

«Hvordan kan pasientflyten (hjem til hjem) forbedres for å unngå unødvendige reinnleggelser?»

Praksiskonsulentprosjekt 2015-2016

Kristine Ims Larsen

Jorunn Øvrebø

Katrine Oftedal

Carsten W. Tammen

Prosjektrapport

1. Sammendrag

Dette praksiskonsulent-prosjektet er forankret i ledergruppen i Helse Stavanger, og i administrativ ledelse i kommunene. Prosjektet understøtter lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommunene og helseforetaket.

Prosjektets mål var å avdekke årsaker og eventuelle flaskehalsar. Målet var videre å iverksette tiltak på systemnivå. Dette for å bedre pasientflyten ved utskrivelse av pasienter fra sykehuset, som har behov for helsetjenester ved overføring til kommunen.

Mandatet til prosjektet var at erfarne sykepleiere fra Stavanger- og Sandnes kommune, som er godt kjent med tildeling av tjenester i kommunen, ansettes i 20 % stillinger. Prosjektet hadde ett års varighet, med mulighet for forlengelse. Sykepleiere fra kommunene skulle sammen med ansvarlige kontaktpersoner i kirurgisk og medisinsk divisjon, bidra til videreutvikling og kvalitetssikring av at:

- Inngåtte samarbeidsavtaler og rutiner etterleves, jmf. delavtale 3 og 5 (vedlegg 2 og 3). Tjenestetilbud og organisering i kommunene synliggjøres.
- Rutiner for god og gjensidig kommunikasjon avtales og nedtegnes
- Det utarbeides plan for implementering, samt ha ansvar for at nye rutiner implementeres i kommunene og helseforetaket.

Praksiskonsulentene har jobbet på systemnivå, og prosjektet er fulgt opp i linje både i kommunen og på sykehuset. Videre er det etablert en styringsgruppe på administrativt nivå, med lik representasjon fra sykehuset og kommunene.

Arbeidet har blitt organisert ved en dag pr. uke på sykehuset, for planlegging av videre arbeid. I samarbeid med styringsgruppe utarbeidet praksiskonsulent-gruppen metode for videre prosjektarbeid. Mandatet for gruppen ble å se på hvordan pasientflyten (hjem til hjem) kunne forbedres for å unngå unødvendige reinnleggelser. Det har blitt gjort dypdykk i journaler i kommunene og på sykehuset, og disse opplysningene er samlet og analysert. Det ble gjort funn, som kan danne grunnlag for videre arbeid, for bedring av samhandling mellom Helse Stavanger og kommunene, som skal være til det beste for pasienten.

Prosjektrapport

1. Summary

This project is rooted in the management of Helse Stavanger, and in administrative management in municipality of Sandnes- and Stavanger district. The project supports the statutory cooperation between the municipalities and Helse Stavanger.

The project's goal was to uncover the causes and potential bottlenecks. The aim was also to implement measures at the system level, to improve patient-flow at discharge of patients from hospital, who needs health care by transferring them to the municipalities.

The mandate of the project was that experienced nurses from Stavanger and Sandnes, which is well acquainted with the allocation of the services in the municipalities, employed in 20 % positions that practice consultants (PKO) for one year with possibilities of extension. These, together with two nurses from surgical and medical division at the hospital, contributing to the further development and quality assurance that:

- Signed agreements and procedures are followed, cf. deal 3 and 5 (attachments 2 and 3). Services and organization of the municipalities are made visible.
- Procedures for good and mutual communication arranged and recorded.
- The prepared plan for implementation and ensure that new procedures implemented in the municipalities and health authorities.

Practice consultants (PKO) will be working on the system level, and the project is monitored in line both in the municipalities and in the hospital. Moreover, it established a project group at the administrative level with equal representation from the hospital and the municipalities.

The work has been organized by one day per. week at the hospital, for planning further work. In cooperation with the project team, was way ahead projects stipulated. The mandate of the group was to look at how patient flow (home to home) could be improved to avoid unnecessary re-admissions. It has been done in by depth records in the municipalities and at the hospital, and this information is collected and analyzed. Based on the findings in the depth records there were basis for further work, to improve the cooperation between the hospital and the municipalities, to what is best for the patients.

Prosjektrapport

Innhold

1. Sammendrag	2
1. Summary	3
2. Innledning	5
3. Metode	6
4. Analyse	12
5. Oppsummering og forslag til forbedring « <i>Hvordan kan pasientflyten (hjem til hjem) forbedres for å unngå unødvendige reinnleggelser?</i> »	50
6.0 Vedlegg	55

Prosjektrapport

2. Innledning

Praksiskonsulentene (heretter kalt PKO) har hatt som mandat å se på hvordan pasientflyten (hjem til hjem) kan forbedres, for å unngå unødvendige reinnleggelser. Den videre prosjektrapporten vil redegjøre for metode, analyse/funn og forslag til forbedrende tiltak.

2.1 Bakgrunn

Helse Stavanger og kommunene Stavanger og Sandnes, opplever en trend med stigende antall utskrivningsklare pasienter i sykehuset. Dette medvirker til økt press på avdelingene i sykehuset og på de ulike enhetene i kommunene. Prosjektet skal forsøke å avdekke årsaker og iverksette tiltak for å bedre pasientflyten mellom helseforetaket og kommunene.

Styringsgruppen har lagt føringer på at PKO-prosjektet skal se nærmere på unødvendige reinnleggelser.

2.2 Kartlegging av nåsituasjonen

Ved oppstarten av prosjektet, fikk PKO-gruppen overlevert tallmateriale som viste reinnleggelser i 2014, for pasienter fra Stavanger kommune (vedlegg 6 og vedlegg 7). Det ble også overlevert tallmateriale for antall meldinger om utskrivningsklare pasienter, vedrørende pasienter fra Sandnes- og Stavanger kommune (vedlegg 4 og 5).

«Utviklingen i utskrivningsklare pasienter -aldersfordelt» (vedlegg 6) viste i 2014 størst prosentvis økning i aldersgruppe 67- 79 år. Disse tallene viser for øvrig til pasienter fra Stavanger kommune. Det er likevel nærliggende å tro, at det på tvers av kommunegrensene vil være likheter her.

Tallene fra Stavanger kommune, viser ikke til prosentvis stor økning i antall reinnleggelser. Tabellen (vedlegg 6) viser noe økning, men tar dog ikke høyde for økning av totalt antall pasienter/innleggelser pr. år. Unødvendige reinnleggelser er likevel et hyppig omtalt emne både i Helse Stavanger og i kommunene. Partene har også reist spørsmål om hvorvidt sykehuset skriver ut pasientene for tidlig, eller om kommunene tilbyr for lavt omsorgsnivå, evt. ikke optimal oppfølging av hjemmetjenester.

Sett i lys av oppgitte talldata, ønsket styringsgruppen at PKO så på samhandlingen som har vært mellom Helse Stavanger og kommunene. For å kartlegge dette, var det nødvendig å gjøre dypdykk i journaler hos begge parter. Foruten de spesifikke avtalene som omhandler elektronisk samhandling, var det behov for å se om det var gjort annen dokumentasjon i elektronisk pleiejournal (heretter kalt EPJ).

Prosjektrapport

3. Metode

Sett i lys av aktuelle utfordringer hos Helse Stavanger og i kommunene, ble det utarbeidet en problemstilling for det videre prosjektarbeidet: «*Hvordan kan pasientflyten (hjem til hjem) forbedres for å unngå unødvendige reinnleggelser?*». Problemstillingen la grunnlaget for videre metodevalg.

Dette PKO-prosjektet kan beskrives som en case-study. Case-study er en kvalitativ beskrivende forskningsmetode, hvor en eksempelvis ønsker å se på forhold knyttet til kontakten mellom behandlere og pasient. I dette tilfellet ønsket en å se på forhold knyttet til sykehus/kommune og pasient/bruker. Case-study ble utført ved såkalte dypdykk i journaler, hvor en ønsket å hente ut både kvalitative og kvantitative data.

Dette prosjektet er klassifisert som et kvalitetsforbedringsarbeid. Det følger av dette egne forskningsetiske retningslinjer for arbeidet. På grunn av overnevnt klassifisering, har det ikke vært nødvendig å søke om godkjenning fra REK eller NSD (vedlegg 1).

Rådgivere i fagstab i de respektive kommunene har gitt PKO-sykepleiere (som er ansatt i kommunene) tilgang til utvidede søk i EPJ (Cos Doc og Profil). PKO-sykepleiere har ikke fått tilgang til sykehusets Dips-system.

Etiske overveielser har ligget til grunn for alt vårt arbeid. I hele prosjektperioden har personvernet vært vektlagt. En har oppbevart identifiserbare personopplysninger på forsvarlig måte. Dataene som har blitt brukt, har blitt avidentifisert.

3.1 Teoretisk referanseramme

I starten av prosjektet, våren 2015, var det nødvendig å søke relevant litteratur og se på andre relevante prosjekt. Det har det siste året blitt utarbeidet en rekke relevante rapporter, og særlig kan en trekke frem:

- International Research Institute of Stavanger (IRIS): «Samhandlingsreformens konsekvenser for det kommunale pleie- og omsorgstilbudet». Rapport IRIS-2014/382
- Vestlandsløftet: Rapport vedr. kvalitet i innhold i de elektroniske PLO-meldingene. Versjon 1. 0. Oktober 2014.
- Vestlandsløftet: Elektronisk meldingsutveksling. Kartlegging av meldingsflyt mellom kommuner og HF på Vestlandet. Januar 2016.
- Tidligere PKO-prosjekt i Helse Stavanger.

IRIS-rapporten, var en kartlegging som ble gjort i Stavanger kommune. Rapporten konkluderte med at pasienter som sykehuset melder utskrivningsklar til kommunen, oftere er sykere enn før samhandlingsreformen. Videre konkluderer rapporten med at pasientene forlater sykehuset med alvorligere, mer behandlingskrevende og/eller mer komplekse sykdomstilstander. Det foregår et visst skifte i kommunehelsetjenestens karakter, i retning av mer behandling og pleie av kort varighet og av mer spesialisert karakter. Rapporten slår også fast at det er høyere terskel for sykehjems plass og hjemmetjenester. Det påpekes også at mer spesialiserte tjenester, går på bekostning av enklere tilbud. Et av hovedfunnene var at fokuset på pasienter på sykehus, går ut over

Prosjektrapport

eldre skrøpelige som bor hjemme. Rapporten påpeker også at det er en mulighet for at antall reinnleggelses kan øke, da pasienten skrives raskere ut og er skrøpeligere.

Vestlandsløftet (2014), «Rapport vedr. kvalitet i innhold i de elektroniske PLO-meldingene», har gjennom sitt arbeid funnet frem til en rekke anbefalinger for videre arbeid. Anbefalingene favner vidt, men en kan trekke frem ønske om felles opplegg for e-læring, etablering av felles nasjonale standarder for samarbeidende parter, samt at det etableres felles metodikk for journalføring både i kommuner og helseforetak.

I rapporten fra Vestlandsløftet (2015), deltok 59 av Vestlandets 85 kommuner i en kartlegging av meldingsflyt i perioden 21. 9. 2015 -2. 10. 2015. Undersøkelsen tok sikte på å kartlegge meldingsflyt mellom kommuner og helseforetak på Vestlandet. Kommunene registrerte hele meldingsflyter i gitte perioder. Det ble totalt registrert 459 meldingsforløp. Registreringen viste at elektronisk samhandling stort sett sendes ved innleggelse og utskrivelse av pasienter. Videre fremkom det at bruken av elektroniske meldinger stadig er økende, men at det er funnet en del bruk av feil meldingstyper. I tillegg er det en del telefonkontakt, men dette blir lite dokumentert.

Foruten ovennevnte rapporter, finner en det også relevant og gjøre kort rede for prosjektet «Helhetlige, koordinerte og trygge pasientforløp i kommunene» ved Kunnskapssenteret/KS. Det har blitt etablert to læringsnettverk for utvikling av gode pasientforløp for eldre og kronisk syke pasienter. Stavanger- og Sola kommune var en del av 21 kommuner fra Sør- og Vestlandet. Helse Stavanger ved tre representanter fra SUS ble også involvert i nettverket.

Læringsnettverkene bygger på Anders Grimsmos arbeid i Orkdalsregionen og Trondheim, med utvikling av pasientforløp basert på pasientens funksjon og ikke diagnoser. Satsingen finansieres av Helse- og Omsorgsdepartementet, og målene for læringsnettverkene er tydelige. «Unødvendige» innleggelses skal reduseres, det skal utvikles helhetlige og koordinerte pasientforløp i kommunene, brukerens rolle skal styrkes i forbedring av pasientforløp, samt styrking av forbedringskompetanse hos ledere og medarbeidere.

