



**Eidsberg
kommune**



**Utviklingscenter
for hjemmetjenester
Østfold**



UiO : Universitetet i Oslo

«Virtuell avdeling»

Sluttrapport for pilotprosjektet «Virtuell avdeling» -
flere gode år i eget hjem med høy kvalitet på
kommunale hjemmetjenester

06.05.2015

*«Jeg synes det er veldig viktig at når du kommer hjem fra sykehuset,
at ikke alle sånne undersøkelser bare stopper. Plutselig skal du liksom være mye bedre,
men det kjennes jo ikke sånn i kroppen.»*

-Pasient i Virtuell avdeling

Innholdsfortegnelse

| | | |
|------|---|----|
| 1. | Innledning og bakgrunn | 5 |
| 1.1. | Sammendrag..... | 5 |
| 1.2. | Økt behov for kommunale helsetjenester..... | 7 |
| | Behov for hjemmesykepleie og praktisk bistand | 8 |
| | Dagens organisering av kommunehelsetjenesten | 8 |
| | Den utskrivningsklare pasienten | 9 |
| 1.3. | Overgangen fra sykehus til hjem | 9 |
| 2. | Prosjekt Virtuell avdeling | 10 |
| 2.1. | Virtuell avdeling (VA) i Eidsberg..... | 10 |
| | Kompetanse i Virtuell avdeling | 11 |
| 2.2. | Prosjektorganisering..... | 12 |
| 2.3. | Forankring og finansiering | 12 |
| | Styringsgruppen | 13 |
| | Prosjektgruppen | 13 |
| | Referansegruppe | 14 |
| 3. | Visjon og mål..... | 14 |
| 3.1. | Visjon..... | 14 |
| 3.2. | Hovedmål..... | 14 |
| 3.3. | Delmål | 15 |
| 3.4. | Pasienter i VA..... | 16 |
| | Varighet på tilbud/oppfølging | 16 |
| | Pasientgrunnlag..... | 17 |
| | Pilotperioden | 17 |
| 3.5. | Logisk modell | 18 |
| 4. | Metode..... | 19 |
| 4.1. | Pasientflyt før Virtuell avdeling..... | 19 |
| 4.2. | Pasientflyt etter Virtuell avdeling..... | 20 |
| | Mottak av pasient i VA | 21 |
| | Hjemmetjenesten etter VA | 23 |
| | Samarbeid med fastlegene..... | 24 |
| | Fysioterapeut i VA | 24 |
| | VA i Eidsberg kommune | 25 |
| | Akademia og VA | 25 |
| 5. | Resultater..... | 25 |
| 5.1. | Pasientene i VA..... | 25 |

| | |
|---|----|
| 5.2 Meldt behov sammenlignet med definert behov av Virtuell avdeling..... | 27 |
| Avvik i medisinliste | 28 |
| Compliance og bivirkninger | 29 |
| Ernæringstiltak | 29 |
| Vitale parameter | 29 |
| Blod/urinprøver..... | 30 |
| Fysioterapi | 30 |
| Hjelpemidler | 30 |
| Hud/sanser | 31 |
| Tannpleie/munnhygiene | 31 |
| Kontakt med fastlege | 31 |
| 5.2 Kvalitet på sykepleierapport/epikrise..... | 31 |
| 6. Evaluering..... | 33 |
| 6.1 Erfaringer fra pasientene i Virtuell avdeling..... | 35 |
| Overgangen til hjemmet | 35 |
| God tid..... | 36 |
| Fysioterapeut i hjemmet | 37 |
| Om helheten..... | 37 |
| God kommunikasjon | 38 |
| Tilbakemeldinger til andre aktører | 38 |
| Brukermedvirkning..... | 38 |
| Trygghet og kompetanse..... | 39 |
| 6.2 Erfaringer fra hjemmetjenesten | 40 |
| 6.3 Erfaringer fra fastlegene..... | 42 |
| 6.4 Erfaringer fra de som har stått prosjektet nærmest..... | 43 |
| 6.5 Samarbeid med sykehus/helsehus..... | 43 |
| 7. Diskusjon..... | 44 |
| 7.1 Organisatorisk | 44 |
| 7.2 AGS | 45 |
| 7.3 Medisinsk faglig rådgiver | 46 |
| 7.4 Fysioterapeut..... | 46 |
| 7.5 Pasientgrunnlag | 47 |
| 7.6 Manglende ergoterapeut | 47 |
| 7.7 Fastlegens rolle | 47 |
| 7.8 Endret tjenestebehov..... | 48 |
| Trenger vi sykepleiere i hjemmetjenesten?..... | 48 |

| | |
|---|----|
| Samarbeid med sykehuset | 49 |
| Utvikling av kompetansen | 49 |
| Internundervisning | 50 |
| 8. Veien videre | 51 |
| 8.1 Medisinsk faglig oppfølging..... | 51 |
| 8.2 Hjemmetjenesten | 52 |
| 8.3 Nye pasientgrupper | 53 |
| 8.4 Ergoterapi..... | 53 |
| 8.5 Evaluering, videreutvikling og forskning..... | 53 |

1. Innledning og bakgrunn

1.1. Sammendrag

De senere år har det pågått en oppgaveforskyvning fra spesialisthelsetjenesten og over til kommunehelsetjenesten. Resultatet er tidligere utskrivningsklare pasienter, og i mange tilfeller medisinsk sett dårligere pasienter. Dette har medført en strukturell utfordring og et økt kompetansebehov som ikke dagens hjemmetjeneste er rustet til å møte.

Med økonomisk støtte fra KS (Kommunesektorens organisasjon) har Eidsberg kommune gjennomført pilotprosjektet, «Virtuell avdeling» (VA) fra september 2014 og ut januar 2015. Denne avdelingsstrukturen er inspirert av det de blant annet i England, kaller «Virtual Ward». Dette er ingen fysisk avdeling med inneliggende pasienter, men en måte å organisere ressursene på.

Totalt 26 pasienter ble utskrevet fra sykehus/helsehus til eget hjem og innskrevet i VA. Disse var over 65 år, multisyke og hadde behov for helsetjenester fra kommunen. VA ble ledet av en spesialsykepleier med master i avansert geriatrisk sykepleie (AGS), og med seg hadde hun en kommunal fysioterapeut. Hovedintensjonen var å kvalitetssikre overgangsfasen for disse pasientene fra sykehus/helsehus til eget hjem, og gjøre den mest mulig sømløs. Pasienten ble møtt i eget hjem og fikk en systematisk og helhetlig vurdering av helsetilstanden av AGS og fysioterapeut. Ved hjelp av validerte kartleggingsverktøy og screeninger ble pasientens totale behov for kommunale helsetjenester avdekket, inkludert medisinsk oppfølging. I VA sørget AGS og fysioterapeut for et tett samarbeid mellom pasient, hjemmetjeneste og fastlege.

Pilotprosjektet avdekket flere forhold:

Det var manglende overensstemmelse mellom meldt behov for kommunale helsetjenester fra sykehus/helsehus og det behovet som ble definert i VA. Særsilt manglet det planer for hvordan hjemmetjenesten skulle observere og monitorere pasientens kliniske tilstand etter utskrivelse fra sykehus/helsehus.

Semi-strukturerte intervju med 15 pasienter og 2 pårørende viste at pasienttilfredsheten i VA var svært høy. De følte seg ivaretatt og trygge og at de i større grad ble informert om egen helsetilstand.

Sykepleierne i hjemmetjenesten merket også en dreining: fra hovedfokus på stell og medisadministrering, ble nå også deres kliniske vurderingskompetanse styrket og etterspurt.

Fysioterapeut ble trukket raskt inn og definerte selv hvilke pasienter som hadde behov for fysikalske tjenester, og var svært tilfreds med et tettere samarbeid med hjemmetjenesten.

Ikke alt gikk som forventet:

I utgangspunktet hadde prosjektet et ønske om å jobbe tett med en ergoterapeut, men ergoterapitjenesten hadde dessverre ikke ressurser å avse til prosjektet. Intensjonen i VA var å etablere et tett samarbeid med fastlegen fra et tidlig tidspunkt, men fastlegenes tilgjengelighet var ikke så god som forventet.

Pilotprosjektet har gitt ideer for veien videre:

VA er en god strukturell løsning for de pasientene som kommer ut fra sykehus/helsehus og har et behov for medisinsk-faglig oppfølging og hjemmetjenester. Kanskje bør VA ikke bare innlemme utskrivningsklare pasienter. Mange av de skrøpeligste, hjemmeboende pasientene kunne hatt nytte av å være en del av en slik kompetanseavdeling. Virtuell avdeling vil også kunne være en god løsning for terminale pasienter som ønsker å dø hjemme. Muligens hadde det vært nyttig at alle nye pasienter, som kommer inn under hjemmetjenestenes omsorg, fikk et opphold i VA for helhetlig kartlegging og vurdering av sin helsetilstand og sitt behov for kommunale tjenester. For å få dette til, kreves det at en egen lege innlemmes i VA der det er behov for tettere oppfølging av pasientene enn det fastlegene kan tilby, samt for å ivareta den medisinsk-faglige kompetansebyggingen i VA/hjemmetjenesten. I tillegg til AGS, fysioterapeut og ergoterapeut, bør flere sykepleiere involveres i VA slik at avdelingen ikke blir for sårbar. Det er også mulig med en modell der AGS sine funksjoner erstattes av sykepleiere med spesiell kompetanse og bistand av lege.

Virtuell avdeling har vært en prosess, der veien har blitt til underveis. Tett monitorering av prosjektet har medført kontinuerlige endringer i tiltaksplaner, logiske modeller og prosedyrer i forsøk på å komme nær en optimal løsning. I Eidsberg er planen å videreføre VA i form av et hovedprosjekt.

1.2. Økt behov for kommunale helsetjenester

Den pågående oppgaveforskyvningen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten har medført at kommunehelsetjenesten oftere og på et tidligere tidspunkt, mottar utskrivningsklare pasienter som trenger videre medisinsk oppfølging og behandling. Disse krav og forventninger kommer til uttrykk gjennom Samhandlingsreformen ¹ og Helse- og omsorgstjenesteloven ². Kommunehelsetjenesten skal i større grad enn tidligere gi helsehjelp til de økende pasientgruppene. Dette innebærer at kommunene må bygge opp en struktur som til dels tilsvarer innleggelse i sykehus. De nye lovene pålegger videre at tjenesten skal fremme helse og forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade og sosiale problemer. Konsekvensen er et behov for endring i kommunenes bemanning, kompetansenivå og organisering i alle ledd av helsetjenesten. Det er også forventet en ytterligere økning i behov for hjemmesykepleie og hjemmetjenester enn det som tilbys og utføres per i dag.

I løpet av de siste 5-10 årene har det totale antall pasienter i somatiske sykehus økt, mens antall liggedøgn har gått ned. Totalt er 68 % av døgnopphold i sykehus øyeblikkelig hjelp. I aldersgruppen 80 år og oppover blir hele 81 % lagt inn som øyeblikkelig hjelp. Gjennomsnittlig liggetid i sykehus per 2013 er 4 døgn, noe lenger for eldre pasienter ³. På samme tid vil flere få livreddende behandling, levestandarden er økt og gjennomsnittlig levealder i Norge øker. Dette medfører samtidig at stadig flere lever med og får demens, antall innbyggere med kroniske sykdommer, kreft og hjertesykdommer øker ⁴. En slik utvikling vil kunne øke behovet for en tettere oppfølging av kommunehelsetjenesten for en periode mot slutten av livet til dårlige pasienter.

¹ [Samhandlingsreformen](#)

² [Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. \(helse- og omsorgstjenesteloven\) - Lovdata](#)

³ [Pasienter på somatiske sykehus - årlig - SSB](#)

⁴ Helse hos eldre i Norge - Folkehelse rapporten 2014 - Folkehelseinstituttet

Behov for hjemmesykepleie og praktisk bistand

På landsbasis har antall plasser på sykehjem gått ned, når det sammenlignes med behovet. Siden 2007 har behovet for «bare hjemmesykepleie», og behovet for «både hjemmesykepleie og praktisk bistand» økt årlig. Ren «praktisk bistand» har derimot minsket. Sett under ett har behovet for hjemmesykepleie og praktisk bistand økt. Utviklingstrekk for antall pasienter som mottar hjemmesykepleie viser en reduksjon for pasienter i alderen 67-79 år, mens pasientgruppen over 80 år har økt. Likeså øker den yngre pasientgruppen under 67 år ⁵.

Ved gjennomgang av kunnskap om svikt i tjenester til skrøpelige eldre, viser det seg at manglende koordinering og organisering av helsehjelpen til eldre ser ut til å være et gjennomgående problem ⁶. Hos den eldste pasientgruppen er helsetilstanden ofte påvirket av mer enn en enkeltdiagnose. De har oftest flere diagnoser (multisykdom), bruker mer enn 3 medikamenter (polyfarmasi), noe som igjen viser økt risiko for legemiddelrelaterte problemer ⁷. Endret organfunksjon, som resultat av aldersendringer eller sykdom bidrar til at endringer i absorpsjon, distribusjon og eliminasjon, øker sannsynlighet for legemiddelrelaterte problemer. Økende kognitiv svikt vanskeliggjør etterlevelsen av den foreskrevne legemiddelbehandlingen (compliance). Det betyr i hvilken grad pasienter tar sine medisiner, eller tar rett dose til rett tid. I tillegg må pasientgruppen forholde seg til ulike nivåer innen helse- og omsorgstjenesten der det i overgangen øker risikoen for feil og svikt også i dokumentasjon av legemiddelbehandling ⁸.

Dagens organisering av kommunehelsetjenesten

Ansvar for oppfølging av legemiddelbehandling i kommunehelsetjenesten er lagt til tilsynslege på sykehjem, og til fastlege for pasienter som mottar hjemmesykepleie/praktisk bistand og andre innbyggere. Studier viser at pasienter som mottar hjemmesykepleie, har færre konsultasjoner hos fastlegen, samtidig som det

⁵ Pleie- og omsorgstenester - årleg, førebelse tal - SSB

⁶ Sørbye L.W, Vengnes E. G, Vetvik E, (2009) Kunnskap om svikt i tjenester til skrøpelige eldre https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/andrepublikasjoner/kunnskap_svik_tjenester_skrøpeligeeldre2009.pdf

⁷ Ranhoff, A. H. (2010) Legemidler til eldre - til nytte eller skade. Tidsskrift for sykepleiere i geriatri og demens, 2(2), s. 6

<https://www.nsf.no/ikbViewer/Content/759633/Geriatrisk%20sykepleie%202010.pdf>

⁸ Mesteig M. Lost in transition – unwanted incidents among geriatric patients after discharge from hospital. Masteroppgave i helsevitenskap, Inst. for samfunnsmedisin, Medisinske fakultet NTNU 2007.

sjelden er et rutinemessig samarbeid mellom hjemmesykepleien og fastlegene om den multisyke, eldre pasienten^{9 10}. Disse momentene betyr at pasientene ikke får den systematiske oppfølging og vurdering av helsetilstand og iverksatt legemiddelbehandling som de er i behov av, og har krav på. Oppfølging og vurdering av pasientene fra kommunens pleie- og omsorgstjeneste kan se ut til å baseres på kontakt ved behov, uten og tydelig definere hva som skal følges opp, og av hvem.

