen gir inntrykk av. Forklaringen på dette er antakelig at omsorgsledere i den åpne omsorgen finner det lite hensiktsmessig å viderebefordre utskrivningspapirene til pasientens fastlege, siden fastlegen i alle fall vil få oversendt en epikrise når den foreligger.

13.3 Pleierapportene: informasjonsmessig kvalitet

Tabell 13.4 Informasjonsmessig kvalitet. Pleierapporter ved utskrivninger. Omsorgstjenestens vurderinger. Prosentvis. Svargivere: Ledere i sykehjem og hjemmebaserte tjenester. N=108.

Pleierapportene gir gode opplysninger om:	Alltid	Som oftest	Noen ganger	Aldri	Ingen mening	Totalt
Årsak til sykehusoppholdet	7,4 (8)	66,7 (72)	21,3 (23)	0,9 (1)	3,7 (4)	100,0 (108)
Pasientens funksjonsnivå	5,6 (6)	54,6 (59)	36,1 (39)	0,9 (1)	2,8 (3)	100,0 (108)
Pasientens hjelpebehov	2,8 (3)	50,0 (54)	42,6 (46)	1,9 (2)	2,8 (3)	100,0 (108)

Tabell 13.4 tyder på at den informasjonsmessige kvaliteten på pleierapportene varierer. Mest fornøyd er omsorgstjenesten når det gjelder opplysninger om årsak til sykehusoppholdet, minst fornøyd er de med sykehusets evne til å beskrive pasientens hjelpebehov. Det er naturlig å se dette i sammenheng med diskusjonen i kapittel 11.

Forskjellen mellom de krav som stilles til pasienten i en sykehussituasjon og i en eventuell hjemmebasert omsorgsløsning er stor. Det kan være en utfordring for sykehusets ansatte å sette de observasjoner som gjøres av pasienten i sykehuset inn i helt annen ramme: den situasjonen som møter pasienten i eget hjem.

13.4 Innholdet vanligvis kjent på forhånd

Tabell 13.5 Andel av svargiverne som mener at "Det meste av det som står i pleierapportene har vi allerede orientert oss om gjennom kontakter med sykehuset under oppholdet." Prosentvis. Ledere i sykehjem og hjemmebasert omsorg. N=108

Alltid	2,8 (3)
Som oftest	71,3 (77)
Noen ganger	22,2 (24)
Aldri	0,9 (1)
Ingen mening	2,8 (3)
Total	100,0 (108)

I kapitlene 10 og 11 beskrev vi hvordan omsorgstjenesten arbeider for å skaffe seg en oversikt over pasientens situasjon og behov mens pasienten ligger i sykehuset – for å skaffe seg et best mulig grunnlag for å planlegge og forberede mottaket i kommunen. Dermed var de gjerne orientert om det meste av det som sto i pleierapportene som fulgte pasienten ved utskrivningen. Tabell 13.5 bekrefter dette inntrykket. Tre fjerdedeler av svargiverne sier at de som oftest eller alltid er orientert om det meste av innholdet i pleierapportene når de kommer. Slik sett blir pleierapportene en slags skriftlig bekreftelse på informasjon som allerede er formidlet muntlig.

13.5 Utskrivningsdokumenter: Teknisk kvalitet

Tabell 13.6 Håndskrevne eller elektronisk produserte pleierapporter? Omsorgstjenestens beskrivelse. Prosentvis. Svargivere: Ledere i sykehjem og hjemmebaserte tjenester. N=108.

Pleierapport er:	Alltid	Som oftest	Noen ganger	Aldri	Vet ikke	Total
Basert på elektronisk pasientjournal	10,2 (11)	32,4 (35)	14,8 (16)	19,4 (21)	23,2 (25)	100 (108)
Kopi av håndskrevet dokument	4,6 (5)	22,2 (24)	26,9 (29)	35,2 (38)	11,1 (12)	100 (108)

Den tekniske kvaliteten på pleierapportene fra sykehusene varierer. Mer enn en fjerdedel sier at pleierapportene alltid eller som oftest er kopier av håndskrevne notater, mens godt en tredjedel sier at dette aldri forekommer. Rundt en tredjedel sier at de (alltid/som oftest) er basert på elektroniske pasientjournalssystemer i sykehusene.

Tabell 13.7 Teknisk og informasjonsmessig kvalitet på utskrivningspapirer. Omsorgstjenestens vurderinger. Svargivere: Ledere i sykehjem og hjemmebaserte tjenester. Prosentvis. N=108

	Alltid	Som oftest	Noen ganger	Aldri	Vet ikke	Total
Viktige oppl. om medisiner i håndskrevet form	4,6 (5)	28,7 (31)	37,0 (40)	25,9 (28)	3,8 (4)	100 (108)
Dårlig lesbarhet gjør at vi må kontakte sykehuset	1,9 (2)	13,9 (15)	56,5 (61)	23,1 (25)	4,7 (5)	100 (108)
Manglende oppl. gjør at vi må kontakte sykehuset	3,7 (4)	18,5 (20)	76,9 (83)	-	0,9 (1)	100 (108)

Svikt i teknisk og informasjonsmessig kvalitet på utskrivningspapirene kan gi grunnlag for både usikkerhet og merarbeid for den kommunale omsorgstjenesten. Hver femte svargiver sier at de alltid eller som oftest må kontakte sykehuset pga manglende opplysninger, og ingen sier at dette aldri forekommer. Også dårlig lesbarhet kan utløse behov for oppklarende kontakter – om enn ikke i samme omfang.

13.6 Variasjoner innen det enkelte sykehus

I kapittel 6 drøftet vi mulige effekter av arbeidsorganiseringen i sykehusene. Skiftende kontaktpersoner i sykehuset gir en svak personellmessig kontinuitet i samarbeidet mellom sykehuset og de kommunale omsorgen. En svak forankring av kontakten i sykehusavdelingen stiller store krav til intern samordning i sykehuset, og fører i mange tilfeller til en viss frustrasjon hos samarbeidspartnerne i omsorgstjenesten. En annen mulig effekt av skiftende kontaktansvarlige i sykehuset kan være en tilsvarende variasjon i kvaliteten på den dokumentasjonen pleierne er ansvarlige for. Tabell 13.8 ser ut til å bekrefte en slik antakelse.

Tabell 13.8 Utskrivningsdokumenter. Variasjoner innen den enkelte avdeling i sykehuset. Omsorgstjenestens vurderinger. Svargivere: Leder i Sykehjem og hjemmebasert omsorg. Prosentvis. N=108.

Det er stor variasjon innenfor den enkelte avdeling når det gjelder:	Helt enig	Litt enig	Litt uenig	Helt uenig	Ingen mening	Totalt
Hvilke dokumenter som følger pasienten ved utskrivning	10,2 (11)	44,4 (48)	13,9 (15)	9,3 (10)	22,2 (24)	100,0 (108)
Hvor mye informasjon som gis i de dokumenter som følger pasienten ved utskrivning	14,8 (16)	41,7 (45)	14,8 (16)	6,5 (7)	22,2 (24)	100,0 (108)

Rundt en femtedel er litt eller helt uenig i det er variasjoner innen den enkelte avdeling når det gjelder omfang og innhold i utskrivningsdokumentene, mens over halvparten sier seg litt eller helt enig. Verd å merke seg er imidlertid en betydelig andel ikke har bestemte oppfatninger om dette spørsmålet.

Tabell 13.9 Utskrivningsdokumenter. Avdelingsvise variasjoner i sykehuset. Omsorgstjenestens vurderinger. Svargivere: Leder i Sykehjem og hjemmebasert omsorg. Prosentvis. N=108.

Det er stor variasjon mellom avdelingene når det gjelder:	Helt enig	Litt enig	Litt uenig	Helt uenig	Ingen Mening	Totalt
Hvilke dokumenter som følger pasienten ved utskrivning	21,3 (23)	43,5 (47)	13,0 (14)	8,3 (9)	13,9 (15)	100,0 (108)
Hvor mye informasjon som gis i de dokumenter som følger pasienten ved utskrivning	20,4 (22)	42,6 (46)	12,0 (13)	10,2 (11)	14,8 (16)	100,0 (108)

Tabell 13.9 gir omsorgspersonellets vurderinger av i hvilke grad vi finner forskjeller fra avdeling til avdeling med hensyn på kvaliteten på utskrivningsdokumentene. Svargivningen følger mønstret fra tabellen foran: Flertallet er helt eller litt enig i at det er stor variasjon mellom avdelingene, mens rundt en femtedel er litt eller helt uenig.

13.7 Oppsummering/drøfting

Vår spørreskjemaundersøkelse til ledere i kommunal omsorg bekrefter et inntrykk av betydelig variasjon når det gjelder pasientdokumentasjon ved utskrivninger av omsorgstrengende eldre fra sykehus til kommunale omsorgstjenester. Det gjelder hva slags dokumentasjon som følger pasienten rent generelt, og praksis med hensyn til hvilke pasienter som følges av hva slags dokumentasjon. Det ser også ut til å være stor variasjon i informasjonsmessig og teknisk kvalitet på de dokumentene som sendes ut. Praksis ser ut til å variere både mellom ulike avdelinger og innen den enkelte avdeling. Mange steder kan dårlig teknisk kvalitet eller behov for mer informasjon føre til behov for oppklarede kontakter også etter utskrivningen.

Særlig interessant i denne sammenhengen er de mønstre vi finner når det gjelder sykepleierapportene. Sykepleierapportene skal ivareta den pleiefaglige kommunikasjonen – fra sykepleier i sykehus til sykepleier i omsorgstjenesten. Det ser ut til at pleierne i sykehusene oftere lar pasienter til sykehjem følges av en pleierapport enn pasienter til hjemmebasert omsorg. Om en slik differensiering er hensiktsmessig er et viktig spørsmål. Det virker rimelig å anta at de som skal gi pasienten omsorg i eget hjem kanskje vel så ofte vil ha behov for gode beskrivelse av pasientenes funksjon og pleiemessige behov, siden dette er kritiske faktorer i en vurdering av pasientens mulighet til å klare seg hjemme. Jo bedre informasjon hjemmesykepleieren har om pasientens funksjonsnivå og behov – jo

bedre grunnlag vil man ha for å tilrettelegge det tilbudet pasienten trenger for å klare seg hjemme. På den annen side er det verd å merke seg at omsorgstjenestens representanter er forholdsvis kritiske med hensyn til sykehusets vurderinger på nettopp disse punktene. Bare vel halvparten av svargiverne sier at pleierapportene ved utskrivinger "alltid" eller som oftest gir gode opplysninger om pasientens hjelpebehov, mens rundt 60 prosent mener de på tilsvarende måte gir gode beskrivelser av pasientens funksjonsnivå.

Den informasjonsmessige betydningen av pleierapportene må sees i lys av den totale samhandlingsprosessen mellom omsorgstjenesten og sykehuset under oppholdet. Det er ikke først og fremst den skriftlige og formaliserte informasjonen, formidlet gjennom de dokumentene som følger pasienten ved utskrivingen, som representerer omsorgstjenestens planleggingsgrunnlag. I kapitlene 5 og 10 har vi beskrevet en omsorgstjenesten som med stor pågåenhet og gjennom uformelle kontakter via telefonen prøver å skaffe seg mest mulig informasjon så tidlig som mulig. For å forberede et tilbud må man ha en rimelig oversikt over pasientens behov, funksjonsnivå og egne ressurser før pasienten kommer, slik at det er på plass i det pasienten ankommer. Tre fjerdedeler av svargiverne sier at det meste av det som står i pleierapportene vil være kjent ved utskrivingen. Mye av innholdet i det som formidles gjennom formell utskrivningsdokumentasjon vil derfor være "gammelt stoff", både når det gjelder pleierapporten, men også medisinsk informasjon som formidles for eksempel gjennom foreløpige eller ferdigstilte epikriser. En sykehjemsleder uttrykte seg slik da hun skulle begrunne en svært aktiv informasjonsinnhenting forut for utskrivingen:

"Vi gjør det, for å sikre at vi har det greitt når epikrisen og utskrivningsnotatene kommer – med pasienten".

Medisinlageret ved det aktuelle sykehjemmet var begrenset, og man måtte være sikker på at man hadde det pasienten trengte allerede ved ankomsten.

Som planleggingsverktøy er utskrivningsdokumentene vanligvis for sene i forhold til omsorgstjenestens behov. Funksjonen er først og fremst at man ved dette får en bekreftelse og formalisering av den informasjonen man allerede har innhentet gjennom mindre formelle kanaler.

14 Viktigste tiltak for bedring av samarbeidsforholdet mellom sykehus og kommuner ved utskrivninger av omsorgstrengende eldre

Tabell 14.1 Betydningen av ulike tiltak for bedring av samarbeidet ved utskrivninger av omsorgstrengende eldre. Svargivere: Pasientkoordinatorer, sykehjemsledere og leder i hjemmebaserte tjenester. Prosentvis. N=155

	Svært viktig	Litt viktig	Ikke særlig viktig	Helt uten betydn.	Ikke svart	Totalt
Mer informasjon om pasientens behov og funksjonsnivå.	71,0 (110)	23,2 (36)	2,6 (4)	-	3,2(5)	100,0 (155)
Økt kompetanse i kommunal omsorg.	66,5 (103)	25,2 (39)	4,5 (7)	0,6 (1)	3,2(5)	100,0 (155)
Økt forståelse i sykehuset av omsorgstjenestens situasjon.	63,9 (99)	30,3 (47)	0,6 (1)	1,3 (2)	3,9(6)	100,0 (155)
Mer informasjon om pasientens medisinske tilstand og behandling.	61,9 (96)	30,3 (47)	3,9 (6)	-	3,9(6)	100,0 (155)
Personellmessig styrking av hjemmesykepleien.	60,0 (93)	21,9 (34)	10,3(16)	1,9 (3)	5,8(9)	100 (155)
Mer vekt på rehabilitering i kommunen.	58,7 (91)	31,6 (49)	2,6 (4)	1,3 (2)	5,8(9)	100,0 155)
Elektronisk kommunikasjon	56,1 (87)	29,0 (45)	9,7(15)	1,9 (3)	3,2(5)	100,0 (155)
Flere korttidsplasser i kommunen.	56,1 (87)	23,9 (37)	11,6(18)	5,2 (8)	3,2(5)	100,0 (155)
Gjensidige hospiteringsordninger.	51,6 (80)	38,7 (60)	5,8 (9)	0,6 (1)	3,2(5)	100,0 (155)
Tiltak for lettere å finne kontaktperson.	49,7 (77)	32,3 (50)	9,0 (14)	3,9 (6)	5,2(8)	100,0 (155)
Raskere informasjon fra sykehuset.	49,0 (76)	31,6 (49)	12,9(20)	1,9 (3)	4,5(7)	100,0 (155)
Færre personer å forholde seg til i sykehuset.	46,5 (72)	31,6 (49)	12,3(19)	5,2 (8)	4,5(7)	100,0 (155)
Personellmessig styrking av praktisk hjelp i hjemmet.	45,8 (71)	30,3 (47)	14,2(22)	3,9 (6)	5,8(9)	100,0 (155)
Mindre innblanding fra sykehuset.	32,3 (50)	33,5 (52)	25,8(40)	4,5 (7)	3,9(6)	100,0 (155)
Flere langtidsplasser i kommunen.	27,7 (43)	25,2 (39)	32,9(51)	9,0 (14)	5,2(8)	100,0 (155)
Klarere råd fra sykehuset.	13,5 (21)	39,4 (61)	31,0(48)	12,3(19)	3,9(6)	100,0 (155)

Tabell 14.1 gir en oversikt over hva sentrale aktører i kommunale omsorgstjenester svarte på spørsmålet:

“Hva slags tiltak tror du ville kunne ha betydning for å styrke samarbeidet mellom sykehus og omsorgstjenesten i din kommune ved utskrivninger av omsorgstrengende eldre?”

To presiseringer kan være naturlig å ta i betraktning ved lesning av denne tabellen. For det første: Tema er tiltak for bedre samhandling, og i og for seg ikke spørsmålet om hvordan få til en totalt sett bedre eldreomsorg. For det andre: Svargivningen reflekterer ståstedet til hver enkelt, dvs. den kommunen den enkelte arbeider i og har sine erfaringer fra.

Informasjon er viktig. Mer informasjon om pasientens behov og funksjonsnivå, og mer informasjon om pasientens medisinske tilstand og behandling, scores høyt av de aller fleste. Ønske om mer og bedre informasjon berører et kjerneproblem i den omsorgsmessige samhandlingskjeden, og er drøftet i flere sammenhenger i rapporten. Omsorgstjenesten trenger god informasjon som gjør det mulig å gjøre gode beslutninger om tilpassede omsorgstiltak, og ha tilbudet på plass når pasienten kommer. Vi har sett at det ofte krever stor pågåenhet fra omsorgstjenestens side. Spørsmålet om raskere informasjon fra sykehuset scores imidlertid ikke like høyt, selv om rundt halvparten mener også dette er “meget viktig”. Kanskje reflekterer dette at det ofte er kommunene selv som er den mest aktive parten i arbeidet med informasjonsinnhenting.

Omtrent like viktig er det å styrke kompetansen, både i kommunen og i sykehuset. Omsorgstjenesten i kommunene skal kunne ta imot og ta vare på pasienter med ulike mange typer lidelser og problemer. Enkelte av disse kan stille den kommunale omsorgstjenesten – med sin generelle kompetanse – overfor store utfordringer. I kapittel 12 drøftet vi mulige årsaker til at ledere for hjemmebaserte tjenester av og til måtte be om at en utskrivning ble utsatt. En mulig grunn til en slik utsettelse kunne være at pleierne i omsorgstjeneste trengte opplæring i bruk av spesielle hjelpemidler som var nødvendig for å ta vare på pasienter med spesielle behov.