Nettverkene er et systematisk forbedringsarbeid der pasientens/brukerens funksjon kartlegges med utgangspunkt i spørsmålet «Hva er viktig for deg?». Tenkningen skal endres fra «Hva er i veien med deg?» til «Hva er viktig for deg?». Det handler om å forbedre samtalen rundt spørsmålet. Og like viktig; hvordan følger tjenesteyterne opp at spørsmålet er stilt og besvart?

De siste årene har det vært en rekke PKO-prosjekt, med problemstillinger som kan relateres til dette prosjektarbeidet.

I 2012, var det et PKO-prosjekt som tok utgangspunkt i hva kommunehelsetjenesten kunne gjøre for å sikre innleggelsesprosessen i sykehus. Dette for at pasienten skulle få et best mulig behandlingsforløp. Målet med prosjektet var å få til en felles forståelse om hva som er relevante og nødvendige opplysninger ved innleggelse. I aktuell rapport poengteres det at relevante og nødvendige opplysninger, mellom annet er funksjonsnivå før aktuell skade/sykdom, medikamenter, boforhold og eventuelle kommunale tjenester.

Prosjektrapport

Et annet relevant PKO-prosjekt, var hvor det ble tatt sikte på å kvalitetssikre prosesser i samhandling, slik at pasientene opplever et sømløst tjenestetilbud. En ønsket å kvalitetssikre prosesser i samhandlingen, slik at prosessene ble systemavhengige og ikke individ-avhengige.

I ovennevnte prosjekt ble det funnet at det er størst fare for informasjonssvikt mellom Helse Stavanger og kommune (-ne). Det ble reist spørsmål om hvilken informasjon ble gitt videre til pasient/pårørende og til primærhelsetjenesten, og hvordan dette ble dokumentert og kvalitetssikret. Det ble også reist spørsmål om hvorvidt det var tilfredsstillende skriftlige prosedyrer. Det ble konkludert med at dokumentasjonsrutinene for elektronisk samhandling hadde potensiale for å bli mer systematiske.

I 2009 var det et PKO-prosjekt som problematiserte hvem som har ansvaret for bestilling av hjelpemidler. Fremskaffelse av nødvendige tekniske hjelpemidler og behandlingshjelpemidler kan føre til utfordringer i samhandlingen mellom Helse Stavanger og kommune (-ne). Prosjektet ønsket å klargjøre partenes ansvarsforhold. Det poengteres at utskrivningsklare pasienter med behov for tekniske hjelpemidler, må meldes til kommunene i god tid før utskrivning.

3.2 Datainnsamlings skjema

Et viktig forarbeid for utarbeidelse av spørreskjema, var grundig gjennomgang av de forpliktelsene partene (kommunene og Helse Stavanger), er gitt i delavtalene (vedlegg 2 og vedlegg 3). Utfra dette arbeidet ble det utarbeidet et elektronisk datainnsamlings skjema, som så ble registrert ved hjelp av Survey (vedlegg 8).

Dataene vi har innhentet har vært av kvalitativ og kvantitativ art. Vi har eksempelvis kartlagt hvorvidt elektroniske meldinger er sendt i. h. t. angitt kronologi og tidspunkt som vist til i delavtale 3 og 5. Vi har også ønsket å finne kvalitative data, eksempelvis se på *innholdet* i den elektroniske meldingsutvekslingen, samt journalnotat som er skrevet i kommunene og i Helse Stavanger.

Det har blitt lagt ned betydelige ressurser på å utarbeide et datainnsamlings skjema, som i størst mulig grad kunne bidra til å besvare prosjektets problemstilling. Ved hjelp av skjemaet ville en kartlegge om delavtaler var overholdt, og kvaliteten på samhandlingen som har vært mellom Helse Stavanger og kommunene. Videre ønsket en systematisk å gjøre dypdykk i journaler, eks. finne om det var dokumentert brukermedvirkning, oppfølging hos fastlege o. s. v. Dypdykkene i journalene ble gjort parallelt i kommunene og i Helse Stavanger, slik at en sikret korrekt og sammenfallende informasjon.

Basert på resultatene gitt i Survey-rapporten, antar en at enkelte feil har forekommet når data har blitt registrert inn i skjema. Det er også sannsynlig at enkelte innføringer ikke har blitt registrert. Vi ser likevel på hovedtendenser, og ikke detaljer.

Skjemaet har to hoveddeler, hvorav den siste delen tar for seg elektronisk samhandling. Den første delen tar sikte på å kartlegge forhold som kommunen har kjennskap til, eksempelvis sosiale forhold og kommunalt tjenestetilbud.

Under hvert spørsmål fra datainnsamlings skjemaet, redegjør vi for bakgrunnen for at spørsmålet er inkludert. Videre vil det bli gitt en kort redegjørelse for funn og erfaringer.

Prosjektrapport

Før oppstart med datainnsamling var det laget noen inklusjonskriterier for utvalget. Aldersgruppen som ble inkludert var 67-79 år. Pasienten måtte være i denne aldersgruppen i 2014, for å bli inkludert i undersøkelsen. Et annet inklusjonskriterium var at pasienten skulle ha hatt 3-9 reinnleggelser i 2014. En ønsket ikke å se på ytterpunktene, men den gruppen en mente kunne være mer representativ for utvalget. I hovedsak er elektive innleggelser ekskludert. I enkelte tilfeller har det vært vanskelig å finne informasjon hvorvidt innleggelsen var elektiv eller ikke. En har tatt utgangspunkt i at de åpenbart elektive innleggelsene er ekskludert.

3.3 Begrepsavklaringer

Pasient/bruker: I denne prosjektrapporten har det vært utfordrende å være konsekvent på bruken av enkelte begrep, eksempelvis begrepene «pasient» og «bruker». I hovedsak har vi benyttet «pasient» i de sammenhenger en omtaler en person som er innlagt på sykehus. «Bruker» er i hovedsak benyttet i en kontekst der en omtaler en person som mottar kommunale tjenester.

Svaralternativ datainnsamlingsskjema: På datainnsamlingsskjemaet (vedlegg 8) har vi ulike svaralternativer, eks. «ja», «nei» og «ikke aktuelt». «Ikke aktuelt» var tenkt som et svaralternativ der hvor det var åpenbart at meldingen ikke var aktuell å benytte. Eksempelvis angående vurdering av hjelpemidler, dersom en bruker skulle på korttidsopphold. Andre eksempler kan være at det ikke er aktuelt med utskrivningsrapport, fordi pasienten var planlagt å reise hjem uten kommunale tjenester. Det viste seg imidlertid ofte vanskelig å skille «nei» og «ikke aktuelt» på skjemaet. Derfor må en gjerne tenke seg at begge disse svaralternativene tilsier at svaret er «nei».

Reinnleggelse: Oppdraget fra styringsgruppen, var å se på ulike forhold knyttet til reinnleggelser. I følge Kunnskapssenteret er følgende definisjon for reinnleggelse benyttet: «*En reinnleggelse defineres som en akutt innleggelse, uavhengig av innleggelsesårsak (med visse unntak) og innleggelse sykehus, som inntreffer mellom 8 timer og 30 dager etter utskrivning fra en tidligere sykehusinnleggelse (primærinnleggelse).*»

Kunnskapssenteret ekskluderer kreftpasienter fra denne definisjonen, hvilket vi ikke har gjort i vår undersøkelse.

Selv om denne avgrensningen i forhold til reinnleggelser kan problematiseres, er datainnsamlingen vår basert på ovennevnte definisjon.

Pleie- og omsorgsmeldinger: Et annet sentralt begrep i denne rapporten er «pleie- og omsorgsmeldinger». En utstrakt brukt forkortelse av dette er «PLO». Disse meldingene er en samlebetegnelse på de meldingene som sendes mellom helseforetak og kommune.

Brukermedvirkning: I vårt arbeid fant vi det høyst relevant å se på forhold knyttet til brukermidvirkning. Når en skulle inn og gjøre dypdykk i journalene, ville en gjerne se om bruker/pasient har medvirket og i hvilken grad. Begrepet brukermidvirkning favner bredt, men en ønsker å kort presentere ulike aktørers definisjon av dette begrepet.

Prosjektrapport

Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon i Norge (KS), definerer begrepet på følgende måte:

«Brukermedvirkning dreier seg om å vise respekt for brukernes selvbestemmelse og integritet. Brukermedvirkning kan praktiseres på flere måter.»

Helse- og Omsorgsdepartementet utdyper dette og skriver:

«Brukere har rett til å medvirke, og tjenestene har plikt til å involvere brukeren. Brukermedvirkning er en lovfestet rettighet, og er dermed ikke noe tjenesteapparatet kan velge å forholde seg til eller ikke. Brukere har rett til å medvirke, og tjenestene har plikt til å involvere brukeren. Samtidig har brukermedvirkning en egenverdi, en terapeutisk verdi og er et virkemiddel for å forbedre og kvalitetssikre tjenestene. Brukermedvirkning innebærer at brukeren betraktes som en likeverdig partner i diskusjoner og beslutninger som angår hans eller hennes problem.»

3.4 Avgrensninger

Deltakerne i PKO-gruppen har erfart at det er et stort engasjement for problemstillinger som omhandler samhandling, mellom helseforetak og kommunene. Det har underveis kommet flere ulike forslag til fordykning og innfallsvinkler i prosjektarbeidet. Konsekvente avgrensninger har derfor vært nødvendige, for at en endelig prosjektrapport skulle kunne ha validitet og kunne gi noen forslag til forbedringer. I tillegg har det vært viktig å gjøre avgrensninger med tanke på begrensninger som ligger i prosjektets omfang og varighet.

Pasienter som var døde, kunne ikke inkluderes i rapporten vår. Dette fordi det i enkelte av de elektroniske pleiejournalene, var svært problematisk å gjenåpne informasjonen/journalen. At de sykeste pasientene i vårt utvalg ikke kunne inkluderes i funnene, fant vi svært uheldig. En vurderte at det nettopp i disse tilfellene kunne vært interessant å se på forhold knyttet til kvaliteten på samhandlingen og eventuelle unødvendige reinnleggelser. På flere hold ble det undersøkt hvorvidt det kunne være mulig å likevel gjenåpne journalene. Det ble konkludert med at et slikt arbeid var for omfattende og tidkrevende, i alle fall innenfor dette prosjektets rammer.

Med tanke på relevansen av mortalitet i pasientutvalget vårt, har vi skissert nøkkeltall i forhold til dette i kapittel 4. 2. 1.

Det var ønskelig for PKO-gruppen å se på data fra 2015, i stedet for 2014. En ville undersøke nyere data, da en erfarer at utviklingen i elektronisk samhandling skjer raskt. Det har ikke vært mulig å fremskaffe tall-informasjon og statistikker fra 2015, og datainnsamlingen vår er derfor gjort basert på opplysninger fra 2014.

3.5 Prosjektorganisasjon og bidragsytere

Som beskrevet innledningsvis, ble det ansatt to sykepleiere fra kommunene Sandnes og Stavanger, i hver sin 20 % stilling. Ca. en måned ut i prosjektet, ble også to sykepleiere fra Helse Stavanger inkludert i arbeidet.

Prosjektrapport

Jorunn Øvrebø er sykepleier og arbeider som fagkonsulent/samhandlingskoordinator ved et Helse- og sosialkontor i Stavanger kommune. Hun har tidligere flere års arbeidserfaring fra sykehjem og bofellesskap. Hun har jobbet som praksiskonsulent i 20 % stilling i hele prosjektperioden og er en av hovedforfatterne av denne prosjektrapporten.

Kristine Ims Larsen er sykepleier og arbeider som soneleder i hjemmesykepleien i Sandnes kommune. Hun har tidligere flere års erfaring fra hjemmesykepleien, og har også erfaring som fagkonsulent i Stavanger kommune. Hun har jobbet som praksiskonsulent i 20 % stilling i hele prosjektperioden og er en av hovedforfatterne av denne prosjektrapporten.

Katrine Oftedal er sykepleier og arbeider i 100 % stilling ved Helse Stavanger, medisinsk avdeling 4G (lungeavdelingen). Hun har tidligere erfaring fra hjemmesykepleien i Gjesdal Kommune. Katrine Oftedal ble frikjøpt av samhandlingsmidler i 20 % av stillingen sin, i mai 2015. Hun har vært involvert i hele prosjektarbeidet, og er bidragsyter og medforfatter av denne prosjektrapporten.

Carsten W. Tammen er sykepleier og jobber i 100 % stilling ved Helse Stavanger, kirurgisk divisjon, nevrokirurgisk avdeling 1H. Han er assisterende avdelingssykepleier, og har tidligere ledererfaring fra sykehjem i Stavanger kommune. Han ble frikjøpt av samhandlingsmidler i 20 % av stillingen sin, i mai 2015. Carsten W. Tammen har vært bidragsyter i oppstarten av prosjektet og i selve datainnsamlingen. Han er likevel ikke medforfatter av prosjektrapporten.