Den utskrivningsklare pasienten

Antall opphold der pasienten er meldt utskrivningsklar (USK) økte med over 260 prosent fra 2011 til 2014. Den største veksten gjelder opphold der pasienten tas imot av kommunen samme dag som han meldes utskrivningsklar. Det kan også se ut til at antall reinnleggelses i sykehus har gått noe opp etter innføring av Samhandlingsreformen. Reinnleggelsene kan knyttes til endringene i utskrivningsmønstre, blant annet kortere liggetid, svikt i samhandling og kommunikasjon mellom tjenestenivåene og manglende systematisk oppfølging av den utskrevne pasienten. Andre mulige årsaker kan være at USK-pasientene er sykere enn tidligere, og at kommunene ikke alltid klarer å gi et godt nok behandlingstilbud for de sykeste pasientene.¹¹

1.3 Overgangen fra sykehus til hjem

Eidsberg kommune har over tid sett utviklingen som har pågått i kommunehelsetjenesten. Det er et tydelig behov for å optimalisere og tenke innovativt om hvordan kommunehelsetjenesten per i dag er organisert for å imøtekomme behovet til den utskrivningsklare, eldre, multisyke pasienten. Det er nødvendig å ivareta helheten gjennom en tydelig organisering og struktur, med oversikt over en tverrfaglig arbeidsprosess. Erfaringsmessig er overgangen fra sykehus/helsehus en sårbar fase, og den blir ytterligere sårbar for de pasientene som skrives ut med et betydelig behov for medisinsk oppfølging. Dette fordrer økt kvalitet og tett samarbeid vedrørende den kommunale, medisinske behandlingen. Den kommunale helsetjenesten er organisatorisk fragmentert, der hver aktør har sin separate, definerte rolle ovenfor

⁹ Helsetilsynet (2009) I Rapport fra tilsyn med hjemmetjenester til pasienter i hjemmesykepleien i Oslo kommune bydel Gamle Oslo. Oslo, Helsetilsynet i Oslo og Akershus.

¹⁰ Næss, G., Bing-Jonsson, P., Østbye Gyltnes, K.A. (2011) «Betre samhandling om multisyke eldre» <http://www.12k.no/getfile.php/Dokumenter/Bedre%20samhandling%20om%20multisyke%20eldre.pdf>

¹¹ Helsedirektoratet Nøkkeltall: Ressursinnsats og aktivitet. <https://helsedirektoratet.no/Style%20Library/Images/icon.ico>

pasienten. I de fleste kommuner er den også fysisk separert. Fastlegene er spredt over kommunens geografiske område og hjemmetjenesten, kommunefysioterapeut og kommuneergoterapeut har alle hver sin lokalisasjon. Dette skaper ytterligere utfordringer for et tett samarbeid. Dette medfører større risiko for at pasienter kan oppleve å «falle mellom to stoler» i overgangen fra sykehus/helsehus til eget hjem, der medisinsk informasjon ikke når fram til rett instans. Kartleggingen av USK-pasienter er tidvis overfladisk og lite helhetlig, kommunikasjonen er usystematisk og tilfeldig, og medisinbehandling blir ikke systematisk kvalitetssikret. Konsekvensen kan bli en utrygg overgang, der oppfølgingen er verken helhetlig, målrettet eller langsiktig.

VA representerer oppstarten på en langsiktig strategi om hvordan Eidsberg kommunes helse- og omsorgstjenester best mulig bør organiseres og hvordan ressursene kan brukes mest hensiktsmessig.

2. Prosjekt Virtuell avdeling

I utgangspunktet er Virtuell avdeling (VA) en organisering av personellressurser i en avdelingsstruktur, uten at pasienten er fysisk innlagt. Slike avdelinger finnes i dag i ulike former, særlig i England, USA og Canada ^{12 13 14}. I England og USA er Virtuell avdeling etablert for å redusere behovet for akutte sykehusinnleggelser for eldre, multisyke pasienter. Dette viser at den Virtuelle avdelingen kan organiseres ulikt, men felles for de alle er at fastlegen/tilsvarende oftest mangler som en viktig deltaker inn i denne strukturen. I Canada er det utviklet en modell som sikrer oppfølging av pasienter med høy risiko for reinnleggelse etter de skrives ut fra sykehus. Her utgår den Virtuelle avdelingen fra sykehuset, men har også deltakere fra kommunehelsetjenesten.

2.1 Virtuell avdeling (VA) i Eidsberg

Det er ønskelig å dra noen paralleller fra hvordan VA har blitt bygget opp i særlig England, men i Eidsberg kommune vil VA ha en litt annen struktur. Kjernen vil være en tidlig intervensjon rettet mot eldre, multisyke pasienter etter utskrivelse fra sykehus

¹² Integrating care for high-risk patients in England using the virtual ward model: lessons in the process of care integration from three case sites | Lewis | International Journal of Integrated Care

¹³ http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/issue-brief/2010/aug/1430_lewis_predictive_modeling_in_action_virtual_wards_intl_brief.pdf

¹⁴ Virtual Ward

eller helsehus. Pasienter skrives ofte direkte ut fra sykehus til egen bolig i Eidsberg. Dette medfører at fastlege på et tidlig tidspunkt skal involveres i både vurdering, og kort- og langsiktige planer for oppfølging av pasientens helsetilstand etter hjemkomst. Organisatorisk vil en spesialsykepleier med master i avansert geriatrisk sykepleie (AGS) ha den ledende funksjonen i avdelingen, samtidig som en tverrfaglig gruppe ansatte følger opp de ulike oppgavene rundt pasienten. I praksis innebærer dette fysioterapeut og hjemmetjeneste. Dette endrer ikke noe på selve strukturen i hjemmetjenesten, men noen av prosedyrene vil bli endret og økt kompetanse vil påvirke holdninger og praksis. Det er i denne sammenhengen viktig å påpeke at med hjemmetjenester, er det snakk om både praktisk bistand og hjemmesykepleie. Eidsberg kommune har samlet disse to definisjonene under en felles enhet, hjemmetjenesten. Endringen for hjemmetjenesten, som følge av VA, foregår i den første perioden etter utskrivelse fra sykehus/helsehus for eldre, multisyke pasienter. I denne perioden vil pasienten være bruker av hjemmetjenesten, og samtidig være innlagt i Virtuell avdeling med oppfølging av AGS og fysioterapeut. Fastlegens rolle i Virtuell avdeling forblir uendret, men det vil tilstrebes en mer aktiv rolle, og involvering på et tidlig tidspunkt for avklaring av pasientens behov og behandling.

Det er valgt en modell der VA er organisert i form av en avdeling, og ikke et team. Det er flere årsaker til dette. Ved å velge en avdelingsstruktur vil organiseringen skape et helhetlig ansvar og arbeidsoppgavene vil være adskilt fra hjemmetjenestens struktur og utformes direkte mot et særskilt mål, nemlig å ivareta USK-pasientene i en overgangsfase. I en avdeling vil også pasientene bli skrevet inn og ut. Dette tydeliggjør perioden VA har ansvar for oppfølgingen, og skaper en tydelig avgrensning til når de ikke lenger skal følges opp av VA.

Kompetanse i Virtuell avdeling

For å imøtekomme den pågående oppgaveforskyvningen fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten må det bygges et tilbud som har kompetanse nok til å ivareta USK-pasienten på en helhetlig og medisinsk forsvarlig måte. Metoden for å gjennomføre dette i Eidsberg er ved å bygge en særskilt avdeling rundt pasienten, der hovedoppgaven er å ivareta pasientens helhetlige behov og sørge for en sømløs overgang fra sykehus/helsehus og til hjemmet.

Eidsberg kommune har valgt å bygge kompetansen i VA med en egen driftsstruktur, der avdelingsleder er sykepleier med master i avansert geriatrisk sykepleie (AGS). Dette er en forholdsvis ny utdanning i Norge. Etter endt utdanning er sykepleieren kvalifisert til å inneha en sentral rolle i pleie- og behandlingstjenestene. Med utgangspunkt i den eldres deltakelse og medvirkning, vil en AGS kunne utføre en grundig klinisk vurdering som grunnlag for avansert sykepleie til eldre med betydelig funksjonssvikt/kroniske sykdommer ¹⁵. Eidsberg kommune ønsker å løfte frem denne nye og viktige kompetansen, ta den i bruk og overføre den til andre ansatte i kommunehelsetjenesten.

I VA er det også en fysioterapeut, som til vanlig er fast ansatt i kommunehelsetjenesten. Det vil i stor grad være opp til AGS og fysioterapeut å definere hvilke av pasientene som kan ha nytte av oppfølging av fysioterapeut. Hensikten er, til forskjell fra vanlig praksis, at tilbud om fysioterapi ikke avhenger av henvisning fra fastlege, sykehus/helsehus. Det vil være et tett samarbeid mellom AGS, fysioterapeut og hjemmetjenesten.

For å sikre at nye tiltak, handlingsplaner og prosedyrer i VA blir medisinsk kvalitetssikret i pilotperioden, vil det være en medisinsk-faglig rådgiver som vurderer de enkelte prosessene. Medisinsk-faglig rådgiver er overlege fra den interkommunale legevakten med bred og relevant erfaring. Rådgiveren er ikke en organisatorisk del av VA, men skal bistå AGS i prosjektperioden og er dermed ikke en del av driftsstrukturen.

2.2 Prosjektorganisering

Virtuell avdeling er et fag- og tjenesteutviklingsprosjekt i Hjemmetjenesten i Eidsberg kommune. Prosjektansvarlig er Dag Fosser (virksomhetsleder i Hjemmebasert tjeneste) og prosjektleder/avdelingsleder av Virtuell avdeling er Wenche Hammer (avansert geriatrisk sykepleier). Virtuell avdeling er også en enhet som blir etablert som en fast organisering innen hjemmetjenestene i Eidsberg også etter pilotprosjektet.

2.3 Forankring og finansiering

Prosjektet er godt forankret i kommunens ledelse og i politiske utvalg som Formannskap og i Hovedutvalg for helse og velferd. Videre er kommunen som vertskap for Utviklingssenter for hjemmetjenester i Østfold, en pådriver for kunnskap og kvalitet i hjemmetjenestene. Lønnsmidler til avansert geriatrisk sykepleier (AGS), er fra 2014 tatt

¹⁵ Avansert geriatrisk sykepleie (master - erfaringsbasert) - Universitetet i Oslo

inn i kommunens driftsbudsjett og er således ikke avhengig av tilskudd. Det er allerede etablert kontor plass med kontor- og mobiltelefon, samt kjøpt inn medisinsk-teknisk utstyr og måleapparater.

Medisinsk-faglig rådgiver, samt rådgiver fra UiO, er fra august 2014 begge engasjert i 20 % midlertidige stillinger. Rådgiver ble det søkt ekstern finansiering til gjennom Kommunesektorens Organisasjon (KS), noe som ble innvilget.

Styringsgruppen

Det avtales at styringsgruppen har møter 2-4 ganger årlig. Styringsgruppen består av:

- Dag Fosser (virksomhetsleder, hjemmebaserte tjenester)
- Øivind Olafsrud (kommunalsjef, Eidsberg kommune)
- Jan Erik Eide (virksomhetsleder, Edwin Ruuds omsorgssenter)
- Alf Johnsen (kommuneoverlege, Askim)
- Silje Bruland Lavoll (kommuneoverlege, Eidsberg)
- Maria Jensberg Leirbakk (rådgiver, UiO)
- Eivind Bjørnstad (prosjektleder, Utviklingssenter for hjemmetjenester i Østfold)
- Wenche Hammer (Avansert geriatrisk sykepleier/spesialsykepleier, Virtuell avdeling).
- Hilde Lie Andersen (Faglig rådgiver, KS)

Prosjektgruppen

Denne gruppen møtes ved behov, og minst 8 ganger i løpet av et kalenderår.

Prosjektgruppen består av:

- Wenche Hammer (avdelingsleder VA/avansert geriatrisk sykepleier)
- Kari Holmås (legevaktsoverlege/medisinsk-faglig rådgiver i prosjektet)
- Ada Bjerke (fysioterapeut, Eidsberg kommune)
- Aina Shernazarova (gruppeleder/sykepleier, hjemmetjenesten, Eidsberg kommune)
- Maria Jensberg Leirbakk (rådgiver, UiO)
- Iren Bjerkeli Wick (saksbehandler v/Forvaltningskontoret, Eidsberg kommune)
- Fastlege-representant (ikke avklart)

Referansegruppe

- Jeanette Magnus (instituttleder, Institutt for helse og samfunn, UiO. Fra og med 2015: seniorrådgiver, Seksjon for ledelse, UiO)
- Marit Kirkevold (professor, avdelingsleder ved avdeling for sykepleievitenskap, UiO)
- Espen Storeheier (overlege ved Helsehuset, Indre Østfold medisinske kompetansesenter (IKS))
- Bjørg Kristoffersen (sykehjemslege v/ Edwin Ruuds omsorgssenter)
- Ronny Andre Lagerkrantz-Heie (overlege, Sykehuset Østfold)

3. Visjon og mål

Det er ønskelig å etablere Virtuell avdeling som et svar på de politiske føringene og utfordringene som primærhelsetjenesten møter etter innføring av Samhandlingsreformen og overføring av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten (2012). Eidsberg kommune har behov for å øke sin kompetanse i møte med stadig dårligere USK-pasienter, det er derfor nødvendig med et tjenestetilbud der dette behovet kan møtes. Virtuell avdeling er svaret på starten av en prosessutvikling av primærhelsetjenestetilbudet i Eidsberg kommune. Vi sier ikke at det er det riktige, eller eneste, svaret på utfordringen. Men vi ser at det er høyst nødvendig å sette i gang med innovative tiltak som kan imøtekomme en stadig mer krevende pasientgruppe. Dette er et langsiktig og krevende arbeid. Vi håper at pilotfasen vil gi oss noen svar på tankene og ideene vi har hatt underveis, både positive erfaringer og utfordringer. En visjon sikter langt frem i tid, men vi vil forsøke å konkretisere hvordan målene for de ulike aktørene kan nås slik at vår langsiktige visjon og hovedmål kan realiseres.

3.1 Visjon

«Flere gode år i eget hjem med høy kvalitet på kommunale helsetjenester»

3.2 Hovedmål

«Økt fokus på koordinering av kommunale helsetjenester og medisinsk oppfølging av pasient i eget hjem i overgangsfasen fra sykehus/helsehus.»

3.3 Delmål

For de ulike aktørene som blir påvirket av prosjektet er det definert egne delmål:

Pasienter

Skal oppleve overgangen fra sykehus/helsehus og til en kommunal helsetjeneste uten avbrudd. Tjenestetilbudet skal være helhetlig koordinert og trygt. Det innebærer økt tilrettelegging av medisinsk behandling og bedret samhandling mellom de ulike aktører, slik at pasienten kan bo i eget hjem.

Eidsberg kommune

Økt kvalitet på ivaretagelse av komplekse pasienter i eget hjem, gjennom tettere og bedre oppfølging i overgangsfasen, og kompetanseoverføring til utøvende tjeneste i kommunen.

Fastlegene

Bedret dokumentasjon og høyere kvalitet på vurdering av helsetilstand til pasientene, samt raskere og tettere oppfølging i overgangsfasen fra Sykehus/Helsehus til hjem. Dette gjennomføres ved rapport fra spesialsykepleier/arbeidsgruppen til fastlege, samstemming av medisiner og samhandling rundt den videre oppfølgingen av pasient i eget hjem.

Sykehus/Helsehus

Ved utskrivning fra sykehus/Helsehus skal informasjon om utskrivningsklar pasient være hensiktsmessig og korrekt i med hensynet til de tjenestene som må iverksettes og den oppfølgingen som kreves.

Hjemmetjenesten

Skal oppleve et kompetanseløft og økt kvalitet på oppfølgingen av pasienter, gjennom systematisk og målrettet kartlegging av pasienters helhetlige behov, iverksetting av tiltak, opplæring og undervisning.

Fysioterapitjenesten

Tidligere og mer systematisk trukket inn i vurdering og behandling av pasientene. Bedre samarbeidsrutinene og koordineringen av de nødvendige tiltak og tjenester rundt pasientene, samt økt samhandling rundt felles plan for oppfølging.

Samfunnet

Kvalitetssikre medisinsk oppfølging rundt den enkelte pasient gjennom en helhetlig og systematisk organisering av de kommunale helsetjenestene og innovativ bruk av kommunale ressurser.

Akademia

Dokumentasjon om hvordan virtuell avdeling med spesialsykepleier som leder kan benyttes i kommunal sektor. I tillegg til hvordan akademia kan samarbeide med kommunal sektor om monitorering og evaluering, samt kvalitetssikre innovative helseprosjekt.

3.4 Pasienter i VA

Inklusjonskriterier:

- Over 65 år
- Vært innlagt i sykehus/Helsehus og meldes til kommunen med behov for helsetjenester
- Minst 3 aktive diagnoser som bidrar til funksjonssvikt
- Samtykkekompetent

Eksklusjonskriterier:

- Pasienter som har rus/psykiatri-diagnoser meldt som hoveddiagnose ved utskrivning.