Når det gjelder kompetanseutvikling i sykehuset ønsker svargiverne tiltak for å øke forståelsen av situasjonen i omsorgstjenesten. I kapittel 9 og 10 drøftet vi innholdsmessige sider i informasjonsutvekslingen mellom sykehus og kommune. Omsorgstjenestens representanter uttrykker i flere sammenhenger behov for bedre beskrivelser av pasienten funksjonstilstand og behov fra sykehusets side. Kanskje kan en styrket forståelse i sykehuset av måten omsorgstjenesten arbeider på, bidra til en økt oppmerksomhet i sykehuset på de sidene ved pasientens situasjon som har særlig stor betydning for omsorgstjenesten.

Interessant å merke seg er også responsen på en serie spørsmål om kapasitetsmessig styrking av tilbudet i omsorgstjenesten. Det ser ikke ut til at svargiverne er opptatt av flere sykehjemsplasser som det beste virkemidlet for å forbedre samhandlingen mellom sykehus og kommunene. Under 30 prosent mener at dette er et svært viktig tiltak. Men over dobbelt så mange mener at det er behov for en personellmessig styrking av hjemmesykepleien. Det er rimelig å se dette i sammenheng med at hjemmesykepleien er en fleksibel tjeneste, som gjør det mulig å finne løsninger, også i kapasitetsmessig anstrengte situasjoner.

Rundt halvparten mener det er “svært viktig” å finne tiltak for å gjøre det lettere å finne riktig kontaktperson i sykehuset.

Helt nederst i tabellen finner vi tiltaket “Klarere råd fra sykehuset”. Bare 13 prosent mener det er “Meget viktig”, og nesten like mange mener det er “Helt uten betydning”. Det er rimelig å se dette i sammenheng med den generelle skepsis mange av svargiverne har mot muligheten for “overstyring” fra pleierne i sykehuset. Kanskje bidrar dette til redusert mottakelighet også for en ren faglige dialog om viktige problemstillinger rundt pasienten.

Del III: Sammenfatning, konklusjoner,
 anbefalinger

15 Oppsummering/drøfting

15.1 Innledning

I denne rapporten har vi beskrevet og drøftet hovedtrekk i samspillet mellom sykehus og kommunale omsorgstjenester, i arbeidet med forberedelse og gjennomføring av utskrivninger av omsorgstrengende gamle. I dette kapitlet skal vi trekke sammen diskusjonen og drøfte sentrale funn.

Undersøkelsen bygger på to deler. Del I er en intervjubasert undersøkelse. Datagrunnlaget er besøk og intervju med nøkkelpersoner i omsorgstjenesten i tre utvalgte kommuner, og med sykepleiere ved medisinske og ortopediske avdelinger i sykehus med lokalsykehusfunksjoner for de tre kommunene. Del II er en spørreskjema basert undersøkelse. Her testet vi sentrale funn, hypoteser og antakelser utviklet gjennom intervjuundersøkelsen ved hjelp av et spørreskjema som ble sendt til nøkkelpersoner i totalt 110 norske kommuner. Kommunene ble utvalgt etter representativitetskriterier. I den videre diskusjonen vil vi referere til del I og del II som henholdsvis **intervjuundersøkelsen** og **spørreskjemaundersøkelsen**.

Innledningsvis skisserte vi et analytisk skjema for en studie av samhandling rundt en utskrivning, basert på en modell av et **pasientforløp**. Pasientforløpet kan beskrives som en **prosess**, som går over en viss **tid**, og har et visst **mål**. Prosessen drives fram av et sett av ulike **aktører**, som hver er ansvarlige for bestemte tiltak (har et **mandat**), og som deretter overfører ansvaret til neste aktør i rekken. Begrepene prosess, tid, aktører og mandatfordeling gir oss et tankemessig skjema for å forstå viktige sider ved samhandlingen rundt utskrivning og overføring til kommunal omsorg.

Hovedelementene i samhandlingsprosessen ved utskrivninger av omsorgstrengende eldre er:

1. Innledende melding: Første varsel fra sykehuset til kommunen om at en pasient er lagt inn og kan trenge omsorg etter utskrivningen.
2. Kommunale initiativ for informasjonsinnhenting og planlegging.
3. Praktisk forberedelse av utskrivning i sykehuset.
4. Praktisk forberedelse av pasientmottaket i hjemkommunen.
5. Hjemreise og mottak i kommune.

Til hvert av disse elementene knytter det seg ulike problemstillinger, og måten de gjennomføres på varierer betydelig.

15.2 Første varsel fra sykehuset

Utskrivningsprosessen starter med det første varselet fra sykehuset til kommunen. Dette er gjerne en skriftlig melding, ofte ganske informasjonsfattig. Slike meldinger kan bli sendt på ulike tidspunkt – noen steder på innleggelsesdagen – andre steder først når pasientens opphold på sykehuset nærmer seg sin avslutning. I spørreskjemaundersøkelsen oppga rundt halvparten av svargiverne at slike meldinger først kom til kommunene når det nærmet seg utskrivning. Sen utskrivningsmelding fra sykehuset kan henge sammen med at sykehuset

selv ikke ønsker å sende ut informasjon før pasientens situasjon er avklart – for å kunne være sikker på at den informasjon man gir ut er av god kvalitet. Den informasjonen sykehuset kan gi i denne tidlige fasen er gjerne svært begrenset, siden både pasientens situasjon, tilstand og evt. utskrivningsdato vanligvis er uavklart. Mange forhold kan føre til stor variasjon i liggetidene, også for pasienter med like diagnoser. Særlig gjelder dette skrøpelige eldre.

Ulik praksis mht varsling avspeiler et viktig dilemma i utskrivningsprosessen. Tidlig varsling gir kommunen lang planleggingshorisont. Det oppleves som viktig i mange kommuner og sykehus. For å sikre en tidlig igangsetting i kommunene var det enkelte sykehusavdelinger som oppga at de tok en telefon for sikkerhets skyld samtidig som meldingen ble sendt – siden skriftlige meldinger ble forsinket av postgangen.

Dilemmaet: *Rask varsling* (Lang planleggingshorisont/uferdig informasjon) eller *Sen varsling* (God informasjon/kort planleggingshorisont) har sannsynligvis ingen enkel og allmenngyldig løsning. Hva som er mest hensiktsmessig kan tenkes å avhenge av mange forhold, som for eksempel:

- Trekk ved arbeids- og beslutningsprosessene i kommunene
- Trekk ved pasientene og det tilbudet pasienten skal overføres til

Kommunen har svært ulike arbeidsformer, og med det også svært ulike krav til den innledende skriftlige informasjonen fra sykehuset. Noen kommuner baserer informasjonsinnhenting om pasientens funksjon og behov på at omsorgstjenesten selv, eventuelt ved en utreder fra et kommunalt bestillerkontor, besøker pasienten i sykehuset og baserer sine vedtak på denne samtalen. Dette pasientbesøket gjør beslutninger om kommunal omsorg lite avhengig av kvaliteten på informasjonen i meldingen fra sykehuset. Derimot er det ønskelig at et slikt varsel kommer tidlig i pasientoppholdet, slik at man får mest mulig tid til planlegging av besøk, gjennomføring av saksbehandling, og forberedelse av eventuelle praktiske tiltak i kommunen. I praksis er gjerne slike pasientbesøk mest hensiktsmessige der avstanden til sykehuset er liten, helst der kommunen selv er vertskommune for sykehuset. Men heller ikke i disse kommunene er andelen som sier at pasientbesøk i sykehuset før utskrivning brukes som en standard prosedyre særlig høy, bare rundt 30 prosent. For kommuner i større avstand fra sykehuset må saksutredning i alle tilfeller bygges på den informasjonen man får fra sykehuset. Det gjør både informasjonsmessig kvalitet, og tidspunktet for når man får melding, av større betydning.

Pasienter som skal overføres til en langtids plass i sykehjem kommer til en omsorgssituasjon som bemannings- og utstyrmessig er forberedt for svært syke pasienter med store behov. Men en beslutning om tildeling av en sykehjems plass krever ofte meget vanskelige prioriteringer mellom pasienter – både på kommunal venteliste, og pasienter som venter i sykehus. De kommunale inntaksteamene har gjerne sine møter om langtids plasser en gang i uken, og god saksbehandling krever en viss varslingstid.

Når kommunen velger å gi en utskrivningsklar pasient omsorg i eget hjem, er ofte behovet for praktiske forberedelser større. I mange tilfeller må det bygges opp et tilbud bestående av flere elementer, levert av ulike instanser i det kommunale hjelpeapparatet, med tilsvarende krav til planlegging, varsling og praktisk gjennomføring. Pasienter som skal til eget hjem kan trenge ulike typer supplerende tiltak, som f. eks. tekniske hjelpemidler, praktiske tilpasninger i hjemmet, matombringing og annen praktisk hjelp. I mange kommune rapporteres det om betydelige ventetider på slike tiltak, og i noen tilfeller kunne manglende ferdigstilling av slike supplerende tiltak føre til at kommunen må be sykehuset om utsatt utskrivning. I den grad slike tiltak er avgjørende for total kvaliteten i pasientens situasjon etter utskrivningen vil en lang planleggingshorisont være viktig for kommunen.

På den andre siden vil god tilpasning av for eksempel tekniske hjelpemidler forutsette at man har tilstrekkelig informasjon om funksjonsnivå og hjelpebehov. Det er ikke sikkert slik informasjon kan gis før pasientens medisinske situasjon er avklart.

Noen pasienter som skal til eget hjem får tilbud om kortidsopphold i sykehjem. Det gir kommunen mer tid til planlegging av forholdene i hjemmet og en bedre observasjon av funksjonsnivå.

15.3 Aktiv informasjonsinnhenting fra omsorgstjenesten under pasientoppholdet

Kommunale informanter beskriver gjennomgående en situasjon der det kreves en betydelig grad av pågåenhet fra kommunens side for å skaffe seg den informasjonen de har behov for. De fleste – vel 70 prosent – sier at de gjør flere henvendelser i løpet av oppholdet, nesten alltid på telefon. Særlig viktig er det å skaffe seg oversikt over pasientens medisinske tilstand, funksjonsnivå, og behov for medisiner. Omsorgstjenesten etterspør ofte informasjon før pasientens situasjon er så avklart at informasjon foreligger. Det premature i mye av informasjonen fra sykehuset illustreres av omsorgstjenestens vurderinger av treffsikkerhet og relevans: Bare en tredjedel sier at pleierne i sykehuset er flinke til å anslå utskrivningsdato, og bare 40 prosent sier at de gir gode vurderinger av pasientens behov.

For å vurdere hva en pasient trenger i en hjemmesituasjon – der pasientens funksjonsnivå og egne ressurser er viktige – er særlig lederne for hjemmebaserte tjenester opptatt av å få en god oversikt over pasientens funksjonsnivå. I mange tilfeller etterspørres kunnskap om forhold sykehuspersonalet ikke har observert eller vurdert. I et sykehus er hjelp alltid til stede og tilgjengelig. Det gjør det kanskje lettere å se pasientens svakhet, og vanskeligere å få et bilde av pasientens egne ressurser – enn i en hjemmesituasjon, der det er avgjørende at pasientens kan ta i bruk sine egne ressurser for å klare seg med et hjelpetilbud basert på kortere tilstedetid for omsorgspersonellet.

I intervjuundersøkelsen beskrev omsorgstjenesten en prosess der de ofte må presse på for hele tiden å få så *oppdatert og god informasjon* om pasienten som mulig. Gjennom samtalene prøver de å skaffe seg mest mulig informasjon for å kunne omsette det bildet sykehuspersonalet gir av pasienten til den situasjonen som venter pasienten hjemme. Samtalene beskrives som *dialogpreget*, der *informasjonsinnhenting* gir grunnlag for en *analyse- og fortolkningsprosess*. I tillegg vil mye av samtalene mellom sykehuset og kommunene dreie seg om *avtaler* om praktisk gjennomføring av selve utreisen: tidspunkt, transport, medisiner osv. Samspeillet mellom kommune og sykehus er med andre ord ingen en-veis formidling av informasjon, men har et klart dialogpreg der man spør, svarer, reiser nye spørsmål, forhandler, og gjør avtaler.

Vår undersøkelse tyder på at den kommunale omsorgen har et stort behov for pasientinformasjon på ett tidligere tidspunkt enn slik informasjon foreligger i offisiell form – for eksempel i form av utskrivningsdokumenter som leveres ved oppholdets avslutning. Det er naturlig at det pasientansvarlige personalet i sykehuset vil ønske å gi ut slik informasjon først når pasienten er vurdert, behandlet og situasjonen ellers er avklart, slik at man vet at den informasjon man gir ut er kvalitetssikret. I en uformell kommunikasjon er det antakelig større rom for å gi anslag, antakelser og foreløpige vurderinger, enn i mer formelle sammenhenger, der meldinger nedtegnes skriftlig.

15.4 Skiftende kontaktpersoner i sykehusavdelingen

Dialogen mellom kommuner og sykehus har ulik forankring på de to sidene. Mens ansvaret for oppfølging av den enkelte pasient er knyttet til en bestemt person i kommunen, vil samtalepartnere i sykehuset vanligvis variere – også når det gjelder den enkelte pasient. Det henger sammen med måten arbeidet på den enkelte sengepost er organisert på, ofte i team med skiftende sammensetning og varierende oppgavefordeling. Spørreskjemaundersøkelsen viser at under halvparten av omsorgstjenestens representanter synes det er lett å få tak i riktig person, tre fjerdedeler synes man må forholde seg til mange mennesker i sykehuset,

og bare en fjededel opplever at pleierne i sykehuset er flinke til å informere hverandre om forhold rundt pasienten.

15.5 Spenninger i mandatfordelingen mellom sykehus og kommunal omsorgstjeneste

Utskrivningen representerer en reise på tvers av kulturelle og organisatoriske skiller. Sykehusets mandat er avsluttet, og det er omsorgstjenesten i kommunene som nå har ansvaret for å utvikle et tilbud til pasienten. Spørreskjemaundersøkelsen avdekker tydelige spenninger mellom sykehus og kommunale omsorgstjenester når det gjelder forståelsen av mandat- og ansvarsfordeling mellom de to partene. 46 prosent av de spurte mener at pleierne i sykehuset ofte går for langt i å prøve å bestemme hva slags omsorgstilbud pasienten skal ha, og enda flere mener at de gir pasientene forventninger om tilbud omsorgstjenesten ikke kan gi. For de som skal ta imot pasienten kan det derfor bli en krevende oppgave å realitetsorientere pasienten, og gjøre ham/henne trygg med det kommunale tilbudet man faktisk får.

Mange av informantene – både i kommunene og på sykehussiden – var opptatt av faren for overstyring av kommunale beslutninger fra sykehusets side ved at sykehusansatte i for sterk grad la premisser for kommunale tilbud. En mulig konsekvens av denne typen spenninger i overgangen mellom sykehus og kommunale omsorgstjeneste kan være at sykepleiefaglige anbefalinger fra pleierne i sykehuset blir holdt tilbake eller ikke oppfattes i den kommunale omsorgen.

Ulike perspektiver på pasienten kan i mange tilfelle gi en diskontinuitet i pasientforløpet, som kan være konsekvensrik for pasienten. Flere av pleierne i sykehusene var opptatt av at behandlingseffekter kunne bli dårlig vedlikeholdt etter utskrivningen. Omsorgstjenesten på sin side var opptatt av at pleierne i sykehuset manglet et helhetsperspektiv på pasienten, der man så pasientens medisinske og funksjonelle problemstillinger i forhold til de betingelser omsorgen i kommunen kan tilby – i sykehjem eller i pasientens eget hjem.

Spenningen rundt ansvarsavgrensningen mellom sykehuset og kommunen kan gjøre det vanskelig å opprettholde en tydelig grenseoppgang mellom tre ulike elementer i dokumentasjon og informasjonsformidling fra sykehuset til omsorgstjenesten i forbindelse med utskrivninger:

- Det å gi et tilstrekkelig informasjonsgrunnlag om pasientens tilstand og funksjonsnivå.
- Det å anbefale bestemte forholdsregler overfor pasientens problem på et medisinsk og pleiefaglig grunnlag.
- Det å gi konkrete anvisninger av det tilbudet pasienten bør ha.

Det er sykehusets ansvar å formidle hensiktsmessig og mest mulig fullstendig informasjon om pasientens situasjon og tilstand, slik at den som overtar ansvaret for pasienten er så velinformert og velforbereid som mulig.

Pleierne i sykehuset har også et ansvar for å formidle pleiefaglige vurderinger, som kan være nyttige når omsorgstjenesten skal bygge opp et tilbud til pasienten.

Men det er den kommunale omsorgstjenesten selv som skal bygge opp et tilbud til pasienten – basert på den informasjon og de eventuelle faglige råd de har fått fra sykehuset, men innenfor de rammer den kommunale omsorgstjenesten kan tilby.

Det er rimelig å tenke seg at dersom det blir et utydelig skille mellom informasjon og pleiefaglig dialog på den ene siden – og forsøk på overstyring av beslutninger om det faktiske tilbudet til pasienten på den andre – så kan både informasjon og faglig veiledning i formidlingen fra sykehuset bli møtt med mistro. Et uttrykk for det er antakelig det påfallende misforholdet mellom omsorgstjenestens vurderinger og sykehusets beskrivelser av

pasientens tilstand vi fant i spørreundersøkelsen: Nesten halvparten av svargiverne mente at pleierne i sykehuset ganske ofte beskrev pasientens tilstand som dårligere enn omsorgstjenesten selv vurderte det til.