Marianne Amdal arbeider som samhandlingskoordinator ved Samhandlingsseksjonen ved Helse Stavanger. Med sin inngående kunnskap i samhandlingsrutiner, har hun vært en betydningsfull bidragsyter i hele prosjektarbeidet. De nyttige diskusjonene med Marianne Amdal, har fungert som verdifulle veivisere underveis i prosjektet. Hun er også deltaker i styringsgruppen for dette PKO-prosjektet.

Styringsgruppen er satt sammen av representanter fra både de respektive kommunene og fra Helse Stavanger. PKO-sykepleiere har regelmessig lagt frem metode og foreløpige funn i prosjektarbeidet. Innspillene fra deltakerne i styringsgruppene har vært verdifulle for videre arbeid. Deltakerne i gruppen er: Sissel Hauge (samhandlingssjef Helse Stavanger), Marianne Amdal (samhandlingskoordinator Helse Stavanger), Bente D. Rossavik (fagutviklingssykepleier kirurgisk divisjon), Inger K. Skjæveland (avdelingssjef medisinsk avdeling), Heidi H. Nedreskår (rådgiver Stavanger kommune), Inger R. Bolstad (omsorgssjef Sandnes kommune), Gunn B. Vignes (resultatenhetsleder Samordningsenheten, Sandnes kommune), Anne Helene Frostestad (Helse- og sosialsjef Stavanger kommune).

Kirsten Lode, fagsjef ved forskningsavdelingen ved Helse Stavanger, har kommet med verdifull veiledning ved oppstart av prosjektet. Hun har særlig bidratt med nyttig veiledning i forhold til valg av metode.

Prosjektrapport

4. Analyse

I det følgende kapittelet vil en redegjøre for funn og analyse fra datainnsamlingen. Det foreligger en egen rapport, hvor de kvantitative dataene er skissert (vedlegg 8). Tallene i denne rapporten vil bli drøftet og utdypet.

Vi vil videre ta for oss alle punkter/spørsmål i undersøkelsen og diskutere bakgrunn for at det var nødvendig å ta med den enkelte variabel. Under enkelte punkt har det også vært relevant og nevne erfaringer fra praksisfeltet. Der en finner det relevant, har en også beskrevet konkrete eksempler fra undersøkelsen.

Merk: Det er referert til hele tall, og en har rundet opp/ned i våre referanser til tallrapporten. Merk også at sirkeldiagrammene angir antall og ikke prosent. Utvidet rapport med resultat i prosent ligger vedlagt (vedlegg 8).

4.1 Datainnsamling: Bakgrunn og funn

1. Dato (for datainnsamling fra EPJ):

I datainnsamlingen var det nødvendig å registrere data, r. t. godkjenning av prosjektet ved Personvernombudet. I henhold til godkjenningen skal data slettes ved prosjektslutt og senest 31. 12. 2016 (vedlegg 1).

2. Pasientnummer i undersøkelsen:

Vi nummererte alle pasientene som ble inkludert i undersøkelsen, fra nummer 1 til nummer 76. Dette gjorde arbeidsprosessen mer ryddig, ved at en lett kunne spore opp korrekt pasientnummer ved eventuelle spørsmål. I tillegg bidro nummerering til at det ble mulig med anonymisering i det videre arbeidet. Flere pasientnummer ble etterhvert utelatt, på grunn av mors og andre forhold. Det var viktig å kunne spore innhentede data til det enkelte pasientforløp og det har vært mulig, ved at en registrerte alle pasienter med et eget nummer i undersøkelsen.

3. I hvilken kommune bor pasienten?

Sandnes- og Stavanger kommune er de største kommunene i Rogaland, med tanke på innbyggertall. I 2014 var det ca. 74 000 innbyggere i Sandnes kommune, mens det i Stavanger på samme tidspunkt var ca. 132 000 innbyggere. Følgelig vil også pasienter fra disse to kommunene, representere en stor del av totalt antall innleggelser i Helse Stavanger i løpet av ett år. Disse to kommunene representerer også store ulikheter dem i mellom, særlig med tanke på organisering av helse- og omsorgstjenestene.

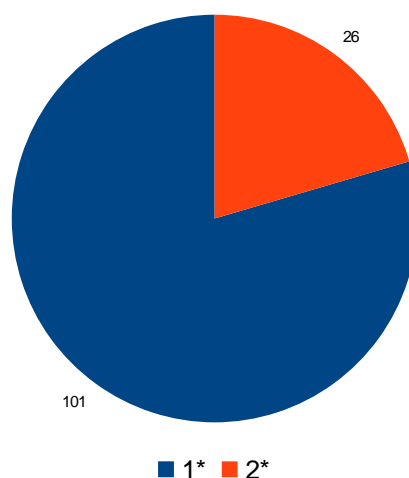
Eksempelvis hadde ikke Sandnes kommune, på det aktuelle tidspunkt for innsamlede data (2014), en felles koordinerende enhet for behandling av søknader. Søknader om ulike hjemmetjenester ble behandlet i det enkelte omsorgsdistrikt/enhet for hjemmesykepleie. Søknader om døgnopphold ble på det aktuelle tidspunkt saksbehandlet og tildelt ved et felles tildelingskontor. (Pr. 01. 02. 2016 ble Tildelingskontoret i Sandnes styrket, og skal på sikt overta saksbehandling av alle søknader om aktuelle hjemmetjenester, samt søknader om døgnopphold i institusjon). Stavanger kommune har på sin side et slikt etablert system, ved at alle brukere får oppnevnt egen koordinator ved et Helse- og sosialkontor (Bestillerkontor). Blant annet

Prosjektrapport

på grunn av ovennevnte var det ønskelig å registrere hvilken hjemkommune bruker hadde, for om mulig å se om det fantes signifikant store forskjeller i pasientforløpene.

I undersøkelsen ble utvalget skjevt fordelt i forhold til folketall. Av totalt 127 svar, som var hentet av 35 ulike pasientnummer, er 101 innleggelser registrert fra Stavanger. 26 av svarene var fra Sandnes. Se fig. 2. 2.

2: 2. I hvilken kommune bor pasienten?



1*) Stavanger

2*) Sandnes

For øvrig kan en også vise til vedlegg 4 og 5. Tabellen viser totalt antall utskrivningsklare pasienter fra Sandnes i 2014, hvilket var 1028. Tilsvarende tall fra Stavanger var 2636.

3. Antall reinnleggelser i 2014

Som nevnt i kap. 3. 2, ble det bestemt at et inklusjonskriterium skulle være reinnleggelser fra og med reinnleggelse nummer tre, og til og med reinnleggelse nummer ni. En har registrert alle reinnleggelser innenfor disse kriterier.

Gjennomsnitt av antall reinnleggelser ble 4,27. Enkelte av reinnleggelsene viste seg å være elektive (planlagte). Enkelte av disse kan ha blitt registrert som en vanlig reinnleggelse. Overflyttinger til andre sykehus, f.eks. Rikshospitalet eller Haukeland, ble også i vårt tallmateriale registrert som en utskrivelse og videre reinnleggelse ved tilbakekomsten.

Et annet funn var at brukere fra Sandnes, som var innlagt i kommunalt Øyeblikkelig Hjelp Døgnopphold (ØHD), ble registrert som en sykehusinnleggelse. Disse innleggelsene ble registrert som (re-) innleggelse, da Jæren Øyeblikkelig Hjelp-avdeling benytter samme

Prosjektrapport

dokumentasjonssystem som Helse Stavanger (Dips). Øyeblikkelig hjelp- avdeling i Stavanger benytter kommunens dokumentasjonssystem Cos Doc. En fant derfor at det var ulike grunnlag for å vurdere antall reinnleggelser. Tallene fra Sandnes kommune kan dermed tolkes som feilaktig høye i forhold til Stavanger kommune, fordi enkelte av disse innleggelsene kan ha blitt registrert som en vanlig innleggelse/reinnleggelse.

Ved dypdykkene i journalene, fant vi at det var ugunstig og trekke ut reinnleggelsene. De øvrige innleggelsene pasienten hadde i løpet av ett år, ble dermed ekskludert. I våre funn var det ofte få dager som skilte en reinnleggelse fra en innleggelse, og det ble derfor et kunstig skille. Som det ble besluttet i oppstarten av prosjektet, har denne undersøkelsen utelukkende sett på innleggelser som kvalifiserer som reinnleggelse. Det er verdt å nevne at vårt pasientutvalg hadde mellom 4 og 13 totalt antall innleggelser i 2014.

Eksempel: Pasienten hadde totalt syv innleggelser på sykehus i 2014. Kun tre av disse innleggelsene ble registrert i vår datainnsamling, da disse var innenfor kriteriene for reinnleggelser. Samtlige syv innleggelser hadde samme problemstilling, hvilket var knyttet til svimmelhet, fall, intox og syncope.

Antall liggedøgn varierte fra en dag og opptil to måneder, der de lengste oppholdene var i psykiatrisk avdeling. Ut fra våre funn, har vi sett at de fleste pasientene var inneliggende i ett par dager, og opptil en uke eller to.

4. Hvilken reinnleggelse?

I datainnsamlingen var det viktig å sikre at en samkjørte data fra Helse Stavanger og kommunene på korrekt måte. Det var derfor viktig å registrere *hvilken* reinnleggelse i rekken som ble registrert. Ved å sikre at en registrerte innsamlede data på korrekt innleggelse, kunne en lettere avdekke om det var avvik i informasjonen i forhold til Helse Stavanger og kommune. Dette kunne videre være verdifulle detaljer i kartleggingen av den enkelte pasients hjem-til-hjem-forløp.

I oppstarten av registreringene, planla en at den enkelte skulle gjøre dypdykk i sin kommune eller på sykehuset. Etter hvert erfarte en at dette ikke var en hensiktsmessig arbeidsmetode, da det var store avvik i datafunn i kommune og i Helse Stavanger. Mange innleggelser og utskrivelser ble aldri meldt til kommunen. Spesielt så en dette ved de første reinnleggelsene, da pasientene ennå ikke mottok kommunale tjenester.

En valgte derfor å starte registreringsprosessen i fellesskap, med utgangspunkt i data tilgjengelig på sykehuset (dokumentasjonssystemet Dips). En organiserte arbeidet i to team, og gjennomgikk alle datoer for innleggelse/utskrivelse som var registrert på sykehuset. Samtidig sjekket en at det kun var de innleggelsene som var klassifisert som reinnleggelser, som ble tatt med. Når dette arbeidet var gjort, kunne det enkelte team arbeide videre med dypdykkene i journalene.

5. Alder:

I tallmaterialet som ble overlevert PKO-gruppen ved prosjektets oppstart, var det betydelig størst økning i antall reinnleggelser, i aldersgruppen 67 til 79 år. Dette er ikke den aldersgruppen som de fleste vil klassifisere som «skrøpelige eldre». At pasientutvalget i vår undersøkelse likevel tilsier størst prosentvis økning i antall

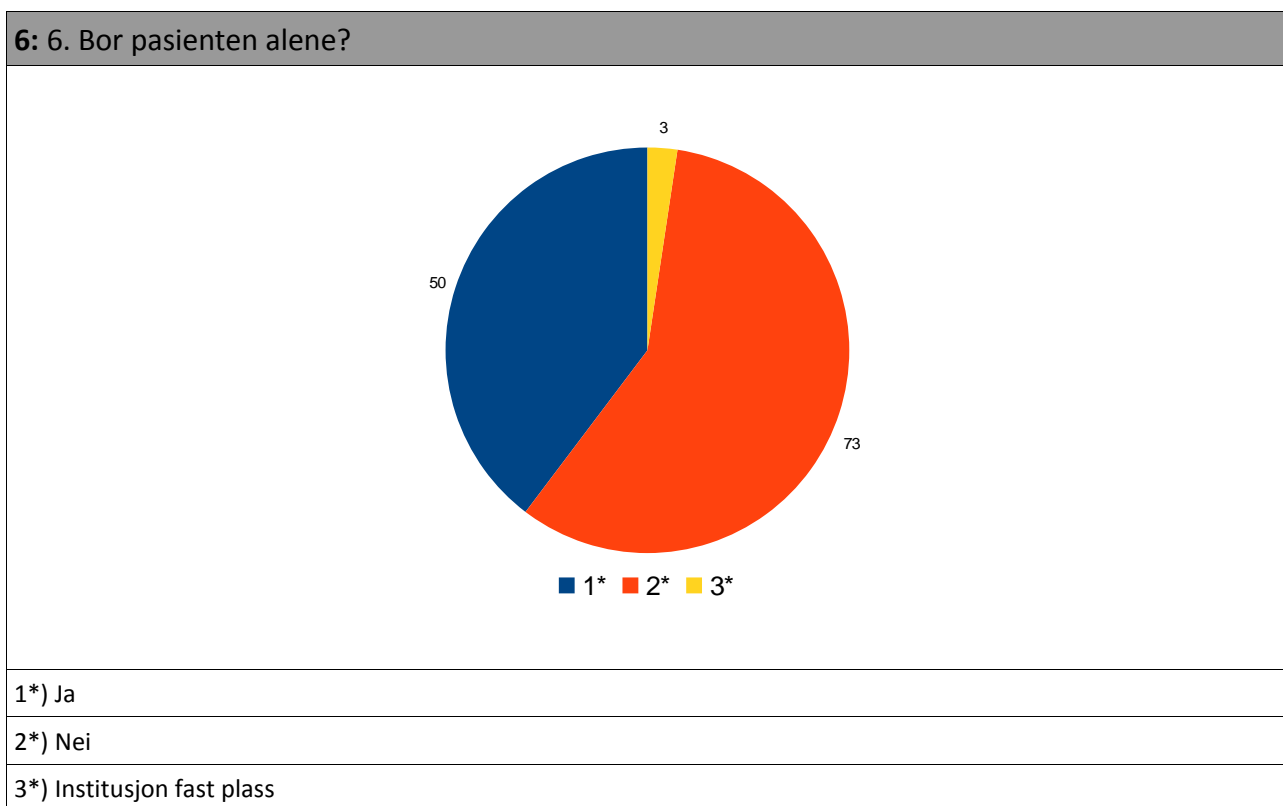
Prosjektrapport

reinnleggelser, mener vi er en indikator på at gitt utvalg er en svært syk og marginal pasientgruppe. Gjennomsnittsalderen ble 72,35 år.

