

Helsepersonells erfaringer med pasientforløp i kommuner i Vest-Norge

Torill Aarskog Skorpen, Marit Kvangarsnes og Torstein Hole

Torill Aarskog Skorpen, sykepleier Ålesund kommune, master i avansert klinisk sykepleie, torill.skorpen@alesund.kommune.no

Marit Kvangarsnes, professor, NTNU Ålesund, Helse Møre og Romsdal HF

Torstein Hole, klinikkjef ved Klinikk for medisin og rehabilitering, Helse Møre og Romsdal HF og førsteamanuensis II, fakultet for medisin og helsevitenskap, NTNU

Abstract

Health personnel's experiences of patient pathways in municipalities in Western Norway

Health services in Norway have been described as fragmented with weak coordination between different care levels with respect to patient pathways. The Coordination Reform's aim was to improve patient pathways and strengthen user participation. The aim of this study was to investigate health personnel's experiences with patient pathways in municipalities in Western Norway. A qualitative design was chosen. Six focus group interviews with health personnel working in municipalities in Western Norway were conducted in 2013 and 2014. The interviews revealed that health personnel experienced that local health services gave cohesive patient pathways and strengthened user participation. Cohesive patient pathways and locally adapted pathways were considered important. Coordination and electronic communication between primary and specialist health care services were seen as inadequate. Trust, teamwork, competence and necessary resources were considered vital. Health personnel's experiences indicated that the intended aim of cohesive patient pathways near the patient was met.

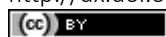
Keywords/Nøkkelord

patient pathway; care pathway; coordination; health personnel; primary health care; The Coordination Reform; user participation; teamwork

pasientforløp; pasientsentrert omsorg; koordinering; helsepersonell; primærhelsetjeneste; samhandlingsreformen; brukervedvirkning; teamarbeid

Referee*

<http://dx.doi.org/10.7557/14.4272>



© 2016 The author(s). This is an Open Access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly credited.

Introduksjon

Samhandlingsreformen (2008-2009) formidler at helsetjenestene er fragmenterte og mangler kontinuitet. Antall eldre over 67 år vil være fordoblet innen 2050, og dette vil medføre en økning i aldersrelaterte, kroniske og komplekse sykdomstilstander (St.meld. nr. 47, 2008-2009). Omfattende behandlingsoppgaver er overført til kommunene, men informasjonsflyt og koordinering er fortsatt ikke god nok (Riksrevisjonen, 2016). Pasient-forløpstenkning er et sentralt virkemiddel i helsepolitikken, og målet er at pasienter skal oppleve helhetlige, bærekraftige og koordinerte pasientforløp nær der de bor og brukermedvirkning i pasientforløpet (St.meld. nr. 47, 2008-2009).

I spesialisthelsetjenesten er det utviklet diagnosebaserte pasientforløp som har vist positive resultater for pasientsikkerheten (Rotter, Kinsman, James, Machotta, Gothe, Willis, Snow & Kugler, 2010). Også i kommunene er det i ferd med å bli utviklet standardiserte pasientforløp, men forskning har vist at diagnosebaserte forløp ikke blir vurdert som passende i kommunehelsetjenesten (Røsstad, Garåsen, Steinsbekk, Sletvold & Grimsmo, 2013, Grimsmo, Løhre, Røsstad, Gjerde, Heiberg & Steinsbekk, 2016).

Samhandlingsreformen definerer pasientforløp som den «kronologiske kjeden av hendelser som utgjør pasientens møte med ulike deler av helse- og omsorgstjenestene» (St. meld. nr. 47, 2008-2009, s. 15). I Meld. St. 26 blir brukerperspektivet tydeliggjort: «Gode pasientforløp er kjennetegnet ved at tjenestene tar utgangspunkt i brukerens mål for eget liv, oppsummert kunnskap om hvilke tiltak som har god effekt, og ved at tjenestene gis koordinert i en planlagt og mest mulig uavbrutt kjede» (Meld. St. 26, 2014-2015, s. 58). Disse definisjonene på pasientforløp er brukt som referanseramme for denne studien.

Hensikten med standardiserte pasientforløp er å bedre kvalitet, effektivitet, og å ha pasientens behov i sentrum (Vanhaecht, Panella, Van Zelm & Sermeus, 2010). Pasientforløp bør utvikles gjennom tverrfaglig samarbeid og være evidensbaserte (Kinsman, Rotter, James, Snow & Willis, 2010, Vanhaecht et al., 2010). Hindringer for implementering av pasientforløp finnes på individ-, organisatorisk-, og politisk nivå (Evans-Lacko, Jarrett, McCrone & Thornicroft, 2010). Litteraturen fremhever at nye arbeidsmodeller må være effektive og håndtere reelle problemer i det daglige arbeidet for å bli tatt i bruk (Dunér, Blomberg & Hasson, 2011, Meese & Rønhovde, 2015). For å få en lokal tilpasning og forankring, er det en fordel at de ansatte er med på utviklingen av pasientforløpene (Evans-Lacko et al., 2010, Meese & Rønhovde, 2015). Forskning formidler at organisasjonene bør evaluere og tilpasse pasientforløpene slik at de blir implementert (Evans-Lacko et al., 2010, Dunér et al., 2011, Vanhaecht, Ovretveit, Elliott, Sermeus, Ellershaw & Panella, 2012). Betydningen av at ledelsen er aktivt involvert i prosessen har blitt vektlagt

(Dunér et al., 2011, Røsstad, Garåsen, Steinsbekk, Håland, Kristoffersen & Grimsmo, 2015). Utvikling av pasientforløp har vist å kunne gi økt kunnskap blant de ansatte, bedre tverrfaglig dokumentasjon og bedre kommunikasjon og relasjon mellom personalet (Deneckere, Euwema, Van Herck, Lodewijckx, Panella, Sermeus & Vanhaecht, 2012).