Mistro på mottakersiden kan være et vesentlig hinder for effektiv informasjonsformidling. I verste fall kan vi tenke oss en blokkering både av informasjonsstrøm og faglig dialog. Av frykt for å bli assosiert med "sykehusstyring" kan sykepleierne i sykehuset bli for tilbakeholdne med viktige faglige råd, og sykepleierne i omsorgstjenesten for kritiske til faglige råd fra sykehuset. Det kan føre til at en viktig faglig dialog mellom sykehusets pleiere – med sin spesialkompetanse – og pleierne i omsorgstjenesten, blir mindre effektiv. Det kan svekke både kontinuitet og kvalitet i den omsorgsmessige samhandlingskjeden.

15.6 Utskrivningsdagen

Utskrivningsdagen kan beskrives som et komplisert system av rutinemessige forsinkelser. Det går ofte mange timer fra pasienten erklæres klar for hjemreise til hjemreise faktisk kan gjennomføres. Mye av tiden går med til venting på dokumenter som skal ferdigstilles og fysisk følge pasienten ved hjemreisen. I tillegg kommer venting på andre pasienter (som også venter på dokumentasjon) for å samordne transport. Et praktisk resultat av dette er at pasientene, særlig fra kommuner med en viss reiseavstand til sykehuset, ankommer seint til evt. sykehjem eller til sitt eget hjem. I spørreskjemaundersøkelsen svarte vel 50 prosent av svargiverne i kommuner med en viss avstand til sykehuset at pasientene vanligvis ankom kommunen først etter kl 16.00.

Mange steder er det vanlig praksis at utskrivningsdokumentene følger pasienten fysisk ved utreisen. Det fører til at pasienter ofte må vente lenge. For skrøpelige eldre pasienter er det neppe hensiktsmessig. Ved elektroniske løsninger, der utskrivningsdokumentene sendes direkte til en ansvarlig omsorgsperson – er det sannsynligvis mulig å løse opp i koblingen mellom avreise og levering av dokumentasjon, og på den måten redusere behovet for at pasientene blir sittende og vente. Et supplerende argument for en slik løsning får vi ved å se på det som synes å være vanlig praksis for håndtering av pasientpapirer når pasienten ankommer til den kommunale omsorgstjenesten. Der pasientpapirene ikke sendes omsorgstjenesten i posten eller på faks er det vanlig at omsorgstjenesten selv tar kopier av de papirene som fysisk følger pasienten, for overføring til eget journalsystem. En direkte overføring ville spart pasienten for venting, og omsorgstjenesten for unødig papirhåndtering.

15.7 Utskrivningsdokumentene

Vår undersøkelse tyder på at norske sykehus har svært ulik praksis med hensyn til dokumentasjon ved utskrivning av pasienter. Det var ulik praksis med hensyn til:

- Hva slags dokumenter som fulgte pasienten ved utskrivning.
- Hvem som ble styrt med hva slags dokumenter.
- Dokumentstatus: Om pasienten ble fulgt av offisielle (endelige) eller foreløpige dokumenter.

Drøftingen i kapittel 13 viser at det er forskjeller på informasjonskvaliteten ikke bare mellom ulike avdelinger, men også innen den enkelte avdeling. Svargiverne i omsorgstjenesten beskriver store variasjoner også når det gjelder teknisk kvalitet og leselighet. Noen steder ble viktig medisinsk informasjon formidlet i form av kopier av håndskrevne dokumenter, som i mange tilfeller krevde oppfølgende telefonsamtaler for kontroll.

Et interessant trekk i dette bildet er en tendens til at pasienter som skal overføres til hjemmebaserte tjenester følges av de svakeste og mest tilfeldige dokumentasjonsrutinene. F. eks. var det flere avdelinger som oppga at de sendte pleierapporter ved utskrivninger bare med pasienter som skulle til sykehjem, og ikke med pasienter til åpen omsorg.

Pleierapportene gir sammenfatninger av pleiemessige erfaringer og anbefalinger fra sykepleiere i sykehus til sykepleierne i omsorgstjenesten, der også vurderinger av funksjonsproblemer og omsorgsbehov inngår. Sett utenfra kan det virke dårlig begrunnet at slik informasjon er forbeholdt sykehjemmene, og ikke deles med den hjemmebaserte omsorgen, der nettopp funksjonsnivå og en totalvurdering av pasientens situasjon og personlige ressurser er avgjørende for det tilbudet man bygger opp til den enkelte pasient.

Dersom all kommunikasjon om pasienten var bygd på skriftlige dokumenter ved utskrivningen, ville vi måtte anta at systematiske ulikheter med hensyn til dokumentasjon kunne ha kritisk negative følger. Slik er det imidlertid ikke. Over 70 prosent av svargiverne i spørreskjemaundersøkelsen sier at de på forhånd allerede har orientert seg om det meste av det som står i pleiereportene – når de endelig kommer. De skriftlige rapportene som følger pasientene ved utskrivning kommer for sent til å bli et viktig redskap i planlegging av et omsorgstilbud. Slik sett blir de å betrakte som en skriftlig og formell bekreftelse på informasjon som allerede er formidlet gjennom uformelle samtale i telefonen. I intervju med sentrale informanter i omsorgstjenesten fant vi at også vital medisinsk informasjon ofte ble innhentet på forhånd, fordi man måtte "ha det greitt" når pasienten – og utskrivningspapirene – ankom.

I vår undersøkelse har vi funnet:

- Stor variasjon når det gjelder varslingsrutiner fra sykehus.
- Et samspill i stor grad basert på uformelle kontakter.
- Uformell informasjonsinnhenting foregriper informasjonsformidling basert på formelle, skriftlige rutiner.
- Stor pågåenhet fra kommunesiden for å skaffe nødvendig informasjon.
- Ofte svak kontaktforankring i sykehuset.
- Tydelige spenninger mange steder når det gjelder mandatforståelse mellom omsorgsgiverne i sykehusene og kommunene.
- Uklare skiller mellom faglige formidlinger og ansvarsmessige grenseoppganger.
- Et stort innslag av "foreløpig" dokumentasjon ved utskrivning.
- Variasjon mht hvem formaliserte rutiner omfatter – der pasienter til hjemmebaserte tjenester ser ut til å følges av svakere dokumentasjon ved utskrivning enn pasienter til kommunale sykehjem.

Beskrivelsen gir et bilde av "selvgrodde" systemer: lokale løsninger bygd på det dokumentasjonsverktøyet man har tilgjengelig, innenfor rammen av lokale organisatoriske løsninger. Samhandlingen i utskrivningssituasjonen ser i liten grad ut til å være berørt av den utviklingen som ellers har skjedd på sektoren når det gjelder elektronisk kommunikasjon. I sykehuset brukes elektroniske pasientjournaler. Kommunene ivaretar intern kommunikasjon gjennom sine journal- og fagsystemer. Men når elektroniske systemer i sykehus og kommuner kommuniseres skjer det via utskrifter på papir som sendes i post eller på faks.

Selvgrodde systemer kan imidlertid betraktes som en erfaringsbank. De viser oss hva de sentrale aktørene opplever som de viktigste utfordringene og problemene i samspillet rundt utskrivninger av omsorgstrenge eldre pasienter, og hvordan disse problemene er forsøkt løst. Slik sett kan denne beskrivelsen gi oss et inntak til å forstå hva slags funksjoner det blir viktig å prøve bygge inn i system som skal knytte forbindelser mellom elektroniske kommunikasjonsverktøy som allerede er implementert i henholdsvis sykehus og kommune.

16 Funksjonelle krav til et elektronisk samhandlingssystem mellom sykehus og kommunale omsorgstjenester ved utskrivninger av omsorgstrengende eldre

16.1 Innledning

I forrige kapittel oppsummerte vi den undersøkelsen vi har gjort med at den omsorgsmessige samhandlingskjeden fremstår som et selvgrodd system – der sentrale aktører over tid har arbeidet fram løsninger på de problemstillingene de stilles overfor, innenfor de organisatoriske og tekniske rammene de arbeider i. Særlig på den tekniske siden står vi overfor betydelige endringer. Elektronisk kommunikasjon kan tilby både raskere, enklere og tryggere kommunikasjon, og samtidig en sikker styring av tilgang til pasientinformasjon for viktige aktører - også utenfor grensene av den organisasjonen der man selv arbeider.

I utviklingen av elektronisk samhandlingsverktøy kan en analyse av måten man prøver å løse de problemstillinger man er stilt overfor danne en viktig erfaringsbank. I denne erfaringsbanken er det først og fremst problemstillingene som er viktige – og ikke løsningene. I dette kapitlet skal vi prøve å bruke vår beskrivelse av denne erfaringsbanken som et grunnlag for å utvikle funksjonelle krav til et elektronisk system for å støtte samhandling mellom sykehus og kommuner ved utskrivninger av omsorgstrengende gamle. Drøftingen er punktvis og problembasert.

Tidlig varsling

Det synes hensiktsmessig å stimulere til tidlig varsling, for å gi kommunene en lang planleggingshorisont.

Behandling av "Foreløpig informasjon"

Tidlig varsling og tidlig informasjon er nyttig. Det innebærer imidlertid at kommunen kobles inn før pasienten er utredet og behandlet, og på et tidspunkt da sykehusets muligheter for å gi sikker informasjon er begrenset. I en slik situasjon synes det hensiktsmessig å tilrettelegge for at tidlig informasjon kan gi rom for anslag og antakelser etter sykehuspersonalets beste skjønn. Informasjon formidlet på dette grunnlaget må gis en tilsvarende status i meldingssystemet, og korrigeres fortløpende når det er mulig.

Ivaretagelse av dialogpreget samhandling

For å skaffe seg nødvendig informasjon så tidlig som mulig går ofte kommunale omsorgsansvarlige i en tett dialog med sykehuset: Spørsmål, svar, nye spørsmål, avtaler.

Samspillsformen bryter med en en-veis meldingsform, og krever verktøy som gir rom for dialog.

Bedre kontaktforankring i sykehuset

Gjennomgående opplever svargivere fra kommunen svak kontinuitet i kontakten på sykehussiden: skiftende kontaktpersoner, og ofte utilfredsstillende rutiner for informasjonsoverføring mellom kontaktpersonene i sykehuset. Slik informasjonsutveksling er gjerne muntlig, og ofte mangelfullt dokumentert. Det kan tenkes at dette kan løses ved organisatoriske viremidler i sykehuset, som f. eks. opplæring og profesjonalisering av kontaktarbeidet overfor kommunen. Likeledes kan innføring av asynkron meldingsutveksling, som ved vanlig e-post, åpne for at man legger hovedansvaret for slik informasjon til en pasientansvarlig sykepleier, og gjør informasjon utad mindre avhengig av hvem som tilfeldigvis til enhver tid er til stede. Slike meldinger må inngå som en funksjon i pasientens journal slik at dialogen blir automatisk dokumentert og bygger opp ny informasjonen gradvis.

Et annet mulig virkemiddel er at omsorgstjenesten gis tilgang til fortløpende relevant og nødvendig informasjon i den elektroniske pasientjournalen i sykehuset. Dagens regelverk gir helsepersonell anledning til å utlevere relevant informasjon til den som skal behandle pasienten, for at behandlingen skal bli forsvarlig. Men det er ikke anledning til å gi samarbeidende helsepersonell tilgang til den samme informasjonen i pasientjournalen, selv om pasienten gir sitt samtykke. På bakgrunn av resultatene i denne undersøkelsen synes det hensiktsmessig å åpne for at helsepersonell som samarbeider om en pasient på tvers av virksomheter (foretak og kommuner) kan dele nødvendig informasjon, for eksempel med basis i avtaler om felles lokale forløpsplaner (protokoller).

Bedre ansvars- og mandatmarkering

Mandatfordeling og ansvar for samarbeidende helsepersonell ved innleggelse av pasienter er nedfelt i regelverket. Men bortsett fra forskrift om kommunal betaling for ferdigbehandlede pasienter, finnes ingen tilsvarende mandatregulering ved utskrivning. Vår undersøkelse tyder på at det er betydelige spenninger mellom pleierne i henholdsvis sykehus og omsorgstjenesten med hensyn til mandat- og ansvarsavgrensning.

Ved flere foretak er det iverksatt arbeid med lokale forløpsplaner, av mange kalt behandlingslinjer, hvor ansvars- og arbeidsfordeling nettopp er hovedtemaet. Hvis dette også kunne omfatte utskrivning og oppfølging i kommunen, ville det kunne bidra til oppklaring og fastsetting av mandater som er hensiktsmessig for forskjellig pasientforløp. Et viktig spørsmål i denne sammenhengen er hvordan elektroniske samhandlingsverktøy og elektronisk pasientjournal kan understøtte en bedre mandatmarkering og tydeligere ansvarsavgrensning. En sannsynlig effekt av det er bedre betingelser for god kvalitet på den faglige dialogen rundt utskrivninger av omsorgstrengende eldre.

Direkte overføring av utskrivningsdokumenter til ansvarlig person i omsorgstjenesten

Praksis i dag ser ut til å være at en del av utskrivningsdokumentene som en hovedregel skal følge pasienten fysisk ved utreisen, også når det dreier seg om gamle pasienter som skal overføres til en ansvarsmessig klar situasjon i kommunal omsorgstjeneste. Det fører til at pasienter ofte må vente lenge i sykehuset før hjemreisen kan starte, med tilsvarende sen ankomst hjemme. Det kan påføre skrøpelige eldre unødvendige belastninger. Ved elektroniske løsninger, der utskrivningsdokumentene sendes direkte til en ansvarlig omsorgsperson – er det mulig å løse opp i koblingen mellom avreise og levering av dokumentasjon. Et supplerende argument for en slik løsning får vi ved å se på det som synes å være vanlig praksis for håndtering av pasientpapirer når pasienten ankommer til den

kommunale omsorgstjenesten. Der pasientpapirene ikke sendes omsorgstjenesten i posten eller på faks er det vanlig at omsorgstjenesten selv tar kopier av de papirene som fysisk følger pasienten, for overføring til eget journalsystem. En direkte overføring ville spart pasienten for venting, og omsorgstjenesten for unødig papirhåndtering.

Formalisering av utskrivningsdokumentasjon

Undersøkelsen avdekker stor variasjon med hensyn til hva slags dokumentasjon som følger pasientene ved utskrivning. Mange steder har utskrivningsdokumentene et foreløpig og "halvoffisielt preg". I tillegg har vi sett at nesten tre fjerdedeler av de spurte sier at de allerede før utskrivningen har orientert seg om det meste av det som står i pleierapportene som følger pasienten ut.

Et viktig spørsmål nyttet til utvikling av elektroniske samhandlingsrutiner er dermed: Hvilken verdi har formaliserte rutiner – når de i stor grad foregripes av uformell informasjonsinnhenting?

Svaret er sannsynligvis: Stor verdi. Det er flere grunner til det:

- For det første er det viktig at informasjonsutveksling rundt pasienten gis formelle bekreftelser, som et uttrykk for ansvars- og rollefordelinger mellom de sentrale aktørene i et samhandlingssystem – spesielt når det går på tvers av organisatoriske og forvaltningsmessige skiller. Det gir en dokumentasjon over et forløp, gir et viktig grunnlag for et journalsystem, og gjør det mulig å ettergå et behandlingsforløp.
- Formaliserte informasjonsrutiner har gjerne en formell struktur, som sier noe om hva slags informasjon den skal inneholde, og i hvilken form den skal gis. Slik sett kan formaliserte informasjonsrutiner bidra til å sette fokus på de problemstillingene som er særlig relevante for den som i neste ledd skal motta og nyttiggjøre seg informasjonen. Det sier noe om hva man skal observere, og hvordan det skal beskrives. Det kan kanskje bidra til å høyne kvaliteten også på den uformelle informasjonsformidling fra sykehuset til omsorgstjenesten under pasientoppholdet.

I utformingen av de elektroniske dokumentene som skal benyttes ved utskrivning blir det, ut fra et slikt perspektiv, viktig å gjennomgå både struktur og innhold, og at dette gjøres til felles standarder. Dette er arbeid som er påbegynt og bør videreføres av ELIN-k, med bakgrunn i den kunnskapen som er fremkommet i denne undersøkelsen.

Et beslektet spørsmål er knyttet til de juridiske sidene ved utskrivningsdokumentasjonen. Det er vesentlig med en juridisk avklaring av status til slike dokumenter, både sett i forhold til at viktig informasjon kan mangle eller være ufullstendig, og at det kan skje innholdsmessige endringer i forhold til endelige epikriser.

Oppfølging etter utskrivning

Gjennom intervjuene kom det frem at det ofte var behov for kommunikasjon også etter utskrivningen. Flere av de som ble intervjuet i omsorgstjenestene rapporterte behov for å "sjekke opp" viktige opplysninger om pasienten, for å kvalitetssikre informasjon som var sendt med pasienten, eller som var mangelfullt utfylt. Det gjaldt oftest legemiddelopplysninger, og skjedde gjerne ved å ringe sykehuset. Sykepleiere i spesialisthelsetjenesten på sin side, fortalte at situasjoner der de var bekymret for om pasienter fikk den medisinske og pleiemessige oppfølgingen som de burde. Dette var et spenningsfullt tema, fordi det ofte var uklart hva som ble sett på som faglig veiledning, og hva som ble opplevd som forsøk på overstyring fra sykepleierne i sykehuset.

Det er internasjonalt gjort vellykkede forsøk ved at man gjennom lokale forløpsplaner har avtalt større deltagelse av spesialisthelsetjenesten i planleggingen av opplegget for pasienten i kommunen og strukturert tilbakemelding til spesialisthelsetjenesten fra kommunen til gitte

tidspunkt. Til å understøtte og forenkle denne kommunikasjonen er det opprettet såkalte "call centre", hvor helsepersonellet i kommunen lett får kontakt med relevant rehabiliterings- og sykepleiekompetanse på sykehuset, og kan be om direkte veiledning. I slike ordninger benyttes også i tiltagende grad forskjellige instrumenter for monitorering av pasientens helsetilstand – noen ganger kalt sensorteknologi. "Patient summary", eller kjernejournal, er opprettet for å sikre at alle parter i et slikt samarbeid blir oppdatert på viktige informasjonselementer, som for eksempel bruk av legemidler.