6. Bor pasienten alene?

Våre erfaringer tilsier at pårørende ofte spiller en viktig rolle i hvordan den enkelte håndterer sitt daglige liv, spesielt i forhold til akutte funksjonsnedsettelse. Pårørende kan være ektefelle/partner, men også annen familie som barn/barnebarn eller nære venner. I datainnsamlingsskjemaet registrerte vi imidlertid kun hvem som bodde alene eller sammen med noen.

Videre viser våre funn at ved hjemreise fra sykehuset, vil ektefelles helsetilstand ofte være en avgjørende faktor i forhold til hvilken hjelp og oppfølging den enkelte har behov for. Dette er sammenfallende med PKO-sykepleiere fra kommunene sine erfaringer.



Som vist i fig. 6 bodde 40 % av våre registrerte brukere alene. Kun tre brukere ble innlagt fra fast plass på institusjon. En kan her anta at gjennomsnittsalderen på sykehjem og aldershjem er høyere enn gitt aldersgruppe (67-79 år). Det har ikke vært mulig for de respektive kommunene å framskaffe tall som viser gjennomsnittsalder på brukere som har fast plass i institusjon. Antallet av pasienter som er innlagt på sykehuset fra institusjon i kommunene, var fra flere hold forventet å være betydelig høyere.

I enkelte av de elektroniske meldingene fra sykehuset samt i journalnotater, er det eksempelvis beskrevet at «brukers ektefelle er sliten». Spesielt ektefeller, men også andre pårørende, kan ofte føle en stor omsorgstynge ved å ivareta bruker i eget hjem.

Prosjektrapport

Det å yte tyngre omsorgsoppgaver over lengre tid, kan resultere i nedsatt helse- og livskvalitet for omsorgsgiveren. Å støtte og trygge pårørende vil derfor være en viktig oppgave både for ansatte på sykehuset og i kommunene. Erfaringsvis vet en at dette er forhold som bør tas hensyn til i vurderingen av videre kommunalt tilbud. Slik informasjon kan være av vesentlig betydning.

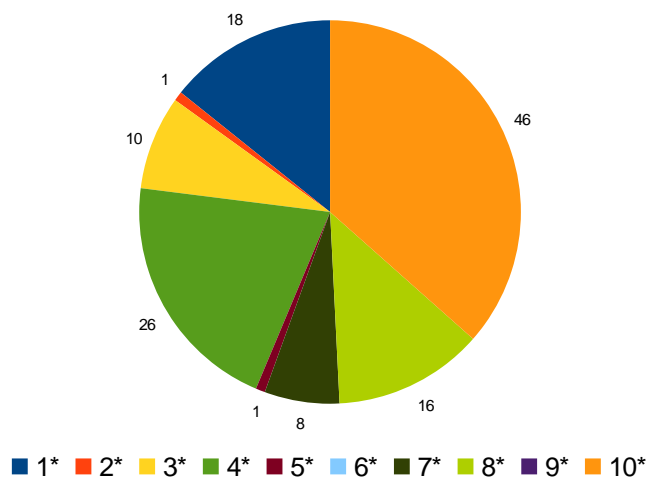
Opplysningene fra sykehuset i forhold til hjemmesituasjon og pårørende, er i våre funn lite konkrete. I enkelte tilfeller kan det være «små» oppgaver som tærer mest, eksempelvis medisinbehandling. Det kan da være betydningsfullt om sykepleier på sykehuset, kartlegger disse utfordringene og i tillegg har noe kjennskap til det kommunale tjenestetilbudet. På denne måten kan pasienten og pårørende i hele hjem-til-hjem-forløpet, bli trygget i forhold til eventuell ivaretagelse i eget hjem. Dette vil kunne danne et godt grunnlag, for å «rigge» et godt, robust og varig tjenestetilbud i hjemmet.

Gjennom våre undersøkelser er det ikke registrert at aleneboende har behov for tettere oppfølging enn personer som bor sammen med ektefelle eller andre. Basert på egne erfaringer vet vi at sivilstand og hvorvidt pasienten bor alende eller ei, ofte er av stor betydning når tjenester etter utskrivelse skal vurderes. Nettverket til den enkelte bruker er derfor en vesentlig opplysning ved utskrivelse.

7. Hoveddiagnose ved aktuell reinnleggelse:

Ved innleggelse i sykehus blir det alltid stilt kun én hoveddiagnose. Vi fant det relevant å registrere hoveddiagnoser ved reinnleggelsene i vår undersøkelse. I tillegg til å gi et klarere bilde av hvem som representerte pasientutvalget vårt, vurderte vi det som relevant å se om det var signifikante forskjeller eller likheter i forhold til de ulike diagnosene.

7. : 7. Hoveddiagnose ved aktuell reinnleggelse:



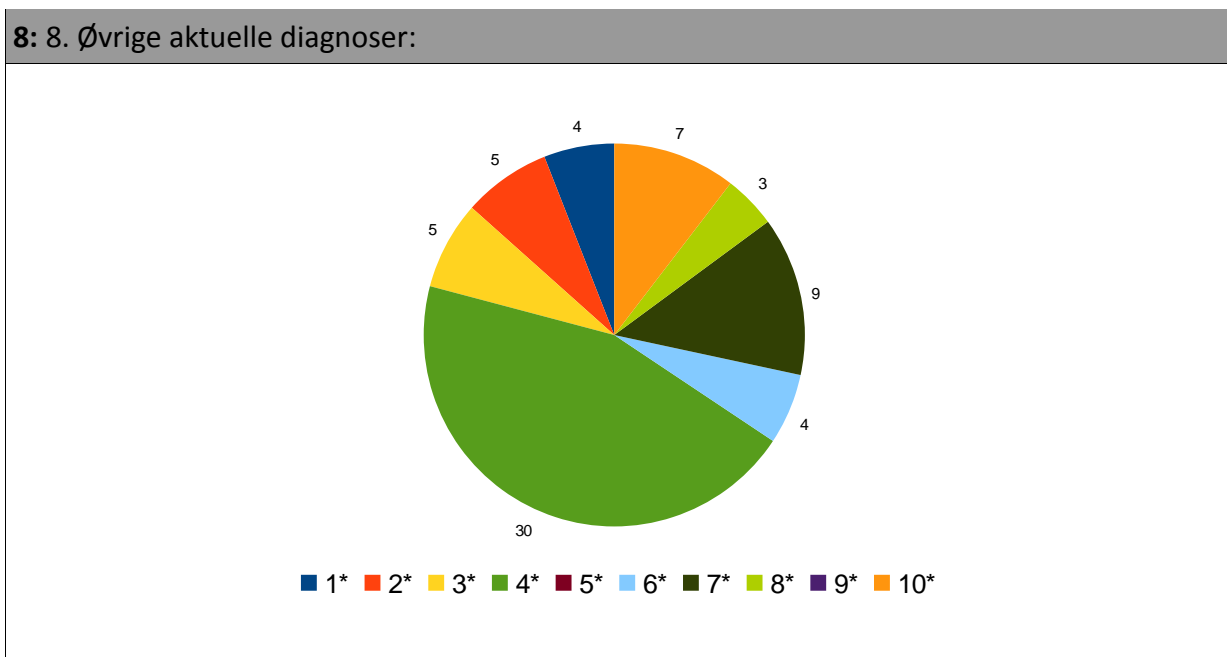
Prosjektrapport

1*) Kols
2*) Cerebralt insult
3*) Infeksjoner
4*) Hjerterproblematikk
5*) Fractur (-er)
6*) Diabetes
7*) Cancer
8*) Redusert allmenntilstand
9*) Psykisk / demens /delir
10*) Annet, evt. hvilken

Som vist i fig. 7, var hjerterproblematikk hovedårsak til reinnleggelse i 21 % av innleggelsene. KOLS var neste hoveddiagnose med 14 %, og redusert allmenntilstand viste 13 %. Deretter var infeksjoner og cancer, med henholdsvis 10 % og 8 %.

8. Øvrige aktuelle diagnoser:

Som beskrevet i foregående punkt, var det ønskelig å danne seg et bilde av hvem pasientene i utvalget var. Hvilke sykdommer og utfordringer ligger til grunn for innleggelsen? Selv om øvrige diagnoser ikke er hovedårsak til innleggelsen, vil den/de i de fleste tilfeller likevel være viktige i pasientens totale helsetilstand, og i vurderingen av videre hjelpebehov. Eksempelvis kunne en se at en pasient gjentatte ganger ble innlagt på grunn av infeksjon/pneumoni. I slike tilfeller er det i aller høyeste grad relevant å vite dersom pasienten også har KOLS-sykdom.



Prosjektrapport

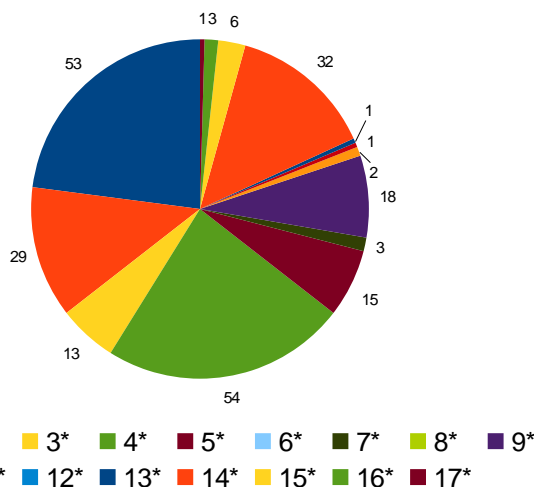
1*) Kols
2*) Cerebralt insult
3*) Infeksjoner
4*) Hjerterproblematikk
5*) Fractur (-er)
6*) Diabetes
7*) Cancer
8*) Redusert allmenntilstand
9*) Psykisk / demens /delir
10*) Annet, evt. hvilken

Som vist i fig. 8, hadde de fleste i vår undersøkelse flere alvorlige diagnoser. Hjerterproblematikk skiller seg ut som den desidert største gruppen med 55 %.

9. Hvilken/hvilke kommunale tjenester hadde pasienten etter utskrivelse og før aktuell reinnleggelse?

For å besvare gitt problemstilling, fant en det relevant å kartlegge hvilken hjelp og oppfølging den enkelte pasient mottok forut for reinnleggelse. Et vesentlig spørsmål var hvorvidt kommunene økte hjelpen, evt. gjorde nødvendige justeringer i tjenestetilbudet.

9.: 9. Hvilken/hvilke kommunale tjenester hadde pasienten etter utskrivelse og før aktuell reinnleggelse?



Prosjektrapport

1*) Ingen offentlig hjelp ved innleggelse
2*) Trygghetsalarm
3*) Praktisk bistand/hjemmehjelp
4*) Hjemmesykepleie
5*) Korttidsopphold
6*) Kort Korttidsopphold (kun Stavanger kommune)
7*) Langtidsopphold sykehjem/aldershjem/bofellesskap med døgnbemanning
8*) Bofellesskap uten døgnbemanning
9*) Rehabiliteringsopphold
10*) ØHD (Øyeblikkelig Hjelp Døgnopphold)
11*) Dagsenter
12*) Trygghetsavdeling (kun Stavanger kommune)
13*) Hverdagsrehabilitering
14*) Hjelpemidler
15*) Fysioterapi (i hjemmet)
16*) Ergoterapi (i hjemmet)
17*) Annet, evt. hvilken:

I våre funn fant vi at pasientene ofte reiste hjem fra sykehusoppholdet uten at det ble iverksatt offentlig hjelp. Som fig. 9 viser hadde 43 % av utvalget hjemmesykepleie og 25 % hadde hjelpemidler. Hjelpemidlene kommer som regel i tillegg til annen kommunal hjelp, som også trygghetsalarm på 23 %.