Det at pasientforløp utvikles og implementeres med pasientsentrert fokus har blitt fremhevet som viktig (Vanhaecht et al., 2010, Tingvoll & Fredriksen, 2011, Røsstad et al., 2013). Pasientene sine ønsker om å delta i planlegging og beslutning i eget pasientforløp har ikke blitt oppfylt (Foss & Hofoss, 2011, Dyrstad, Testad, Aase & Storm, 2015). Det har blitt funnet stor avstand mellom pasienten og helsetjenestens oppfatning av pasientens behov (Berntsen, Høyem & Gammon, 2014). En studie fant at legen viet pasientene for liten tid, gav lite informasjon og forklaringer, samt sjelden oppmuntret pasientene til å stille spørsmål. Av de 11 landene studien inkluderte, var Norge et av landene som kom dårlig ut med tanke på kommunikasjon og pasientinvolvering (Schoen, Osborn, Squires, Doty, Pierson & Applebaum, 2011). For å sette pasientens behov og ønsker i sentrum, anbefalte Dyrstad et al., (2015) bruk av omsorgsplaner, informasjon, involvering av pårørende, bedre oppfølging, samt kunnskapsløft hos helsepersonell. Behovet for kunnskapsløft har også blitt kommunisert av Bing-Jonsson, Hofoss, Kirkevold, Bjørk og Foss (2016), de fant at helsepersonell manglet grunnleggende kompetanse for å sikre nødvendig behandling og pleie for eldre pasienter i kommunehelsetjenesten. Kompetansehevede tiltak for å møte kompleksiteten i eldreomsorgen har blitt etterspurt av helsepersonell (Gautun & Syse, 2013).

Samhandling om pasientforløp er mangelfull i mange land, særlig i overgangene har risikoen vist seg å være stor (Schoen et al., 2011). Studier har vist at pasienter er sykere og mer behandlings-trengende i kommunene fordi de kommer tidligere ut fra sykehus (Gautun & Syse, 2013, Grimsmo, 2013, Tønnessen, Kassah, Lilljan & Tingvoll, 2016). Helsepersonell i kommunehelsetjenesten har gitt uttrykk for at pasientinformasjonen ikke er tilstrekkelig og heller ikke kommer til riktig tid for å planlegge pasientforløpet (Tingvoll & Fredriksen, 2011, Paulsen, Romøren & Grimsmo, 2013, Tønnessen et al., 2016). Også informasjon fra kommunehelsetjenesten til spesialisthelsetjenesten har mangler (Martinussen, 2013, Olsen, Hellzén & Enmarker, 2013). Et problemområde er kulturforskjeller og ulik forståelse for hva som er viktig å kommunisere ved overflytting (Tingvoll & Fredriksen, 2011, Paulsen et al., 2013, Røsstad et al., 2013). Opplevelse av likeverd hos helsepersonell kan gjøre samhandlingen bedre (Håland & Osmundsen, 2015).

En betingelse for gode pasientforløp er god informasjonsflyt (Tingvoll & Fredriksen, 2011, Grimsmo, Kirchhoff & Aarseth, 2015). For å få til dette, må elektronisk meldingsutveksling på plass (Grimsmo, 2013, Van Houdt, Heyrman,

Vanhaecht, Sermeus & De Lepeleire, 2013). Meldingsutveksling har blitt sett på som nyttig av helsepersonell i kommunene (Lyngstad, Hofoss, Grimsmo & Hellesø, 2015). Selv om helsepersonell i større grad kommuniserer via elektroniske meldinger, har det vist seg at informasjonen ikke kommer til riktig tid (Lyngstad, Grimsmo, Hofoss & Hellesø, 2014).

Oppsummert forskning vedrørende effekten av pasientforløp i kommunehelsetjenesten har blitt etterspurt (Rotter, Kinsman, Machotta, Zhao, van der Weijden, Ronellenfitsch & Scott, 2013). Vanhaecht et al. (2012) hevder at pasientforløp er komplekse intervensjoner som må tilpasses lokalt, og at en bør være forsiktig med å generalisere forskning på området.

Tidligere forskning har i stor grad omhandlet diagnosebaserte pasientforløp i spesialisthelsetjenesten. Studier viser at en må tenke mer helhetlig om pasientforløp i kommunehelsetjenesten. Litteraturen fremhever viktigheten av god samhandling, informasjonsflyt, pasientinvolvering og kompetanseheving for å få til gode pasientforløp. Denne studien har til hensikt å belyse helsepersonells erfaringer med pasientforløp i kommunehelsetjenesten i Vest-Norge. Kunnskap om dette vil være verdifullt for helsepersonell, ledere, pasienter og politikere som har ansvar for å utforme pasientforløp. Innsikt i dette vil kunne gi et kunnskapsbasert grunnlag for utviklingen av koordinerte og helhetlige pasientforløp i samsvar med helsepolitiske føringer. Dette forskningsspørsmålet er formulert:

Hvilke erfaringer har helsepersonell i kommunehelsetjenesten i Vest-Norge med pasientforløp?

Helsepersonell sine erfaringer med utforming av pasientforløp, bruker-medvirkning, koordinering, informasjonsflyt, teamarbeid og kompetanse i pasientforløpet er vektlagt. Studien er en del av et større prosjekt som ser på helsepersonells erfaringer med øyeblikkelig hjelp døgnopphold og pasientforløp i Vest-Norge.

Forskningsdesign og metode

Studien har en konstruktivistisk tilnærming og et kvalitativt design (Polit & Beck, 2012, Howell, 2013). I et konstruktivistisk paradigme blir kunnskap ikke sett på som «objektiv», men en konstruksjon av forståelse og mening skapt i møte mellom mennesker i sosial samhandling (Postholm, 2005). Denne tilnærmingen passer godt sammen med fokusgruppeintervju der data om samspillet i gruppene og konteksten for intervjuene gjerne benyttes (Polit & Beck, 2012, Krueger & Casey, 2015).