Bedre verktøy eller organisatoriske tiltak?

Kommunale omsorgsgivere som har deltatt i denne undersøkelsen mener at bedre informasjon fra sykehuset er ett av de viktigste virkemidlene for å få til en bedre samhandling mellom sykehus og kommunene ved utskrivninger av omsorgstrengende gamle. Bedre informasjon kan imidlertid ikke uten videre settes lik elektronisk samhandlingsverktøy. Kravet om bedre informasjon handler om at viktig informasjon kommer på rett tidspunkt, ha en klar status, og har en så sikker form som mulig. Tidsfaktoren er viktig. Vi har sett at også foreløpig og uferdig informasjon kan være verdifull i en tidlig fase, forutsatt at den aksepteres og behandles som nettopp det: "uferdig" informasjon.

God informasjon kan være et spørsmål både om godt verktøy, gode organisatoriske løsninger, og gode prosesser – der tidsfaktor, informasjonsbehov og informasjonskvalitet sees i forhold til de arbeidsprosessene den skal støtte. Elektronisk verktøy kan være en del av løsningen. Organisatoriske tiltak en annen. Ofte vil det også være slik at det å ta i bruk elektronisk verktøy kan bidra til nye organisatoriske løsninger. Å prøve å skille mellom hva slags problemer som har ulike typer løsning er med andre ord en vanskelig oppgave. Som utgangspunkt for en diskusjon om mulige tiltak kan det allikevel være hensiktsmessig å gjøre en gjennomgang av henholdsvis organisatoriske og kommunikasjonsmessige sider ved de problemstillingene vi har drøftet over – for å illustrere at ulike problemer kan ha mange løsninger på mange ulike plan. I tabellen på neste side har vi, på grunnlag av problemstillinger som fremstår som særlig viktige i vår undersøkelse, formulert noen forslag til målsettinger for utvikling av samhandlingsverktøy. Med det som utgangspunkt har vi foreslått konkrete løsninger, og prøvd å trekke forbindelsen mellom henholdsvis elektroniske kommunikasjonsløsninger, det vi har kalt prosessiltak, og det vi har kalt organisatoriske løsninger.

Tabell 16.1 Oppsummering av funksjonelle krav til elektronisk samhandling og behov for organisatoriske tiltak.

Formål:	Funksjonskrav til elektronisk kommunikasjon og pasientjournal	Prosesstiltak	Organisatoriske tiltak
A) Tidlig varsling til kommunen av innleggelse i sykehus	<p>1) Mulighet for strukturert registrering av at pasient mottar kommunale tjenester.</p> <p>2) Standardisert elektronisk melding til kommunen om innleggelse</p> <p>3) Automatisk varsel om innleggelse for pasienter som allerede mottar kommunale tjenester.</p> <p>4) System for påminnelse om varsling til kommunen der 1) og 3) mangler</p>	<p>1) Ved mottakelsen i sykehuset gjøres systematisk registrering i EPJ av pasienter som mottar kommunale tjenester.</p> <p>2) For pasienter som ikke allerede mottar kommunale tjenester skal det vurderes om slikt behov vil foreligge og varsle koordinator i kommunen innen 24 timer</p>	<p>Avtaler om samhandling og informasjonsdeling i lokale forløpsplaner (protokoller) ved overføring av pasienter mellom sykehus og kommunehelsetjeneste.</p>
B) Formidling av "foreløpig informasjon"	<p>1) Mulighet for deling av fortløpende relevant pasientinformasjon/-sykepleiedokumentasjon i EPJ.</p> <p>2) Standardisert behovs- og funksjonsvurderingsskjema i EPJ</p>	<p>1) Innhenting av pasientens samtykke.</p> <p>2) Rutiner for tidlig og løpende oppdatering:</p> <p>a) Data om pasientens tilstand og funksjonsnivå</p> <p>b) Vurdering av behov</p>	<p>Prosedyrer for tilgangskontroll og deling.</p> <p>Som over A)</p>
C) Ivareta dialogpreget kommunikasjon	<p>1) Muntlig via telefon</p> <p>2) Asynkront gjennom elektronisk dialogmelding.</p> <p>3) Videokonferanse</p>	<p>Tidlig utnevne og varsling av kommunen om foretrukne kontaktperson(er) – parallelt med A)</p>	<p>1) Bedre forankring hos kontaktpersoner i sykehuset.</p> <p>2) Rutiner for arrangering av utskrivningskonferanser</p>
D) Formalisering av utskrivningsdokumentasjon	<p>1) Felles elektronisk strukturert utskrivningsnotat</p> <p>2) Elektronisk epikrise</p>	<p>1) Bruke nasjonal standard</p> <p>2) Elektronisk overføring av utskrivningsdokumenter på utskrivningstidspunktet frikoblet fra pasientens fysiske hjemreise</p>	<p>1) Tydeliggjøring av mandat- og ansvarsområde mellom sykehus og kommune i:</p> <p>a) Regelverket</p> <p>b) Lokale forløpsplaner</p>
E) Strukturert oppfølging etter utskrivning	<p>1) Mulighet til oppretting av kjernejournal</p> <p>2) "Call centre" med enkel tilgang til rehabiliterings- og sykepleiekompetanse i spesialisthelsetjenesten og med mulighet til overføring av monitoreringsresultater</p>	<p>Oppdatere kjernejournalopplysninger</p>	<p>1) Lokale forløpsplaner</p> <p>2) System for tilgjengeliggjøring av rehabiliterings- og spesialisykepleierkompetanse på sykehus</p>

Litteratur

Anthony MK, Hudson-Barr DC (1998): Successful Patient Discharge. A Comprehensive Model of Facilitators and Barriers. *JONA* 1998; 28(3):48-55.

Armitage SK, Kavanagh KM (1995): Continuity of care: discharge planning and community nurses. *Contemporary Nurse* 1995; 4(4):148-55.

Arnlin M, Andersson BL, Appelquist O, Grønquist E, Håkansson S, Lindmark J, et al (1997): The Episode of Care - a Pilot Study in Sweden. Stockholm: Spris Forlag.

Beland F, Bergman H, Lebel P, Clarfield AM, Tousignant P, Contandriopoulos AP, et al (2006): A System of Integrated Care for Older Persons with Disabilities in Canada: Results from a Randomized Controlled Trial. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*; 61A (4):367-73.

Bergman H, Beland F, Lebel P, Contandriopoulos AP, Tousignant P, Brunelle Y, et al (1997): Care for Canada's frail elderly population: Fragmentation or integration? *Canadian Medical Association Journal*; 157:1116-21.

Campbell H, Hotchkiss R, Bradshaw JN, Porteus M (1998): Integrated care pathways. *BMJ*; 316:133-7.

Claesson L, Gosman-Hedström G, Johanneson M, Fagerberg B, Blomstand C (2000): Resource Utilization and Cost of Stroke Unit Care Integrated in a Care Continuum: A 1-Year Controlled, Prospective, Randomized Study in Elderly Patients. *Stroke* 2000; November: 2569-77.

Coleman EA, Parry C, Chalmers S, Min S-j (2006): The Care Transitions Intervention: Results of a Randomized Controlled Trial. *Arch Intern Med*. September 25;166(17):1822-8.

Davies M, Conolly J (1995): The social worker's role in the hospital: seen through the eyes of other healthcare professionals. *Health and Social care in the Community* 1995; 3(5):301-9.

De regionale helseforetakene (2004): Samhandling og desentralisering. 2004.

Discharge planning from hospital to home [database on the Internet]. The Cochrane Database of Systematic Reviews. 2004. Available from: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD000313/frame.html>.

EPJ (2005) Elektronisk samhandling med kommunene. Utredning vedr. tiltak19.

Gautun H, Kjerstad E, Kristiansen F (2002): Mellom to senger? Eldre sykehuspasienter og det kommunale pleie – og omsorgstilbudet. SNF-rapport 57/01. Stiftelsen for samfunns- og næringslivsforskning, Bergen.

Grimmer K, Moss J. (2001): The development, validity and application of a new instrument to assess the quality of discharge planning activities from the community perspective. *International Journal for Quality in Health Care*; 13: 109-16.

Grimmer K, Moss J, Falco J. (2004): Experiences of elderly patients regarding independent community living after discharge from hospital: a longitudinal study. *International Journal for Quality in Health Care*; 16(6):465-72.

- Eagar K (1997): Defining an episode of care: A study of five case Types. *Australian Health Review*; 20(3):105-19.
- Hartswood M, Procter R, Rouncefield M, Slack R (2003): Making a Case in Medical Work: Implications for the Electronic Medical Record. *Computer Supported Cooperative Work*; 12: 241-66
- Hasvold T, Andersen F, Fosse A, Ringberg U, Langfeldt E, Pedersen SP, et al. (2002): Samhandling er godt for helsa. Tromsø: Helse Nord RHF; 2002.
- Hausken B, Tømmervaag K og Arntsen RK (2005): Bruk og utbredelse av EPJ. Mastergradsavhandling, Universitetet i Aalborg.
- Hellesø R (2005). Ord over skigard. Informasjonsutveksling og samhandling mellom sykepleiere i spesialist- o kommunehelsetjenesten før og etter innføring av elektronisk pasientjournal. Dr. gradsavhandling, det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo.
- Hellesø R, Lorensen M (2005): Inter-organizational continuity of care and the electronic patient record: A concept development. *International Journal of Nursing Studies*; 42 (7): 807-22
- Helse- og omsorgsdepartementet (2005): Fra stykkevis til delt - en sammenhengende helsetjeneste. Oslo; 2005. Report No.: NOU 2005:3.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2006a): Samhandling mellom kommunale omsorgstjenester/fastlegeordningen og spesialisthelsetjenesten. Oslo: HOD; 2006.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2006b): Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer. Oslo: Sosial- og helsedepartementet; 2006. Report No.: St.meld 25 (2005-2006).
- Helse- og omsorgsdepartementet (2006c): Nasjonal Helseplan. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2006. Report No.: St.prp. nr 1 (2006-2007) Særtrykk.
- Hindle D, Dowdeswell B, Yasbeck AM (2004): Report of a survey of Clinical Pathways and Strategic Asset Planning in 17 Eu Countries. The EU Health Property Network.
- Hornbrook MC, Hutardo AV, Johnson RE (1985): Health care Episodes: Definition, Measurement and Use. *Medical care Review*; 42:163-218.
- Huby G, Rees G (2005): The effectiveness of quality improvement tools: working ion intrgated community teams. *International Journal for Quality in Health Care*; 17(1):53-8.
- Huseby, B (red.) (2004): SAMDATA Somatikk sektorrappport 2003, SINTEF Helse, Trondheim, rapportnr STF78 A045015.
- Johannesen, L B. (2003) ELIN-prosjektet – nye løsninger for elektronisk informasjonsutveksling. *Tidsskr nor lægeforen*, 2003; 123:228
- Kalseth B, Midttun L, Paulsen B, Nygård L (2004): Utviklingstrekk i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten - oppgaveutvikling og samspill. Trondheim: Sintef Helse.
- Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviah P, Baker DW(2007): Deficits in Communication and Information Transfer Between Hospital-Based and Primary Care Physicians: Implications for Patient Safety and Continuity of Care. *JAMA*. February 28; 297(8):831-41
- Lotherington AT (red) (2005). Telemedisin i pleie og omsorgstjenesten: Om å takle det uforutsette. Norut Samfunn, Tromsø
- Mehta SS, Schulman KA, Suzuki S, Schulman KA (1999): Determining an Episode of Care Using Claims Data. *Diabetes Care*; 22(7):1110-5.
- Nasjonal IKT (2006): Utredning vedr. Elektronisk samhandling mellom helseforetakene og kommunene. Norsk senter for elektronisk pasientjournal.

- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2004): Samhandling mellom 1. og 2.linje helsetjenester. Kunnskapsoppsummering. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- Naylor MD, Brooten D, Campbell R, Jacobsen BS, Mezey MD, Pauly MD, et.al. (1999): Comprehensive Discharge Planning and Home Follow-up of Hospitalized Elders. *JAMA*; 7:613-20.
- Ouwens M, Wollersheim H, Hermens R, Huicher M, Grol R (2005): Integrated care programmes for chronically ill patients: a review of sytematic reviews. *International Journal for Quality in Health Care*; 17(2):141-6.
- Panella M, Marchisio S, Di Stanioslao F (2003): Reducing clinical variations with clinical pathways: do pathways work? *International Journal for Quality in Health Care*; 15(6):509-21.
- Patterson C (2002): The integrated care pathway epidemic - is stroke next? *Age and Ageing*; 31: 157-8.
- Paulsen B, Kalseth B, Karstensen A (1999): 16 prosent av befolkningen - halvparten av sykehusforbruket. Eldres sykehusforbruk på 90-tallet. Sintef Helse. Rapport: STF78 A99527.
- Payne S, Kerr C, Hawker S, I Hardey M, Powell J (2002): Systematic Review: The communication of information about older people between health and social care practitioners . *Age and Ageing* 2002; 31: 107-17.
- Pearson S, Lee TH (2006): Clinical Pathways as a Strategy for Improving Care: Problems and Potential. *Annals of Internal medicine*; 123(12):941-8.
- Pettersen, Inger Johanne, Ronny Jørgenvåg og Kari Nyland (2004): SAMDATA Spesialisthelsetjenesten, sentrale utviklingstrekk innen spesialisthelsetjenesten. SINTEF Helse, Trondheim, rapportnr STF78 A045023.
- Phillips CO, Wright SM, Kern DE, Singa RM, Shepperd S, Rubin HR. Comprehensive discharge planning with postdischarge support for older patients with congestive heart failure: a meta-analysis. *Jama*. 2004 Mar 17;291(11):1358-67.
- Playford ED, Sachs R, Thompson AJ (2002): Integrated care pathways: outcome from inpatient rehabilitation following nontraumatic spinal cord lesion. *Clinical Rehabilitation*; 16:269-75.
- Raak A, Paulus A, Mur-Veerman I (2004): Why do health and social care providers cooperate? *Health Policy*; 12:1-14.
- Sarheim K.S og Paulsen B (2007): Samspill mellom sykehus og kommunale omsorgstjenester ved utskrivninger av eldre pasienter. En pasientforløpsanalyse. Sintef Helse 2007.
- Schroll H, Støvring H, Houmand A, Kragstrup J (2004): Estimating incidence and prevalence of episodes of care in general practice. *Scand J Prim Health Care*; 22:60-4.
- Schulman KA, Yabroff R, Kong J, Gold KF, Rubenstein LE, Epstein AJ, et al (1999): A Claims Data approach to Defining an Episode of Care. *Health Service Research*; 34(2):603-21.
- Soeken KL, Prescott PA, Herron DG, Creasia J. (1991): Predictors of Hospital Readmissions. *Evaluation & the Health Professions*; 14(3):262-81.
- Solon JA, Feeny JJ, Joned SH, Rigg RD, Sheps CG (1967): Delineating Episodes of Medical Care. *Journal of Public Health* 1967; 57: 401-8.
- Statens helsetilsyn (1996): ICD-10. Den internasjonale statistiske klassifikasjon av sykdommer og beslektede helseproblemer. 10. revisjon. Oslo: Statens helsetilsyn.
- Statistisk Sentralbyrå 2007: "Tabell 03026: Befolkningsmengde 1. januar 2004", <http://www.ssb.no/emner/02/01/10> hentet ut 15. januar 2007.

Sulch D, Kalra L (2000): Integrated care pathways in stroke management. *Age and Ageing*; 29: 349-52.

Sverrbo, E., T. Varndal og TB. Strøm (2004): Aktivitetsdata for somatiske sykehus driftsåret 2004, SINTEF Helse, Trondheim, rapportnr STF78 A055502.

Welch WP (1998): Bundled Medicare Payment For Acute and Postacute Care. *Health Affairs*; 17 (6):69-81.

Wingert TD, Kralewski JE, Lindquist TJ, Knutson DJ (1995): Constructing Episodes of Care from Encounter and Claims Data: Some Methodological Issues. *Inquiry*; 32: 430-43.

Winthereik BR, Vikkelsø S (2005): ICT and Integrated Care: Some Dilemmas of Standardising Inter-Organisational Communication. *Computer Supported Cooperative Work*; 14:43-67.

Vedlegg 1

Intervjuguider, delprosjekt I

INTERVJUGUIDE

Pasientkoordinator/bestiller

	Notater 11/10-2007
<p>INNLEDNING</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prosjektpresentasjon: Utskrivninger • Bakgrunnsdata – svargiver • Organisering av pleie- og omsorgstjenestene • Vurdering av kapasitet og kompetanse i kommunen <p style="text-align: center;">-----</p> <p>OM KONTAKT MED SYKEHUSET FØR UTSKRIVNING:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hvem tar først kontakt? • Meldingsform (tlf, annet?) • Innhold? • En/flere kontakter? • Faste kontaktpersoner i sykehuset? • Alt i alt: <u>Vurdering av informasjonen</u> fra sykehuset <ul style="list-style-type: none"> • Tilstrekkelig? (Hva trengs?) • Treffsikker? • Tidsnok? • Hender det ofte at dere ber om <u>tilleggsinformasjon?</u> • Tror du det er <u>mulig</u> for sykehuset gi den informasjonen som trengs? • Settes <u>utskrivningsdato</u> for alle pasienter som skal til kommunen? Synes du den treffer? <p>PASIENTBESØK PÅ SYKEHUSET.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Gjør dere</u> pasientbesøk i sykehuset? (alltid /visse grupper?) DERSOM NEI: Dropp avsnittet • <u>Sammen med personell</u> fra sykehuset? • <u>Pårørende</u> til stede? Fordel? • <u>Forberedelser?</u> • Hva <u>snakker</u> dere med pasienten om? • Referat? Formidles videre til utførerene? Hvordan? • Tror du at denne <u>kunnskapen om pasienten</u> kunne blitt innhentet på andre måter? • Ender pasientbesøk <u>med et tilbud</u> til pasienten? 	