Varighet på tilbud/oppfølging

Så lenge pasienten har et behov for ekstra oppfølging av VA, vil pasienten være innskrevet i avdelingen. Oppholdet vil vare cirka 2-4 uker, avhengig av hvor lang tid det vil ta å stabilisere pasientens helsesituasjon.

Pasientgrunnlag

Utgangspunktet for pasientgrunnlaget var pasientgruppen som fylte kriteriene for innleggelse målt gjennom månedene mars, april og mai 2014. Utfra dette ble det estimert et månedlig grunnlag på om lag 12-15 pasienter. For å unngå et uhåndterlig pasientantall i piloten, valgte vi å ikke inkludere pasienter utskrevet fra sykehjem.

Pilotperioden

Virtuell avdeling startet opp i september 2014, med intensjon om en pilotperiode som skulle vare til og med ut februar 2015. Grunnet uforutsett fysisk skade hos AGS ble denne perioden avsluttet siste uke i januar 2015.

3.5 Logisk modell

Visjon/mål

Visjon:

Flere gode år i eget hjem med høy kvalitet på kommunale helsetjenester.

Hovedmål:

Økt fokus på koordinering av kommunale helsetjenester og medisinsk oppfølging av bruker i eget hjem i overgangsfasen fra sykehus/helsehus.

Organisering

Styringsgruppe:

- Utarbeider prosjektet, utvikler strategi og sikrer finansiering.
- Ansvar for igangsetting, fremdrift og overvåke aktiviteter.

Institutt for helse og samfunn:

- Eventuelt utføre oppfølging og evaluering.

Referansegruppe:

- Rådføres etter behov og holdes fortløpende oppdatert på prosjektets status.

Prosjektgruppe:

- Kompetanse om prosjektets innhold og hensikt.
- Utvikler rammer og prosedyrer for Virtuell avdeling.
- Tar beslutninger på lavere nivå.

Spesialsykepleier:

- Utfører hjemmebesøk, samler inn data, utarbeider tiltaksplan for bruker og rapporterer til hjemmetjeneste og fastlege.
- Opplæring og tett dialog med hjemmetjenesten.
- Ansvar for å iverksette prosjektet, det daglige operative arbeidet og rapporterer til styringsgruppen.
- Sikre dokumentasjon som muliggjør evaluering.

Tilnærming og delmål

Bruker: Skal oppleve en sømløs og godt koordinert kommunal helsetjeneste. Tjenestetilbudet skal være av høy kvalitet og medføre en trygghet mens bruker er i eget hjem. Dette fordrer god koordinering og økt tilrettelegging av medisinsk behandling og bedret samhandling mellom de ulike aktører.

Hjemmetjenesten: Skal oppnå et kompetanseløft og erfare en bedret koordinering og økning av kvalitet på oppfølgingen av brukere.

Fastlegene: Oppleve en bedret dokumentasjon og høyere kvalitet på vurdering av helsetilstand til pasientene fra hjemmetjenesten. Opplever mer målrettet ressursutnyttelse og bredere grunnlag for sine vurderinger.

Fysioterapeut: Skal tidligere og mer systematisk bli trukket inn hos aktuelle brukerne. Bedret samarbeidsrutiner og koordinering av nødvendige tiltak og tjenester rundt brukerne, samt økt samhandling rundt felles plan for oppfølging av tiltak.

Eidsberg kommune: Økt kvalitet på tjenestetilbudet i eget hjem for komplekse brukere, gjennom tettere og koordinert oppfølging i overgangsfasen mellom sykehus/helsehus og hjem.

Sykehus/Helsehus: Skal ved utskrivning fra sykehus/Helsehus til Eidsberg kommune, formidle hensiktsmessig og korrekt informasjon om utskrivningsklar pasient i forhold til de tjenestene som må iverksettes og den oppfølgingen som kreves for den enkelte.

Samfunnet: Kan forvente økt kvalitet på medisinsk oppfølging rundt den enkelte bruker gjennom en helhetlig og systematisk koordinering av de kommunale helsetjenestene på grunn av en innovativ bruk av kommunale ressurser.

Akademia: Kan fasilitere evaluering av hvordan AGS rollen kan benyttes i kommunal sektor, samt kvalitetssikre det innovative helseprosjekt.

4. Metode

For å kunne beskrive hvordan VA har arbeidet med prosess i pilotfasen, er det viktig å kartlegge hvordan situasjonen for USK-pasientene var i forkant av VA.

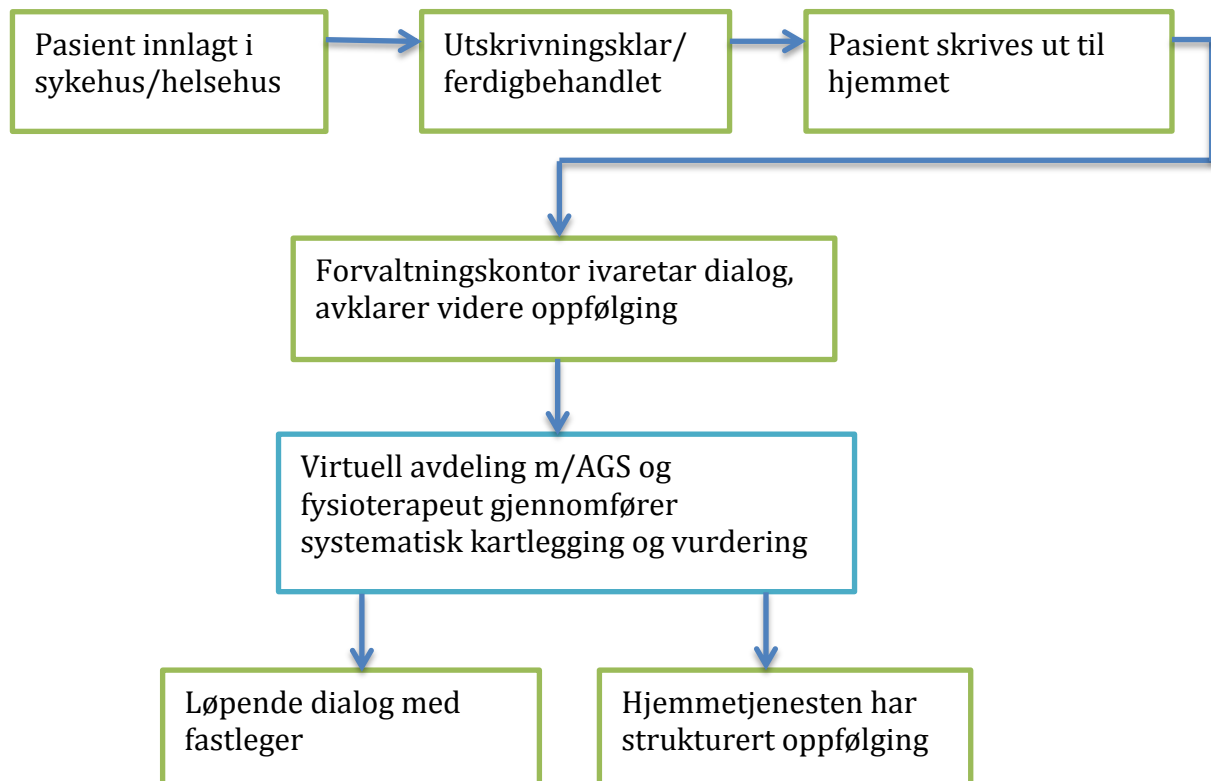
4.1 Pasientflyt før Virtuell avdeling

Ordinær prosedyre var at kommunen mottok en elektronisk melding (e-melding) om en innbygger med behov for kommunale helsetjenester etter utskrivning fra Sykehuset Østfold eller Helsehuset - Indre Østfold medisinske kompetanse-senter (IKS).

Forvaltningskontoret i kommunen kartla pasientens helsetilstand, behov for helsehjelp, boforhold, samt nettverk. Opplysningene ble lagt til grunn for foreløpig tjenestetilbud ved utskrivningen. Ved utskrivning til hjemmet fikk hjemmesykepleien ved gruppeleder opplyst forventet behov for sykepleie. Det avtaltes et foreløpig tidspunkt for et første besøk etter hjemkomst der sykepleier/vernepleier, eller helsefag-/omsorgsarbeider muntlig avklarte med pasient, eventuelt pårørende, behov for bistand og også eksempelvis gjorde i stand eller ga medisiner. Hjemmetjenesten oppfordret pasienten om å få se/få eller ta kopi av sykehusets sykepleierrapport og/eller epikrise (epikrise følger sjelden med pasienten hjem). Kopi(er) ble skannet til pasientens elektroniske journal som vedlegg/grunnlag for aktuell sykehistorie og var utgangspunkt for tiltak som eksempelvis behov for administrering av legemidler, inntil fastlege hadde signert/kontrollert legemiddellisten.

Det forelå ingen faste rutiner for ansatte i hjemmetjenesten når det gjaldt samhandling med fastlege og oppfølging av pasienter med behov for helsehjelp. Hjemmesykepleien sendte ofte kopi av epikrise/sykepleierrapport til fastlege ved bruk av telefaks, for å få oversikt over pasientens legemiddelbruk og eventuelt behov for multidose (ferdigpakkede doseposer med legemidler i tablett/kapsel-form). Nye pasienter ble tildelt primærsykepleier samt sekundærkontakt, som hadde særlig ansvar for å utforme/oppdatere pasientens tiltaksplan (i elektronisk fagjournal), sørget for oppdatering og samstemming av legemiddellisten, vurderte behov for legemiddelgjennomgang samt IPOS-registrering minst to ganger per år eller ved endring av helsetilstand.

Modell for pasientflyt etter VA:



Mottak av pasient i VA

Det er pasienten som har hovedrollen i VA. Det er han, eller hun, som skal oppleve en helhetlig overgang fra innleggelse i sykehus/helsehus til kommunal helsetjeneste. Pasienten skal ikke være ansvarlig for hvordan tjenestetilbudet skal opprette kontakt, eller sørge for at medisinalistene er samstemte. Men, det er svært relevant at pasienten er med å bygge opp det tilbudet han eller hun skal få etter utskrivelse fra sykehus/helsehus. Medbestemmelse og retten til og selv si ifra hvordan tjenestetilbudet best passer den enkelte er vesentlig og skal ivaretas ¹⁶ ¹⁷. Tjenestetilbudet skal også være helhetlig koordinert og trygt slik at pasienten kan bo i eget hjem, som følge av økt tilrettelegging av medisinsk behandling og bedret samhandling mellom de ulike aktører.

¹⁶ Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

¹⁷ Samhandlingsreformen <https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/?docId=STM200820090047000DDDEPIS&ch=1&q=>

Dette innebærer at fysioterapeut og fastlege kobles inn når pasienten har kommet hjem. Pasienten trenger ikke selv å ta kontakt.

1. Forvaltningskontoret oppretter kontakt med sykehus og Helsehus. Endret rutine på å etterspørre siste og aktuelle blodprøvesvar, samt plan for medisinsk oppfølging.
2. AGS og hjemmetjenesten blir varslet av Forvaltningskontoret som at pasient vil bli skrevet ut til hjemmet. AGS etterspør eventuell tilleggsinformasjon i forkant av utskrivelse.
3. Pasient vil bli møtt av sykepleier i hjemmetjeneste og det blir gjennomført en systematisert mottakssamtale med bruk av verifiserte verktøy for å måle: vitale parametere (MEWS) ernæringscreening (MNA del 1), vekt, samstemmer legemiddelliste, samt en individuell kartlegging av pleie og omsorgsbehov (IPLoS).
4. Målet er at AGS skal hjem til pasient innen tre døgn. AGS går gjennom oppholdet fra innleggelse sammen med bruker og gjør en vurdering av legemiddellisten og tar eventuelle problemstillinger opp med fastlege. AGS gjennomfører en systematisk og generell klinisk undersøkelse som innebærer: status presens, gjentakende vitale parametere, øyne, munnhule, hals, hjerte, lunge, thorax/rygg, abdomen, ekstremiteter og hud samt nevrologisk status. På indikasjon gjennomføres ytterligere undersøkelser: Dette kan innebære blodprøvetaking, urinprøver, bakterieprøver og kartleggingsverktøy som MMSE (mini mental status evaluering), fallutredning og gir fastlege forslag ved eventuell videre henvisning til spesialisthelsetjenester. Ved tegn på/ eller risiko for underernæring under kartlegging (pkt 3) vil AGS følge opp dette videre.
5. Brukermedvirkning: Pasientens mål blir systematisk etterspurt og lagt til grunn for videre tiltaksplan som lages av AGS i samarbeid med primærsykepleier i hjemmetjenesten og fysioterapeut.
6. Det utarbeides en skriftlig oppsummerende innkomstrapport som videreformidles til fastlege og hjemmetjeneste.

7. Vanligvis avtales en oppfølgende time innen 14 dager hos fastlege der AGS kan være med bruker.
8. Fysioterapeut kontaktes av AGS og gjennomfører en selvstendig vurdering av bruker. Hun screener den fysiske funksjonen ved hjelp av SPPB (Short Physical Performance Battery). Denne testen vurderer styrke og balanse. På indikasjon vurderes behov for lungefysioterapi og eventuell fallutredning. I samråd med bruker lager de et individuelt treningsopplegg. Pasientens mål blir etterspurt og lagt til grunn for videre plan.
9. Fysioterapeut, AGS og hjemmetjeneste har felles ukentlige møter (tirsdag), om status og videre plan for pasienter i VA.
10. Pasienten følges opp i Virtuell avdeling så lenge det er behov for AGS faglige kompetanse eller koordineringsfunksjon. Deretter utskrives pasienten fra VA, og hjemmetjenesten overtar hovedansvaret dersom det er behov for videre oppfølging. Dette er vanligvis innen fire uker. Ved behov kan pasienten skrives inn igjen i VA.
11. Fysioterapeut følger opp pasienten så lenge det er behov. Ved utskrivning fra VA, vil fysioterapeut følge bruker videre i hjemmetjenesten.
12. AGS og fysioterapeut lager en sluttrapport som videreformidles til fastlege og hjemmetjeneste. I sluttrapporten vil det fremkomme hvilke tiltak som er gjennomført under oppholdet i Virtuell avdeling og plan for videre oppfølging.

Hjemmetjenesten etter VA

Hjemmetjenesten skal få ny kunnskap, oppnå et kompetanseløft, samt erfare en bedre koordinering av tjenesten og økt kvalitet på oppfølgingen til brukere.

1. Det gjøres en bredere og mer systematisk kartlegging av den enkelte bruker. Dette vil kvalitetssikre oppfølgingen fra hjemmetjenesten.
2. Den kliniske vurderingskompetansen styrkes gjennom undervisning i ulike tema og i bruk av ulike verktøy. Dette skjer ved intern opplæring av hjemmetjenestens ansatte med fokus på sykepleiergruppen, blant annet bruk av og implementering

av validerte kartleggingsverktøy som: ALERT(ABCDE, MEWS, ISBAR), MNA (ernæringscreening) og IPLOS.

3. Hver sykepleier har fått en personlig sekk med: stetoskop, blodtrykksapparat, pulsoksymeter, termometer, utstyr til å kunne ta Hb, urinstix, CRP, samt vekt.
4. Det er utarbeidet en sjekkliste som mottakende sykepleier ved første hjemmebesøk benytter. Denne standardiserte sjekklisen inneholder den nødvendige kartleggingen som skal gjennomføres.
5. En differensiert tjeneste, med tydelig ansvarsfordeling og oppfølging, har medført målrettet ressursbruk av de ansatte i hjemmetjenesten.
6. Det er innført systematikk i samarbeidet mellom AGS, fysioterapeut og hjemmetjenesten i form av faste møtepunkter og skriftlig kommunikasjon.

Samarbeid med fastlegene

Det er ønsket at fastlegene skal oppleve en bedret dokumentasjon og høyere kvalitet på vurdering av helsetilstand til pasientene som mottar tjenester fra hjemmetjenesten.

1. Sikre møtepunkter og god, sømløs kommunikasjon med AGS gjennom: telefontilgjengelighet, e-meldinger og felleskonsultasjoner.
2. Innkomst- og sluttrapport fra AGS til fastlege, gjennomgang av medisinalister og samhandling rundt den videre oppfølgingen av bruker.
3. AGS kan fungere som et bindeledd mellom fastlege og bruker, der fastlege har behov for det.