Utvalg

Det ble gjort et strategisk utvalg av informanter (Krueger & Casey, 2015). Et pasientforløp inkluderer ulike helsetjenester og det var derfor viktig å få med fagpersonene som har ansvar for og erfaringer med å utvikle og implementere pasientforløp i kommunene. Det ble bedt om at pleie- og omsorgssjef, lege, avdelingssykepleier i sykehjem, og erfaren sykepleier som arbeidet nær pasienten deltok i intervjuene. Informantene ble valgt fordi de hadde erfaring med pasientforløp i kommunehelsetjenesten og hadde ulike posisjoner i forhold til feltet. Studien hadde tilsammen 24 deltakere med tre til seks informanter i hver gruppe. Ti var leger, derav legevaktslege, fastlege, institusjonslege og kommuneoverlege. Fjorten deltagere var sykepleiere som arbeidet i institusjon eller hjemmetjeneste. Informantene hadde cirka 10-35 års erfaring fra kommunehelsetjenesten. Kommunene hadde mellom 3000 og 10500 innbyggere. Kommunene har samarbeid på ledernivå, men har valgt å ha øyeblikkelig hjelp døgnopphold i egen kommune.

Datasamling

Deltakerne ble invitert av en kontaktperson med lederstilling i det helsefaglige nettverket som kommunene deltok i. I et nettverksmøte fikk ledere fra kommunene skriftlig og muntlig informasjon om prosjektet, og de samtykket i å delta i studien. Det ble gjennomført seks fokusgruppeintervju, ett i hver kommune. Intervjuene ble utført på sykehjem eller i kommunale institusjoner der deltakerne var skjermet fra avbrudd under intervjuene. En semistrukturert intervjuguide ble brukt (Krueger & Casey, 2015, Polit & Beck, 2012), som var utarbeidet med basis i tidligere forskning og nasjonale dokument om pasientforløp (St.meld. nr. 47, 2008-2009). Intervjuet ble innledet med et åpent spørsmål om hvilke erfaringer informantene hadde med pasientforløp. I tillegg ble det spurt om hvilke erfaringer de hadde med brukermedvirkning, koordinering, tverrfaglig samarbeid og kompetansebehov i pasientforløpet. En av forfatterne var moderator. I tillegg deltok en til to assistenter som tok notater om hva som ble formidlet og dynamikken i gruppene (Krueger & Casey, 2015). Assistenten gav til slutt en oppsummering, og informantene kunne supplere eller korrigere. Intervjuene varte mellom 60-90 minutter. Datasamlingen ble gjennomført fra november 2013 til mars 2014. Intervjuene ble tatt opp på lydbånd og transkribert ordrett. Intervjuene ble lagret på en server for datalagring i Helse Møre og Romsdal HF.

Etiske vurderinger

Det ble søkt til regional etiske komite, og studien ble vurdert til ikke å være fremleggingspliktig (REK Midt-Norge 2013/1943). Studien ble ikke meldt til NSD siden personopplysninger ikke ble behandlet. Personvernombudet i Helse Møre og Romsdal har vurdert prosjektet. Alle informantene skrev under samtykkeerklæring, med informasjon om at de kunne trekke seg fra studien om

ønskelig (Malterud, 2012). Det ble lagt vekt på å skape en god atmosfære i intervjusituasjonene, og moderator la til rette for at alle deltakerne fikk komme til orde under intervjuene. I presentasjonen av funn er det lagt vekt på at deltakerne ikke skal fremstilles på en uheldig måte. Anonymiteten er også ivaretatt i formidlingen av funnene.

Analyse

Analysen ble foretatt i ulike steg (Creswell, 2014, Krueger & Casey, 2015). Først leste alle forfatterne grundig gjennom intervjuene som bestod av 86 sider transkribert tekst. Vi dannet oss et helhetsinntrykk og utviklet en felles forståelse av hvordan vi skulle kode dataene. De ble kodet i forhold til tre områder knyttet til en tematisk gruppering av spørsmålene i intervjuguiden: 1) samhandling med pasient og pårørende, 2) samarbeid om pasientforløp, 3) samarbeid mellom profesjoner og kompetansebehov. Med utgangspunkt i det kodede materialet, ble det utformet utkast til tekst. Det ble analysert frem sub-tema som uttrykte mønster i funnene. De ulike sub-tema i hver kodegruppe ble syntetisert til tre hovedtema som uttrykte hvordan helsepersonellet erfarte pasientforløp i kommunehelsetjenesten. Eksempel på hvordan hovedtema ble analysert frem er illustrert i tabell 1.

Tabell 1: Eksempel på hvordan ett hovedtema ble analysert frem

Sitat	Sub-tema	Hovedtema
<i>«Du har mer medvirkning lokalt, det at du er i et kjent miljø, kanskje har vært innenfor omsorgstjenesten tidligere»</i>	Brukermedvirkning	Helhetlige pasientforløp
<i>«De gangene jeg virkelig har erfart at det var gode pasientforløp har vært med alvorlig kreftsyke pasienter som vil hjem igjen. Da har vi vært i forkant, hatt møte med pasienter og pårørende og lagt en plan for hvordan det skal være».</i>	Godt planlagte palliative forløp	
<i>«Jeg ser det iallfall som leder, at det å ha det lokalt er viktig for helheten. For det er jo stort sett eldre som blir lagt inn, og da er det jo personer som enten vi har med å gjøre fra før, eller som vi kommer til å ha å ha med å gjøre».</i>	Livsløpsperspektiv	
<i>«Det som er viktig med pasientforløp, er at de er strukturerte, men ikke så detaljerte at det ikke gir rom for tilpasning for den enkelte pasient»</i>	Individuelt tilpassa forløp	