KONTAKTEN MED DE SOM SKAL TA IMOT PASIENTEN I KOMMUNEN:

- Hvor snart kobles sykehjem/hjemmetjenesten inn?
- Meldingsform: Møter, Telefon, skjema, rapporter, annet?
- Hovedinnhold?
- Generelt om samspillet mellom deg og de som skal ta imot pasienten?

UTSKRIVNINGSDAGEN:

- Går varsel om konkret utskrivningstidspunkt gjennom deg/dere?
- Får du/dere utskrivningspapirer?
 - **Sykepleier rapport**
 - **Epikrise** (foreløpig/ferdig?)
 - **Andre** informasjonsrutiner ved utskrivning?
- Deltar du/dere praktisk i selve **utskrivningssituasjonen**?

GENERELT OM SAMSPILLET MED SYKEHUSET

- Er det primært sykepleierne dere har kontakt med, eller vil også legene i sykehuset delta?
- **Vurdering: Klare ansvarsforhold og rolledeling** mellom sykehuspersonalet og omsorgstjenesten?
- **Vurdering:** Opplever du at sykehusansatte og omsorgspersonell i kommunen **tenker likt** når det gjelder pasientens situasjon, behov og forutsetninger?
- Dersom ikke – **viktigste forskjeller**?

- Har personellet i sykehuset **forståelse for kommunale** synspunkter og vurderinger?
- Opplevs press fra **sykehuset**?
- Opplever dere at **sykehuspersonalet har forespeilet** pasienten bestemte tilbud før dere kommer inn?
- **Prosjekter/samarbeidstiltak** el. for å ivareta samspillet mellom sykehus og kommuner v/utskrivninger?
- Alt i alt: Viktigste utfordringer i samspillet med sykehuset?

OM Å BESTEMME TILBUDET TIL EN PASIENT

1. Vurderingsgrunnlaget:

- De **viktigste elementene** i vurderingen:
- Fysisk funksjon?
- Hus/boligforhold?
- Mental/psykisk status?
- Forholdet til pårørende?
- Annet?

- Viktig å **ha møtt pasienten** for å avklare om det trengs sykehjem/åpen omsorg?
- **Fordeling av sykehjemsplasser:** Hvordan får dere oversikt over ledige plasser i kommunen? (meldingsrutine?)
- Vil utskrivningsklare pasienter i sykehus **prioriteres** til sykehjem foran folk som venter i eget hjem?

Pasienters/pårørendes vurderinger:

- Har pasienter med endret funksjonsmessig status **realistiske forventninger** til livet etter utskrivning?
- Hender det at **pasienten protesterer** ?
- Hender det at **pårørende har sterke oppfatninger**?

KOORDINERING MELLOM TJENESTER I KOMMUNEN

- Hvem kobler inn **supplerende tjenester?** (matombringing, alarm, rehabiliteringstilbud, dagtilbud osv).
- Hvordan **koordineres** dette (søknader, i IPLOS)?
- Hvordan formidles **tekniske hjelpemidler**?
- **Har kommunen** de tilbudene som trengs? Evt: hva mangler?
- Viktigste **utfordringer i samspillet** mellom aktuelle enheter i kommunen?
- Lages **individuelle planer** for slike pasienter?

FASTLEGENES ROLLE:

- Beskjed/melding til pasientens fastlege **før utskrivning**? (Tlf, skriftlig, e-post. annet?)
- **Etter utskrivning**?
- **Fastlegens rolle v/utskrivning.** Viktigste oppgaver?

Alt i alt: Hvor ligger de største utfordringene for å få til gode utskrivninger fra sykehuset?

- I samspillet mellom sykehuset og kommunen?
- I samspillet mellom ulike ledd i kommunen?

INTERVJUGUIDE

Sykehjemslege/fastleger

Spørsmål	Notater 11/10-2007
<p>I. INNLEDNING, BAKGRUNN</p> <p>1. Prosjektpresentasjon: utskrivninger.</p> <p>2. Bakgrunnsdata – svargiver.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fastlege: Hvor lenge i kommunen? • Sykehjemslege: <ul style="list-style-type: none"> • Antall timer /uke • Antall plasser i institusjonen totalt • Korttids/langtidsplasser? • Skjermet avdeling for demente? <p>Hvordan vurderer du kapasiteten i kommunen for følgende tjenester:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Legedekning generelt • Legetjenester i sykehjem • Sykehjems plasser • Hjemmesykepleie • Korttidsplasser i sykehjem • Rehabilitering • Personell i hjemmetjensten • Personell i sykehjem og annen institusjonsomsorg <p>Ressurser eller kompetanse?</p> <p>UTSKRIVNING AV OMSORGSTRENGENDE FRA SYKEHUS TIL SYKEHJEM:</p> <p>Utskrivning fra sykehuset:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Når og på hvilken måte får du først vite om at sykehjemmet får en pasient fra sykehuset? • Hender det at du har planleggingssamtaler m/sykehus på forhånd? 	

UTSKRIVNINGSDAGEN:

- Blir du **varslet om konkret utskrivning**?
 - Fra hvem/Skriftlig/telefon/nett
- Får du oversendt utskrivningspapirer før du møter pasienten første gang?
 - **Sykepleier rapport**
 - (Form: Papir, elektronisk, i journal)
 - Viktigste elementer?
 - **Epikrise**
 - (foreløpig/"uoffisiell"/ferdig?)
 - (Form: Papir, elektronisk, i journal)
 - Viktigste elementer?
 - **Andre** informasjonsrutiner?
 - Innhold
 - Form
- **Medikasjonslister?**
- Dersom dere ikke har alle medisinene – får dere da medisiner fra sykehuset? Eller blir det da din oppgave å rekvirere det som trengs?

Vurdering av informasjon fra sykehus til kommune

- Alt i alt: Er info fra sykehuset:
 - Tilstrekkelig
 - Treffsikker
 - Tidlig nok?
- Pleier dere å ha kontakt etter utskr. for mer **informasjon**? Om hva ?
- Hender det at sykehuset selv følger opp bestemte pasienter etter utskrivningen?

Medisinsk arbeidsdeling:

- Er de oppgaver om i dag krever innleggelse, som etter din mening kunne ivaretas i sykehjemmet?
- Nødvendige forutsetninger:
 - Teknisk utstyr?
 - Kompetanse?
 - Kommunikasjon?

UTSKRIVNING TIL HJEMMEBASERT OMSORG – PASIENT FRA DIN LISTE

- Når og på hvilken måte får du vanligvis **først vite om** at en av dine pasienter utskrives fra sykehuset til hjemmebasert omsorg ?
- Hender det at du har **planleggingssamtaler** m/sykehus eller omsorgstjeneste på forhånd?

- Blir du **varslet om konkret utskrivning?**
 - Fra hvem/Skriftlig/telefon/elektronisk
- Hender det at du blir bedt om å være tilstede ved hjemsendelse av bestemte pasienter?
- Får du oversendt utskrivningspapirer før du møter pasienten første gang`?
 - **Sykepleier rapport**
 - **Epikrise Foreløpig/ endelig?**
 - Medikasjonslister?
- Papir, elektronisk?
- Får man som fastlege klare anbefalinger fra sykehuset om nødvendig oppfølging av pasienter?

GENERELT OM SAMSPILLET MED SYKEHUSET VED UTSKRIVNINGER.

- **Vurdering:** Opplever du at sykehusansatte og helsetjenesten i kommunen **tenker likt** når det gjelder pasientens situasjon, behov og forutsetninger?
- Dersom ikke – **viktigste forskjeller?**
- Har personellet i sykehuset **forståelse for kommunale** synspunkter og vurderinger?
- Opplever dere ofte press fra **sykehuset?**
- Alt i alt: **Viktigste utfordringer** i samspillet med sykehuset?

OM FASTLEGENS/SYKEHJEMSLEGENS ROLLE VED UTSKRIVNINGER TIL KOMMUNAL OMSORG.

- I hvilken grad **planlegger** fastlegen og omsorgstjenesten **i felleskap** medisinsk og omsorgsmessig oppfølging av pasienter?
- Finnes noen form for **elektronisk kommunikasjon** mellom fastleger og omsorgstjenesten for oppfølging av pasienter?
- Evt. **andre kommunikasjons**-/meldingssystemer?
- Vil du **dra på hjembesøk** dersom hjemmesykepleien mener en skrøpelig eldre trenger det?
- Hva er de **viktigste utfordringene** i samspillet mellom legen og omsorgstjenesten?

GENERELT:

- Hva opplever du som de **viktigste utfordringene** i forbindelse med utskrivning er av omsorgstrengende?
 - Samspillet med **sykehuset?**
 - Samspillet mellom ulike deler av det **kommunale systemet?**
 - Andre forhold ?

INTERVJUGUIDE

Ledere i sykehjem.

Spørsmål	
	Notater 11/10-2007
<p>I. INNLEDNING, BAKGRUNN</p> <p>1. Prosjektpresentasjon: utskrivninger.</p> <p>2. Bakgrunnsdata – svargiver.</p> <p>3. Institusjonen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antall plasser totalt • Korttids/langtidsplasser? • Skjermet avdeling for demente? <p>INFORMASJON OM UTSKRIVNING AV OMSORGSTRENGENDE FRA SYKEHUS:</p> <p>(Pasient som trenger omsorgstjenester – ikke tidligere omsorgsbruker)</p> <p>Kapasitetsvurderinger:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Melder dere inn ledige plasser, eller blir dere forespurt i hvert enkelt tilfelle? • Ventelister for den enkelte institusjon? • Må dere av og til bruke korttidsplasser for å ta imot langtidspasienter? <p>Utskrivning fra sykehuset:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Når og fra hvem kommer første meldingen om at dere får en pasient fra sykehuset? • FORM: (Tlf, skriftlig, e-post annet?) • Hva slags informasjon får dere ved første melding? • Forholdet mellom sykehuset - kommunal pasientkoordinator/bestillerenhet - og dere? • Fra koordinator/bestiller: Tlf, Faste skriftlige rutiner, annet?) • Rutinemessige planleggingssamtaler m/sykehus? • Tar dere flere kontakter med sykehuset under oppholdet? • Hva slags informasjon må dere ha på forhånd? • Blir det alltid satt utskrivningsdato tidlig i oppholdet? • Hvor treffsikker er den? • Får dere melding hvis den endres? 	

- **PASIENTBESØK PÅ SYKEHUSET.**
- **Gjør dere** pasientbesøk i sykehuset? (alltid /visse grupper?)
DERSOM NEI: Dropp avsnittet
- **Sammen med personell** fra sykehuset?
- **Pårørende** til stede? Fordel?
- **Forberedelser?**
- Hva er det viktig å **snakke** med pasienten om?
- Hva slags kunnskap trenger dere om/fra pasienten?
- Tror du at denne **kunnskapen om pasienten** kunne blitt innhentet på andre måter?

UTSKRIVNINGSDAGEN:

- Hvordan kommer **varslet om konkret utskrivning?**
 - Fra hvem/Skriftlig/telefon/nett
- **Forberedelser?**
- Hva slags **papirer** følger pasienten:
 - **Sykepleierapport**
 - Viktigste elementer?
 - **Epikrise** (foreløpig/ferdig?)
 - Viktigste elementer?
 - **Andre** informasjonsrutiner?
- **Medikasjonslister?**
- Dersom dere ikke har alle medisinene – får dere da medisiner fra sykehuset? Sende melding?
- Hvordan overføres informasjonen til sykehjemmets journalsystem?
- Ville informasjonsbehovet vært det samme dersom dere **har hatt pasienten her før innleggelse?**

Vurdering av informasjon fra sykehus til kommune

- Alt i alt: Er info fra sykehuset:
 - Tilstrekkelig
 - Treffsikker
 - Tidlig nok?
- Pleier dere å ha kontakt etter utskr. for mer **informasjon?** Om hva?
- Tror du det er **mulig for sykehuset** å gi den informasjonen dere trenger?
- Hender det at sykehuset selv følger opp bestemte pasienter etter utskrivningen?

KOORDINERING MED ANDRE TJENESTER I KOMMUNEN

- Hvordan formidles **tekniske hjelpemidler**?
- Lett å få Fysio-/ergoterapi? Søknad/melding?
- Viktigste samarbeidspartnere ellers i det kommunale systemet? Meldings/informasjonsrutiner?
- **Har kommunen** de tilbudene som trengs? Evt: hva mangler?
- Viktigste **utfordringer i samspillet** mellom aktuelle enheter i kommunen?
- Lages **individuelle planer** for pasienter i sykehjem?

LEGENES ROLLE:

- Hvordan/når går informasjon til **sykehjemslegen**?
- Skriftlige rutiner/annet?
- Hvem skriver pasientjournalen?
- Beskjed/melding til pasientens **fastlege**? (Tlf, skriftlig, e-post, annet?)

GENERELT OM SAMSPILLET MED SYKEHUSET VED UTSKRIVNINGER.

- Er det primært sykepleierne dere har kontakt med, eller vil også legene i sykehuset delta?
- **Vurdering: Er det klare ansvarsforhold og rolledeling** mellom sykehuspersonalet og omsorgstjenesten?
- **Vurdering:** Opplever du at sykehusansatte og omsorgspersonell i kommunen **tenker likt** når det gjelder pasientens situasjon, behov og forutsetninger?
- Dersom ikke – **viktigste forskjeller**?
- Har personalet i sykehuset **forståelse for kommunale** synspunkter og vurderinger?
- Opplevs press fra **sykehuset**?
- **Prosjekter/samarbeidstiltak** el. for å ivareta samspillet mellom sykehus og kommuner v/utskrivninger?
- Alt i alt: **Viktigste utfordringer** i samspillet med sykehuset?

GENERELT:

- Hva opplever du som de **viktigste utfordringene** i forbindelse med utskrivning er av omsorgstrengende?
 - I samspillet med **sykehuset**?
 - I samspillet mellom ulike deler av det **kommunale systemet**?
 - Andre forhold ?

INTERVJUGUIDE

Ledere i åpen omsorg.

Spørsmål	
	Notater 11/10-2007
<p>I. INNLEDNING, BAKGRUNN</p> <p>1. Prosjektpresentasjon: utskrivninger.</p> <p>2. Bakgrunnsdata – svargiver.</p> <p>3. Organisering av omsorgstjenesten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antall ansatte i sone/gruppe? • Tilbud natt • Hvordan ser en vanlig arbeidsdag ut? • <p>INFORMASJON OM UTSKRIVNING AV OMSORGSTRENGENDE FRA SYKEHUS:</p> <p>(Anta: pasient som trenger omsorgstjenester – ikke tidligere omsorgsbruker)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Når og fra hvem kommer første meldingen om at dere får en pasient fra sykehuset? • FORM: (Tlf, skriftlig, e-post annet?) • Hva slags informasjon får dere ved første melding? • Forholdet mellom sykehuset - kommunal pasientkoordinator/bestillerenhet - og dere? • Når overtar dere ansvaret for denne pasienten? (Tlf, Faste skriftlige rutiner, annet?) • Tar dere kontakter med sykehuset under oppholdet? • Hva slags informasjon må dere ha? • Blir det alltid satt utskrivningsdato tidlig i oppholdet? • Hvor treffsikker er den? • Melderutine ved evt. endring? <p>PASIENTBESØK PÅ SYKEHUSET.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gjør dere pasientbesøk i sykehuset? (alltid /visse grupper?) DERSOM NEI: Dropp avsnittet • Sammen med personell fra sykehuset? • Pårørende til stede? Fordel? • Forberedelser? • Hva er det viktig å snakke med pasienten om? • Er det viktig å danne seg bilde av personlig egenskaper hos pasienten for å kunne gi riktig tilbud? • Tror du at denne kunnskapen om pasienten kunne blitt innhentet på andre måter? • Ender pasientbesøk med et tilbud til pasienten? 	

UTSKRIVNINGSDAGEN:

- Hvordan kommer **varslet om konkret utskrivning?**
 - Fra hvem/Skriftlig/telefon/nett
- **Forberedelser?**
- Hvor lang tid i forveien?
- Hender det at dere må be om **utsettelse?**
- Hva slags **papirer** følger pasienten:
 - **Sykepleierapport**
 - Viktigste elementer?
 - **Epikrise** (foreløpig/ferdig?)
 - Viktigste elementer?
 - **Andre** informasjonsrutiner?
- **Medikasjonslister?**
- Følger aktuelle medisiner med pasienten? Vil dere be medisin dere ikke har?
- Er informasjonsbehovet det samme dersom dere **har hatt pasienten tidligere?**
- Hvem/hvordan **overføres** den informasjonen dere får til eget journalsystem?

Vurdering av informasjon fra sykehus til kommune

- Alt i alt: Er info fra sykehuset:
 - Tilstrekkelig
 - Treffsikker
 - Tidlig nok?
- Pleier dere å ha kontakt etter utskr. for mer **informasjon?** Om hva?
- Tror du det er **mulig for sykehuset** å gi den informasjonen dere trenger?
- Dersom du skulle lage et system for bedre meldingsutveksling ved utskrivninger: Hva ville du lagt vekt på?

TILBUDET TIL PASIENTEN.

- I hvor stor grad er det dere som utformer **tilbudet** til pasienten?
- Har **pasienter** med endret funksjonsmessig status **realistiske forventninger** til livet etter utskrivning?
- Hender det at **pasienten protesterer?**
- Hender det at **pårørende protesterer?**

KOORDINERING MED ANDRE TJENESTER I KOMMUNEN

- Hvem kobler inn **supplerende tjenester?** (matombringing, alarm, rehabiliteringstilbud, dagtilbud osv). Skriftlige prosedyrer?
- Hvordan formidles **tekniske hjelpemidler?**
- Lett å få Fysio-/ergoterapi? Søknad/melding?
- **Har kommunen** de tilbudene som trengs? Evt: hva mangler?
- Viktigste **utfordringer i samspillet** mellom aktuelle enheter i kommunen?
- Lages **individuelle planer** for slike pasienter?