Fysioterapeut i VA

Skal tidligere og mer systematisk involveres i samarbeidet hos aktuelle brukere.

Fysioterapeut skal erfare bedre samarbeidsrutiner og koordinering av nødvendige tiltak og tjenester til brukerne, samt økt samhandling om felles plan for oppfølging av tiltak.

1. Bli kontaktet av AGS etter første møte med bruker, slik at fysioterapeuten selv kan ta stilling til hvorvidt bruker kan ha nytte av fysioterapi.
2. Systematisk kartlegging av bruker ved hjelp av validerte verktøy (SPPB, fallutredning og CAT).
3. Tilbyr ved behov fysioterapitjenester og legger opp en individuell plan i samarbeid med bruker.

4. Instruerer og informerer eventuelt hjemmetjenesten i rehabiliteringstiltak.
5. Vurderer behov for ergonomiske tiltak.
6. Felles, ukentlige møter med AGS og hjemmetjenesten.
7. Utarbeider en sluttrapport som sendes fastlege og hjemmetjenesten.

VA i Eidsberg kommune

Kommunen skal oppleve økt kvalitet på tjenestetilbudet i eget hjem for komplekse brukere, gjennom en tettere og koordinert oppfølging i overgangsfasen mellom sykehus/helsehus og hjem.

1. Systematisk og kunnskapsbasert kartlegging og oppfølging av brukere.
2. Målrettet og differensiert ressursbruk gjennom tydelig og hensiktsmessig oppgavefordeling.
3. Systematisert tverrfaglig samarbeid mellom primærhelsetjenestens aktører.
4. Økt faglig kvalitet og ressursutnyttelse bidrar til et bedre helsetjenestetilbud for befolkningen og god økonomisk forvaltning.

Akademia og VA

Får god erfaring med hvordan kommunene kan ta i bruk den nye avanserte kompetansen som sykepleiere får etter endt utdanning.

5. Resultater

For å kunne si noe om hvem pasientene som ble lagt inn i VA var, hadde AGS et «Førstegangsregistreringsskjema», der det ble fylt inn opplysninger om de pasientene som ble lagt inn i avdelingen. Dette skjemaet var anonymisert, og hadde kun til hensikt å se på pasientgruppen i helhet etter endt pilotperiode.

5.1 Pasientene i VA

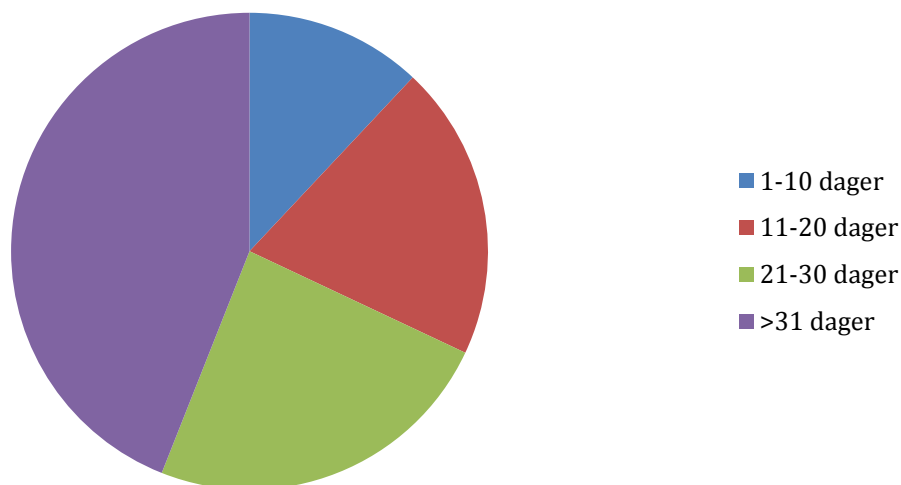
Fra 2.september 2014 til 23.januar 2015 var det totalt 26 pasienter, mellom 66 og 91 år, som fylte kriteriene for innleggelse, og som ble skrevet inn i Virtuell avdeling. Av disse var 17 kvinner og 9 menn. Gjennomsnittsalder var 78,2 år, mens median var 78 år. Dette indikerer at pasientenes alder var likt fordelt over og under 78 år. Av de 26 pasientene ble 2 meldt ut fra Helsehus, og de resterende 24 ble meldt ut fra sykehus.

Antall oppgitte diagnoser i pasientenes utskrivningsnotater/epikrise varierte fra 3 til 8, med et gjennomsnitt på 6 aktive diagnoser. Innleggelsesårsak varierte noe, men hovedvekt var hjerte- og lunge tilstander, redusert allmenntilstand, kreftsykdom og lårhalsbrudd. Av totalt 26 pasienter hadde 11 hjelp av hjemmetjenesten før innleggelse i sykehus/helsehus. 15 nye pasienter ble meldt ut fra sykehus/helsehus med behov for assistanse i en eller annen form fra hjemmetjenesten. Av de to pasientene som kom fra helsehus hadde en hjemmetjeneste fra før. Behov for tjenester som ble meldt til Forvaltningskontoret var i hovedsak ukentlig assistanse til dusj i eget hjem og hjelp til å administrere medisiner, som oftest multidose.

Pasientene var innlagt på VA inntil AGS ikke lenger så det som hensiktsmessig, det vil si at det ikke lenger var behov for avansert oppfølging. Det må påpekes at selv om pasienten var innskrevet i VA, fulgte hjemmetjenesten opp med sine ordinære tilbud/bistand som normalt. Den ekstra oppfølgingen som VA kunne tilby pasientene var blant annet blodprøver, vurdering av vitale parametre, råd og veiledning i forhold til kost og ernæring, mage-tarm problematikk og andre klassiske geriatriske utfordringer. AGS hadde også ansvar for å sikre en helhetlig overgang fra sykehus/helsehus, herunder å kvalitetssikre nødvendig informasjon mellom tjenestenivåene og opprette kontakt med fastlege.

Varighet på oppholdet i VA varierte fra 1 til over 30 dager. Det var kun 3 pasienter med opphold under 10 dager, og 5 pasienter var innskrevet mellom 11-20 dager. Videre økte oppholdet til 21-30 dager for 6 pasienter. Flest pasienter (12) hadde oppfølging mer enn 30 dager i VA. Vi må ta i betraktning at dette var i en pilotfase, hvor det ennå var en del usikkerhet og uklare føringer for når pasientene skulle over til hjemmetjenesten. I tillegg til om VA kunne involveres i tidligere pasienter.

Antall dager pasienter var i Virtuell avdeling



5.2 Meldt behov sammenlignet med definert behov av Virtuell avdeling

Intensjonen med å opprette VA var også at kommunen med økt kompetanse i større grad skulle kunne vurdere helhetlig tjenestebehov hos USK-pasientene. Når sykehus/helsehuset melder en USK-pasient til Forvaltningskontoret blir det ofte oppgitt hvilke tjenester og behov som anses aktuelle i hjemmet. Det er viktig å bemerke at det selvsagt er den som melder pasienten som har oppdatert informasjon om pasientens tilstand. Forvaltningskontoret vil ha eldre opplysninger om pasienten dersom han eller hun tidligere har mottatt hjemmetjeneste, og kan i så måte supplere de oppdaterte opplysningene.

Når pasienten kom hjem, gjennomførte AGS et hjemmebesøk. Ut fra AGS sin vurdering, og i samråd med hjemmetjenesten og fysioterapeut, ble det laget en tiltaksplan med definerte problemstillinger og konkrete tiltak for oppfølging av helsetilstand og effekt/bivirkning av medisinsk behandling. Denne planen definerte de tjenestene som hjemmetjenesten og VA skulle gi pasienten. I 25 av 26 tilfeller ble tjenestebehovet endret som følge av en selvstendig og helhetlig vurdering av VA.

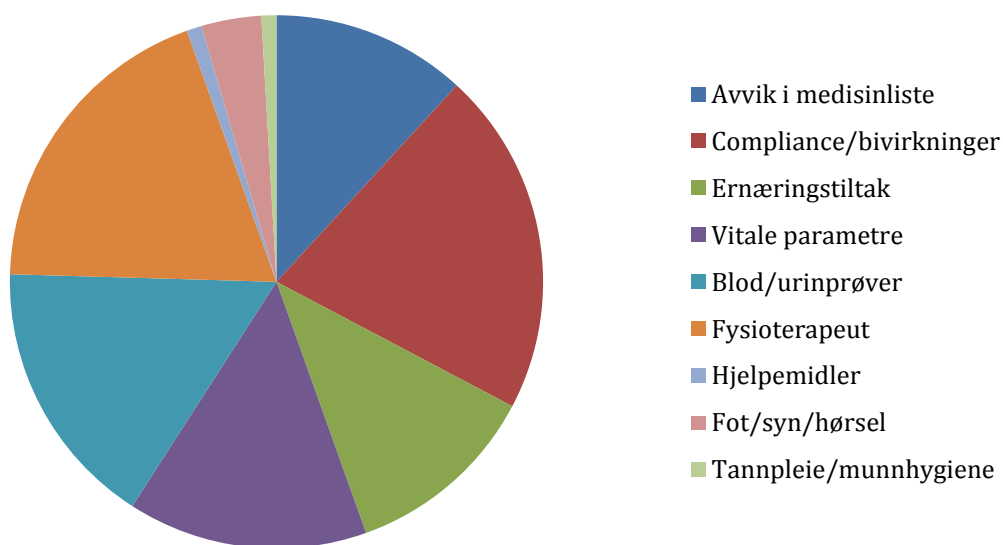
Endringer i tjenestebehovet ble delt inn i ni ulike kategorier:

- avvik i medisinliste
- behov for oppfølging av pasient med tanke på bivirkninger og compliance

- behov for ernæringstiltak
- behov for oppfølging av vitale parameter
- behov for å følge opp pasient med nye blodprøver
- pasient kan ha nytte av fysioterapeut
- behov for hjelpemidler
- tiltak i forhold til fotpleie/hørsel/syn
- behov for tannpleie/munnhygiene.

Deretter registrerte AGS hvilke tiltak hun vurderte pasienten hadde behov for. Disse ble i ettertid sammenlignet med behovene som var meldt fra sykehus/helsehus. Det var kun en pasient som ikke ønsket oppfølging av hjemmetjenesten, hvor AGS heller ikke så behov for endringer i tjenestebehovet til denne pasienten.

Avvik i meldt behov vs VA definert behov



Oversikten viser hvordan de ulike avvikene fra det meldte behovet og det VA definerte behovet til USK- pasientene fordelte seg på det totale antallet avvik

Avvik i medisiner

Av 26 pasienter i VA var det 13 tilfeller (50 %) der det var behov for samstemning/avklaring av hvilke medisiner som skulle tas. Andre avvik var blant annet manglende dato for seponering av medisiner. Hos den geriatriske pasient er det svært viktig å følge med på eventuelle bivirkninger og compliance etter endring av

medikasjon. Dette er opplysninger som sjelden var beskrevet i sykepleierapport eller epikrise. Noen av pasientene opplevde endrede og nye symptomer etter at de hadde kommet hjem. Til eksempel var svimmelhet og smerter vanlige symptomer som avdekket behov for samstemming av medisinliste, endre dose av medisin, eller legge til nye medisiner. Dette skjedde i samarbeid med fastlege.

Compliance og bivirkninger

Det ble vurdert som nødvendig å følge opp 23 av 26 (88,5 %) pasienter med hensyn til compliance og eventuelle bivirkninger og mulige uheldige kombinasjoner av legemidler. Dette handlet blant annet om riktig bruk smertestillende medikamenter, inhalasjonsmedisiner og forebygging av obstipasjon ved opiatbruk, men også uheldige kombinasjoner/doseringer av opiater/psykofarmaka/vanndrivende. Systematiske og konkrete observasjoner når det gjaldt effekt/bivirkning av medikamentell behandling/riktig legemiddelbruk, ble iverksatt og fulgt opp av hjemmetjenestens personale som hadde hyppigst kontakt med pasientene.

Ernæringstiltak

Et viktig tiltak i VA var å identifisere pasienter som var underernært, eller hadde risiko for å bli det. Samtlige pasienter ble screenet ved hjelp av kartleggingsverktøyet MNA (se pkt 3, s.22). Resultatet viste at 65 % (17) ville hatt nytte av et tilbud i forhold til oppfølging av ernæringsstatus. Derimot ønsket kun 50% av disse pasientene oppfølging med konkrete ernæringstiltak. Dette kunne innebære og få levert middag til oppvarming, hjelp til å smøre frokost/kvelds, eller konkrete råd og veiledning innen spesielt tilpasset kost med tanke på for eksempel lav BMI, nyresvikt eller stomi (utlagt tarm).

Vitale parameter

Dette defineres som måling av blodtrykk, temperatur, O₂-saturasjon, puls og respirasjonsfrekvens. Det ble i 16 av 26 (61,5 %) tilfeller vurdert av AGS som et behov for å innføre en foreløpig rutine for måling av noen av de vitale parameterne. Spesielt gikk dette igjen hos de pasientene som hadde vært innlagt på grunn av hjerte- og lunge-tilstander, eller hadde risiko for luftveisinfeksjoner. Sykepleierapportene og epikrisene fra sykehuset/helsehuset var grundige på å beskrive status for pasienten under

oppholdet. Derimot fremkom det oftest ikke behov for ytterligere oppfølging av vitale parametere etter utskrivelse fra sykehus/helsehus.

Blod/urinprøver

Det var ofte behov for oppfølging av status på blodprøver eller urinprøver. Dette så ut til å være noe som i de fleste tilfellene ble konkretisert i epikrisen eller/og sykepleierrapporten hvor det henvises til en kontroll på fastlegens kontor innen en til to uker. I Eidsberg er det investert i en egen blodprøvemaskin der man kan følge opp CRP, samt måle blodprosent, blodsukker, elektrolytter, lever -og nyrefunksjon. Prøvesvar kan foreligge i løpet av 1-2 timer. Dette muliggjør en rask oppdatering av status og fastlege kan korrigere/tilrettelegge for optimal behandling i hjemmet. På bakgrunn av dette har forvaltningskontoret i Eidsberg kommune innført en rutine på å be om at de siste blodprøvesvarene blir sendt med pasienten når vedkommende utskrives fra sykehuset/helsehuset. Hos 14 pasienter ble det vurdert at de hadde nytte av at det ble tatt en blodprøve under oppholdet i VA (kun 2 tilfeller urinprøve) for statusoppdatering, medisinordinasjon, eller i forkant av time hos fastlege.

Fysioterapi

VA består også av en kommunal fysioterapeut. I de tilfellene der sykehuset/helsehuset henviser til fysikalsk behandling, blir det gitt beskjed direkte til fysioterapeuten om dette. Under pilotperioden ble dette gjort for 4 av 26 pasienter. Noe av målet med VA er også fokus på forebyggende - og helsefremmende tiltak for at pasienten skal kunne bo hjemme. Fysioterapeut ble derfor trukket inn tidligere og mer systematisk for en vurdering av pasienten funksjonsevne og kartlegging av behov for fysikalske tiltak. Det var også ønskelig at det var fysioterapeuten selv – og ikke andre – som skulle vurdere hvilke pasienter som hadde behov for slike tiltak. 21 av 26 pasienter fikk vurdering, eller tilbud om vurdering(,) av fysioterapeut ved innleggelse i VA. Øvrige pasienter var allerede kjent for fysioterapeuten og var inkludert i kommunal fysikalsk behandling.

Hjelpemidler

Sykehuset og helsehuset er svært flinke til å vurdere hvilke hjelpemidler pasienter trenger i hjemmet. Det var kun ett tilfelle der det ble registrert et behov for hjelpemidler i hjemmet som ikke var blitt fanget opp under innleggelsen.

Hud/sanser

Spesielt for den geriatriske pasient er huden og sansene sentrale deler av kroppen som ofte kan medføre vansker, smerter og isolasjon. Det var 4 pasienter som hadde behov for tiltak rettet mot fot/syn eller hørsel. Dette dreide seg om ørevoks, diabetessår på bena, trykksår, behov for synskontroll etc.