Analyseprosessen var både induktiv og deduktiv. Vi startet med rådata, kodet intervjuene og analyserte frem mønster mot stadig mer abstrakte tema. Deretter gikk vi fra hovedtema til rådata for å sikre at temaene hadde god nok dekning i datamaterielat (Creswell, 2014). Både notater og de transkriberte intervjuene ble benyttet for å analysere frem temaene (Krueger & Casey, 2015). En konstruktivistisk tilnærming medfører at konteksten og interaksjonen i fokusgruppene er inkludert i analysen. Intervjuene ble gjennomført ca 1,5 - 2 år etter samhandlingsreformen ble iverksatt, og informantene gav uttrykk for at de hadde god kjennskap til intensjonene i reformen.

Metodiske refleksjoner

Det er helsepersonell som er intervjuet i denne studien. Fokusgruppeintervju gav et rikt materiale fordi deltakerne var engasjerte og hadde lang erfaring fra kommunehelsetjenesten. Engasjement i intervjuene bidro til å løfte frem sentrale tema i analysen. Noen av informantene var relativt tause, men kroppsspråket bekreftet at de støttet det som ble sagt. Førsteforfatter arbeider som sykepleier i kommunehelsetjenesten. Medforfatterne arbeider i spesialisthelsetjenesten og på et universitet. Det at forfatterne hadde ulike posisjoner til feltet, førte til flere perspektiv i analyseprosessen. Det er ikke et mål å generalisere i kvalitativ forskning, men det er trolig at mange av funnene kan ha overførbarhet til erfaringer med pasientforløp i andre kommuner (Polit & Beck, 2012).

Funn

Funnene viser helsepersonells erfaring med pasientforløp i kommer i Vest-Norge. Disse temaene ble analysert frem: 1) Helhetlige pasientforløp, 2) Koordinering og informasjonsflyt, 3) Kompetanse og samarbeid. Første temaet omtaler individuelt tilrettelagde pasientforløp. De to andre temaene omhandler organisatoriske og samhandlende perspektiv i tillegg til betydningen av kompetanse.

Helhetlige pasientforløp

Informantene formidlet at det var lettere å gjennomføre brukermedvirkning når pasienten blir behandlet i egen kommune. En leder sa det slik: «*Du har mer medvirkning lokalt, det at du er i et kjent miljø, kanskje har vært innenfor omsorgstjenesten tidligere*». Dialog med pårørende vurderte helsepersonellet som viktig for å danne et helhetsbilde av pasientens situasjon og skape pasientsentrerte forløp. Det ble fortalt om innskrivings- og utskrivingsamtaler for å kartlegge og planlegge gode forløp. I gruppene ble det også gitt uttrykk for at pasientens ønsker og verdier ble respektert når det gjaldt valg av behandling. Helsepersonellet var opptatt av intensjonene i samhandlingsreformen og gav uttrykk for at det var særlig viktig at eldre fikk behandling nær der de bor.

Det palliative forløpet var et område helsepersonellet erfarte god dialog med pasient og pårørende. Det ble fortalt om ulike måter å tilrettelegge forløpet på for å imøtekomme pasientens ønsker og behov. Hjemmesykepleien og sykehjemmet kunne flytte på ressurser for å legge til rette i en terminal fase. Fastleger stilte opp utenom arbeidstid og bidro til flyt i pasientforløpet. Det ble også fortalt om sykehjem som tilrettela for å ivareta familieperspektivet i behandlingen, blant annet med lekerom for pasientens barn. En leder fra hjemmetjenesten formidlet det slik: *«De gangene jeg virkelig har erfart at det var gode pasientforløp har vært med alvorlig kreftsyke pasienter som vil hjem igjen. Da har vi vært i forkant, hatt møte med pasienter og pårørende og lagt en plan for hvordan det skal være»*. Det var stort engasjement da de fortalte om hvordan de la til rette for gode palliative pasientforløp.

Det ble sagt at valget om pasienten skulle bli lagt inn på sykehus eller på øyeblikkelig hjelp døgnopphold (ØHD) i egen kommune, ble gjort i dialog med pasienten og pårørende. I følge informantene gav pasientene uttrykk for at omsorgen var bedre i hjemkommunen, samt det var lettere for pårørende å komme på besøk, noe som gav trygghet. En informant formidlet tilbudet sin betydning for gode forløp: *«Jeg ser det iallfall som leder, at det å ha det lokalt er viktig for helheten. For det er jo stort sett eldre som blir lagt inn, og da er det jo personer som enten vi har med å gjøre fra før, eller som vi kommer til å ha å ha med å gjøre»*. Informantene vurderte ØHD tilbud i eget sykehjem som positivt for pasientforløpet. Det kom også frem at tilbudet kunne gi et mer oppstykket forløp, hvis pasienten ble innlagt ØHD med uavklart diagnose og måtte til sykehuset for diagnostisering.

Det var ulikt hvordan kommunene utviklet pasientforløp. En gruppe fortalte at de ikke hadde laget pasientforløp, men planla individuelle forløp for hver enkelt pasient i samarbeid mellom hjemmetjeneste, lege og sykehjemmet. I noen kommuner hadde helsepersonell utviklet pasientforløp for rehabilitering og for palliasjon. Informantene hadde erfart at kommunene og sykehus tenkte ulikt om pasientforløp, og utvikling av felles pasientforløp ble derfor vanskelig. Det ble sagt at de diagnosebaserte forløpene som benyttes i sykehus ikke passet til kommunens helhetstenkning. En informant uttrykte det slik: *«Det som er viktig med pasientforløp, er at de er strukturerte, men ikke så detaljerte at det ikke gir rom for tilpasning for den enkelte pasient»*.