42 % av pasientene i undersøkelsen ble registrert med PLO «Tidligmelding», men var ikke under noen av innleggelse tilkoblet kommunale tjenester.

Eksempel: Pasienten hadde 11 innleggelser i 2014. Første reelle kontakt med kommunen ble opprettet ved innleggelse nr. seks, hvor pasienten da ønsket videre oppfølging av kreftsykepleier i hjemmesykepleien.

10. Er innleggelse til kommunalt Øyeblikkelig Hjelp Døgnopphold vurdert?

I delavtale 3, 6.1.2. nr. 2 beskrives kommunens ansvar og oppgaver:

«Innleggende lege skal før innleggelse er bestemt, vurdere om andre muligheter enn innleggelse kan være aktuelle, for eksempel egenomsorg, hjemmesykepleie, utredning i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, poliklinisk vurdering innen avtalt tidsfrist, jf. Pkt.6.1.3 nr 2, eller innleggelse i kommunal institusjon».

Det har i det siste vært stort fokus på det kommunale tilbudet «Øyeblikkelig hjelp døgnopphold» (heretter kalt ØHD). Pr. 01. 01. 2016, ble et slikt tilbud lovfestet. Det er fastlegen eller legevaktslege som kan legge pasienten inn på en slik avdeling. Det har i perioder blitt reist spørsmål fra Helse Stavanger, i forhold til om ØHD benyttes i for liten grad. Spørsmålene er reist, da ØHD-avdelingene delvis er driftet av midler fra Helse

Prosjektrapport

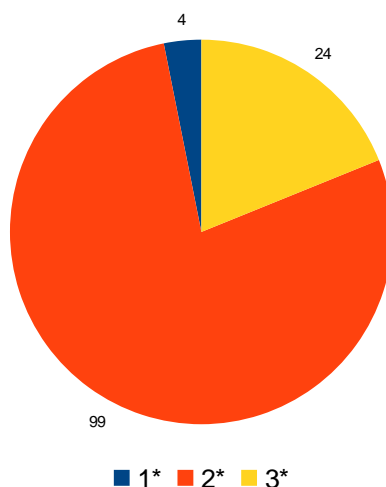
Stavanger. Det er en forventning om at kommunene benytter disse plassene til rett pasientgruppe, og at en slik kan unngå unødvendige reinnleggelser (innleggelser)

Som tidligere nevnt, er det funnet at innleggelser Jæren ØHD (pasienter fra Sandnes), regnes som innleggelse/reinnleggelse. I Stavanger regnes en slik innleggelse som et kommunalt tilbud.

I dypdykkene har det vært vanskelig å finne journalføringer i kommunen, hvorvidt ØHD ble vurdert i forkant av innleggelse. Noen steder finner en imidlertid journalføringer på at pasienten er innlagt på sykehus fra en slik ØHD-innleggelse.

Eksempel: Pasienten ble innlagt på sykehus fra ØHD-opphold, på grunn av forverring av KOLS.

10: 10. Er innleggelse til kommunalt ØHD vurdert?



1*) Ja

2*) Ikke dokumentert

3*) Ikke aktuelt

Som vist i fig. 10, finnes det i 78 % av tilfellene ikke journalnotat som beskriver evt. vurdering av ØHD.

Det er nærliggende å anta at fastlegene og legevakt har gjort journalnotat, på hvorvidt ØHD-innleggelse er vurdert. Dette er informasjon som kommunene ikke har kjennskap til. Kun i de tilfeller hvor hjemmesykepleien eller saksbehandler har «foreslått» ØHD-innleggelse, kan dette eventuelt bli journalført.

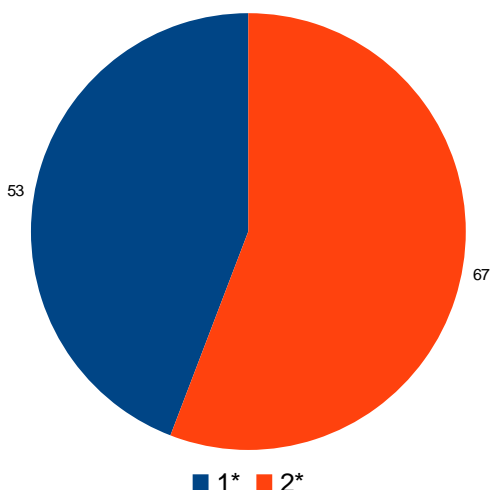
Prosjektrapport

11. Er det dokumentert at hjemmetjenester (eks. hjemmesykepleie, hverdagsrehabilitering og dagsenter) ble økt etter utskrivelse og før aktuell reinnleggelse?

Vi ønsket å sette fokus på hva kommunen hadde iverksatt av tiltak siden forrige innleggelse. Har kommunen fulgt opp de tiltak som ble kartlagt på sykehuset?

Våre funn viser at kommunen har økt sin oppfølging i 44 % av utskrivelsene, jmf. fig. 11. Basert på våre funn, kan en i tillegg anta et «nei»-svarene representer «ikke aktuelt». En kan dermed ikke si at det er passivitet fra kommunens side, i. f. t. økning av tjenestene, og dette kan derfor ikke tilegnes som årsak til reinnleggelsene.

11: 11. Er det dokumentert at det kommunale tjenestebehovet (eks. hjemmesykepleie, korttid hverdagsrehabilitering og dagsenter) ble økt etter utskrivelse og før aktuell reinnleggelse?



1*) Ja

2*) Nei

En finner også flere eksempler på at mange brukere har ønsket rask reduksjon og avslutning av diverse tjenester som ble igangsatt ved utskrivelsen. Vi har funnet beskrivelser av at hjemmesykepleie ble avsluttet, trygghetsalarm og hjelpemidler ble innlevert o. s v.

Det er relevant å påpeke at aldersgruppen i undersøkelsen er relativt ung, og flere av disse pasientene kommer i kontakt med kommunen for første gang. «Omsorgstrappen», hvor en starter med ulike hjemmetjenester før evt. opphold i institusjon, syntes å være kortere for dette pasientutvalget. Årsakene til dette kan være flere og sammensatte. Det kan også nevnes at eks. trygghetsalarm for noen utgjør en betydelig månedlig kostnad, og at noen derfor velger bort dette.

Eksempel: Pasient med KOLS-problematikk, som hadde seks innleggelse, hvorav fire ble registrert som reinnleggelse. Første kontakt med kommunen ble opprettet under

Prosjektrapport

innleggelse nummer to. Pasienten fikk tilbud om KOLS-koffert, men takket nei til dette. Hun fikk innvilget både hjemmesykepleie og trygghetsalarm. Etter eget ønske hadde hun selv avsluttet begge tjenestene innen ca. to måneder. Kort tid etter at trygghetsalarm var avinstallert, ble pasienten igjen innlagt på sykehus. I tidligmelding fra sykehuset stod det: «Pasienten kom inn med økt tungpust og hoste, og hun klarer seg ikke hjemme lengre.» I tillegg er det dokumentert at brukers pårørende kontaktet kommunen, og informerte om svært vanskelig hjemmesituasjon.

I ovennevnte eksempel finner en at pasienten hadde flere korttidsopphold i løpet av 2014. Det kan bemerkes at mindre enn ett år etter at kommunen mottok første kontakt, hadde pasienten fått innvilget langtidsplass i institusjon. For øvrig mener vi funnene, i forhold til kortere varighet på «omsorgstrapp», er sammenfallende med våre erfaringer fra praksisfeltet.

12. Hvor mange flyttinger internt i kommunen etter utskrivelse og før aktuell reinnleggelse?

Det har vært rettet kritikk mot, og til dels vært en offentlig debattert sak, at pasienter blir «kasteballer» i det kommunale systemet.

I Sandnes kommune er tjenestetilbudet på institusjonene annerledes organisert enn hva som er tilfellet i Stavanger. Sandnes har i mindre grad såkalte «spesialsenger» og opererer med en mer sømløs tildeling av opphold i institusjon. I Stavanger følger det flere ulike kriterier for flere ulike tilbud i sykehjem. Dette er gjerne et bidrag til å bygge opp verdifull kompetanse, men kan fra et brukerperspektiv gjerne oppfattes som et mindre sømløst system, som kan føre til flere interne flyttinger.

I denne sammenhengen kan det være interessant å trekke frem konkrete funn fra undersøkelsen. Enkelte pasienter opplevde flyttinger fra overgangsavdeling/korttidsavdeling, og videre til rehabiliteringsopphold.

I 2015 ble ytterligere en ny kategori «korttidsopphold» iverksatt i Stavanger kommune. Dette tilbudet ble kalt «Korte korttidsplasser», og skal innvilges for få dager og opp til 14 dager. Dette tilbudet kan etter oppstart ha medført til flere interne flyttinger i kommunen.

I våre funn finner vi en signifikant forskjell på interne overflyttinger internt i kommunen. Pasienter fra Stavanger opplever langt flere interne overflyttinger enn pasienter fra Sandnes kommune. Det kan derfor diskuteres hvorvidt spesialtilbudene i Stavanger utelukkende gagnar pasientene. Vi kan imidlertid påpeke at det i våre funn, ikke er funnet sammenhenger mellom flere interne overflyttinger, og hyppighet av reinnleggelser/innleggelser.

En ønsker her å påpeke at resultatene (se figur 9) må tolkes i sammenheng med at en har medregnet overflytting fra institusjon (eksempelvis korttidsopphold) til hjemmet. I utgangspunktet ønsket vi kun et bilde av overflyttinger «fra avdeling til avdeling». Fra et brukerperspektiv kan likevel hjemreise etter langvarig sykeleie oppfattes som nok en overflytting. Pasienten skal motta hjelp fra en ny tjeneste og forholde seg til nytt helsepersonell.

Prosjektrapport

Ved flere overflyttinger, ønsker en uansett å påpeke at det stilles enda høyere krav til muntlig og skriftlig samhandling mellom de ulike enhetene. Fokus på god samhandling og dokumentasjon, mener vi vil kunne forebygge unødvendige reinnleggelse.

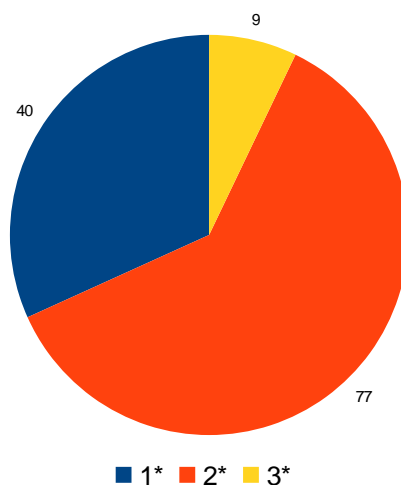
13. Har pasienten fått oppfølging hos lege etter utskrivelse og før aktuell reinnleggelse?

Delavtale 5, 6.3.1.nr. 4: «Sykehuslege tar stilling til oppfølgingsbehov hos fastlege og hastegrad på oppfølgingen. Ved behov er helseforetaket behjelpelig med å bestille timeavtale hos fastlegen i dialog med pasienten og eventuelt pårørende før utskrivning».

I delavtale 5, 6. 3. 2 nr. 3, beskrives kommunens ansvar og oppgaver. Her står blant annet at kommunene skal bidra til å sikre oppfølgingsrutinene etter utskrivelse, herunder også at pasienten skal få oppfølging fra fastlege.

Det er siste tiden satt fokus på viktigheten av videre oppfølging hos fastlegen i etterkant av en sykehusinnleggelse. KS presiserer blant annet at alle pasienter bør ha oppfølging hos sin fastlege, innen 14 dager etter utskrivelse. Det må avklares hvem som har ansvar for at pasienten avtaler konsultasjon hos fastlege, og hvem som faktisk følger opp at pasienten kommer seg til legen.

13: 13. Har pasienten fått oppfølging hos lege etter utskrivelse og før aktuell reinnleggelse?(Inkludert e.mld.)



1*) Ja

2*) Ikke dokumentert

3*) Kun kontakt via el. mld.

I forkant av 32 % av reinnleggelsene (fig. 13) hadde bruker hatt kontakt med lege. Disse tallene må ses i sammenheng med at brukere som har vært innom kommunalt institusjonsopphold, alltid har hatt kontakt med sykehjemslege.

Prosjektrapport

Dersom en summerer alle brukere som har vært på døgnopphold i forkant av reinnleggelsene (fig. 9), utgjør dette 30 % av reinnleggelsene. Det vil si, at kun 2 % har hatt dokumentert kontakt med fastlegen.