Tannpleie/munnhygiene

Nedsatt spyttproduksjon/munntørrehet er en vanlig konsekvens som følge av dehydrering, underernæring og vitaminmangel, samt en vanlig bivirkning av mange medisiner. Dette medfører lett sår og rifter i munnhulen og kan gjøre det vanskelig å spise/drikke. En av 26 pasienter hadde behov for konsultasjon med tannlege/tannpleier.

Kontakt med fastlege

Fastlegene ble delt inn i fire grupper. I Eidsberg kommune er det tre legekantor, som ble gruppe 1, 2, og 3. Det fjerde alternativet var de pasientene som hadde fastlege som ikke var tilknyttet ett av disse kontorene. En av oppgavene til AGS var å skrive og sende en utfyllende rapport om den systematiske kliniske undersøkelsen til pasientens fastlege. I de fleste tilfeller var det også behov for å komme i kontakt med fastlegen. Dette ble notert i «Førstegangsregistreringsskjemaet». Her ble både metode for kontakt (e-melding via pasientjournal, fax, personlig oppmøte, eller telefon) og tidspunkt for tilbakemelding registrert. Det viste seg at e-melding ga 1-2 dager raskere tilbakemelding i de tilfellene fastlegene anså det nødvendig. Noen ganger var rapporten fra AGS kun til orientering for fastlegen, i de tilfellene var det heller ikke noe behov for tilbakemelding.

5.2 Kvalitet på sykepleierapport/epikrise

I forkant av hjemmebesøket fra VA hadde AGS tilgang på sykepleierapport/epikrise, dersom denne var tilgjengelig fra sykehus/helsehus. Utfra epikrisen skal det være mulig å få en oversikt over pasienten, innleggelsesårsak, behandling under innleggelse og diagnose(r). Det er også viktig at pasientens funksjonsnivå og hjelpebehov er dokumentert ved utskrivelse. Det skal også følge med en oppdatert medikamentliste slik at det er praktisk mulig for VA og hjemmetjenesten å planlegge medikamentadministreringen. Videre skal en sykepleierapport legge grunnlaget for en videre behandling og oppfølgingsplan for pasienten, med oppfølging fra

spesialisthelsetjenesten, fastlege, men også hva pasienten forventes å ha behov for av hjemmesykepleie/praktisk bistand. Piloten avdekker noe begrenset informasjon i dokumentasjonen som omhandler pasientens helsestatus ved utskrivelse. Til tross for endret rutine hos forvaltningskontor med å etterspørre blodprøvesvar/behandlingsmål, manglet dette i de fleste tilfellene. Sykepleierapport og epikrise kan også inneholde ulike opplysninger om diagnoser og undersøkelser gjort under sykehusoppholdet. Sykepleierapporten er den mest informative om pasientens funksjonsnivå. Erfaringen er at hjemmesykepleien får lite eller ingen informasjon om pasientens helsestatus, for eksempel grad av hjertesvikt, lungesvikt og nyresvikt.

Epikrise fra sykehuset/helsehuset blir sendt til pasientens fastlege og pasienten får med seg en foreløpig epikrise ved utskrivelse. I samråd med pasient får hjemmetjenesten/VA ta kopi av medsendt dokumentasjon som underlag for videre oppfølging.

Informasjonsoverføring mellom tjenestenivåene ble vurdert ved å vurdere innhold i sykepleierapport/epikrise. Dette ble gjennomgått av AGS og registrert i et spørreskjema med fire kategorier som ble besvart med «ja», eller «nei»:

1. Korrekte diagnoser og dokumentert behandling under innleggelse.
2. Beskrevet funksjonsnivå og hjelpebehov ved utskrivelse.
3. Oppdatert medikamentliste.
4. Plan for oppfølging av medisinsk behandling.

I kun 2 tilfeller var det ufullstendig dokumentasjon av pasientens diagnoser eller hvilken type behandling som var gitt under innleggelsen. Funksjonsnivå og hjelpebehovet ved utskrivelse manglet i 5 av pasienttilfellene. Det er viktig å påpeke at selv om dette var dokumentert, var det tilfeller der dokumentasjonen ikke var korrekt eller var ufullstendig. Noe av dette kan være på grunn av endret mobilitet etter at pasienten kom hjem, økte smerter som endret funksjonsnivå (for eksempel på grunn av seponert smertelindring), eller andre årsaker og symptomer som endret status etter hjemkomst. I 8 av tilfellene manglet pasienten en oppdatert medikamentliste. En oppdatert medikamentliste innebar en samstemt liste mellom epikrise og de faste medisinene pasienten stod på fra tidligere (dersom det ikke gikk frem av rapportene at dette var seponert). Hos til de 13 pasientene der det var registrert behov for endring av

medikamentene var det også avvik (s.29 «Avvik i medisinliste»). De 8 registrerte pasientene hvor det manglet oppdatert medikamentliste var alle blant de 13 der det var registrert avvik i medisinlistene. Det vil si at 5 pasienter hadde en oppdatert medikamentliste, men der det likevel var behov for samstemming av andre årsaker.

Ikke helt uventet manglet planer for videre behandling i 13 av 26 tilfeller. Dette vil si at pasienten ble utskrevet uten dokumentasjon for oppfølging av fastlege, spesialisthelsetjenesten eller hjemmetjenesten. Pasienten ble alltid utskrevet med behov for et tiltak fra kommunale helsetjenester. I motsatt fall ville ingen av pasientene fått tilbud og oppfølging fra VA. Derimot la ikke rapportene vekt på behov for klinisk oppfølging utover det innmeldte behovet til Forvaltningskontoret. Som nevnt tidligere var behovene i de fleste tilfeller definert som «hjelp til ukentlig dusj» eller «legemiddeladministrering».

6. Evaluering

Gjennom kontinuerlige møter i styringsgruppen og prosjektgruppen har intensjonen vært å kunne se tilbake og oppsummere og informere om det arbeidet som har blitt gjennomført. Eventuelle utfordringer som har dukket opp underveis, har blitt diskutert og bearbeidet i plenum. Både styringsgruppen og prosjektgruppen har vært bredt sammensatt med representanter som hver har sine intensjoner og sine definisjoner for hva VA bør inneholde og hva VA skal tilføre Eidsberg kommune og dens innbyggere.

Det har vært et viktig ledd i pilotprosjektet å sikre **at alle aktive deltakere** i størst mulig grad skulle bli gitt muligheten til å komme med skriftlig eller muntlig tilbakemelding på sin erfaring fra prosjektet. Vi valgte å dele ut spørreskjema til hjemmetjenesten (vedlegg 1), fastlegene (vedlegg 2) og de som har stått nærmest prosjektet og deltatt aktivt i de ulike utviklingsfasene (vedlegg 3). Tilbakemeldingene har vært anonyme for fastlegene og hjemmetjenesten. Dette ble gjort fordi det ellers kunne bli vanskelig å få frem det som har vært vanskelig eller utfordrende. Det ble også holdt et møte der fastlegene kom med muntlige tilbakemeldinger om VA.

For de 26 pasientene som har vært deltakere og brukere av Virtuell avdeling vurderte vi spørreskjema til ikke å være like formålstjenlig. Det var i større grad ønskelig å forsøke, gjennom et semi-strukturert intervju å fange opp hvordan de opplevde den nye strukturen og på hvilken måte de opplevde dette som et positivt eller negativt møte. Det ble dermed utviklet en mal for intervjuet (vedlegg 4). AGS tok så telefonkontakt med pasientene/pårørende av pasienter som hadde vært innlagt i avdelingen. Det ble også laget en mal (vedlegg 5) for å sikre at den informasjonen som ble gitt i forkant av intervjuet ikke var ledende for de spørsmål som ville komme, eller på annen måte skulle legge føringer for hvilke svar vi forventet/ønsket. Av 26 pasienter, døde 2 pasienter i pilotfasen. I perioden da vi foretok intervjuene var også 2 pasienter innlagt på sykehjem, og begge ble oppfattet som for dårlige til å gjennomføre intervju. Ytterligere 4 pasienter var ikke aktuelle da de ikke husket besøket, 2 pasienter var innlagt på sykehus og en pasient ønsker ikke å delta på et intervju. Dette innebar totalt 17 intervju av totalt 26 pasienter, hvorav 2 var pårørende.

For de 4 pasientene som ikke husket besøket grunnet demens, eller dårlig hukommelse, fant vi det ikke hensiktsmessig eller gjennomførbart å foreta et intervju. Vi fant det heller ikke etisk forsvarlig å plassere en person med dårlig hukommelse, eller svært redusert psykisk tilstand, i en situasjon der det ville være vanskelig å besvare spørsmål. En slik opplevelse ville ikke være hensiktsmessig verken for evalueringen av prosjektet, eller for tillitsforholdet som har blitt bygget mellom hjemmetjenesten eller AGS og pasient/pårørende.

Totalt ble det gjennomført 17 semi-strukturerte intervju i midten av mars 2015. Av disse var 15 intervjuobjekter tidligere pasienter som hadde vært innlagt i VA og 2 intervjuobjekter var pårørende av tidligere pasienter. Før intervjuet startet ble det gitt gjentakende informasjon om hensikten med besøket og intervjuet. Det ble også bedt om et skriftlig samtykke til å ta opp intervjuet på båndopptaker (bærbar diktafon). Dette var for å unngå misforståelser av hva som ordrett ble sagt, men også for å sikre materiale for evalueringen. Notater underveis ville med stor sannsynlighet blitt preget av seleksjon, og dermed ville mye av hensikten være borte. Intervjuet ble ledet av AGS.

6.1 Erfaringer fra pasientene i Virtuell avdeling

Vi vil påpeke at pasientene og pårørende som vi intervjuet er en selektert gruppe. Ingen var demente, og alle var orientert for tid og sted. Noen av dem hadde vansker med å huske tilbake i tid, til de hadde hjemmebesøket av AGS. For enkelte pasienter var dette besøk som hadde foregått i september 2014. Under noen av disse intervjuene ble det tydelig at hukommelsen sviktet. Pasienten valgte i disse tilfellene oftest å gjenta seg selv, uavhengig av hva som var spørsmålet, uten å si noe konkret. Til eksempel: «*Jeg var jo veldig trett da,*» eller «*jeg var jo veldig sliten den gangen*». De intervjuene (2 intervju) der dette ble lagt spesielt godt merke til, vil vi ikke bruke sitat fra. Dette er fordi vi tviler på bakgrunnen for valgt av svar og føler oss usikre på om pasienten husket besøket, svarene blir dermed tvilsomme.

Det er viktig å informere om at intervjuet var formet som et semi-strukturert intervju mellom AGS og pasient og/eller pårørende. Dette innebærer at hvor sitatet sier «du», betyr det AGS.

Overgangen til hjemmet

Det var flere av pasientene som beskrev utskrivningen/overgangen fra sykehuset/helsehuset som noe utrygg og usikker:

«Det har nok vært en «missing link» akkurat den overgangen fra sykehuset og hjem»

Mange vet kanskje ikke helt hvordan det vil bli å komme hjem. Kanskje det høres forlokkende å komme til sitt eget, sitt eget hus, med sine kjente omgivelser. Men det er ikke sikkert at det er slik det blir:

«Jeg hadde regnet med at jeg skulle greie meg selv (...) jeg ble så overrasket, til min glede får jeg si da du kom. Fordi jeg var så nedkjørt, kroppslig og mentalt. Så den støtten, bare det å få tatt prøvene (blodprøvene) her hjemme. Ja, det må jeg si var helt fantastisk. Du føler deg tryggere og sikrere når du får sånn hjelp. Så jeg vil si det var enestående»

«For det er ikke bare bare å bli plassert sånn her, hjemme hos seg selv. En trenger jo støtte og alle de prøvene og medisinene som skal tas. Også legen da, som skal si noe. Der snakket jo du med han og ordnet alt.»

Andre pasienter er klar over at det vil bli en overgang med noen utfordringer når de ikke lenger er på sykehus/helsehus. Noen gruer seg kanskje til og med til å skulle bli skrevet ut:

«Det er en så veldig ømtålig situasjon når du kommer hjem»

«Jeg synes det er veldig viktig at når du kommer ut av sykehuset, at ikke alle sånne undersøkelser bare stopper. Plutselig skal du liksom være mye bedre, men det kjennes jo ikke sånn i kroppen.»

God tid

Vi hadde på forhånd kunnskap om at tid til oppfølging i hjemmet har betydning for opplevelse av kvalitet hos pasientene. «Stoppeklokkementalitet» har vi alle hørt om i hjemmetjenesten og i helsetjenester¹⁸. Selv om ikke Eidsberg drifter sitt hjemmetjenestetilbud etter et slikt prinsipp, visste vi og ønsket vi at VA skulle være en motvekt til stress under hjemmebesøket¹⁹. En grundig og god helseundersøkelse skal ta tid, og vi antok at dette ville komme til uttrykk av pasientene. Men vi ble likevel overrasket over hvor stor betydning dette hadde:

«Han forgudet deg jo. Han bare gikk og ventet på at du skulle komme.»

«Du hadde bedre tid. Så fulgte du opp med å kontakte fastlegen. Jeg trengte ikke gjøre det»

¹⁸ Nortvedt, P. (2014) «Er omsorg realistisk?»
<https://sykepleien.no/etikk/2014/04/er-omsorg-realistisk>

¹⁹ Andersen, C. (2014) «Vil ha tillit fremfor stoppeklokke»
<https://sykepleien.no/2014/10/vil-ha-tillit-fremfor-stoppeklokke-0>

«Jeg syntes at det var greit at det kom noen som spurte hva jeg hadde behov for. Uten at jeg måtte be om det. Fordi da kunne jeg tenke litt høyt også det var bare positivt.»

Fysioterapeut i hjemmet

VA bestod ikke bare av en sykepleier med master i avansert geriatri. Fysioterapeut var også inkludert i avdelingen. Men i hvilken grad hadde pasientene fått dette med seg?:

«Du kunne også hjelpe meg med hva jeg skulle videre. Og for meg så var det å få fysioterapi. Det var veldig viktig, og da hun (fysioterapeuten) kom så hadde hun gjort grundige forberedelser. Hun hadde lagt planer og ringt rundt for hvordan dette ville bli best mulig for meg. Det var så godt, det ga liksom mening. Og hun visste hva jeg ikke burde gjøre. Vi lagde da videre planer sammen. Skriftlig program hver gang.»

«Og hun 'fysioen' som var her da og hjalp meg, helt fantastisk.... må jeg si. Hun kom jo med en gang.»

Om helheten

Prosjektet har lagt stor vekt på at VA skulle være en motvekt til spesialisthelsetjenestens differensierte tankegang rundt pasientens helsetilstand. Kartleggingen av pasienten skulle uavhengig av innleggelsesårsak ivareta hele pasienten. Klarte pasientene å fange opp denne dreiningen?:

«Jeg fikk jo liksom også innblikk i saker og ting. Hva jeg burde spise, og hvordan medisinene virket... og sånn»

«Alle disse tingene henger jo sammen, ikke sant? Hvordan du har det i kroppen... og i hodet. Det er lett å snakke om hvor du har fysisk vondt, men.. altså.. så viktig å snakke om de andre 'vondtene' (mentale smerter), for de henger jo ofte sammen. Det var så fint at du så det, at jeg var mer enn bare hvorfor jeg hadde vært på sykehuset.»

«Jeg opplevde det som veldig koselig. Så godt at det var noen som hadde tid... til å se grundig på meg og undersøke meg... sånn ordentlig»

«Vanligvis så er hjemmetjenesten her og de fokuserer på såret. Men du spurte jo liksom om alt.. alt sammen, og tenkte liksom på hvordan dette egentlig hang sammen. Men, altså hjemmetjenesten er helt fantastiske.»

God kommunikasjon

Grunnlaget for å kunne ta imot og gi ut informasjon, handler om å være mottakelig for et, som for noen oppleves som sensitive opplysninger. For eksempel helseopplysninger, formidles ofte i tillit. Tillit bygges gjennom god kommunikasjon:

«Så dette med god kommunikasjon. Det er viktig, vi hadde det da du var her. Jeg tror det er ikke å være bedreviter, men vite bedre og kunne formidle og dele det»

«Vi hadde en vettug (vettig) kommunikasjon. Det er jo viktig at den som kommer har litt kunnskap og kan gi litt råd og hjelp. Jeg føler at det er viktig med kompetanse. At du merker at den som kommer til deg har kompetanse. Det hadde du.»