Koordinering og informasjonsflyt

Mangelfull koordinering mellom sykehus og kommune ble omtalt som et problem. Det var felles forståelse av at god samhandling mellom sykehus og kommune kunne bedre pasientforløpene. En informant sa det slik: *«Det å koordinere mellom kommuner og helseforetak er kanskje avgjørende for et godt pasientforløp»*. Det ble fortalt hva sykehuset kunne gjøre for å bedre pasientoverføringer. Det kom i mindre grad frem hva kommunene mente de selv

kunne gjøre for å bidra til bedre overflyttinger. Helsepersonellet hadde opplevd at spesialisthelsetjenesten virket lite interessert i kunnskap om pasienten fra kommunen. Kommunene formidlet et ønske om at sykehuset skulle bli flinkere til å skildre pasientenes funksjonsnivå før utskrivelse, slik at de kunne starte pasientforløpstenkningen. En sykehjemslege trodde også det kunne bli bedre pasientflyt hvis en hadde mer muntlig dialog mellom leger i spesialist- og kommunehelsetjenesten.

Flere av helsepersonellet opplevde at sykehuset undervurderte kommunene og ikke hadde kjennskap til hva primærhelsetjenesten kunne bidra med. Manglende tillit og usikkerhet om hva kommunene kunne behandle, ble pekt på som en mulig årsak til at noen pasienter hadde flere liggedøgn på sykehus enn nødvendig. At sykehuset fortalte pasienter hvilken oppfølging de skulle få i hjemkommunen, ble vurdert som lite ønskelig. Dette ville kommunene selv vurdere ut fra egne ressurser og tilbud. Temaet skapte stort engasjement, og en informant formidlet det slik: *«Sykehuset vet ikke godt nok hva vi kan tilby i hjemmene og hva som trengs for å komme på sykehjem. Det blir så mye vanskeligere i forhold til pasientene og pårørende dersom sykehuset sier at denne pasienten må på sykehjem»*. Det ble reflektert over at utfordringen til sykehuset kunne være at de måtte forholde seg til mange kommuner og kanskje var usikre på hvilke tilbud hver enkelt kommune kunne tilby. Hospitering ble nevnt som en mulighet for å gi en bedre forståelse. I en kommune hadde sykepleiere vært på hospitering i spesialisthelsetjenesten, men ingen fra spesialisthelsetjenesten hadde hospitert i kommunen.

Ett område hvor informantene formidlet god samhandling med spesialisthelsetjenesten, var for pasienter i palliativ fase. Helsepersonellet i kommunen opplevde trygghet og tillit til det palliative teamet, med lett tilgang til hjelp og støtte. Det ble fortalt at teamet uoppfordret tok kontakt med kommunene vedrørende pasienter med kreft, og sammen laget de en plan. En av informantene sa det slik: *«Kreftavdelingen er i særstilling når det gjelder dialog om hva vi kan mestre i kommunen»*.

I kommunene ble det uttrykt ønske om felles journal til pasientene for å få tilgang til pasientinformasjon. Spesielt medisinlisten til pasientene ble nevnt som et problem. Dette gjaldt særlig i akutte situasjoner og ved overflytting. Elektronisk meldingsutveksling ble sett på som positiv utvikling, men var ennå ikke tatt i bruk over alt. En sykehjemslege formidlet at han fortsatt skrev henvisninger i papirform, men det varierte hvordan han fikk svarene. Epikrise og utskrivningsnotat hadde begynt å komme elektronisk fra sykehuset, men gjensidig kommunikasjonsutveksling var fortsatt ikke tatt i bruk.

Kompetanse og samarbeid

Kompetanse ble vurdert som vesentlig for å få til gode pasientforløp. Spesialutdanninger og mastergrad som gav breddekompetanse for å møte pasienter med flere diagnoser ble fremhevet som betydningsfullt. Det ble formidlet at spesialsykepleiere bidro til å løfte fagmiljøet. Ved opprettelse av ØHD opplevde flere kommuner å ha fått styrket ressurser og flere sykepleiere med videreutdanning. I andre kommuner ble det fortalt om utfordring med mangelfull styrking av ressurser og lite fokus på kompetanseheving, samtidig som arbeidsoppgavene var blitt mer krevende. Midler til kurs og kompetanseutvikling ble etterlyst i disse kommunene. Et ønske om samarbeid mellom kommunene om fagutvikling ble også kommunisert.

Informantene fortalte om godt teamarbeid og god pasientflyt i kommunene. Særlig samarbeidet mellom sykehjem og hjemmetjenesten ble vurdert som godt. Det ble flyttet på ressurser og kompetanse etter behov. En leder sa det slik: *«Vi sitter ikke på hver vår tue og verner om våre budsjettposter, vi må hjelpe hverandre på tvers hele tiden»*. Helsepersonellet fortalte om godt samarbeid mellom hjemmetjenesten og sykehjemmet både når pasienten skulle på korttidsopphold eller tilbake til hjemmet. En informant skildret samarbeidet slik: *«Det at vi har fått til et så nært samarbeid gjør at vi er ganske bevisste på hvem som får korttidsopphold og formålet med oppholdet»*. I en kommune hadde ergoterapeut og koordinator i hjemmetjenesten hjemmebesøk til alle som søkte tjeneste. Dette gjorde forløpsarbeidet lettere, da hjemmesituasjonen allerede var kartlagt.