Våre funn viser at dialog med fastlege i hovedsak syntes å skje ved hjelp av elektroniske meldinger, via hjemmesykepleien og fastlegen.

Sett i lys av at pasientutvalget i denne undersøkelsen er syke og svake pasienter, er det nok ofte foretrukket for pasienten, å slippe å komme seg ut til legen. En «halvgod» løsning blir da elektronisk samhandling. Det er likevel viktig å ta høyde for at det kan være en del underrapportering fra hjemmesykepleien når bruker har vært til konsultasjon hos fastlegen. En vil her påpeke at fastlegen til enhver tid, bør vurdere om opplysninger fra evt. konsultasjon, skal videreformidles til hjemmesykepleien.

Eksempel: Hjemmesykepleien sendte forespørsel til fastlege, vedrørende at de hadde mottatt to ulike medisinlister fra to ulike leger ved sykehuset. De ønsket at fastlege ga klarhet i hvilken medisinliste som var gjeldende. Fastlege svarer samme dag at han ikke har mottatt siste medisinliste fra sykehuset, men bekrefter den ene medisinlisten som hjemmesykepleien har, og som skal brukes videre.

Ovennevnte eksempel viser at dialogmeldinger kan være et nyttig verktøy, for raske avklaringer vedr. bruker.

Det ses i denne undersøkelsen, at utskrivende lege skriver i *epikrisen*, at det bør være oppfølging hos fastlege i etterkant av sykehusopphold. I *utskrivningsrapporten* skal utskrivende lege beskrive behov for videre oppfølging hos fastlege. Som vist i figur 24 c, fant vi i vår undersøkelse at det kun i 27 % av disse rapportene er nevnt slik oppfølging. I motsetning til epikrisen, er det utskrivningsrapporten som skal være mottatt i kommunen senest i det pasienten forlater sykehuset, og slik informasjon må derfor også fremkomme her.

Hjemmebesøk kan være en god løsning for pasienter som ikke kommer seg til fastlegen, men erfaringer og journalnotat viser at fastleger i begrenset grad har anledning til dette. I vår undersøkelse er det ikke funn på at fastlege har foretatt hjemmebesøk. Da blir det gjerne nødvendig med tilsyn av legevaktslege, som i begrenset grad kjenner pasient og anamnese. I slike tilfeller er det nærliggende å tro, at sjansene for unødvendig reinnleggelse øker.

14. Hvilken avtale er gjort med pasienten i.f.t evt. reinnleggelse?

I styringsgruppen for prosjektet, ble det fremhevet viktigheten av at institusjonene på et tidlig tidspunkt avklarte behandlingsintensitet (eksempelvis på korttids- eller langtidsopphold). En slik avklaring mellom pasient, pårørende og helsepersonell, mener vi kan være avgjørende for å unngå unødvendige reinnleggelser.

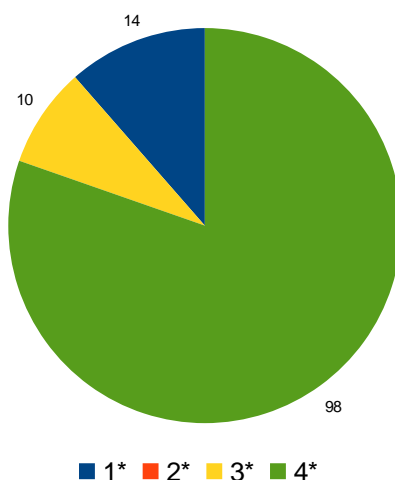
Det har også vært tidligere PKO-prosjekt, som har sett på hvordan inkomstsamtale og videre planlegging av behandlingsforløp i sykehjem, kan bidra til å unngå unødvendige innleggelser i sykehus. Slike innleggelser kan påføre pasienten unødvendige påkjenninger. Unødvendige reinnleggelser kan for pasient og pårørende også oppleves som uverdige. Det kan være av vesentlig betydning, at alle parter har samme forventning til behandlingsforløp ved evt. akutt forverring.

Prosjektrapport

I vår undersøkelse finner vi svært få innleggelses fra fast plass i institusjon, kun tre pasienter av det totale utvalget (jmf. fig. 6). Dette kan tolkes dithen, at langtidsinstitusjonene tidlig i forløpet avklarer behandlingsintensitet. Pasientutvalget i undersøkelsen er derimot yngre, flere bor hjemme og det innvilges hyppigere korttidsopphold (i ulike former) til denne gruppen.

Som vist til i fig. 9, har 28 % av utvalget hatt ulike former for korttidsopphold etter utskrivelse og før aktuell reinnleggelse. Av dette utvalget har noen blitt re innlagt direkte fra korttidsopphold.

14: 14. Hvilken avtale er gjort med pasienten i.f.t. evt. reinnleggelse?



1*) Åpen kontakt Helse Stavanger

2*) Behandlingsintensitet sykehjem

3*) Poliklinikk

4*) Ikke dokumentert

Figur 14 viser til hvilken avtale som er gjort med pasienten. I hele 78 % av tilfellene, er det ikke dokumentert at det er gjort slik avklarende avtale. Disse funnene baserer seg på både innhold i elektroniske meldinger og gjennomgang av journalnotat hos begge parter.

Videre viser figur 14, at 11 % har avtale om åpen kontakt. Denne avtalen gjelder hovedsakelig for kreftpasienter, men en ser at slik avtale med fordel også kan vurderes for andre pasientgrupper. Med referanse til vår undersøkelse, kunne en slik avtale om åpen kontakt, med fordel inkludert pasienter med alvorlig hjertesykdom og KOLS (jmf. fig. 7).

I 8 % av funnene, er det avklart videre poliklinisk oppfølging.

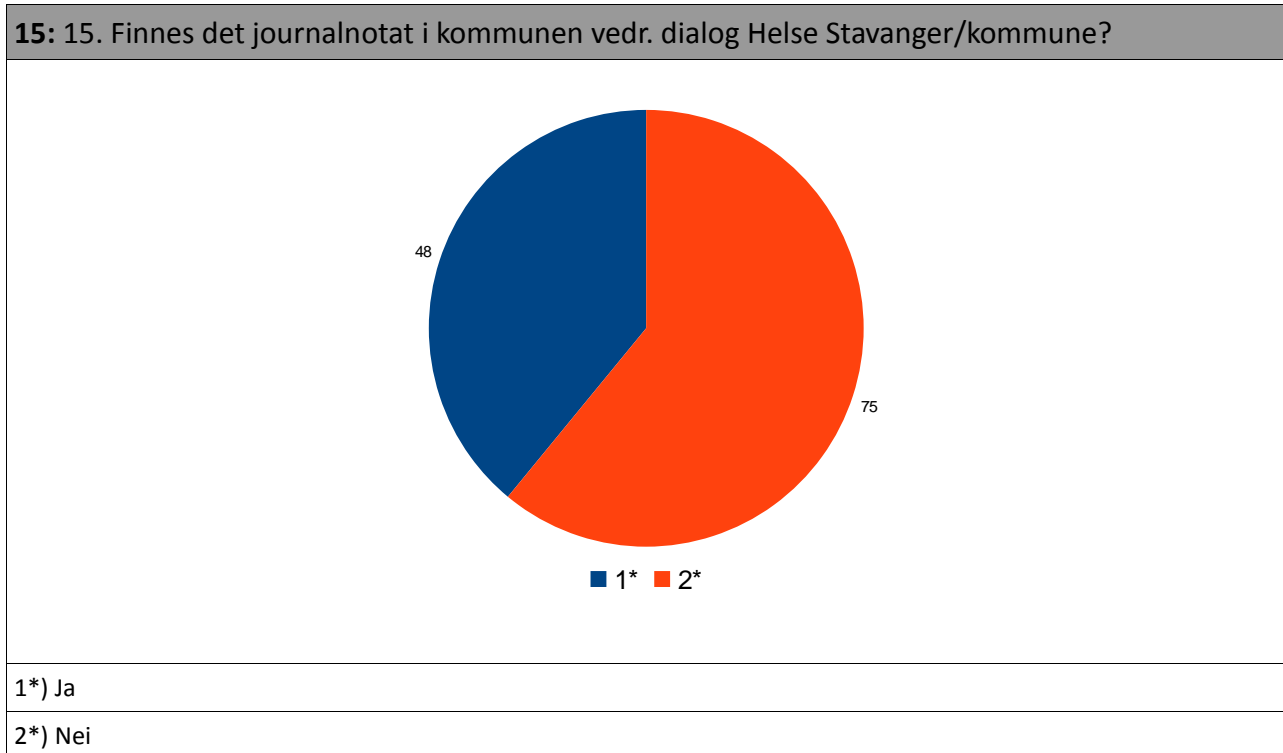
Prosjektrapport

Som vist i ovenstående figur, er det ingen funn på at det er avtalt behandlingsintensitet på korttidsopphold i sykehjem. Dette mener vi er en indikasjon på at pasientutvalget vårt, som gjerne er tilknyttet flere ulike instanser (sykehus, poliklinikker, hjemmesykepleie, fastlege, sykehjem m. m.), kan oppleve at de ulike aktørene i liten grad har den fulle oversikten, og at det kan være vanskelige spørsmål å ta tak i.

I vår kartlegging har vi ikke sett på evt. avklaring av behandlingsintensitet i hjemmet. Som understøttet av IRIS-rapport, er den hjemmeboende pasienten stadig sykere og har et stadig større hjelpebehov. En ønsker derfor å poengtere at fokus på avklaring av behandlingsintensitet, gjerne også bør implementeres for hjemmeboende pasienter.

15. Finnes det journalnotat i kommunen vedr. dialog sykehus/kommune?

I Lov om helsepersonell m. v., kap. 8. § 39, beskrives helsepersonells dokumentasjonsplikt. Ofte vil dialog mellom kommune og sykehus foregå via telefon. Dette var bakgrunnen for at det var ønskelig å dokumentere hvorvidt denne kontakten ble dokumentert.



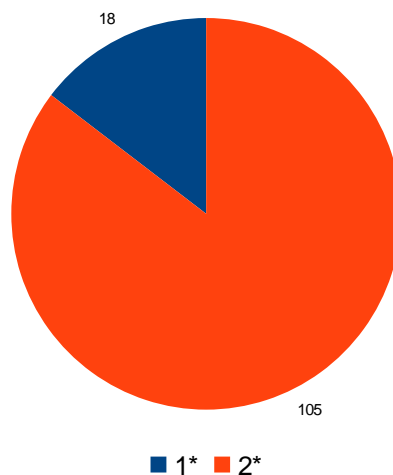
Som vist til i fig. 15 finnes det i 39 % av reinnleggelsene, journalnotat i kommunen vedrørende telefonkontakt med sykehuset. Vi kan anta at tallet vil være vesentlig høyere i dag, da dialogmeldinger kun var i oppstarten i 2014, fra da kartleggingen er gjort.

16. Finnes det journalnotat på sykehuset vedr. dialog sykehus/kommune?

Bakgrunnen for at en ønsket kartlegging av dette, var som nevnt i foregående punkt, at en ønsket å se hvorvidt muntlig kontakt ble dokumentert i journal.

Prosjektrapport

16: 16. Finnes det journalnotat på SUS vedr. dialog SUS/kommune?



1*) Ja

2*) Nei

I dypdykkene kom det fram at det var lite dokumentert i sykepleienotater på sykehuset hvorvidt det har vært kontakt med kommunen pr telefon. I 2014 var elektroniske forespørsler svært lite brukt, og mye av dialogen foregikk pr. telefon.

På sykehuset er scoren 15 % dokumentasjon, noe som er vesentlig lavere enn tilsvarende dokumentasjon i kommunen.

Funnene våre viser en stor svakhet i forhold til dokumentasjon. En kan anta at det er et stort potensiale for forbedring på sykehuset, men sannsynligvis også i kommunen.

I 2015 har bruken av elektroniske forespørsler blitt mer implementert. Dette fører til at det nå finnes mer dokumentasjon på kontakten mellom kommune og sykehus.

17. Er det dokumentert brukermedvirkning i journal på sykehuset?

I delavtale 3 og 5 (vedlegg 2 og 3), finnes det ikke konkrete punkter som omhandler brukermedvirkning. Delavtalene beskriver at pasientene skal få informasjon om diagnose og behandling, men vektlegger i svært liten grad brukers/pasients rett til medvirkning.

Som vist til i kapittel 3. 1, plikter helsepersonell å la bruker/pasient medvirke. En har derfor funnet at det er vesentlig å vektlegge hvorvidt det er dokumentert brukermedvirkning. En legger til grunn at brukermedvirkning er betydningsfull i det enkelte hjem-til-hjem-forløp.