Tilbakemeldinger til andre aktører

For noen av pasientene var det viktig at andre også fikk vite hvor fornøyde de var med VA og hjemmetjenesten. Men de ønsket også å fortelle hva andre hadde sagt om VA:

«Jeg håper at de fortsetter med det her, innen kommunen. Fordi jeg tror at det har veldig stor betydning».

«For jeg var jo så fornøyd med tilbudet fra kommunen, at jeg sendte en mail til ordføreren.(...) så fornøyd med hjemmesykepleien, fysioterapeut og med deg.»

«Legen min så også at det hadde vært veldig greit at du hadde gjort alle disse undersøkelsene (...) Det hadde vært veldig viktig sa han.»

Brukermedvirkning

Et av spørsmålene gikk direkte på om de følte at de hadde fått være med å bestemme hvordan tjenestetilbudet deres skulle være:

«Jeg bare ringer om et besøk ikke passer. Jeg har så god kommunikasjon med både hjemmesykepleien og med deg. Det er bare å si ifra, begge veier»

«Så ble jeg jo spurt om hva jeg ville. Ikke bare hva andre hadde sagt jeg skulle få.»

«Jeg fikk jo lov til å si hva jeg ville. Jeg kunne bestemme selv hva det var jeg ville ha hjelp til med.»

Trygghet og kompetanse

Et av delmålene til pasienten er å gjøre overgangen fra innleggelse til hjem slik at den føles som en trygg forandring. Dette kan kalles en optimal setting. En setting der samarbeidet mellom de ulike aktørene fungerer på en slik måte at pasienten ikke opplever at han eller hun aktivt må sørge for at nødvendige tiltak og handlinger gjennomføres. En slik setting er også avhengig av at den som skal sørge for at pasienten føler seg trygg, samtidig har bred faglig og relevant kompetanse til å besvare og imøtekomme pasientens behov for kunnskap:

«Jeg følte meg med en gang mye tryggere når du kom inn i bildet. Det er hvordan du prater med meg, og at du vet ting som gjør at jeg blir rolig og føler meg trygg.»

«Da du kom så vil jeg si at jeg var veldig takknemlig. For du tok både prøver, målte pulsen, blodtrykket og veide meg. Min fastlege gjør aldri det når jeg er der(...) og jeg vil jo gjerne vite det... hvordan det egentlig går med meg.»

«Det hadde veldig mye å si at du kom inn i bildet her. Ja, det hadde nesten alt å si.»

«Jeg var mere trygg når du kom innom og fulgte med hvordan det gikk med meg. Det er jeg ikke hos fastlegen. Jeg tror ikke han vet det egentlig... hvordan det går»

«Du fortalte oss (pårørende som snakker) om hva disse blodverdiene sto for. Så det har jeg skrevet opp, så nå kan vi følge med selv. Det var veldig fint av deg. Så du lærte oss ganske mye. Så vi kan følge med og se at det blir riktig medisinerer. Vi kan nå følge med og forstå. Av legen fikk vi ikke noen oppfølging»

6.2 Erfaringer fra hjemmetjenesten

Av totalt 42 fast ansatte i hjemmetjenesten var det 22 som besvarte evalueringsspørsmålene. Dette tilsvarer en svarprosent på 53 %. Sett i lys av at hjemmetjenesten fikk ei uke på å besvare spørsmålene, mange jobber turnus og flere ga tilbakemelding på at det ikke følte de hadde god nok informasjon om prosjektet til å uttale seg, er vi fornøyde med antall besvarelser.

På generelt grunnlag var de svært fornøyde med av AGS «tok tak» i saker og fulgte opp pasienten så raskt. Det gjorde at deres hverdag og arbeid ble lettere å forholde seg til. En plan for pasienten raskt kom på plass, medisinalistene var korrekte, og fysioterapeut var tidlig på banen og involvert i planene som ble lagt videre for det helhetlige pasientbildet. For spesielt de dårligste pasientene ble det uttrykt positivitet for at det var blitt opprettet en egen avdeling som tok seg av overgangsfasen fra sykehus og hjem. Samtidig var det lettere å få oversikt over de nye pasientenes behov utfra en grundig kartlegging.

Det ble bemerket at fokuset var flyttet seg mer fra den praktiske bistanden og over i klinikken. Dette hadde også ført til bedre dialog rundt pasientene. VA også var til stede før og under ordinær rapport på dagvakter. Dette førte til et bedre faglig grunnlag, dokumentasjonen og begrunnelsen for de ulike tiltakene som var opprettet for pasientene i VA.

Samarbeidet mellom hjemmetjenesten og VA ble opplevd som synlig og tilgjengelig. Det kunne noen ganger være litt uklart hvem som hadde til oppgave å følge opp de ulike tiltakene så lenge pasienten var innlagt i VA, og når de ulike tiltakene skulle avsluttes.

Det kom noen tilbakemeldinger fra enkelte brukere om at det første besøket av ansatte i VA kunne bli litt langt. Dette er på grunn av den grundige helseundersøkelsen. Men de aller fleste av pasientene hadde kommet med positive tilbakemeldinger på den «nye ordningen» til hjemmetjenesten. Pårørende hadde også uttrykt positivitet og vært fornøyde med VA.

Hjemmetjenesten hadde også mottatt noen tilbakemeldinger fra pasienter som var usikre på hva VA egentlig var. De hadde forstått at dette var «noe mer» enn hjemmetjenesten. Noen pasienter hadde litt vansker med å forstå hvordan VA hang sammen med hjemmetjenesten.

For de som arbeider i hjemmetjenesten og ikke har sykepleierfaglig bakgrunn er opprettelsen av VA ikke like merkbar. De har ikke vært deltakere under den interne undervisningen, forelesningene med medisinsk-faglig rådgiver, og de har heller ikke fått sekken med utstyr til bruk under hjemmebesøkene. Noen av dem uttrykte ønske om å være en større del av denne utviklingen. De hadde ikke helt fått med seg hva som egentlig hadde hendt og hvordan dette skulle påvirke dem. Ledelsen hadde informert ansatte om VA både før og under pilotfasen, også på alle personalmøter og samlinger.

Når det gjaldt å tenke nytt om hvordan tilbudet i hjemmetjenesten skal fungere, mente noen av de ansatte at det var positivt når de selv fikk være med på utviklingen og ikke minst fikk muligheten til å utvikle seg selv. Dette ble konkretisert fra sykepleiersiden ved å vise til nytten de hadde av den nye utstyrssekken, som gjorde at de alltid hadde utstyret lett tilgjengelig. Samtidig var det svært viktig å ha kunnskap nok til å kunne tolke resultatene fra utstyret. Noe de hadde fått gjennom internundervisningen. Sitat: *«Et blodtrykk blir jo først viktig når du vet hva det betyr.»*

De mente også at tilgangen på utstyr var spesielt viktig i akutte situasjoner, der det var vesentlig å samle inn informasjon og rapportere om den kliniske helsetilstanden til pasienten.

Internundervisningen ble gjennomgående påpekt som svært nyttig. Undervisningen hadde vært faglig relevant og hadde av flere blitt tatt i bruk i praksis. Undervisningen hadde for noen vært mer en oppfriskning, mens andre hadde fått rent faglig påfyll og de hadde blitt tryggere i rollen med å tolke og lese de kliniske tegnene hos pasientene.

Med hensynet til konkrete forslag om hvordan VA og hjemmetjenesten kunne bli enda bedre, kom det frem ønske om samlokalisering. Per i dag er disse to enhetene ikke samlokalisert. Det arbeides med å få dette til, og vi håper at dette om ikke for lang tid kan realiseres.

En annen konsekvens av innføring av VA og erfaringene underveis, var at rutinen for mottak av nye pasienter i hjemmetjenesten ble endret. Tidligere var det mer tilfeldig hvem som gikk på det første hjemmebesøket til pasientene. Den nye rutinen er at en fast sykepleier tar imot nye pasienter, dokumenterer i pasientens journal og inn i hjemmetjenestens systemer. Det er også satt av ekstra tid til dette arbeidet.

6.3 Erfaringer fra fastlegene

Evalueringsspørsmålene ble sendt på mail til hver enkelt av fastlegene via kommuneoverlegen. Det ble også sendt en påminnelse om hvorfor det var ønskelig at de besvarte spørsmålene. Det kom dessverre ikke noen skriftlige tilbakemeldinger fra fastlegene. Vi vet ikke hva som var årsaken til at vi ikke fikk noen tilbakemeldinger. Det vi kan si noe om er hva fastlegene muntlig formidlet under et møte i forhold til VA.

6 av 7 fastleger i kommunen var til stede på dette møtet. Av disse var det 5 fastleger som hadde hatt utstrakt kontakt med VA. Tilbakemeldingene fra fastlegene ble ikke gjennomført som en systematisk, muntlig evaluering, men hver av disse kom med egne kommentarer vedrørende sine erfaringer med VA. Det kom ingen negative tilbakemeldinger. Tilbakemeldingene gikk på klinisk gode statusrapporter fra AGS (fysioterapeut hadde oftest ikke direkte kommunikasjon med fastlegene). De opplevde en trygghet i forhold til den grundige kartleggingen og oppfølgingen som ble gjennomført. De opplevde tjenesten (VA) som nyttig og til god hjelp i deres arbeid. På spørsmål om tilgjengelighet og muligheter for tettere samarbeid svarte helt konkret to av seks at de ikke har mulighet for å være mer tilgjengelig. En av fastlegene sa det ikke var mulighet for direkte kontakt med VA/hjemmetjenesten i vedkommende sin praksis, men ønsket selv å ringe tilbake ved behov, helst etter klokken 16.

Fire av de pasientene vi intervjuet refererte til at deres fastlege under legebesøk hadde positivt omtalt det arbeidet som VA gjorde. Konkret i form av gode og relevante rapporter, men også at VA har anledning til å ta utvidet blodprøve av pasientene i hjemmet etter utskrivelse fra sykehus/helsehus.

6.4 Erfaringer fra de som har stått prosjektet nærmest

Essensielt er det at prosjektet etter avsluttet pilotfase oppleves som minst like relevant som det ble håpet på i starten. Flere av tankene som satte i gang hele prosessen med VA, har blitt bekreftet og medført ny kunnskap.

For de som har stått prosjektet nærmest, har det blitt opplevd som svært givende at Eidsberg kommune hele veien har hatt en positiv innstilling og vilje til å bruke ressurser inn i prosjektet. Aktørene har hatt et tydelig engasjement og tro på at dette er et viktig arbeid, både for kommunen, men også nasjonalt. Det har vært merkbart at dette er et arbeid som er viktig, både politisk, samfunnsmessig og en utfordring i kommunene som det må jobbes mot å løse.

De har også mange tanker om hvordan et eventuelt hovedprosjekt kan utvikles videre, både i form av større organisering med flere kommuner, fylker og en større og bredere styringsgruppe, med en egen prosjektgruppe og en prosjektleder som arbeider på heltid med VA.

6.5 Samarbeid med sykehus/helsehus

Vi hadde ikke forutsett at ett av de største funnene i piloten ville være mangel på god dokumentasjon av USK-pasienters medisinske og helhetlige behov fra sykehus (kun to pasienter var fra Helsehuset). Nå må vi selvsagt legge til at VA har gjennomført en svært grundig og helhetlig undersøkelse av pasientene, men i sin helhet burde ikke den avvike i så altfor stor grad fra behovet som blir rapportert til Forvaltningskontoret ved utskrivelse. Hva som ligger til grunn for denne ulikheten er vanskelig å påpeke. Det kan se ut som om fokus på pasientenes funksjonssvikt når det gjelder de daglige aktiviteter (ADL) med fokus på personlig hygiene, administrering av medisiner og mattilberedning har større fokus enn oppfølging av medisinsk behandling og helsesituasjon. For at pasienten skal oppleve en helhetlig og sømløs overgang, vil det helt klart være en fordel med en bedre beskrivelse av behov, helsetilstand og en utfyllende beskrivelse av nødvendig klinisk, medisinsk og praktisk oppfølging fra sykehuset /helsehuset.

7. Diskusjon

I sin helhet, sett ut fra de ambisiøse målsetningene som ble formulert i utgangspunktet, må vi si oss tilfredse med de resultatene vi har oppnådd i løpet av en kort pilotperiode. Denne perioden skulle i utgangspunktet vare ut februar måned 2015, men ble avsluttet en måned før.

7.1 Organisatorisk

Vi må nok ta selvkritikk på at oppstarten av piloten ble preget av noe hastverk og iver etter å sette i gang. Det var mange uferdige tanker og forestillinger som nok ikke helt hadde landet før den første pasienten ble innskrevet i VA. Men læringskurven ble bratt og ga oss bare ytterligere utfordringer å løse. Vi burde prioritert mer tid til å definere hvordan VA skulle se ut rent organisatorisk, både med tanke på grenseoppgang mot hjemmetjenesten og avdelingsforståelsen i VA. Selv om AGS og en fysioterapeut ikke utgjør store avdelingen, har de klart å gjennomføre mye av hva som ble satt som mål.

I ettertid har vi lært at avdelingen ble svært sårbar med bare en spesialsykepleier som skulle ta imot samtlige USK-pasienter som fylte kriteriene for innleggelse i VA. Dette er ikke på grunn av mengden pasienter, den kunne gjerne vært doblet og vel så det. Sårbarheten gikk på at det bare var en person til å kunne ta avanserte vurderinger og utføre kartleggingen av pasientene i tillegg til å være ansvarlig for raskt å få kontakt med fastlegene. Samtidig ville vi at prosjektet i pilotfasen i sin helhet skulle sørge for god og bred dokumentasjon, aktiv deltakelse utad i ulike fora, konferanser, seminar etc., kompetansehevende tiltak rettet mot hjemmetjenesten, informasjon til samtlige fastleger, sykehus, helsehus og sykehjem. Den siste bekreftelsen på avdelingens sårbarhet var da AGS grunnet skade, ikke lenger kunne gjennomføre hjemmebesøk hos pasientene. Dette betyr at det fremover må arbeides mot å integrere VA i hjemmetjenesten, både med tanke på oppgavefordeling og fysisk plassering. Flere av de oppgavene som har blitt utført i VA som en del av kartleggingen av USK-pasientene, er fullt mulig å videreføre til hjemmesykepleien. I løpet av siste måned i pilotfasen ble ernæringscreeningen utført av hjemmesykepleiere, etter opplæring av AGS.

Når det gjelder oppgavefordeling, har VA bidratt til at riktig person i større grad utfører riktig oppgave til rett tid. Hjemmetjenesten består av sykepleiere, faglærte og ufaglærte. Som en følge av etableringen av VA vil sykepleierne bli ansvarlig for flere tekniske og sykepleierfaglige oppgaver i tiden fremover. Dette innebærer at alle ansatte ikke skal være ansvarlig for å gjennomføre de samme oppgavene. De ulike faggruppene avlaster hverandre ved å gjøre de oppgavene de er best utdannet og opplært til. Kompetanse bør være styrende for oppgavene som skal utføres. Det blir i denne sammenhengen viktig å stille spørsmålet; «hvilke kompetanse behøves for å utføre den aktuelle oppgaven?» En slik tilnærming vil kunne bidra til en mer hensiktsmessig bruk av begrensede ressurser.

I et samfunnsøkonomisk perspektiv vil det være gunstig for kommunen å bruke den kompetansen de allerede har til å utføre oppgaver som krever spesiell kompetanse. I behandling og omsorg for den geriatriske pasienten, vil dette i stor grad innebære å observere og tolke de kliniske symptomene i større grad enn hva som meldes ved utskrivelse fra sykehus/helsehus i dag. Slik vil også hjemmetjenesten settes i stand til bedre å kunne vurdere og å ta kunnskapsbaserte valg til det beste for pasientene.

7.2 AGS

AGS er en ny definert rolle i kommunehelsetjenesten i Eidsberg. Derfor har det vært viktig å underveis finne hva som er den mest hensiktsmessige form for stillingen. Det har også vært vesentlig å passe på at rollen ikke har vært i konflikt med rollen som fastlegen utøver. AGS har bidratt med sine observasjoner og konfererte og rapporterte det hun så.