Betydningen av tillit og samarbeid mellom leger og sykepleier ble lagt vekt på. Spesielt ved innleggelse til øyeblikkelig hjelp døgnopphold (ØHD) var det viktig for sykepleiernes trygghet at legen hadde avklart pasientens diagnose, og med klar beskrivelse om hva som skulle observeres og behandles i det videre forløpet. Mulighet til å kontakte lege ved behov ble vurdert som viktig. Legens tillit til sykepleierens kompetanse, og at pasienten ble fulgt opp slik som forskrevet, ble også fremhevet som avgjørende for bruken av ØHD. Noen kommuner fortalte om økt legedekning i sykehjemmene etter ØHD tilbudet ble opprettet. Faste leger knyttet til ØHD ble vurdert som positivt for kontinuitet og samarbeid.

Diskusjon

Hensikten med studien var å belyse helsepersonells erfaringer med pasientforløp i Vest-Norge. Helsepersonellet formidlet at de hadde helhetlige pasientforløp i samsvar med helsepolitiske føringer om styrket brukermedvirkning. Men det ble også fortalt om mangelfull koordinering og informasjonsflyt mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten. Godt samarbeid mellom profesjonene og tilstrekkelig sykepleiekompetanse ble vurdert som viktige forutsetninger for gode pasientforløp i kommunehelsetjenesten.

Helsepersonellet formidlet at de i stor grad involverte pasientene og pårørende i pasientforløpene. De gav uttrykk for at det ble enklere å gjennomføre brukermedvirkning i pasientens hjemkommune. I samhandlingsreformen (2008-2009) blir brukermedvirkning beskrevet som aktiv deltagelse fra brukerne selv. Viktigheten av å understøtte brukernes evne til å mestre egen helse er sentral i reformen. Berntsen et al. (2014) som undersøkte pasientenes erfaringer i pasientforløpene, fant liten grad av pasientinvolvering i valg av tiltak. Argumentasjonen om at det blir lettere for pasienter og pårørende å medvirke når de blir behandlet i nærmiljøet sitt, synes likevel troverdig. Kjennskap til ulike tilbud vil trolig gjøre det lettere for pasienter og pårørende å fremme egne ønsker. Dette kommer særlig frem i pasientforløp for pasienter i palliativ fase, der helsepersonellet erfarte god dialog med pasient og pårørende. Videreutdanning og kompetanse ble lagt vekt på av informantene. Helse- og omsorgsdepartementet påpeker at helsepersonell med videreutdanning i større grad yter tjenester med fokus på kvalitet, pasientsikkerhet, brukermedvirkning og opplæring av pasienter og pårørende (Meld. St. 26, 2014-2015). Dette støttes av Dyrstad et al. (2015) som har påpekt at helsepersonell trengte utdanning og kurs for å lære og involvere pasienten i pasientforløpet, noe som synliggjør behovet og verdien av å styrke kompetanse i kommunene for å ivareta brukermedvirkning i pasientforløpene.

Involvering av pårørende ble formidlet som betydningsfullt for å danne et helhetsbilde av pasientens situasjon. En norsk studie viste at bare en av fire eldre som ønsket familiemedlemmer til stede når informasjon ble gitt ved utskrivning fra sykehuset, fikk ønsket oppfylt (Foss & Hofoss, 2011). Det anslås at om lag 70 000 personer i Norge har demens. Tallet vil trolig dobles de neste 35 årene (Meld. St. 26, 2014-2015). God kartlegging, informasjon og involvering av både pasient og pårørende vil være nødvendig for å få til gode pasientforløp, særlig når pasienten har kognitiv svikt. Helse- og omsorgsdepartementet fremhever at pårørende skal få større betydning i fremtidens helse- og omsorgstjeneste (Meld. St. 26, 2014-2015).

Helhetlig og lokalt tilpasset forløp var viktig for kommunene. Prosjekter andre steder i landet har vist at diagnosebaserte forløp ikke blir sett på som relevante i primærhelsetjenesten (Røsstad et al., 2013, Meese & Rønhovde, 2015). Kommunene i denne studien ønsket pasientforløp som var fleksible og hadde praktisk verdi i arbeidet. Pasientforløp i forhold til palliasjon og rehabilitering var utviklet i noen kommuner. Disse var relevante for flere pasientgrupper. Det ble sagt at pasientforløp burde tilpasses den lokale konteksten og at ansatte som arbeidet nær pasienter burde ta del i dette arbeidet.

Informasjon fra sykehus ble av helsepersonellet beskrevet som mangelfull, og gjorde det vanskelig for kommunene å planlegge pasientforløpene. Tilsyn har vist at informasjonen til kommunene i forkant av utskrivning fra sykehuset er

mangelfull (Helsetilsynet, 2016). Helsepersonellet i denne studien erfarte at først når pasienten kom tilbake til kommunen kunne de starte planlegging av gode pasientforløp. Grimsmo et al. (2015) påpekte at informasjonsflyt er viktig og at informasjon formidles før pasienten flyttes, slik at koordineringen ikke skal stoppe opp.

Helsepersonell i kommunene erfarte manglende tilgang til pasientopplysninger på grunn av ulike journalsystemer. Elektronisk meldingsutveksling var mangelfullt utbredt. Dette var særlig sårbart i akutte situasjoner der de trengte informasjon raskt. IKT-løsninger er noe regjeringen har fokus på for å gi bedre tilgang til helseopplysninger (Meld. St. 9, 2012-2013). En styrking av dette området vil kunne ha positiv betydning for pasientsikkerheten.

Informantene ønsket bedre samhandling med spesialisthelsetjenesten for å skape gode pasientforløp. Håland og Osmundsen (2015) så på hvordan primær og spesialisthelsetjenesten samhandlet. De kom frem til at det var viktig med god dialog for å skape tillit, respekt og forståelse mellom helsepersonell. Samarbeidsavtalene mellom kommunene og helseforetak skulle bedre samarbeidet (Helse- og omsorstjenesteloven, 2011). Funnene i denne studien, i likhet med andre (Paulsen et al., 2013, Helsetilsynet, 2016, Tønnessen et al., 2016), viser at dette ikke er tilstrekkelig oppnådd. Det kan tenkes at økt bruk av hospitering kan styrke samarbeidet og samtidig minke avstanden mellom nivåene.