FASTLEGENES ROLLE:

- Beskjed/melding til pasientens fastlege **før utskrivning?** (Tlf, skriftlig, e-post. annet?)
- **Etter utskrivning?** (Tlf, skriftlig e-post, annet?)
- **Fastlegenes rolle v/utskrivning.** Viktigste oppgaver?
- **Samarbeid videre?**

GENERELT OM SAMSPILLET MED SYKEHUSET VED UTSKRIVNINGER.

- Er det primært sykepleierne dere har kontakt med i sykehuset?
- **Vurdering: Er det klare ansvarsforhold og rolledeling** mellom sykehuspersonalet og omsorgstjenesten?
- Gir sykehuspersonell vurderinger/råd om hva slags tilbud pasienten trenger?
- **Vurdering:** Opplever du at sykehusansatte og omsorgspersonell i kommunen **tenker likt** når det gjelder pasientens situasjon, behov og forutsetninger?
- Dersom ikke – **viktigste forskjeller?**
- Har personalet i sykehuset **forståelse for kommunale** synspunkter og vurderinger?
- Opplever dere press fra **sykehuset?**
- Hender det at **sykehuspersonalet har forespeilet** pasienten bestemte tilbud?
- **Prosjekter/samarbeidstiltak** el. for å ivareta samspillet mellom sykehus og kommuner v/utskrivninger?
- Alt i alt: **Viktigste utfordringer** i samspillet med sykehuset?

GENERELT:

- Hvor ligger de **viktigste utfordringene** i forbindelse med utskrivning er av omsorgstrengende?
 - I samspillet med **sykehuset?**
 - I samspillet mellom ulike deler av det **kommunale systemet?**

INTERVJUGUIDE

Utskrivningsansvarlige sykepleier – sykehus

Spørsmål	Notater 11/10-2007
<p>INNLEDNING, BAKGRUNN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prosjektpresentasjon • Bakgrunnsdata – svargiver. <p>OM UTSKRIVINGSPROSESSEN</p> <p>Eldre pasienter med behov for kommunale tjenester etter utskrivning.</p> <p>VURDERINGEN AV DATO FOR UTSKRIVNING:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Når <u>begynner dere å tenke utskrivning</u> for en omsorgstrengende pasient? • Får alle utskrivningsdato på forhånd? Hvor tidlig? Hvem setter den? • Hvor <u>treffsikkert</u> er dette anslaget? • Egen melding til kommunen når <u>anslått utskrivningsdato må endres?</u> • Vil den generelle situasjonen i avdelingen (korridorpas., køer) ha betydning for hvor lenge pasientene ligger? <p>FORBEREDELSE TIL UTSKRIVNING – DOKUMENTASJON:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Pleierapport:</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ Hva er de viktigste elementene i forhold til utskrivning? ○ Er den alltid oppdatert, eller må det hentes opplysninger utskrivningsdagen? ○ Viktigste informasjonskilder? ○ Hvem skriver den? <p><u>Epikriser/”foreløpige epikriser”:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Foreligger det en <u>offisiell epikrise</u> ved utskrivning? ○ Hvem skriver den? ○ Blir den <u>skrevet utskrivningsdagen</u>? ○ Viktigste <u>informasjonselementer</u> ○ Viktigste <u>informasjonskilder</u>? <ul style="list-style-type: none"> • Medikasjon/medikasjonslister: <ul style="list-style-type: none"> ○ Hvem lager <u>medikasjonslister</u>? ○ Vil pasienten <u>få med seg nødvendige medisiner fra sykehuset</u>? Evt for hvor lang tid? Hva med helg? • Andre dokumenter? 	

Informasjonskilder:

- **Informasjonskilder:** Lett å finne/hente informasjonen til alle dokumenter?
- Hentes informasjon fra andre avdelinger/enheter? Hvordan?
- Får dere spørsmål om supplerende opplysninger? Hva dreier det seg om?
- Din vurdering: **Har sykepleierne i omsorgstjenesten realistiske forventninger mht hva slags kunnskap dere har om pasienten?**
- Evt: Informasjon de etterspør, men dere ikke kan gi?

PRAKTISK GJENNOMFØRING – UTSKRIVNINGSDAGEN.

Hovedtrekk i en ”utskrivningsprosess”:

- Samspillet lege/ sykepleier
- Forberedelse – gjennomføring.
- Spesielle sykepleiere i avdelingen som har kontakten med kommunen?
-
- Sendes informasjon om pas. til omsorgstjenesten på forhånd?
- Hender det at noen herfra følger pasienten?

KONTAKT ETTER UTSKRIVNING?

- Hender det at dere følger opp pasienter i kommunene etter utskrivninger? Evt hvordan
- Hender det at omsorgstjenesten tar kontakt for å få mer informasjon etter utskrivning? Evt. om hva? Tlf, nett, annet?

VURDERING AV OMSORGSBEHOV

- Er pasienten vanligvis godt nok forberedt på livet etter utskrivningen?
- Vil du tenke igjennom hva slags omsorgstilbud som er nødvendig etter utskrivning?
- Naturlig å gi pasienten råd om hva slags tilbud han/hun skal be om?
- Vil det være naturlig å drøfte/formidle dette til omsorgstjenesten?
- Hender det at dere skriver ut pasienter som etter din/deres mening trenger mer enn det kommunene kan gi?
- Hva trengs?

GENERELT OM SAMSPILLET MELLOM SYKEHUSET OG KOMMUNENE:

- Er det **alltid** klart hvem som er rett kontaktperson i kommunen?
- Er det **lett** å få tak i **riktig** kontaktperson?
- Tenker dere i sykehuset og i kommunen likt mht. pasientens situasjon, behov og forutsetninger?
- **Har omsorgstjenesten forståelse for avdelingens vurderinger og synspunkter?**

- **Hender det ofte at dere må** vente med utskrivninger fordi kommunen ikke er klar?
- **Bestemte pasientgrupper** som særlig utfordrer samarbeidet?
- **Spesielle tiltak** for å styrke samarbeidet?

SYKEHUSORGANISASJONEN OG DEN GAMLE PASIENTEN:

- **Opplever du forskjeller mellom** ”legetankegang” og ”pleietankegang” når det gjelder **utskrivninger** ?
- **Opplever du at** forhold i avdelingen kan føre til trykk for å få behandlet og skrevet ut flest mulig pasienter?
- **Hva betyr** avdelingsoverføringer for **muligheten til å holde oversikt og gi pasienten et best mulig tilbud?**

Vedlegg 2

Spørreskjema, delprosjekt II

BAKGRUNNSDATA, SVARGIVER:

Stilling.....

*Hvor lenge har du arbeidet i kommunal omsorgstjeneste?*år

2. BAKGRUNNSDATA, KOMMUNEN:

Antall innbyggere i kommunen (Nærmeste hele 1000).....

Tilknyttet helseregion: Sør-Øst Vest Midt-Norge Nord

Er nærmeste sykehus et universitetssykehus? Ja Nei

Ligger nærmeste sykehus innenfor kommunens grenser? Ja Nei

Dersom nei, anslagsvis hvor lang reisetid med bil?time (-r)

Antall sykehjemsplasser i kommunen:

Er hjemmebaserte tjenester distriktvis/sonervis organisert? Ja Nei

Dersom ja: Hvor mange soner/distrikter?

Er kommunen tilkoblet Norsk Helsenett Ja Nei

Hvem i kommune er kontaktperson/ mottar henvendelser fra sykehus i forbindelse med utskrivninger av gamle pasienter fra sykehus (Kryss av) ?

Pasientkoordinator/bestillerenhet for kommunale omsorgstjenester

Sykepleiesjef/Helse- og omsorgssjef

Soneleder/distriktsleder i omsorgstjenesten

Andre (Stikkord):

Hvem gjennomfører behovsvurdering og saksutredning for pasienter som søkes til sykehjem?

Pasientkoordinator/bestillerenhet for kommunale omsorgstjenester

Sykepleiesjef/Helse- og omsorgssjef

Leder/sykepleier ved sykehjemmet

Soneleder/distriktsleder i omsorgstjenesten

Andre (Stikkord):

Hvem gjennomfører behovsvurdering og saksutredning for pasienter som søkes til åpen omsorg?

Pasientkoordinator/bestillerenhet for kommunale omsorgstjenester

Sykepleiesjef/Helse- og omsorgssjef

Soneleder/distriktsleder i omsorgstjenesten

Andre (Stikkord):

AVTALE MELLOM KOMMUNEN OG SYKEHUSET.

x

Er det inngått samhandlingsavtale mellom kommunen og det sykehuset som er lokalsykehus for kommunens innbyggere?

Ja Er under forhandling Nei Vet ikke

Dersom ja:	Ja	Nei	Vet ikke
Inneholder avtalen bestemmelser om:			
Tidlig varslings fra sykehuset når eldre pasienter antas å trenge kommunal omsorg etter utskrivning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om rutiner for informasjonsutveksling under oppholdet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om hva slags dokumenter som skal følge pasienten ved utskrivning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om hva slags opplysninger ulike dokumenter skal inneholde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Er det viktige problemstillinger knyttet til utskrivninger av omsorgstrengende eldre som etter din mening burde vært tatt med i avtalen i tillegg til det som alt står der? (Stikkord)

.....

Kan sykehuset kreve kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter fra din kommune som blir liggende for lenge i sykehuset? Ja Nei Vet ikke

4. DEN FØRSTE MELDINGEN FRA SYKEHUSET TIL KOMMUNEN OM OMSORGSTRENGENDE PASIENTER I SYKEHUSET:

Når får kommunen vanligvis den første meldingen fra sykehuset om pasienter som kan trenge omsorg etter utskrivning?

Samme dag som pasienten legges inn En til to dager etter innleggelse
 Etter tre til fire dager Først når det nærmer seg utskrivning

På hvilken måte formidles denne første meldingen fra sykehuset?

Elektronisk melding Papirbasert, i posten Over telefon
 På andre måter

(Gi stikkord).....

Din vurdering av informasjonsinnholdet i den første meldingen fra sykehuset.

Under har vi listet opp påstander om hvor godt melding om innleggelse dekker ulike informasjonsbehov. Marker grad av enighet med hver enkelt påstand:	Enig	Uenig	Ingen mening
Meldingen gir vanligvis gode opplysninger om årsak til innleggelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meldingen gir vanligvis gode opplysninger om hva som skal skje med pasienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meldingen gir vanligvis gode opplysninger om forventet utskrivningsdato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meldingen gir vanligvis gode opplysninger om pasientens antatte behov etter utskrivning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meldingen er først og fremst et varsel til oss om å ta kontakt med sykehuset for mer informasjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Dersom du mener at denne første meldingen ikke gir tilstrekkelig grunnlag for kommunal planlegging av pasienttilbudet, er det fordi:

- Det er for tidlig i pasientforløpet til at sykehuset kan gi sikker informasjon
- Personvern hensyn begrenser informasjonen i meldinger av denne typen
- Annet (Gi stikkord):

Når dere ha fått melding/varsel om innleggelse, vil du/dere da:

- Ta kontakt med sykehuset samme dag
- Ta kontakt etter noen dager når situasjonen er mer avklart
- Vente til vi hører noe mer fra sykehuset

Dersom du/dere tar kontakt: På hvilken måte gjøres dette:

- Over telefon
- Elektronisk melding (helsenett eller tilsvarende)
- Papirbasert, i posten
- Avtaler møte
- På andre måter
(Gi stikkord).....

5. VIDERE OPPFØLGING AV PASIENTEN UNDER OPPHOLDET PÅ SYKEHUSET:

Er det vanlig å ha flere kontakter med sykehuset i løpet av pasientens sykehusopphold?

- Vanligvis tilstrekkelig med bare en kontakt
- Vanligvis må vi ha flere kontakter

Dersom du/dere har flere kontakter med sykehuset under oppholdet: Hva er den vanligste kontaktformen?

- Telefonsamtaler
- Møter
- Elektroniske meldinger
- Skriftlige (papirbaserte) meldinger

Dersom du/dere har flere kontakter med sykehuspersonell under oppholdet:

Under har vi listet opp en rekke påstander om hvorfor det kan være viktig med kontakter med sykehuset under pasientens sykehusoppholdt. Marker i hvilken grad du mener ulike typer begrunnelser er viktig for deg.

	Meget Viktig	Litt viktig	Ikke viktig
Fordi jeg ofte må stille mange spørsmål for å få fram en god forståelse av pasientens funksjonsnivå	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fordi jeg ofte må stille mange spørsmål for å forstå hva som er pasientens behov	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fordi jeg må oppdatere meg når det gjelder evt. endringer i pasientens medisinske tilstand.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

	Meget Viktig	Litt viktig	Ikke Viktig
Kontakter med sykehuset (Forts)			
Fordi jeg må vurdere spesielle behov for medisiner eller utstyr som må være på plass før pasienten kommer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fordi sykehuset ikke kan gi noen presis utskrivningsdato før det nærmer seg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fordi det er nødvendig å diskutere praktiske spørsmål i forbindelse med utskrivning/utreise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annet Gi stikkord):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

X

6. SAMARBEIDET MED SYKEHUSET:

Hvem i sykehuset har du vanligvis mest kontakt med utskrivninger av omsorgstrengende pasienter forberedes:

<input type="checkbox"/>	Avdelingssykepleier
<input type="checkbox"/>	Pasientens primærsykepleier
<input type="checkbox"/>	Teamleder/gruppeleder for teamet som har ansvaret for pasienten i avdelingen
<input type="checkbox"/>	En tilfeldig sykepleier blant flere som deler ansvar for denne pasienten
<input type="checkbox"/>	Andre (beskriv kort)

Din vurdering av samarbeidet med sykehuset:

Under har vi listet opp en rekke påstander om kvaliteten på samarbeidet med sykepleierne i sykehuset. Vi ber deg vurdere i hvilken grad påstanden oppleves som dekkende for dine erfaringer.

	Alltid	Ganske ofte	Meget sjelden	Aldri opplevd	Ingen mening
Jeg opplever at pasienter beskrives som dårligere enn slik vi vurderer det når de skrives ut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg opplever at pasienter beskrives som bedre enn slik vi vurderer det.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg opplever at pleiere i sykehuset er unødvendig tilbakeholdne med viktig informasjon under henvisning til taushetsplikten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg synes pleierne i sykehuset gir gode anbefalinger om hva slags omsorgstilbud pasienten trenger etter utskrivning.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Erfaringer fra samarbeidet med sykehuset (Forts)	Alltid	Ganske ofte	Meget sjelden	Aldri opplevd	Ingen mening ^x
Jeg synes pleierne i sykehuset går for langt i å prøve å bestemme hva slags tilbud pasienten skal ha.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg opplever at pleiere i sykehuset gir pasientene forventninger om et tilbud som vi ikke kan gi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg synes pleierne i sykehuset gir gode råd om rehabilitering/opptrening.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Din vurdering av samarbeidet med sykehuspersonalet:

Marker om du er enig eller uenig i påstandene listet under:

	Enig	Uenig	Ingen mening
Jeg synes det virker som om pleierne i sykehuset er flinke til å informere hverandre ved vaktskifte, slik at de alltid er oppdaterte mht. pasientens situasjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg synes det er lett å få tak i riktig person i sykehuset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er etter hvert blitt godt kjent med de fleste aktuelle kontaktpersoner i sykehuset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vi må forholde oss til så mange ulike personer i sykehuset at det er vanskelig å bli kjent med hver enkelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vi blir alltid møtt med velvilje når vi ringer for å forhøre oss om hvordan det går med pasienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pleiepersonalet i sykehuset gir stort sett gode og treffsikre vurderinger av pasientens funksjonsnivå og behov	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg synes pleierne i sykehuset er flinke til å forstå hva slags informasjon vi trenger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uenighet mellom sykehuset og oss mht når pasienten kan overføres til kommunen fører vanligvis til ubehagelige diskusjoner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sykehuspersonalet er flinke til å beregne når en pasient er klar til utskrivning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vi får beskjed umiddelbart når det oppstår forandringer mht antatt utskrivningsdato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Alt i alt: Hvordan vil du karakterisere samarbeidet med sykehuset rundt utskrivninger av omsorgstrengende eldre?

Utmerket Stort sett bra En god del irritasjonsmomenter Vanskelig

Hva opplever du som de viktigste utfordringene i samspillet med sykehuset?

Gi noen stikkord..... X

Hva slags tiltak tror du ville kunne ha betydning for å styrke samarbeidet mellom sykehus og omsorgstjenesten i din kommune ved utskrivninger av omsorgstrengende pasienter? Marker grad av viktighet. X

Tiltak:	Svært viktig	Litt viktig	Ikke særlig viktig	Helt uten betydning
Mer informasjon fra sykehuset om pasientens medisinske tilstand og behandling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bedre informasjon fra sykehuset om pasientens behov og funksjonsnivå	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Raskere informasjon om pasienten fra sykehuset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elektronisk kommunikasjon mellom sykehus og kommuner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gjensidige hospiteringsordninger mellom sykehus og kommunale omsorgstjenester	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flere langtids- sykehjemsplasser i kommunen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flere korttids- sykehjemsplasser i kommunen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Færre personer å forholde seg til i sykehuset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mer vekt på rehabilitering i kommunal omsorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mindre innblanding fra sykehusets side i hva slags kommunale tilbud pasienten skal ha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klarere råd fra sykehusets side når det gjelder hva slags kommunale tilbud pasienten trenger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personellmessig styrking av hjemmesykepleie i kommunen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personellmessig styrking av praktisk hjelp i hjemmet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiltak for å øke sykehusansattes forståelse av situasjonen i kommunal omsorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiltak for å øke kompetansen i kommunal omsorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiltak for å gjøre det lettere å finne riktig kontaktperson i sykehuset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Andre tiltak? Gi stikkord:

.....