Noe selvkritikk bør også tas i samarbeidet ut mot fastlegene. I starten var rapportene fra AGS svært detaljrike og tidvis «for grundige». Det ble dermed arbeidet med en forenklet og bedre struktur på rapporteringen som var konkret og mer presis. Rapporten ble også lest av hjemmetjenesten, og de poengterte at de også kunne tenke seg en rapport som var mer leservennlig og forenklet.

Underveis i pilotfasen har det også blitt gjort noen endringer i hvilke pasienter AGS har observert og fulgt opp. I starten av prosjektet ble det lagt klare føringer for hvilke pasienter som skulle være inkluderes i VA. Kriteriene for hvilke pasienter som har vært

innlagt i VA har ikke blitt endret i pilotfasen, men det har vært pasienter i hjemmetjenesten som AGS har blitt rådspurt om. Dette var i utgangspunktet ikke definert som en av arbeidsoppgavene til AGS i prosjektbeskrivelsen. Underveis i pilotfasen har vi sett at selv om en pasient som får hjemmetjenester ikke fyller kriteriene for innleggelse i VA, er det ikke synonymt med at hjemmetjenesten ikke kan dra nytte av den spesialkompetansen som AGS besitter. Dette har også vært en del av den monitoreringen som har pågått underveis. Vi har dermed endret definisjonen noe med hensyn til hvordan kompetansen i VA kan brukes.

7.3 Medisinsk faglig rådgiver

Det har vært nødvendig for prosjektet å ha med en medisinsk faglig rådgiver med lang og bred geriatrisk og allmennmedisinsk kompetanse. Denne legen har fått økonomisk kompetanse for sin deltakelse. AGS har hatt muligheten til å konferere og rådføre seg med rådgiver i tilfeller der hun har vært usikker. Den medisinske rådgiveren har ikke grepet inn i den medisinske oppfølgingen av pasientene som har vært innlagt i VA. Rådgiveren har vært en lege AGS kunne rådføre seg med når hun har vært usikker i settinger ute hos pasientene. Dette for å trygge AGS i hennes avgjørelser og rolle og styrke henne kompetanse. Legen har også deltatt aktivt i utarbeidelse av alle prosedyrer og planer, både hva angår AGS rolle, hjemmetjenestens funksjoner og VA generelt. I tillegg har legen gjennomført internundervisning for sykepleierne i hjemmetjenesten. Legens rolle har vært nødvendig for å kvalitetssikre VA medisinsk faglig. I tillegg har ytterligere to leger vært involvert i prosjektets styringsgruppe. Disse har gjennom sin forankring i allmennmedisinen og den kliniske hverdag bidratt til å gjøre prosjektet virkelighetsnært og relevant.

7.4 Fysioterapeut

Det var mange av pasientene i VA som dro nytte av å komme i kontakt med en fysioterapeut på et tidlig stadium etter utskrivelsen. Selv beskrev fysioterapeuten at prosjektet skapte et tettere og ettertraktet samarbeid med hjemmetjenesten i sin helhet. Hun økte også sin kompetanse gjennom det nære samarbeidet med AGS, blant annet innen ernæring og ulike medikamenters påvirkning på kroppen.

Ved at fysioterapeuten ble trukket inn på et tidlig tidspunkt, representerte VA en ny måte å involvere fysioterapitjenesten på, i tillit til at fysioterapeutene selv kan ta selvstendige og kompetente avgjørelser om hvilke pasienter som har nytte av deres

tjenester. Fra ulike fysioterapihold kom det svært mange positive og overraskende tilbakemeldinger på dette.

7.5 Pasientgrunnlag

I og med at det forventede antall pasienter for VA ble adskillig lavere enn forventet, har denne nye oppgaven ikke vært til hinder for ivaretagelse av de oppgavene som ble lagt til grunn for AGS i VA. Det ble antatt at antall pasienter som fylte kriteriene for innleggelse i VA, ville bli adskillig høyere. Grunnlaget var mengde pasienter som falt inn under kriteriene for innleggelse i Virtuell avdeling våren 2014. Årsaken til at antallet ikke ble like høyt som forventet er noen usikkert. Dette er en variasjon som er uforutsigbar, men det kan ha vist en tendens til at flere pasienter blir meldt til hjemmetjenesten i overgangen sen vinter/vår.

Det som var litt overraskende var at så mange av pasientene ikke hadde hatt tjenester fra hjemmetjenesten tidligere. Totalt var 15 av 26 nye brukere da de ble innlagt i VA.

7.6 Manglende ergoterapeut

Ergoterapeut knyttet til avdelingen var et av ønskene kommunen ikke klarte å innfri. På hvilken måte en ergoterapeut hadde endret på selve utfallet og resultatet av prosjektet er vanskelig å si. Dette var ikke en avgjørende faktor for hvorvidt det ble mulig å skape en god overgang fra sykehus/helsehus til hjem. Til eksempel var det kun et tilfelle der det var behov for hjelpemidler i hjemmet og sykehus/helsehus ikke hadde tatt hånd om dette. En ergoterapeut ville bidratt med adskillig mer, og det er et uttalt mål å få ergoterapeut med i hovedprosjektet.

7.7 Fastlegens rolle

Det har vært noe overraskende at prosjektet ikke klarte å involvere kommunens fastleger i VA i større grad. Slik prosjektet er bygget opp, betyr VA en betydelig avlastning for fastlegene i deres oppfølging av dårlige pasienter. Dette gjelder spesielt i avklaringsperioden etter utskrivelse der kommunehelsetjenesten skal overta den medisinske behandlingen, korrigere tjenestetilbudet og avklare videre tiltak for oppfølging av helsetilstanden. Samtidig vil vi påpeke at to av fastlegene i større grad enn de andre var interesserte i økt samarbeid med VA. Disse ga rask tilbakemelding på

rapport fra VA og konkrete tiltak, samt foretok hjemmebesøk hos noen av pasientene. Vi kunne også se at de legene som brukte e-melding, ga raskest tilbakemelding.

Pilotprosjektet må også ta noe selvkritikk på forholdet til fastlegene. Hadde de blitt endra bedre inkludert og informert i utgangspunktet, ville de kanskje blitt mer engasjerte deltakere i prosjektet. Vi ønsket for eksempel å ha en fastlege med i prosjektgruppen, men dette lyktes dessverre ikke. Hadde vi sørget for økonomisk kompensasjon for tapt inntekt for legen i forbindelse med møter i prosjektgruppen, ville kanskje rekrutteringen vært lettere.

7.8 Endret tjenestebehov

At det ble gjort en selvstendig, uavhengig og helhetlig vurdering av AGS under første hjemmebesøk medførte i de fleste tilfeller (25/26) et endret tjenestebehov. Dette innebar ikke alltid store endringer og det er fullt mulig at pasienten hadde klart seg helt fint med det tilbudet som sykehuset/helsehuset hadde foreslått ved utskrivelse. Dette var heller ikke for å dokumentere «dårlig grunnlag» fra sykehuset/helsehusets sider ved utskrivelse. Men vi ønsket at USK-pasienten skulle oppleve at det tjenestetilbudet han eller hun fikk ikke kun var basert på rapport/epikrise fra oppholdet i sykehus/helsehus, og at medbestemmelsesretten ble ivaretatt. Pasienten skulle selv være med å definere sine mål og ønsker for hva han eller hun ville ha hjelp til og på hvilken måte.

Trenger vi sykepleiere i hjemmetjenesten?

I forhold til det store antallet avvik i meldt behov fra sykehus/helsehus og VA definert behov, tillater vi oss å stille spørsmålet: Kan det være slik at kommunehelsetjenesten ikke får brukt sitt fulle potensiale? Hjemmetjenesten har bred kompetanse - noe som ikke samsvarer med at det i all hovedsak er bistand til personlig hygiene og medikamentadministrering som blir meldt til Forvaltningskontoret som behov ved utskrivelse. Hjemmetjenesten i Eidsberg kommune er i drift døgnet rundt, og 50 % av de ansatte i turnus har sykepleierutdanning, 48 % er fagarbeidere, og 2 % er ufaglært. Denne kompetansen er unik og de ansatte fortjener å få utnyttet det potensialet de har og brukt sine ferdigheter.

Geriatriske pasienter som skrives ut bør sikres tett oppfølging fra kommunehelsetjenesten²⁰. At denne oppfølgingen per i dag i hovedsak blir meldt som hjelp til personlig hygiene, sårstell og administrering av medisiner, bør det stilles spørsmål ved. Dette samsvarer heller ikke med de erfaringene som har blitt gjort i dette prosjektet. Det ser faktisk ut til at USK-pasientene i større grad ville hatt nytte av en overgang der mer enn bistand til daglige aktiviteter og ferdig utfylte medisindosetter er det som blir fulgt opp i hjemmet. Kvaliteten på oppfølgingen av pasientene i kommunehelsetjenesten er avhengig av en grundigere beskrivelse av pasientens helsestatus og behov for klinisk oppfølging. Dette vil også påvirke utviklingen og ivaretagelsen av kompetansen i kommunehelsetjenesten. Dette kan utad gi et bilde på at det slett ikke er behov for sykepleiere i hjemmetjenesten. En slik utvikling må unngås²¹. VA har faktisk dokumentert det motsatte.

Samarbeid med sykehuset

Særlig er det nødvendig å få et bedre samarbeid med sykehuset²². Som en del av utskrivingsrutinen bør det spesifiseres tydelige krav til hva den kommunale helsetjenesten forlanger av dokumentasjon og informasjon. Pasienten er ikke ferdigbehandlet ved utskrivelse, men han eller hun trenger ikke lenger sykehusets spesialkompetanse eller utstyr for videre behandling og oppfølging. Behandlingen avsluttes dermed ikke ved utskrivelse. Pasienten har fremdeles sin diagnose, og bruker fremdeles medisiner der mengde og bivirkninger må følges av noen som vet hvordan de skal observere dette. Den praktiske hjelpen som for eksempel bistand til personlig hygiene er bare en liten del av hva den kommunale helsetjenesten kan og skal bidra med.

Utvikling av kompetansen

Sykepleierne som fikk utlevert hver sin sekk med utstyr til oppfølging av vitale parametere, hadde alle kun positive tilbakemeldinger i forhold til hvordan de opplevde

²⁰ Pasienter på somatiske sykehus - årlig - SSB

²¹ Lillebø, G. (2015) «La oss snakke litt om fag.»

<https://www.nsf.no/vis-artikkel/2488010/17036/La-oss-snakke-litt-om-fag>

²² Otterstad, H.K. (2013) «Vellykket, men krevende reform»

<https://sykepleien.no/forskning/2014/11/vellykket-men-krevende-reform>

det å bli pålagt å følge opp med flere målinger. Det ble til og med beskrevet som en trygghet i situasjoner der de var bekymret for pasientene.

Nytt utstyr og en bruksanvisning er ikke nok til å kunne si at kompetansen er hevet. Å være kompetent til å måle blodtrykket korrekt, må etterfølges av kompetansen til å kunne vurdere om resultatet av blodtrykksmålingen bør vurderes. Det er viktig at det forutsettes at alle som skal journalføre alt annet enn rent praktiske handlinger hos pasienter, innehar kompetanse til å vurdere det de dokumenterer ²³. For å sikre noe av dette har vi gjennom piloten fokusert på å gi sykepleierne i hjemmetjenesten internundervisning. De beskrev også at det å ha en spesialsykepleier med geriatrisk kompetanse tilgjengelig var viktig for utviklingen i virksomheten. Det ga først og fremst en trygghet i forhold til vurderinger av pasienter som ikke var inneliggende i VA. For de pasientene som var i VA følte hjemmetjenesten en trygghet ved at de ble godt ivaretatt og tett fulgt opp.

Internundervisning

Den medisinsk faglige rådgiveren har overfor hjemmetjenesten bidratt med faglig relevante forelesninger. I oppstartsfasen var ikke internundervisning av sykepleiere i hjemmetjenesten definert i prosjektbeskrivelsen, dette har kommet som et resultat av monitoreringen. Samarbeidet mellom VA og hjemmetjenesten hadde blant annet til hensikt å medføre overføring av kompetanse fra AGS til tjenesten. Medisinsk faglig rådgiver hadde til oppgave primært å fungere som en støttefunksjon overfor AGS. Underveis har dette resultert i internundervisning for hjemmetjenesten gitt av medisinsk faglig rådgiver. Det har i stor grad vært opp til de ansatte i hjemmetjenesten å definere områder og tema de kunne tenke seg både faglig oppdatering innen, men også videreutvikling og et generelt kompetanseløft. For den faglige utviklingen i hjemmetjenesten har det vært viktig å vise at VA ikke har vært tiltenkt å bli et prosjekt avskåret fra resterende hjemmetjeneste, men også en mulighet for å øke den generelle kvaliteten og kompetanse innen hjemmetjenesten. Det er vanskelig å kunne definere hvor høy kompetanse hjemmetjenesten besitter som konsekvens av VA, men basert på tilbakemeldinger fra tjenesten har de vært svært fornøyde med disse forelesningene.

²³ Karoliussen, M. (2015) «Tilbake til kjerneverdiene»
<https://sykepleien.no/forskning/2015/02/tilbake-til-kjerneverdiene>

Det har under disse forelesningene vært fokusert på den geriatrike pasienten, og praksisnær kompetanse som har vært konkret og anvendelig.

8. Veien videre

Erfaringene fra pilotprosjektet har vært så positive for både pasientene og kommunehelsetjenesten, at Eidsberg kommune har bestemt seg for å utvikle dette videre innenfor et hovedprosjekt.

Det synes åpenbart at de multimorbide pasientene og de skrøpeligste eldre trenger en mer helhetlig og systematisk medisinsk oppfølging enn de ordinære tjenestene kan tilby i dag. Virtuell avdeling er en struktur som både kvalitetssikrer pasientenes behov for helsetjenester og gir en mer effektiv utnyttelse av kommunehelsetjenestens ressurser. Det er imidlertid viktig at det brukes nok tid på god planlegging av et hovedprosjekt. Samtidig er det lett å miste de gode rutinene som har begynt å bli innarbeidet, så forhåpentligvis går det ikke for lang tid før hovedprosjektet er i gang.

Hovedprosjektet vil grunnleggende sett gå i det sporet som er etablert gjennom pilotprosjektet, men følgende tema vil trolig få et stort fokus:

- den medisinsk-faglige oppfølgingen av pasientene må styrkes med større legeinvolvering
- hjemmetjenestens kliniske kompetanse må styrkes og aktivt etterspørres i samhandlingen
- det må utvikles tilbud for nye pasientgrupper i VA
- ergoterapi og hverdagsrehabilitering bør innlemmes i VA
- det er stort behov for evaluering, videreutvikling og forskning på kommunehelsetjenestens tilbud til multimorbide pasienter og skrøpelig eldre.

8.1 Medisinsk faglig oppfølging

Fastlegene er ansvarlig for den medisinske oppfølgingen av alle hjemmeboende pasienter. VA ønsker ikke på noen måte å undergrave fastlegeordningen, og i hovedprosjektet må et av hovedmålene være å legge til rette for at flest mulig av pasientene i VA skal bli fulgt opp på en tilfredsstillende måte av sin fastlege.

Hovedprosjektet må i samarbeid med fastlegene finne fram til bedre måter å samhandle på enn slik det fungerte i pilotprosjektet.

Imidlertid er det kommet signaler fra fastleger om at noen ikke er i stand til hyppige kontakter med VA med kort responstid, og at det heller ikke er kapasitet til flere sykebesøk. Likedan er noen leger, av tidsmessige og faglige grunner, ukomfortable med å ha ansvar for palliative pasienter som ønsker å dø hjemme.

Ut fra disse signalene og erfaringene i pilotprosjektet, er det sannsynligvis helt nødvendig med en egen lege knyttet til VA, gjerne som en kommunal oppgave for en av fastlegene. En slik legetjeneste kan da sammenlignes med det å være deltids sykehjemslege. I Eidsberg vurderes det om VA-legen også bør være knyttet til korttids/rehab.avd på Edwin Ruud sykehjem og omsorgssenter.