Kompetanse og tillit mellom helsepersonell ble vurdert som sentralt for å få til gode pasientforløp. Behovet for spesialutdanninger og mastergrad som gir breddekompetanse ble vektlagt som viktig av informantene. Det ble erfart at sykepleiere med videreutdanning styrket det faglige miljøet. Dette samsvarer med tidligere forskning som har synliggjort behovet for økt kompetanse i kommunene for å få til gode pasientforløp (Bing-Jonsson et al., 2016).

Helse- og omsorgsdepartementet peker på at god koordinering og samarbeid i kommunene er viktig for kvalitet i forløpene (Meld. St. 26, 2014-2015). Godt teamarbeid ble vurdert som avgjørende for gode pasientforløp i denne studien. Det kan tenkes at mindre kommuner med færre involverte har bedre kjennskap til hverandre, og dermed opplever det enklere å få til godt teamarbeid enn i større og mindre oversiktlige arbeidsmiljø.

Konklusjon

Helsepersonell i kommuner i Vest-Norge formidler at de i stor grad oppnår intensjonen om pasientsentrerte og helhetlige forløp. Kunnskapsløft og teamarbeid i egen kommune synes å bidra til dette. Samtidig kommer det frem at de erfarer mangelfull koordinering og informasjonsflyt som kan true pasientsikkerheten i pasientforløpet.

Det vil være behov for studier som ser på pasienter og pårørende sine erfaringer med pasientforløp i kommunehelsetjenesten. Det hadde også vært interessant og sammenlignet kommuner som har opprettet øyeblikkelig hjelp døgnopphold i egen kommune, med kommuner som har interkommunalt samarbeid. En slik studie kunne belyst hvordan ulike modeller kan påvirke pasientforløpene.

Litteratur

- Berntsen, G., Høyem, A. & Gammon, D. (2014). Helsetjenesten sett fra pasientens ståsted. Tromsø: Nasjonalt Senter for Samhandling og Telemedisin. [Online] Lastet ned den 13. Oktober 2016, fra: <http://telemed.custompublish.com/rapporter.48869.no.html>.
- Bing-Jonsson, P. C., Hofoss, D., Kirkevold, M., Bjørk, I. T. & Foss, C. (2016). Sufficient competence in community elderly care? Results from a competence measurement of nursing staff. *BMC nursing*. 15, (1): 1. <https://doi.org/10.1186/s12912-016-0124-z>
- Creswell, J. W. (2014). *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. 4. utgave. Los Angeles, London, New Dehli, Singapore, Washington: SAGE Publications.
- Deneckere, S., Euwema, M., Van Herck, P., Lodewijckx, C., Panella, M., Sermeus, W. & Vanhaecht, K. (2012). Care pathways lead to better teamwork: Results of a systematic review. *Social science & medicine*. 75, (2): 264-268. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.02.060>
- Dunér, A., Blomberg, S. & Hasson, H. (2011). Implementing a continuum of care model for older people - results from a Swedish case study. *International journal of integrated care*. 11, 1-11. <https://doi.org/10.5334/ijic.665>
- Dyrstad, D. N., Testad, I., Aase, K. & Storm, M. (2015). A review of the literature on patient participation in transitions of the elderly. *Cognition, Technology & Work*. 17, 15- 34. <https://doi.org/10.1007/s10111-014-0300-4>
- Evans-Lacko, S., Jarrett, M., McCrone, P. & Thornicroft, G. (2010). Facilitators and barriers to implementing clinical care pathways. *BMC health services research*. 10, (1): 182. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-182>
- Foss, C. & Hofoss, D. (2011). Elderly persons' experiences of participation in hospital discharge process. *Patient Education and Counseling*. 85, (1): 68-73. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.08.025>
- Gautun, H. & Syse, A. (2013). Samhandlingsreformen. Hvordan tar de kommunale helse- og omsorgstjenestene imot det økte antallet pasienter som skrives ut fra sykehusene? NOVA- Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring. Rapport. ISBN: 978-82-78-472-1
- Grimsmo, A. (2013). Hvordan har kommunene løst utfordringen med utskrivningsklare pasienter. *Sykepleien Forskning*. 8, (2): 148-155. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2013.0053>

- Grimsmo, A., Kirchhoff, R. & Aarseth, T. (2015). Samhandlingsreformen i Norge. *Nordiske OrganisasjonsStudier*. 17, (3): 3-12.
<http://hdl.handle.net/11250/2433316>
- Grimsmo, A., Løhre, A., Røsstad, T., Gjerde, I., Heiberg, I. & Steinsbekk, A. (2016). Helhetlige pasientforløp - gjennomføring i primærhelsetjenesten. *Tidsskrift for omsorgsforskning*. 2, (2): 78-87.
<https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2016-02-02>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* Lovdata. [Online] Lastet ned den 20. Mai 2016, fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>.
- Helsetilsynet (2016). Informasjonen var mangelfull og kom ofte for sent. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2015 med samhandling om utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunen. [Online] Lastet ned den 29. April 2016, fra: https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2016/helsetilsynetrapport1_2016.pdf
- Howell, K. E. (2013). *An introduction to the philosophy of methodology*. Sage Publications.
- Håland, E. & Osmundsen, T. C. (2015). Entusiastisk etablering og kontinuerlig vedlikehold: samhandling på tvers av grenser innenfor helsetjenesten. *Nordiske OrganisasjonsStudier*. 17, (3): 63-85.
- Kinsman, L., Rotter, T., James, E., Snow, P. & Willis, J. (2010). What is a clinical pathway? Development of a definition to inform the debate. *BMC medicine*. 8, (1): 31. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-8-31>
- Krueger, R. A. & Casey, M. A. (2015). *Focus groups: A practical guide for applied research*. Sage publications.
- Lyngstad, M., Grimsmo, A., Hofoss, D. & Hellesø, R. (2014). Home care nurses' experiences with using electronic messaging in their communication with general practitioners. *Journal of Clinical Nursing*. 23, (23-24): 3424-33. <https://doi.org/10.1111/jocn.12590>
- Lyngstad, M., Hofoss, D., Grimsmo, A. & Hellesø, R. (2015). Predictors for Assessing Electronic Messaging Between Nurses and General Practitioners as a Useful Tool for Communication in Home Health Care Services: A Cross-Sectional Study. *Journal of medical Internet research*. 17, (2). <https://doi.org/10.2196/jmir.4056>
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. 3. utgave. Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinussen, P. E. (2013). Referral quality and the cooperation between hospital physicians and general practice: the role of physician and primary care factors. *Scandinavian Journal of Public Health*. 41, (8): 874-882. <https://doi.org/10.1177/1403494813498951>
- Meese, J. & Rønhovde, L. (2015). Prosjektorganisering som strategi for kunnskapsoverføring og læring i forbindelse med samhandlingsreformen. *Nordiske OrganisasjonsStudier*. 17, (3): 86-108.