Tre viktigste tiltak:

Blant de mange tiltakene over ber vi deg prioritere det du mener er de 3 aller viktigste, med det absolutt viktigste på topp:

1.....

2.....

3..... X

7. PASIENTBESØK I SYKEHUSET

x

Gjør du pasientbesøk mens pasienten ligger i sykehus?

Alltid Ganske ofte Meget sjeldent Aldri

Dersom du vanligvis ikke gjør pasientbesøk under oppholdet, er det fordi:

Avstanden til sykehuset er for stor

Det krever for mye tid

Jeg synes jeg får tilstrekkelig oversikt over pasientens situasjon og behov uten å besøke pasienten i sykehuset

Pasientbesøk ivaretas av andre

Annet (Stikkord)

.....

8. Dersom du gjør pasientbesøk på sykehuset:

Pasientbesøk på sykehuset gjennomføres:

For alle som søker om sykehjemsplass eller hjemmeskepleie etter utskrivning

Bers for de som søker om sykehjemsplass etter utskrivningen

Bare for de som søker om hjemmesykepleie etter utskrivningen

Bare i helt spesielle tilfeller

(Stikkord):.....

Hva mener du som de viktigste formålene med pasientbesøket?

.....
.....
.....
.....

9. KOMMUNAL BEHANDLING: SØKNADER OM SYKEHJEMSPASS

Skrives søknad om sykehjemsplass på:

Et særskilt skjema for søknad om sykehjemsplass

Likt søknadsskjema for alle typer kommunale omsorgstjenester

Hvem avgjør søknader om plass i sykehjem?

Inntaksteam Pasientkoordinator/sykepleiesjef Andre

(Dersom andre: Stikkord).....

Dersom inntaksteam:

Møtes inntaksteamet til faste tider? Ja Nei

Evt når.....

Vil utskrivningsklare pasienter i sykehus prioriteres til sykehjem foran folk som venter i eget hjem? Alltid Ganske ofte Vanligvis ikke Aldri

x

Når vedtak om tildeling av sykehjemsplass er gjort, hvordan formidles informasjon om dette til det aktuelle sykehjemmet?

x

Muntlig, ved at sykehjemslederen er med på møtene

Muntlig over telefon

Elektronisk via kommunalt fagsystem

På papir

Hvem avgjør søknad om hjemmesykepleie?

Inntaksteam Pasientkoordinator/sykepleiesjef Leder i åpen omsorg

Andre (Stikkord).....

Når vedtak om tildeling av hjemmesykepleie er gjort, hvordan formidles informasjon om dette til de som skal ha ansvaret for pasienten?

Muntlig, ved at sykehjemslederen er med på møtene

Muntlig over telefon

Elektronisk via kommunalt fagsystem

På papir

10. SAMORDNING MED PASIENTENS FASTLEGE

Får pasientens fastlege melding om at hans/hennes pasient etter utskrivning fra sykehus overføres til sykehjem?

Alltid I visse tilfeller ... Aldri

Får pasientens fastlege melding om utskrivning til hjemmebasert omsorg etter sykehusopphold?

Alltid I visse tilfeller Aldri

Hender det at en fastlege gir melding til omsorgstjenesten om at en pasient skal innlegges sykehus og antas å trenge omsorgstjenester etter utskrivning?

Alltid I visse tilfeller Aldri

Vil en slik tidlig melding fra fastlege gjøre det lettere å planlegge et tilbud til pasienten?

Nei, det vil ikke ha noen betydning

Ja, det vil gi et bedre planleggingsgrunnlag

Vet ikke

Alt i alt: Hvor ligger de største utfordringene for å få til gode utskrivninger fra sykehuset?

I samspillet mellom sykehuset og kommunen?

I samspillet mellom ulike ledd i kommunen?

Annet.

Dersom du har svart annet, gi noen stikkord:

.....

Takk for at du tok deg tid til å besvare skjema.

x

1. BAKGRUNNSDATA, SVARGIVER:

x

Stilling.....

Hvor lenge har du arbeidet i kommunal omsorgstjeneste?år

2. BAKGRUNNSDATA, KOMMUNEN:

Antall innbyggere i kommunen (Nærmeste hele 1000).....

Er nærmeste sykehus et universitetssykehus? Ja Nei

Ligger nærmeste sykehus innenfor kommunens grenser? Ja Nei

Dersom nei, anslagsvis hvor lang reisetid med bil?time (-r)

Totalt antall sykehjems plasser i kommunen:

Herav antall korttidsplasser:.....

Er kommunen tilkoblet Norsk Helsenett Ja Nei

3. AVTALE MELLOM KOMMUNEN OG SYKEHUSET.

Er det inngått samhandlingsavtale mellom kommunen og det sykehuset som er lokalsykehus for kommunens innbyggere?

Ja Er under forhandling Nei Vet ikke

Kan sykehuset kreve kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter fra din kommune som blir liggende for lenge i sykehuset? Ja Nei Vet ikke

4. DEN FØRSTE MELDINGEN FRA SYKHUSET TIL KOMMUNEN OM OMSORGSTRENGENDE PASIENTER I SYKEHUSET:

Hvem i kommune er kontaktperson/ mottar henvendelser fra sykehus i forbindelse med utskrivinger av gamle pasienter fra sykehus (Kryss av) ?

Pasientkoordinator/bestillerenhet for kommunale omsorgstjenester

Sykepleiesjef/Helse- og omsorgssjef

Soneleder/distriktsleder i omsorgstjenesten

Andre (Stikkord):

Hvem gjør vanligvis saksutredning for pasienter som skal få omsorg i eget hjem?

.....

Når får kommunen vanligvis den første meldingen fra sykehuset om pasienter som kan trenge omsorg etter utskrivning?

Samme dag som pasienten legges inn En til to dager etter innleggelse

Etter tre til fire dager Først når det nærmer seg utskrivning

På hvilken måte formidles denne første meldingen fra sykehuset?

Elektronisk melding Papirbasert, i posten Over telefon

På andre måter

(Gi stikkord).....

Hvordan får sykehjemmet beskjed om at pasienten skal ha omsorg hjemme?

Får muntlig/telefonisk beskjed

Får vedtak om tildeling av sykehjemsplass overført via kommunens fagsystem

Får papirkopi av melding fra sykehuset

Melding fra sykehuset scannes og overføres via kommunens fagsystem

På andre måter (Stikkord):

Dersom du får overført innleggelsesmeldingen fra sykehuset:

Under har vi listet opp påstander om hvor godt melding om innleggelse dekker ulike informasjonsbehov. Marker grad av enighet med hver enkelt påstand:

	Enig	Uenig	Ingen mening
Meldingen gir vanligvis gode opplysninger om årsak til innleggelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meldingen gir vanligvis gode opplysninger om hva som skal skje med pasienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meldingen gir vanligvis gode opplysninger om forventet utskrivningsdato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meldingen gir vanligvis gode opplysninger om pasientens antatte behov etter utskrivning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meldingen er først og fremst et varsel til oss om å ta kontakt med sykehuset for mer informasjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dersom du mener at denne første meldingen ikke gir tilstrekkelig grunnlag for kommunal planlegging av pasienttilbudet, er det fordi:

Det er for tidlig i pasientforløpet til at sykehuset kan gi sikker informasjon

Personvern hensyn begrenser informasjonen i meldinger av denne typen

Annet (Gi stikkord):

Når dere ha fått melding/varsel om innleggelse, vil du/dere da:

Ta kontakt med sykehuset samme dag

Ta kontakt etter noen dager når situasjonen er mer avklart

Vente til vi hører noe mer fra sykehuset

Avvente mer informasjon fra kommunens kontaktperson mot sykehuset

Dersom du/dere tar kontakt: På hvilken måte gjøres dette:

Over telefon

Elektronisk melding (helsenett eller tilsvarende)

Papirbasert, i posten

Avtaler møte

På andre måter (Gi stikkord)

x

5. VIDERE OPPFØLGING AV PASIENTEN UNDER OPPHOLDET PÅ SYKEHUSET:

Er det vanlig å ha flere kontakter med sykehuset i løpet av pasientens sykehusopphold?

Vanligvis tilstrekkelig med bare en kontakt

Vanligvis må vi ha flere kontakter

Dersom du/dere har flere kontakter med sykehuset under oppholdet: Hva er den vanligste kontaktformen?

Telefonsamtaler

Møter

Elektroniske meldinger

Skriftlige (papirbaserte) meldinger

Dersom du/dere har flere kontakter med sykehuspersonell under oppholdet:

Under har vi listet opp en rekke påstander om hvorfor det kan være viktig med kontakter med sykehuset under pasientens sykehusoppholdt. Marker i hvilken grad du mener ulike typer begrunnelser er viktig for deg.

	Meget Viktig	Litt viktig	Ikke viktig
Fordi jeg ofte må stille mange spørsmål for å få fram en god forståelse av pasientens funksjonsnivå	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fordi jeg ofte må stille mange spørsmål for å forstå hva som er pasientens behov	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fordi jeg må oppdatere meg når det gjelder evt. endringer i pasientens medisinske tilstand.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fordi jeg må vurdere spesielle behov for medisiner eller utstyr som må være på plass før pasienten kommer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fordi sykehuset ikke kan gi noen presis utskrivningsdato før det nærmer seg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fordi det er nødvendig å diskutere praktiske spørsmål i forbindelse med utskrivning/utreise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annet (Gi stikkord):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. SAMARBEIDET MED SYKEHUSET:

Hvem i sykehuset har du vanligvis mest kontakt med utskrivninger av omsorgstrende pasienter forberedes:

Avdelingssykepleier

Pasientens primærsykepleier

Teamleder/gruppeleder for teamet som har ansvaret for pasienten i avdelingen

En tilfeldig sykepleier blant flere som deler ansvar for denne pasienten

Andre (beskriv kort)

.....

X

Din vurdering av samarbeidet med sykehuset:

x

Under har vi listet opp en rekke påstander om kvaliteten på samarbeidet med sykepleierne i sykehuset. Vi ber deg vurdere i hvilken grad påstanden oppleves som dekkende for dine erfaringer.

	Alltid	Ganske ofte	Meget sjelden	Aldri opplevd	Ingen mening
Jeg opplever at pasienter beskrives som dårligere enn slik vi vurderer det når de skrives ut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg opplever at pasienter beskrives som bedre enn slik vi vurderer det.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg opplever at pleiere i sykehuset er unødvendig tilbakeholdne med viktig informasjon under henvisning til taushetsplikten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg synes pleierne i sykehuset gir gode anbefalinger om hva slags omsorgstilbud pasienten trenger etter utskrivning.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg synes pleierne i sykehuset går for langt i å prøve å bestemme hva slags tilbud pasienten skal ha.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg opplever at pleiere i sykehuset gir pasientene forventninger om et tilbud som vi ikke kan gi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg synes pleierne i sykehuset gir gode råd om rehabilitering/opptrening.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Din vurdering av samarbeidet med sykehuspersonalet:

Marker om du er enig eller uenig i påstandene:

	Enig	Uenig	Ingen mening
Jeg synes det virker som om pleierne i sykehuset er flinke til å informere hverandre ved vaktskifte, slik at de alltid er oppdaterte mht. pasientens situasjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg synes det er lett å få tak i riktig person i sykehuset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er etter hvert blitt godt kjent med de fleste aktuelle kontaktpersoner i sykehuset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vi må forholde oss til så mange ulike personer i sykehuset at det er vanskelig å bli kjent med hver enkelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vi blir alltid møtt med velvilje når vi ringer for å forhøre oss om hvordan det går med pasienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pleiepersonalet i sykehuset gir stort sett gode og treffsikre vurderinger av pasientens funksjonsnivå og behov	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

x

<i>Vurdering av samarbeidet (Forts)</i>	Enig	Uenig	Ingen mening ^x
Jeg synes pleierne i sykehuset er flinke til å forstå hva slags informasjon vi trenger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uenighet mellom sykehuset og oss mht når pasienten kan overføres til kommunen fører vanligvis til ubehagelige diskusjoner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sykehuspersonellet er flinke til å beregne når en pasient er klar til utskrivning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vi får beskjed umiddelbart når det oppstår forandringer mht antatt utskrivningsdato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Alt i alt: Hvordan vil du karakterisere samarbeidet med sykehuset rundt utskrivninger av omsorgstrengende eldre?

Utmerket Stort sett bra En god del irritasjonsmomenter Vanskelig

Hva opplever du som de viktigste utfordringene i samspillet med sykehuset?

Gi noen stikkord.....

.....

Hva slags tiltak tror du ville kunne ha betydning for å styrke samarbeidet mellom sykehus og omsorgstjenesten i din kommune ved utskrivninger av omsorgstrengende pasienter? Marker grad av viktighet.

<i>Tiltak:</i>	Svært viktig	Litt viktig	Ikke særlig viktig	Helt uten Betydning
Mer informasjon fra sykehuset om pasientens medisinske tilstand og behandling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bedre informasjon fra sykehuset om pasientens behov og funksjonsnivå	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Raskere informasjon om pasienten fra sykehuset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elektronisk kommunikasjon mellom sykehus og kommuner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gjensidige hospiteringsordninger mellom sykehus og kommunale omsorgstjenester	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flere langtids- sykehjemsplasser i kommunen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flere korttids- sykehjemsplasser i kommunen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Færre personer å forholde seg til i sykehuset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mer vekt på rehabilitering i kommunal omsorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mindre innblanding fra sykehusets side i hva slags kommunale tilbud pasienten skal ha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

x

<i>(Tiltak for bedre samarbeid Forts)</i>	Svært viktig	Litt viktig	Ikke særlig viktig	X Helt uten Betydning
Klarere råd fra sykehusets side når det gjelder hva slags kommunale tilbud pasienten trenger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personellmessig styrking av hjemmesykepleie i kommunen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personellmessig styrking av praktisk hjelp i hjemmet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiltak for å øke sykehusansattes forståelse av situasjonen i kommunal omsorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiltak for å øke kompetansen i kommunal omsorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiltak for å gjøre det lettere å finne riktig kontaktperson i sykehuset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Andre tiltak? Gi stikkord.....

Tre viktigste tiltak:

Blant de mange tiltakene over ber vi deg prioritere det du mener er de 3 aller viktigste, med det absolutt viktigste på topp:

1.....

2.....

3.....

7. PASIENTBESØK I SYKEHUSET

Gjør du pasientbesøk mens pasienten ligger i sykehus?

Alltid Ganske ofte Meget sjelden Aldri

Dersom du vanligvis ikke gjør pasientbesøk under oppholdet, er det fordi:

Avstanden til sykehuset er for stor

Det krever for mye tid

Jeg synes jeg får tilstrekkelig oversikt over pasientens situasjon og behov uten pasientbesøk sykehuset

Pasientbesøk ivaretas av andre

Annet (Stikkord)

.....

Dersom du gjør pasientbesøk på sykehuset:

Pasientbesøk på sykehuset gjennomføres:

For alle som søker om sykehjemsplass etter utskrivningen

Bare i helt spesielle tilfeller

(Stikkord):.....

x

Hva mener du som de viktigste formålene med pasientbesøket?

x

.....

8. PRAKTISK GJENNOMFØRING AV UTSKRIVNINGEN.

Når ankommer vanligvis pasienten sykehjemmet etter utskrivning?

- Formiddag (Før kl 12.00)
 Midt på dagen (Kl 12.00 – 16.00)
 Ettermiddag/kveld (Etter 16.00)

Om dokumentasjon fra sykehuset ved utskrivning.

<i>Marker i hvilke grad du opplever dette som dekkende for dine erfaringer:</i>	Alltid	Som oftest	Noen ganger	Aldri	Ingen mening
Ved utskrivning har pasienten med seg skriftlig orientering fra utskrivende lege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ved utskrivning har pasienten med seg kopi av kurven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ved utskrivning har pasienten med seg en foreløpig epikrise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ved utskrivning har pasienten med seg en fullstendig epikrise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ved utskrivning har pasienten med seg en pleierapport.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pleierapporten er basert på sykehusets elektroniske pasientjournal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pleierapporten er kopi/gjennomslag av håndskrevet dokument	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pleierapportene gir gode opplysninger om årsak til sykehusoppholdet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pleierapportene gir gode opplysninger om pasientens funksjonsnivå	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pleierapportene gir gode opplysninger om pasientens hjelpebehov	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det meste av det som står i pleierapportene har vi allerede orientert oss om gjennom kontakter med sykehuset under oppholdet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Viktige opplysninger om medisiner gis i håndskrevet form	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dårlig lesbarhet i dokumentene gjør at vi må kontakte sykehuset for kontroll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manglende opplysninger i utskrivningsdokumentene gjør at vi må kontakte sykehuset for mer informasjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

x

Om variasjoner når det gjelder dokumentasjonen ved utskrivinger fra sykehuset?
 Marker grad i hvilken grad påstandene listet under er dekkende for dine erfaringer.

	Helt enig	Litt enig	Litt uenig	Helt uenig	Ingen mening
Det er stor variasjon mellom avdelingene i sykehuset når det gjelder <u>hvilke dokumenter</u> som følger pasienten ved utskriving.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Innen hver enkelt avdeling kan det variere fra sykepleier til sykepleier når det gjelder <u>hvilke dokumenter</u> som følger pasienten ved utskriving	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det er stor variasjon mellom avdelingene i sykehuset når det gjelder hvor <u>mye informasjon</u> som gis i de dokumentene som følger pasienten ved utskriving.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Innen hver enkelt avdeling kan det variere fra sykepleier til sykepleier når det gjelder hvor <u>mye informasjon</u> som gis i de dokumentene som følger pasienten ved utskriving.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvordan overføres utskrivningspapirene til sykehjemmets journalsystem?