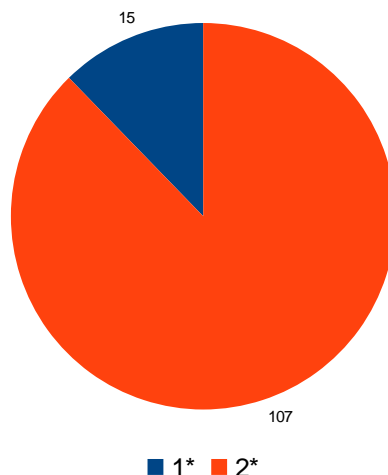
Begrepet brukermedvirkning favner bredt, og likeså gjør våre funn. Dersom det fremkommer av PLO-meldinger eller i journalnotat, hva bruker selv ønsker og ser behov for, har vi i vår systematiske datainnsamling, scoret dette som at det er «dokumentert

Prosjektrapport

brukermedvirkning». Dette kan være så lite beskrevet som at «pasienten ønsker å komme på sykehjem».

Det må likevel poengteres at det hos begge parter, i større grad må vektlegges brukermedvirkning, med fokus på «Hva er viktig for deg?».

17: 17. Er det dokumentert brukermedvirkning i journal/el.mld. på sykehuset?



1*) Ja

2*) Nei

Som vist til i fig. 17, fant en i 12 % av reinnleggelsene dokumentert brukermedvirkning. I de fleste tilfeller stod det korte setninger, eksempelvis «pasienten ønsker å reise hjem» eller «pasienten ønsker sykehjem».

Eksempel: Pasient innlagt på grunn av obstipasjon. I opplysningene fra sykehuset står det at «pasienten motsetter seg å reise hjem, og er veldig engstelig og motløs». Det står videre beskrevet at «et korttidsopphold er det beste for henne». Her formidles delvis pasientens ønske og behov, men er dog ikke beskrevet ut fra et pasientperspektiv.

Det er på et tynt grunnlag vi har vurdert «ja» på brukermedvirkning. Det er lite dokumentert på sykehuset, hva pasient (pårørende) ønsker og ser behov for i forhold til videre kommunalt tilbud.

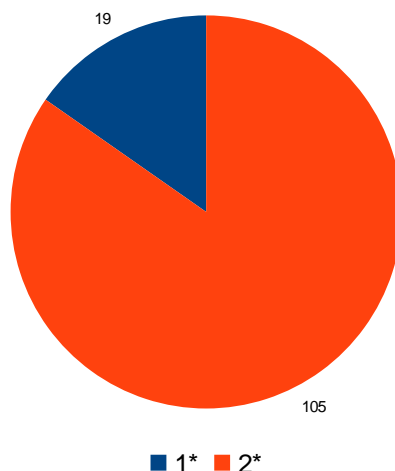
I kartleggingen blant sykepleiere på sykehuset (jmf. kap. 4. 2. 6), fremkommer det at 17 av 21 sykepleiere spør pasienten «hva er viktig for deg?». Dette funnet samsvarer ikke med funnene i fig. 17, men det er nærliggende å anta at slike samtaler forekommer, uten at det blir dokumentert.

Prosjektrapport

18. Er det dokumentert brukermedvirkning i journal i kommune?

Som i foregående punkt, var det ønskelig å se på hvorvidt brukermedvirkning er vektlagt og dokumentert. Som vist i fig. 18, var scoren på dokumentasjon i kommunene 15 %, og dermed noe høyere enn på sykehuset (12 %). I disse journalene fant vi brukermedvirkning beskrevet i journalnotat, etter telefonsamtale med sykehuset eller formidlet via pasienten eller pårørende.

18: 18. Er det dokumentert brukermedvirkning i journal/el.mld. i kommune?



1*) Ja

2*) Nei

Eksempel: Pasienten ble re innlagt på sykehuset etter få dager hjemme, på grunn av magesmerter og causa sosiale. Ved utskrivelse skriver saksbehandler i kommunen følgende melding til hjemmesykepleien: «Reiser hjem fra SUS i dag. Hun er engstelig. Ville helst hatt korttidsopphold, men vurderes som kan hjem nå. Helsetilstand som før».

Funnene våre viser at brukermedvirkning i større grad dokumenteres i kommunene enn på sykehuset. En kan i denne sammenheng trekke frem det faktum, at det er kommunene som skal vurdere brukerne opp i mot ulike kriterier, og eventuelt tildele tjenester. Saksbehandlingen vil ofte fordre mer aktiv brukermedvirkning, og kartlegging av den enkelte brukers ønsker og behov er nødvendig.

Samtidig finner en det av vesentlig betydning, at helsepersonell på sykehuset også kartlegger og dokumenterer brukerperspektivet. På tross av at kommunene er ansvarlig for behandling av søknader og tildeling av tjenester, vil det være betydningsfullt om pasient og pårørende tidlig i hjem-til-hjem-forløpet får informasjon om kommunale tjenester, og at pasientens ønsker blir dokumentert. Denne dokumentasjonen må også viderefremmes til kommunene.

Prosjektrapport

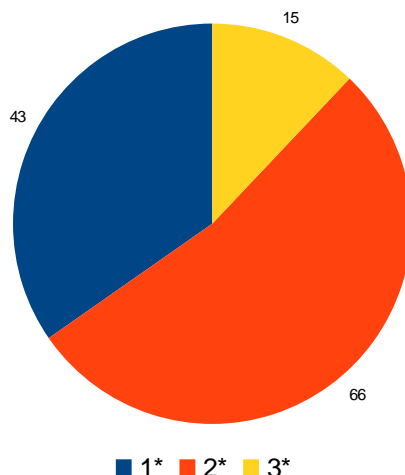
ELEKTRONISK SAMHANDLING I HENHOLD TIL DELAVTALER:

I de følgende punktene er det redegjort for mer kvantitative data, basert på de forpliktende avtalene som er gjort mellom partene.

19. Er det sendt melding fra Helse Stavanger til kommune om innlagt pasient i det pasienten ankommer avdeling?

Melding om innlagt pasient sendes automatisk, når pasienten PLO-registreres og det krysses av på «send melding om innlagt pas». Denne meldingen går da automatisk til kommunen, dersom pasienten allerede mottar kommunale tjenester. Dersom pasienten ikke mottar kommunale tjenester, blir første melding til kommunen tidligmeldingen.

19: 19. Er det sendt melding fra Helse Stavanger til kommune om innlagt pasient i det pasienten ankommer avdeling?



1*) Ja

2*) Nei

3*) Ikke aktuelt

Som vist til i figur 19, ble det i ca. 35 % av alle reinnleggelsene sendt melding om innlagt pasient. I ca. 12 % av reinnleggelsene ble slik melding vurdert som «ikke aktuelt». Muligens er sistnevnte score i realitet noen høyere, da det som redegjort for i kap. 3 3., kan være vanskelig å skille «nei» og «ikke aktuelt».

Ovennevnte må også ses i sammenheng med at 42 % av utvalget ikke hadde offentlig hjelp ved innleggelse. Viser da til figur 9, hvilket da vil bety at det manglet «melding om innlagt pasient» i 23 % av tilfellene. En ønsker også å påpeke at det sannsynligvis er en høyere score på dette nå i 2016, enn på det tidspunkt dataene er hentet fra (2014). Som redegjort for i kap. 3. 1. er elektronisk meldingsutveksling i stadig større grad implementert siste årene.

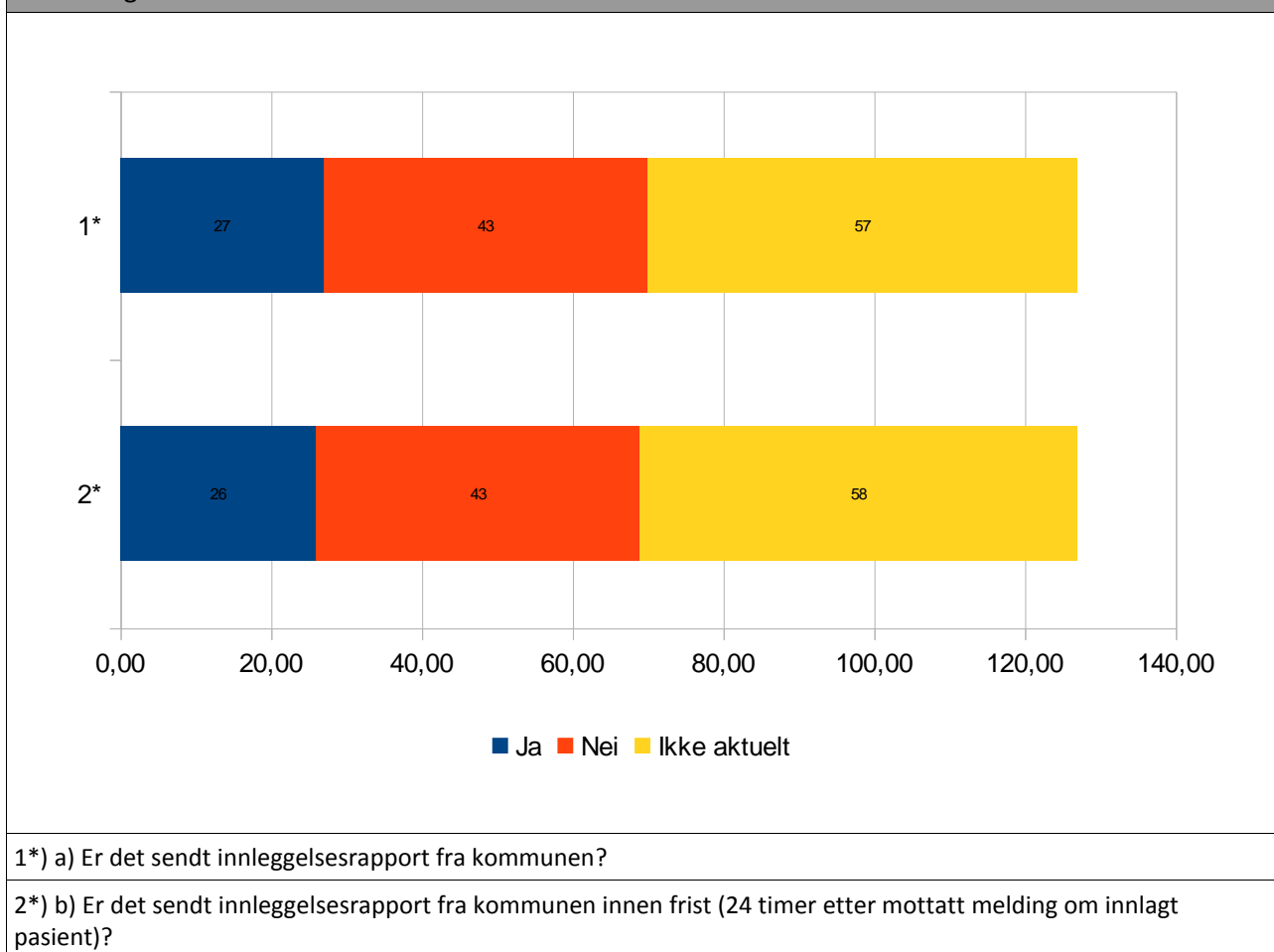
Prosjektrapport

20. a) Er det sendt innleggelsesrapport fra kommunen?

I delavtale 3. pkt. 6.1.2. nr. 7 står følgende: «For pasienter som før innleggelsen til spesialisthelsetjenesten mottar kommunale helsetjenester i form av hjemmesykepleie, syke- og aldershjems plass eller bofellesskap (der det ytes helsehjelp): ved innleggelse skal relevante opplysninger av betydning for omsorg og pleie av pasienten så langt det er mulig følge pasienten, som oppdatert medisinliste (der pleie- og omsorgstjenesten har overtatt ansvaret for å administrere medisinene), sykepleieropplysninger, herunder funksjonsvurdering, informasjon om hvilke hjelpemidler pasienten bruker, eventuell oppdatert individuell plan (sendes elektronisk etter hvert som kommunen/sykehuset er i stand til det)».

Det var ønskelig å se på hvorvidt kommunene fulgte opp denne avtalen, og om det eventuelt fantes momenter å trekke frem i de tilfeller denne informasjonen manglet/var mangelfull. I dypdykkene våre, finner vi at det i stor hovedsak, mangler innleggelsesrapporter fra sykehjem (korttidsopphold og rehabiliteringsopphold). En ser at det særlig i disse tilfellene bør sendes innleggelsesrapport. Da pasienten selv ved døgnopphold i institusjon må innlegges på sykehus, ser en at opplysningene fra aktuell institusjon, vil kunne være betydningsfull i videre behandling og oppfølging ved sykehuset.

20: 20a og b



Prosjektrapport

20. b) Er det sendt innleggelsesrapport fra kommunen innen frist (24 timer etter mottatt melding om innlagt pasient?).