- Meld. St. 9. (2012-2013). *Èn innbygger - èn journal: Digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. [Online] Lastet ned den 10. April 2017, fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-9-20122013/id708609/sec1>
- Meld. St. 26. (2014-2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. [Online] Lastet ned den 20. April 2016, fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/d30685b2829b41bf99edf3e3a7e95d97/no/pdfs/stm201420150026000dddpdfs.pdf>.
- Olsen, R. M., Hellzén, O. & Enmarker, I. (2013). Nurses' information exchange during older patient transfer: prevalence and associations with patient and transfer characteristics. *International journal of integrated care*. 13, (1). <https://doi.org/10.5334/ijic.879>
- Paulsen, B., Romøren, T. I. & Grimsmo, A. (2013). A collaborative chain out of phase. *International journal of integrated care*. 13, 1-10.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2012). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. 9. utgave. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/ Lippincott Williams & Wilkins.
- Postholm, M. B. (2005). *Kvalitativ metode: en innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kasusstudier*. Universitetsforlaget.
- Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). https://helseforskning.etikkom.no/ikbViewer/page/forside?_ikbLanguageCode=n.
- Riksrevisjonen (2016). Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen. Dokument 3:5 (2015–2016). [Online] Lastet ned den 10. Mai 2016, fra: <https://www.riksrevisjonen.no/rapporter/Documents/2015-2016/Samhandlingsreformen.pdf>.
- Rotter, T., Kinsman, L., James, E., Machotta, A., Gothe, H., Willis, J., Snow, P. & Kugler, J. (2010). Clinical pathways: effects on professional practice, patient outcomes, length of stay and hospital costs. *Cochrane Database Syst Rev*. 3, (3): 1-173. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006632.pub2>
- Rotter, T., Kinsman, L., Machotta, A., Zhao, F. L., van der Weijden, T., Ronellenfitch, U. & Scott, S. D. (2013). Clinical pathways for primary care: effects on professional practice, patient outcomes, and costs. *The Cochrane Library*. (8): 1-14. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010706>
- Røsstad, T., Garåsen, H., Steinsbekk, A., Håland, E., Kristoffersen, L. & Grimsmo, A. (2015). Implementing a care pathway for elderly patients, a comparative qualitative process evaluation in primary care. *BMC Health Services Research*. 15, (1): 86. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0751-1>
- Røsstad, T., Garåsen, H., Steinsbekk, A., Sletvold, O. & Grimsmo, A. (2013). Development of a patient-centred care pathway across healthcare

- providers: a qualitative study. *BMC health services research*. 13, (1): 121. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-121>
- Schoen, C., Osborn, R., Squires, D., Doty, M., Pierson, R. & Applebaum, S. (2011). New 2011 survey of patients with complex care needs in eleven countries finds that care is often poorly coordinated. *Health Affairs*. 30, (12): 2437-2448. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2011.0923>
- St.meld. nr. 47. (2008-2009). *Samhandlingsreformen: Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. [Online] Lastet ned den 16. Mai 2016, fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>.
- Tingvoll, W.-A. & Fredriksen, S.-T. D. (2011). Individuell tilretteleggelse for eldre pasienter etter sykehusopphold - en fenomenologisk-hermeneutisk studie basert på erfaringer fra sykepleieledere i kommunen. *Nordic Journal of Nursing Research*. 31, (3): 40-44.
- Tønnessen, S., Kassah, L., Lilljan, B. & Tingvoll, W.-A. (2016). Hjemmesykepleien i samhandling med spesialisthelsetjenesten. *Sykepleien Forskning*. 11, (1): 11-24. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2016.56496>
- Van Houdt, S., Heyrman, J., Vanhaecht, K., Sermeus, W. & De Lepeleire, J. (2013). Care pathways across the primary-hospital care continuum: using the multi-level framework in explaining care coordination. *BMC Health Services Research*. 13, (1): 296. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-296>
- Vanhaecht, K., Ovretveit, J., Elliott, M. J., Sermeus, W., Ellershaw, J. & Panella, M. (2012). Have we drawn the wrong conclusions about the value of care pathways? Is a Cochrane review appropriate? *Evaluation & the health professions*. 35, (1): 28-42. <https://doi.org/10.1177/0163278711408293>
- Vanhaecht, K., Panella, M., Van Zelm, R. & Sermeus, W. (2010). An overview on the history and concept of care pathways as complex interventions. *International Journal of Care Pathways*. 14, (3): 117-123. <https://doi.org/10.1258/jicp.2010.010019>