- De overføres elektronisk fra sykehuset
- De sendes på faks fra sykehuset
- De sendes i posten fra sykehuset
- Vi tar selv kopier/skanner dokumenter av papirer som følger pasienten.

Sender dere kopi av utskrivningsdokumenter til pasientens fastlege?

- Alltid I spesielle tilfeller Aldri

Dersom pasienten har behov for spesielle medisiner: Har pasienten med seg tilstrekkelig medisiner til neste dag (Evt. første virkedag)?

- Alltid Som oftest I spesielle tilfeller Aldri

Har dere muligheter til å skaffe nødvendige medisiner lokalt etter kl 17.00?

- Ja Nei

Dersom pasienten har behov for tekniske hjelpemidler etter hjemkomst, hvem bestiller dette fra hjelpemiddelsentralen?

- Sykehuset Pasientkoordinator/ Kommunens bestillerenhet
 Sykehjemmet

Kan hjelpemidler leveres så raskt at de er på plass når pasienten kommer?

- Alltid Vanligvis Vanligvis ikke Aldri

Hender det at dere må be om at pasienten blir holdt igjen på sykehuset?

- Ganske ofte En sjelden gang i blant Aldri

Dersom pasienter blir liggende lenger i sykehuset enn planlagt pga forhold i kommunen, blir dette møtt med forståelse i sykehuset?

Stort sett Varierer mye Nei, vanskelig å få forståelse for dette

Hender det at du synes pasienten er for dårlig til å ut ved utskrivning?

Ganske ofte En sjelden gang i blant Aldri

Alt i alt: Hvor ligger de største utfordringene for å få til gode utskrivninger fra sykehuset?

I samspillet mellom sykehuset og kommunen.

I samspillet mellom ulike ledd i kommunen.

Annet.

Dersom du har svart annet, gi noen stikkord:

.....

.....

Takk for at du tok deg tid til å besvare skjema!

1. BAKGRUNNSDATA, SVARGIVER:

x

Stilling.....

Hvor lenge har du arbeidet i kommunal omsorgstjeneste?år

2. BAKGRUNNSDATA, KOMMUNEN:

Antall innbyggere i kommunen (Nærmeste hele 1000).....

Er nærmeste sykehus et universitetssykehus? Ja Nei

Ligger nærmeste sykehus innenfor kommunens grenser? Ja Nei

Dersom nei, anslagsvis hvor lang reisetid med bil?time (-r)

Totalt antall sykehjemsplasser i kommunen:

Herav antall korttidsplasser:.....

Er kommunen tilkoblet Norsk Helsenett Ja Nei

3. AVTALE MELLOM KOMMUNEN OG SYKEHUSET.

Er det inngått samhandlingsavtale mellom kommunen og det sykehuset som er lokalsykehus for kommunens innbyggere?

Ja Er under forhandling Nei Vet ikke

Kan sykehuset kreve kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter fra din kommune som blir liggende for lenge i sykehuset? Ja Nei Vet ikke

4. DEN FØRSTE MELDINGEN FRA SYKHUSET TIL KOMMUNEN OM OMSORGSTRENGENDE PASIENTER I SYKEHUSET:

Hvem i kommune er kontaktperson/ mottar henvendelser fra sykehus i forbindelse med utskrivninger av gamle pasienter fra sykehus (Kryss av) ?

Pasientkoordinator/bestillerenhet for kommunale omsorgstjenester

Sykepleiesjef/Helse- og omsorgssjef

Soneleder/distriktsleder i omsorgstjenesten

Andre (Stikkord):

Hvem gjør vanligvis saksutredning for pasienter som skal få omsorg i eget hjem?

.....

Når får kommunen vanligvis den første meldingen fra sykehuset om pasienter som kan trenge omsorg etter utskrivning?

- Samme dag som pasienten legges inn En til to dager etter innleggelse
 Etter tre til fire dager Først når det nærmer seg utskrivning

x

x

På hvilken måte formidles denne første meldingen fra sykehuset?

- Elektronisk melding Papirbasert, i posten Over telefon
 På andre måter

(Gi stikkord).....

Hvordan får sykehjemmet beskjed om at pasienten skal ha omsorg hjemme?

- Får muntlig/telefonisk beskjed
 Får vedtak om tildeling av sykehjemsplass overført via kommunens fagsystem
 Får papirkopi av melding fra sykehuset
 Melding fra sykehuset scannes og overføres via kommunens fagsystem
 På andre måter (Stikkord):

Dersom du får overført innleggelsesmeldingen fra sykehuset:

Under har vi listet opp påstander om hvor godt melding om innleggelse dekker ulike informasjonsbehov. Marker grad av enighet med hver enkelt påstand:

	Enig	Uenig	Ingen mening
Meldingen gir vanligvis gode opplysninger om årsak til innleggelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meldingen gir vanligvis gode opplysninger om hva som skal skje med pasienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meldingen gir vanligvis gode opplysninger om forventet utskrivningsdato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meldingen gir vanligvis gode opplysninger om pasientens antatte behov etter utskrivning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meldingen er først og fremst et varsel til oss om å ta kontakt med sykehuset for mer informasjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dersom du mener at denne første meldingen ikke gir tilstrekkelig grunnlag for kommunal planlegging av pasienttilbudet, er det fordi:

- Det er for tidlig i pasientforløpet til at sykehuset kan gi sikker informasjon
 Personvern hensyn begrenser informasjonen i meldinger av denne typen
 Annet (Gi stikkord):

Når dere ha fått melding/varsel om innleggelse, vil du/dere da:

- Ta kontakt med sykehuset samme dag
 Ta kontakt etter noen dager når situasjonen er mer avklart
 Vente til vi hører noe mer fra sykehuset
 Avvente mer informasjon fra kommunens kontaktperson mot sykehuset

Dersom du/dere tar kontakt: På hvilken måte gjøres dette:

- Over telefon
- Elektronisk melding (helsenett eller tilsvarende)
- Papirbasert, i posten
- Avtaler møte
- På andre måter (*Gi stikkord*) x

5. VIDERE OPPFØLGING AV PASIENTEN UNDER OPPHOLDET PÅ SYKEHUSET:

Er det vanlig å ha flere kontakter med sykehuset i løpet av pasientens sykehusopphold?

- Vanligvis tilstrekkelig med bare en kontakt
- Vanligvis må vi ha flere kontakter

Dersom du/dere har flere kontakter med sykehuset under oppholdet: Hva er den vanligste kontaktformen?

- Telefonsamtaler
- Møter
- Elektroniske meldinger
- Skriftlige (papirbaserte) meldinger

Dersom du/dere har flere kontakter med sykehuspersonell under oppholdet:

Under har vi listet opp en rekke påstander om hvorfor det kan være viktig med kontakter med sykehuset under pasientens sykehusoppholdt. Marker i hvilken grad du mener ulike typer begrunnelser er viktig for deg.

	Meget Viktig	Litt viktig	Ikke viktig
Fordi jeg ofte må stille mange spørsmål for å få fram en god forståelse av pasientens funksjonsnivå	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fordi jeg ofte må stille mange spørsmål for å forstå hva som er pasientens behov	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fordi jeg må oppdatere meg når det gjelder evt. endringer i pasientens medisinske tilstand.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fordi jeg må vurdere spesielle behov for medisiner eller utstyr som må være på plass før pasienten kommer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fordi sykehuset ikke kan gi noen presis utskrivningsdato før det nærmer seg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fordi det er nødvendig å diskutere praktiske spørsmål i forbindelse med utskriving/utreise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annet Gi stikkord):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. SAMARBEIDET MED SYKEHUSET:

Hvem i sykehuset har du vanligvis mest kontakt med utskrivninger av omsorgstrengende pasienter forberedes:

<input type="checkbox"/>	Avdelingssykepleier	
<input type="checkbox"/>	Pasientens primærsykepleier	
<input type="checkbox"/>	Teamleder/gruppeleder for teamet som har ansvaret for pasienten i avdelingen	
<input type="checkbox"/>	En tilfeldig sykepleier blant flere som deler ansvar for denne pasienten	
<input type="checkbox"/>	Andre (beskriv kort)	
	x

Din vurdering av samarbeidet med sykehuset:

x

Under har vi listet opp en rekke påstander om kvaliteten på samarbeidet med sykepleierne i sykehuset. Vi ber deg vurdere i hvilken grad påstanden oppleves som dekkende for dine erfaringer.

	Alltid	Ganske ofte	Meget sjelden	Aldri opplevd	Ingen mening
Jeg opplever at pasienter beskrives som dårligere enn slik vi vurderer det når de skrives ut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg opplever at pasienter beskrives som bedre enn slik vi vurderer det.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg opplever at pleiere i sykehuset er unødvendig tilbakeholdne med viktig informasjon under henvisning til taushetsplikten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg synes pleierne i sykehuset gir gode anbefalinger om hva slags omsorgstilbud pasienten trenger etter utskrivning.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg synes pleierne i sykehuset går for langt i å prøve å bestemme hva slags tilbud pasienten skal ha.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg opplever at pleiere i sykehuset gir pasientene forventninger om et tilbud som vi ikke kan gi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg synes pleierne i sykehuset gir gode råd om rehabilitering/opptrening.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Din vurdering av samarbeidet med sykehuspersonalet:

Marker om du er enig eller uenig i påstandene:

	Enig	Uenig	Ingen mening
Jeg synes det virker som om pleierne i sykehuset er flinke til å informere hverandre ved vaktskifte, slik at de alltid er oppdaterte mht. pasientens situasjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg synes det er lett å få tak i riktig person i sykehuset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er etter hvert blitt godt kjent med de fleste aktuelle kontaktpersoner i sykehuset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vi må forholde oss til så mange ulike personer i sykehuset at det er vanskelig å bli kjent med hver enkelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vi blir alltid møtt med velvilje når vi ringer for å forhøre oss om hvordan det går med pasienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pleiepersonalet i sykehuset gir stort sett gode og treffsikre vurderinger av pasientens funksjonsnivå og behov	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Vurdering av samarbeidet (Forts)</i>	Enig	Uenig	Ingen mening
Jeg synes pleierne i sykehuset er flinke til å forstå hva slags informasjon vi trenger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uenighet mellom sykehuset og oss mht når pasienten kan overføres til kommunen fører vanligvis til ubehagelige diskusjoner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sykehuspersonalet er flinke til å beregne når en pasient er klar til utskrivning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vi får beskjed umiddelbart når det oppstår forandringer mht antatt utskrivningsdato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Alt i alt: Hvordan vil du karakterisere samarbeidet med sykehuset rundt utskrivninger av omsorgstrengende eldre?

Utmerket Stort sett bra En god del irritasjonsmomenter Vanskelig

Hva opplever du som de viktigste utfordringene i samspillet med sykehuset?

Gi noen stikkord.....

.....

Hva slags tiltak tror du ville kunne ha betydning for å styrke samarbeidet mellom sykehus og omsorgstjenesten i din kommune ved utskrivninger av omsorgstrengende pasienter? Marker grad av viktighet.

Tiltak:	Svært viktig	Litt viktig	Ikke særlig viktig	Helt uten Betydning
Mer informasjon fra sykehuset om pasientens medisinske tilstand og behandling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bedre informasjon fra sykehuset om pasientens behov og funksjonsnivå	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Raskere informasjon om pasienten fra sykehuset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elektronisk kommunikasjon mellom sykehus og kommuner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gjensidige hospiteringsordninger mellom sykehus og kommunale omsorgstjenester	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flere langtids- sykehjemsplasser i kommunen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flere korttids- sykehjemsplasser i kommunen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Færre personer å forholde seg til i sykehuset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mer vekt på rehabilitering i kommunal omsorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mindre innblanding fra sykehusets side i hva slags kommunale tilbud pasienten skal ha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<i>(Tiltak for bedre samarbeid Forts)</i>				X
	Svært viktig	Litt viktig	Ikke særlig viktig	Helt uten Betydning
Klarere råd fra sykehusets side når det gjelder hva slags kommunale tilbud pasienten trenger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personellmessig styrking av hjemmesykepleie i kommunen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personellmessig styrking av praktisk hjelp i hjemmet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiltak for å øke sykehusansattes forståelse av situasjonen i kommunal omsorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiltak for å øke kompetansen i kommunal omsorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiltak for å gjøre det lettere å finne riktig kontaktperson i sykehuset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Andre tiltak? Gi stikkord.....

Tre viktigste tiltak:

Blant de mange tiltakene over ber vi deg prioritere det du mener er de 3 aller viktigste, med det absolutt viktigste på topp:

- 1.....
- 2.....
- 3.....

7. PASIENTBESØK I SYKEHUSET

Gjør du pasientbesøk mens pasienten ligger i sykehus?

Alltid Ganske ofte Meget sjelden Aldri

Dersom du vanligvis ikke gjør pasientbesøk under oppholdet, er det fordi:

- Avstanden til sykehuset er for stor
- Det krever for mye tid
- Jeg synes jeg får tilstrekkelig oversikt over pasientens situasjon og behov uten pasientbesøk sykehuset
- Pasientbesøk ivaretas av andre
- Annet (Stikkord)

Dersom du gjør pasientbesøk på sykehuset:

Pasientbesøk på sykehuset gjennomføres:

- For alle som søker om sykehjemsplass etter utskrivningen
- Bare i helt spesielle tilfeller (Stikkord):..... X

Hva mener du som de viktigste formålene med pasientbesøket? X

-
-
-
-

8. PRAKTISK GJENNOMFØRING AV UTSKRIVNINGEN.

Når ankommer vanligvis pasienten sykehjemmet etter utskrivning?

- Formiddag (Før kl 12.00)
- Midt på dagen (Kl 12.00 – 16.00)
- Ettermiddag/kveld (Etter 16.00)

Om dokumentasjon fra sykehuset ved utskrivning.

<i>Marker i hvilke grad du opplever dette som dekkende for dine erfaringer:</i>	Alltid	Som oftest	Noen ganger	Aldri	Ingen mening
Ved utskrivning har pasienten med seg skriftlig orientering fra utskrivende lege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ved utskrivning har pasienten med seg kopi av kurven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ved utskrivning har pasienten med seg en foreløpig epikrise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ved utskrivning har pasienten med seg en fullstendig epikrise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ved utskrivning har pasienten med seg en pleierapport.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pleierapporten er basert på sykehusets elektroniske pasientjournal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pleierapporten er kopi/gjennomslag av håndskrevet dokument	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pleierapportene gir gode opplysninger om årsak til sykehusoppholdet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pleierapportene gir gode opplysninger om pasientens funksjonsnivå	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pleierapportene gir gode opplysninger om pasientens hjelpebehov	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det meste av det som står i pleierapportene har vi allerede orientert oss om gjennom kontakter med sykehuset under oppholdet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Viktige opplysninger om medisiner gis i håndskrevet form	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dårlig lesbarhet i dokumentene gjør at vi må kontakte sykehuset for kontroll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manglende opplysninger i utskrivningsdokumentene gjør at vi må kontakte sykehuset for mer informasjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

X

X

Om variasjoner når det gjelder dokumentasjonen ved utskrivninger fra sykehuset?
Marker grad i hvilken grad påstandene listet under er dekkende for dine erfaringer.

	Helt enig	Litt enig	Litt uenig	Helt uenig	Ingen mening
Det er stor variasjon mellom avdelingene i sykehuset når det gjelder <u>hvilke dokumenter</u> som følger pasienten ved utskrivning.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Innen hver enkelt avdeling kan det variere fra sykepleier til sykepleier når det gjelder <u>hvilke dokumenter</u> som følger pasienten ved utskrivning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Det er stor variasjon mellom avdelingene i sykehuset når det gjelder hvor <u>mye informasjon</u> som gis i de dokumentene som følger pasienten ved utskrivning.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Innen hver enkelt avdeling kan det variere fra sykepleier til sykepleier når det gjelder hvor <u>mye informasjon</u> som gis i de dokumentene som følger pasienten ved utskrivning.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvordan overføres utskrivningspapirene til sykehjemmets journalsystem?

- De overføres elektronisk fra sykehuset
- De sendes på faks fra sykehuset
- De sendes i posten fra sykehuset
- Vi tar selv kopier/skanner dokumenter av papirer som følger pasienten.

Sender dere kopi av utskrivningsdokumenter til pasientens fastlege?

Alltid I spesielle tilfeller Aldri

Dersom pasienten har behov for spesielle medisiner: Har pasienten med seg tilstrekkelig medisiner til neste dag (Evt. første virkedag)?

Alltid Som oftest I spesielle tilfeller Aldri

Har dere muligheter til å skaffe nødvendige medisiner lokalt etter kl 17.00?

Ja Nei

Dersom pasienten har behov for tekniske hjelpemidler etter hjemkomst, hvem bestiller dette fra hjelpemiddelsentralen?

Sykehuset Pasientkoordinator/ Kommunens bestillerenhet
Sykehjemmet

Kan hjelpemidler leveres så raskt at de er på plass når pasienten kommer?

Alltid Vanligvis Vanligvis ikke Aldri

Hender det at dere må be om at pasienten blir holdt igjen på sykehuset?

Ganske ofte En sjelden gang i blant Aldri

x
x

Dersom pasienter blir liggende lenger i sykehuset enn planlagt pga forhold i kommunen, blir dette møtt med forståelse i sykehuset?

Stort sett Varierer mye Nei, vanskelig å få forståelse for dette

Hender det at du synes pasienten er for dårlig til å ut ved utskrivning?

Ganske ofte En sjelden gang i blant Aldri

Alt i alt: Hvor ligger de største utfordringene for å få til gode utskrivinger fra sykehuset?

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | I samspillet mellom sykehuset og kommunen. |
| <input type="checkbox"/> | I samspillet mellom ulike ledd i kommunen. |
| <input type="checkbox"/> | Annet. |

Dersom du har svart annet, gi noen stikkord:

.....
.....

X

Takk for at du tok deg tid til å besvare skjema!