Avdelingslegens funksjoner må avklares sammen med fastlegene, men det er naturlig at avdelingslegen etter avtale med fastlege overtar pasienter der det er behov for tettere oppfølging enn det fastlegene kan tilby og der det er komplekse tilstander som krever spesiell geriatrisk og palliativ kompetanse.

Avdelingslegen trengs også for å kvalitetssikre VAs medisinsk-faglige prosedyrer samt sørge for at det foreligger behandlingsplaner og observasjonsskjema for de ulike pasientene.

En svært viktig rolle for avdelingslegen vil også være opplæring og internundervisning av de ansatte i hjemmetjenesten.

8.2 Hjemmetjenesten

I dag er det ingen klinisk medisinsk-faglig ledelse av denne delen av kommunehelsetjenesten. Det er et stort uutnyttet potensiale i denne personellgruppen: Mange sykepleiere og helsefagarbeidere har stor kompetanse og mye erfaring som aldri blir etterspurt og utnyttet optimalt. Gjennom internundervisning og endring av rutiner og arbeidsoppgaver, kan hjemmetjenestens ansatte i mye større grad utnyttes som en medisinsk-faglig ressurs, både gjennom systematiske observasjoner, flere kliniske oppgaver og konkrete delegasjoner. Det er umulig for den enkelte fastlege å drive fagutvikling av hjemmetjenesten. VA er hjemmetjenestens kompetanse-enhet, og det er naturlig å videreføre de gode erfaringene fra pilotprosjektet der AGS og lege videreformidlet sine kunnskaper inn i hjemmetjenesten. Dette er en unik måte å øke personellens kliniske vurderingskompetanse på. I pilotprosjektet ble bare sykepleierne i

hjemmetjenesten trukket inn, men for et hovedprosjekt er det viktig å styrke kompetansen til samtlige yrkesgrupper.

8.3 Nye pasientgrupper

Mens pilotprosjektet konsentrerte seg om USK-pasienter, vil et hovedprosjekt favne mye bredere. Kommunehelsetjenesten har ansvar for en rekke multimorbide pasienter og skrøpelige eldre som trenger en systematisk og helhetlig behandling. Et opphold i VA kan avklare hvilke behov pasienten har, og noen av de sykeste vil trenge å være i VA livet ut. Muligens er det nyttig at alle nye pasienter som tilknyttes hjemmetjenesten får et kort kartleggingsopphold i VA. I alle fall er det åpenbart at VA vil innlemme svært ulike pasienter, både hva angår medisinsk tilstand og behov for liggetid i avdelingen. Det er allerede nå et stort behov for bedre medisinsk-faglig tilbud til de terminale pasientene som ønsker å dø hjemme, så palliativ behandling vil trolig utgjøre en viktig del av VAs arbeid.

Gjennom hovedprosjektet vil det også bli tydeligere hvor stort antall pasienter VA er i stand til å romme. Kapasiteten er definitivt betydelig større enn det som ble utnyttet i pilotprosjektet. Det mest krevende, er den initiale kartleggingen og startfasen før oppgavefordelingen er avklart. Med den bemanning som er i dag, er det estimert at det til enhver tid er fullt mulig å ha minst 30 pasienter innskrevet, trolig enda mer. Da er det tatt høyde for mye tid til møter/administrasjon siden dette er et prosjekt.

8.4 Ergoterapi

Fordi pilotprosjektet manglet ergoterapeut, foreligger det ingen dokumentasjon på hvilken betydning dette fagfeltet har for VAs målgruppe. Men ut fra andres erfaringer, er det overveiende sannsynlig at ergoterapeut også overfor denne gruppen har vesentlige bidrag. Ikke minst har man sett at hverdagsrehabilitering er av stor betydning, blant annet overfor nyopererte gamle.

8.5 Evaluering, videreutvikling og forskning

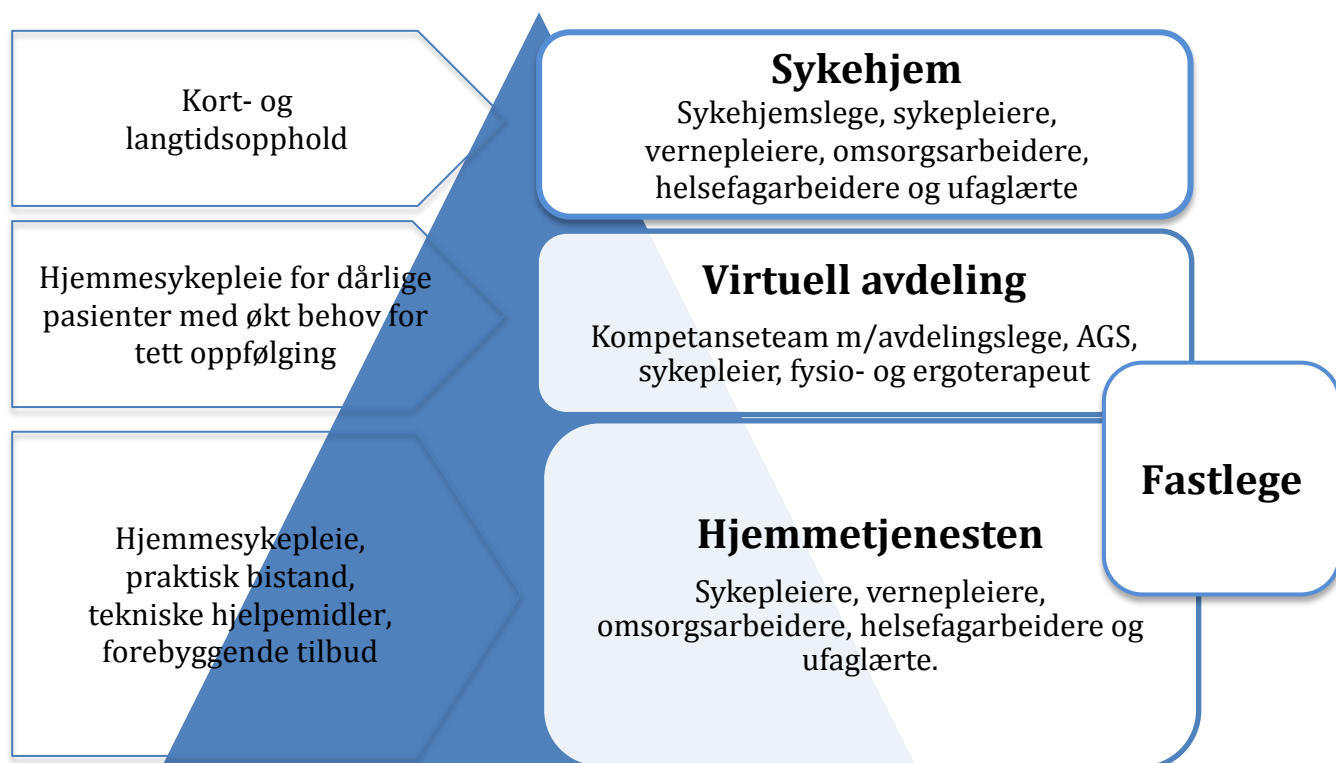
Med en større pasientpopulasjon, flere typer pasienter, lengre prosjektvarighet og mer erfaring vil et hovedprosjekt kunne gi nye svar – og reise flere spørsmål. Pilotprosjektet har gitt tanker og ideer og reist nye problemstillinger som ikke tatt med i diskusjonen i denne omgang, men som blir viktig å diskutere i et hovedprosjekt. For eksempel: Hvilke fordeler er det med at pasienter tas hånd om hjemme i stedet for å få et korttidsopphold

på sykehjem? Hvilke fordeler er det med en egen avdeling i stedet for bare å styrke kompetansen til hjemmetjenesten? Hvilken kompetanse må VA ha – og hvordan kan VA evt tilpasses annen kompetanse enn den som Eidsberg har?

Systematikken og helheten i VAs arbeidsform gjør at den er velegnet for nærmere studium. Rådgiveren fra Universitetet i Oslo har vært av uvurderlig betydning og bistått den løpende monitorering og evaluering av prosjektet. Denne metoden vil fortsatt bli benyttet i hovedprosjektet.

De erfaringene som gjøres i Eidsbergprosjektet, vil enkelt kunne systematiseres og deles med andre, og mange elementer i Virtuell avdeling vil lett kunne overføres til andre kommuner. Derfor er håpet at et hovedprosjekt ikke bare vil styrke kommunehelsetjenesten i Eidsberg, men også bli til inspirasjon for andre kommuner i landet vårt.

En potensiell modell for morgendagens kommunale helse- og omsorgstjeneste:



Vedlegg 1

Evaluering av Virtuell avdeling (VA)

For at evalueringen av VA skal være korrekt og så tett opp mot virkeligheten som mulig er det viktig at du besvarer så ærlig som mulig. Dine positive og negative erfaringer vil kunne være med på å gjøre dette enda bedre, til fordel for deg som arbeidstaker, dine brukere, hjemmetjenesten og andre støttespillere. Jeg ber deg derfor både ta med dine gode og mindre gode erfaringer. Forsøk å besvare alle spørsmål.

Besvarelsen er anonym. Det vil si at besvarelsene vil bli samlet i en mappe, deretter vil din mail bli slettet.

Besvarelsen skrives rett inn i dokumentet og sendes som vedlegg til:

m.j.leirbakk@medisin.uio.no

På forhånd takk.

Mvh

Maria Leirbakk

PS Frist for innsendelse er satt til mandag 9.mars 2015

Evaluerings spørsmål til ansatte i hjemmetjenesten, Eidsberg kommune:

1. Jobber du som sykepleier, helsefagarbeider, leder eller ufaglært?
2. Jobber du i ren nattstilling?
3. På hvilken måte merker du i din arbeidssituasjon at Virtuell avdeling er opprettet?
4. På hvilken måte har Virtuell avdeling betydning for deg i ditt arbeid?
-Eventuelt hvorfor ikke?
5. Hvordan synes du samarbeidet mellom VA og hjemmetjenesten har fungert?
6. Har du fått noen (positive/negative) tilbakemeldinger fra brukere etter VA kom i gang?
7. Har du noen konkrete forslag til hvordan VA og hjemmetjenesten kan bli enda bedre?
8. Har du noen ønsker/forslag utover VA og hjemmetjenesten som du tenker kunne gjort organisasjonen bedre?
9. Hva synes du om at sykepleierne har fått utdelt hver sin sekk med utstyr til bruk under hjemmebesøkene? Har dette noen betydning?

10. Tenker du at det er viktig at Eidsberg kommune og hjemmetjenesten tenker nytt om organiseringen av tilbudet til sine brukere, eller liker du dette best slik det var for VA kom inn i bildet?

11. Hva synes du om den internundervisningen som har vært? (Foreløpig gitt av Dr Kari Holmås)

-Har denne hatt noen praktisk betydning for deg, eventuelt hvordan?

12. Er det noe annet du ønsker å tilføye?

Vedlegg 2

Evaluering av Virtuell avdeling (VA)

For at evalueringen av VA skal være korrekt og så tett opp mot virkeligheten som mulig er det viktig at du besvarer så ærlig som mulig. Dine positive og negative erfaringer vil kunne være med på å gjøre dette enda bedre, til fordel for deg som fastlege, dine brukere, hjemmetjenesten og andre støttespillere. Jeg ber deg derfor både ta med dine gode og mindre gode erfaringer. Forsøk å besvare alle spørsmål.

Besvarelsen skrives rett inn i dokumentet og sendes som vedlegg til:

m.j.leirbakk@medisin.uio.no

På forhånd takk.

Mvh

Maria Leirbakk

Rådgiverrådgiver/UiO

PS Frist for innsendelse er satt til mandag 9.mars 2015

1. På hvilken måte merker du i din arbeidssituasjon at Virtuell avdeling (VA) er opprettet?

2. På hvilken måte har VA betydning for deg i ditt arbeid?
-Eventuelt hvorfor ikke?

3. Hvordan synes du samarbeidet mellom VA og deg som fastlege har fungert?

4. Har du fått noen (positive/negative) tilbakemeldinger fra pasienter/pårørende etter VA kom i gang?

5. Har du noen konkrete forslag til hvordan samarbeidet mellom VA og fastlegetjenesten kan bli bedre?

6. Er det noe annet du ønsker å tilføye?

Vedlegg 3

Hei

Jeg ønsker en skriftlig tilbakemelding fra deg på hvordan du oppfatter Virtuell avdeling, og litt om den utviklingen som har vært underveis. Jeg setter pris på om du kan forsøke besvare alle spørsmålene og sende disse tilbake til meg på mail:

m.j.leirbakk@medisin.uio.no

PS Frist for å besvare er mandag 9.mars

Mål: Forsøke å verbalisere noe av den utviklingen/prosessen som har vært underveis. Identifiser positive og negative utfordringer.

1. Hvordan oppfatter du prosjektet «Virtuell avdeling» nå i forhold til før det startet?
2. Hva har vært mest givende?
3. Hva har vært mest overraskende?
4. Er det noe du tror skulle ha vært gjort annerledes, og hvorfor eller hvorfor ikke?
5. Er det noe du i din profesjonelle hverdag har lært av prosjektet?
6. Pilotprosjektet er nå avsluttet. Hvordan ser du for deg et hovedprosjekt?
7. Er det noe annet du har lyst å tilføye?

Vedlegg 4

Evalueringsspørsmål Virtuell avdeling for brukere og pårørende

1. Det at jeg som spesialsykepleier kom hjem til deg etter at du kom hjem fra sykehuset er nytt i Eidsberg kommune. Hva syntes du om det?
2. Ble det er annerledes besøk enn hva du hadde ventet? På hvilken måte?
3. Syntes du det var annerledes enn tidligere besøk fra hjemmetjenesten? På hvilken måte?
4. Hva syntes du om den oppfølgingen du fikk fra meg (Wenche) da du kom hjem? Hva var bra, mindre bra?
5. Føler du at du fikk selv være med å bestemme hvordan ditt tjenestetilbud fra kommunen skulle være? På hvilken måte?
6. Fikk du tilbud fra fysioterapeuten? Hva syntes du om det?

Vedlegg 5

Telefonsamtale til brukere og pårørende av VA for evalueringsintervju

«Hei, det er Wenche fra hjemmetjenesten som ringer. Husker du meg?»

Respons

«Hvordan har du det?»

Respons

«Jeg har lyst til å komme hjemme til deg å høre litt om hva du syntes om det at jeg var på besøk hos deg etter at du kom hjem fra sykehuset/helsehuset. Hva tenker du om det?»

Respons

«Nå er det slik at jeg kommer til å ha med meg ei dame fra Universitetet i Oslo, som skal skrive om disse erfaringene. Synes du det er greit?»

Respons

-Avtale tid

Deltakelse i intervju vedrørende Virtuell avdeling

Bakgrunn og formål

Eidsberg kommune i ønsker å evaluere hvordan det har vært for brukere i kommunen å ha vært i kontakt med avdelingen «Virtuell avdeling». Deres erfaringer og synspunkt på dette tiltaket er svært viktig for videre fremgang og utvikling til det beste for kommunens innbyggere.

Hva innebærer deltakelse i denne evalueringen?

Samtalen vil foregå i brukers hjem, den varer inntil 1 time og ledes av leder for Virtuell avdeling. Det vil ikke registreres personopplysninger på deg som deltar. Samtalen vil bli tatt opp på lydbånd for å forstå best mulig hva du sier og utelate rom for misforståelser.

Hva skjer med det du sier under samtalen?

Alle opplysninger i forbindelse med samtalen er underlagt taushetsplikt. Det du sier vil bli anonymisert og alle har taushetsplikt i forhold til det som blir delt under samtalen. Sitat og utsagn vil kunne bli brukt i dokumentasjon av virtuell avdeling og i rapport om prosjektet. Lydfilen vil bli lagret for fremtidig forskning i forbindelse med prosjektet, men vil fremdeles være anonymisert.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å bli intervjuet, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger du har gitt bli slettet.

Samtykke til å bli intervjuet

Jeg har mottatt informasjon om hensikten med min deltakelse, hvordan det jeg sier vil bli brukt og er villig til å delta i et intervju

(Signert av intervjuobjekt, dato)