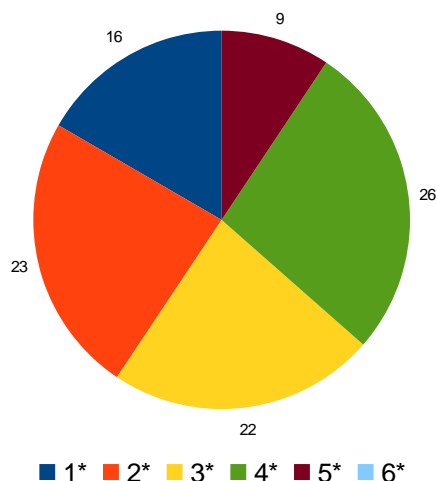
Bakgrunnen for at denne variabelen ble tatt med i spørreskjemaet, var at 24-timersfristen var angitt på det interne PLO-arbeidsdokumentet i Helse Stavanger (vedlegg 9). Etter at punktet var kartlagt i vår undersøkelse, fant en at denne tidsfristen ikke var angitt i delavtale 5 (vedlegg 3). Av denne grunn er kartleggingen derfor gjort på feil grunnlag. Likevel finner en at det kun ved ett tilfelle, er sendt innleggelsesrapport etter «fristen».

20. c) Inneholder innleggelsesrapporten følgende opplysninger?

Delavtale nr. 3, 6.1.2.nr. 7 beskriver kommunens ansvar og oppgaver: «*For pasienter som før innleggelsen til spesialisthelsetjenesten mottar kommunale helsetjenester i form av hjemmesykepleie, syke- og aldershjems plass eller bofellesskap (der det ytes helsehjelp): ved innleggelse skal relevante opplysninger av betydning for omsorg og pleie av pasienten så langt det er mulig følge pasienten, som oppdatert medikamentliste (der pleie- og omsorgstjenesten har overtatt ansvaret for å administrere medisinene), sykepleieropplysninger, herunder funksjonsvurdering, informasjon om hvilke hjelpemidler pasienten bruker, eventuell oppdatert individuell plan (sendes elektronisk etter hvert som kommunen/sykehuset er i stand til det).*

På bakgrunn av ovenstående ville en kartlegge i hvilken grad kommunene oversendte disse opplysningene. I dypdykkene vil en også forsøke å se etter eventuelle tendenser, om hvorvidt utveksling av relevant informasjon mellom partene, kunne ha betydning i pasientforløpene.

20c: 20c) Inneholder innleggelsesrapporten følgende opplysninger?



Prosjektrapport

1*) Medisinliste
2*) Funksjonsbeskrivelse
3*) Medisinske opplysninger
4*) Kontaktinformasjon
5*) Bruk av hjelpemidler (*)
6*) Evt. oppdatert individuell plan (*)

PKO-sykepleiere (fra kommunene) har antatt at det var flere avvik i forhold til mangelfull kontaktinformasjon og medikamentliste i innleggelsesrapportene fra kommunen. Når en så på selve dokumentet på sykehuset, oppdaget en at kontaktinformasjon og medikamentliste (dersom kommunen hadde ansvaret for medisinene) automatisk ble flettet inn i innleggelsesrapportene.

Dette tilsier at det ikke ble avvik på disse punktene. 85 % inneholdt funksjonsbeskrivelse. 33 % inneholdt informasjon om hjelpemidler. Ingen innleggelsesrapporter i undersøkelsen inneholdt informasjon om individuell plan. Når det er sagt har vi ikke sjekket om noen av disse brukerne hadde individuell plan.

Ett av funnene i forhold til brukere i Stavanger kommune, var at dersom vedkommende mottok hverdagsrehabilitering, hjemmehjelp, dagsenter eller trygghetsalarm, ble det ikke sendt innleggelsesrapport. Sandnes kommune er organisert på en annen måte, slik at hjemmesykepleien ofte fanger opp og sender innleggelsesrapport som svar på melding fra sykehuset.

Generelt ser en at det blir sendt for få innleggelsesrapporter, og sykehjemmene skiller seg ut med mest avvik i forhold til dette.

21. a) Er det sendt tidligmelding fra Helse Stavanger til kommune?

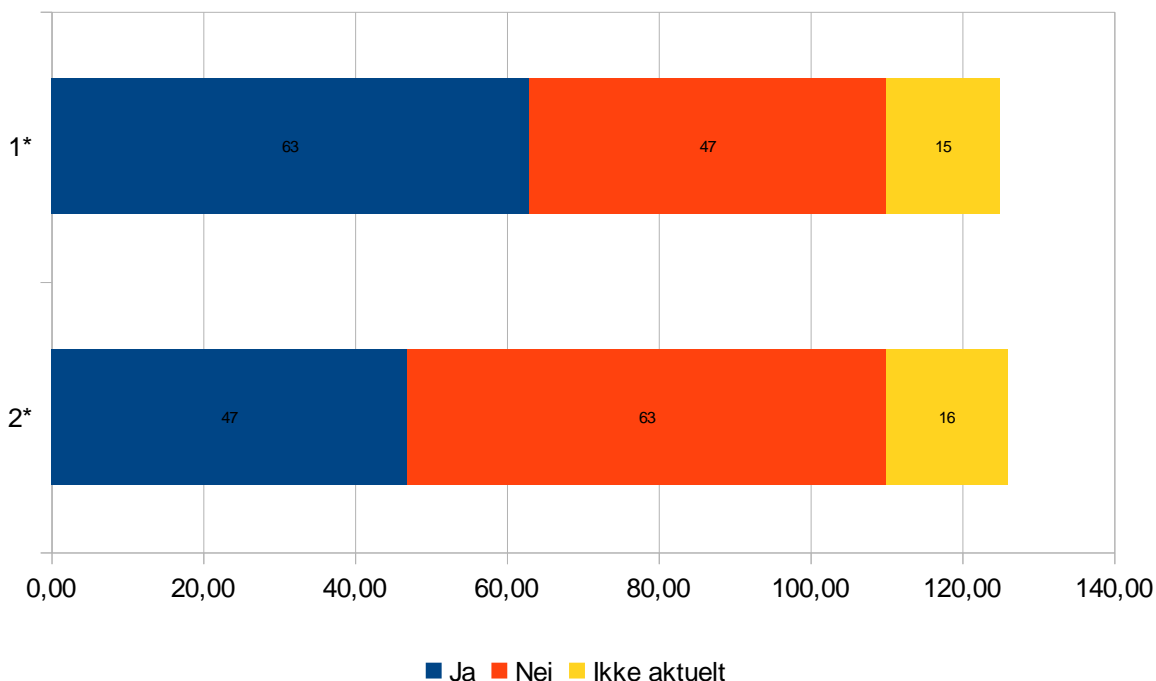
Bakgrunn for at dette er kartlagt, er innholdet i delavtale nr. 5, 6.1.1.nr 2 (vedlegg 3). Helseforetakets ansvar og oppgaver er beskrevet slik: «*Helseforetaket skal sende melding til avtalt kontaktpunkt i kommunen innen 24 timer etter innleggelse, dersom pasienten på dette tidspunktet har, eller vil få behov for kommunale helse- og omsorgstjenester etter utskrivning*».

Som vist i figur 21 a, ble det sendt 63 tidligmeldinger. I 62 tilfeller ble tidligmelding ikke sendt. Når en ser tilbake på tallene i figur 9, hadde pasientene i 53 av totalt 127 reinnleggelser, ingen offentlig hjelp ved innleggelsen. Resultatene i figur 21 a, må derfor ses i sammenheng med dette.

Dersom det er forventet at pasientene har behov for hjelp ved utskrivelse, skal det sendes tidligmelding. Dette samsvarer med forventet resultat, og viser at det er få avvik i forhold til dette.

Prosjektrapport

21: 21a og b



1*) a) Er det sendt tidligmelding fra Helse Stavanger til kommune?

2*) b) Er det sendt tidligmelding fra Helse Stavanger til kommune innen 24 timer etter innleggelse?

21. b) Er det sendt tidligmelding fra Helse Stavanger til kommune innen 24 timer etter innleggelse?

Som vist til i pkt. 21. a. viser delavtale 3 til at det er 24 timers frist for sykehuset å sende tidligmelding til kommunen.

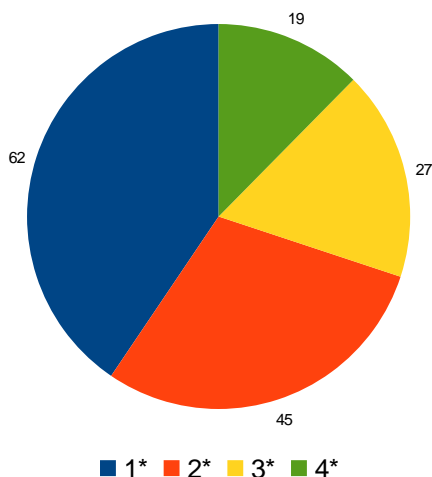
Figur 21. 2*, viser at 63 av tidligmeldingene ble sendt *etter* fristen. I tillegg er det registrert 16 som «ikke aktuelt», og som tidligere forklart, kan denne kategoriene i enkelte tilfeller også tolkes som «nei». Funnene samsvarer med erfaringer fra praksis om at tidligmelding fra sykehuset ofte sendes sent i forløpet. Hensikten med tidligmeldingen er at kommunen tidlig skal involveres for planlegging av videre tjenestetilbud.

21. c) Inneholder tidligmelding følgende opplysninger?

Som tidligere beskrevet, viser delavtale 3 (vedlegg 2) også til føringer for hva tidligmeldingen skal inneholde. Det var ønskelig å kartlegge hvilke opplysninger som var vedlagt, og om dette eventuelt hadde betydning for pasientens hjem-til-hjem-forløp.

Prosjektrapport

21c: 21c) Inneholder tidligmelding følgende opplysninger?



1*) Pasientens status

2*) Forventet forløp

3*) Forventet utskrivningsdato

4*) Forventet hjelpebehov (*)

Figur 21. c viser at mange tidligmeldinger inneholder svært lite informasjon. Våre funn viser at 62/63 tidligmeldinger inneholder «pasientens status». En må likevel bemerke at terskelen er satt veldig lav i forhold til å registrere dette som et «ja».

Eksempel på en kortfattet og utfyllende tidligmelding er: «Innlagt grunnet obstipasjon og smerter i nedre abdomen. Fått klyx med effekt men har enda smerter i abdomen. Planlagt hjemreise i dag, uendret behov for hjemmesykepleie».

Et annet eksempel på en kort og mangelfull tidligmelding inneholdt ett ord: «forvirringstilstand».

Likevel skal en se disse tallene i lys av at pasienten kun har vært kort tid på avdelingen, og at det viktigste ofte vil være å informere om innleggelsesårsak.

22. a) Er det sendt helseopplysninger fra Helse Stavanger til kommune?

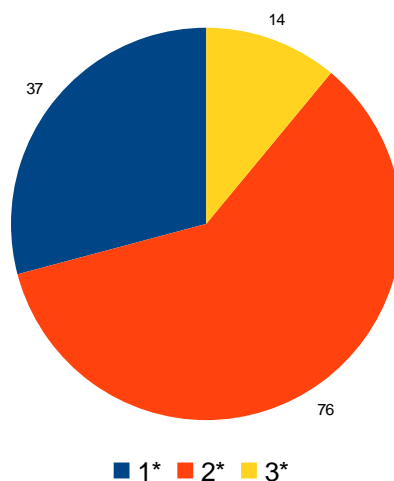
Delavtale 5, 6.1.2.nr. 1.: «*Dersom pasientens tilstand er uavklart ved innleggelsen, eller det blir vesentlige endringer i forventet utskrivningstidspunkt eller hjelpebehov, skal helseforetaket sende melding (lege- og sykepleieropplysninger) så snart som mulig*».

I kommunen vil «helseopplysninger» i formatet se like ut, enten det er tidligmelding eller generelle helseopplysninger. Før en omlegging i systemet, fremkom det tydelig hva som var forskjellen på disse to. Det kan i vår sammenheng være utfordrende å kartlegge, fordi det er vanskelig, nærmest umulig å vite hva som er hva.

Prosjektrapport

Eksempelvis kan det bli sendt helseopplysninger fra sykehuset som første melding, mens dette i kommunen blir tolket som tidligmelding. Kort tid etterpå kommer tidligmelding, med kort informasjon. Dette vil da bli registrert som helseopplysning.

22: 22a) Er det sendt helseopplysninger fra Helse Stavanger til kommune?



1*) Ja

2*) Nei

3*) Ikke aktuelt

Figur 22. a viser at det er sendt helseopplysninger i 29 % av de registrerte reinnleggelsene. 11 % er registrert som «ikke aktuelt». At det i underkant av 60 % av registreringene ikke er sendt helseopplysningene er verdt å merke seg.

Helseopplysningene er ofte av svært stor betydning for kommunen, når videre tilbud skal planlegges. Dersom denne planleggingen starter tidlig i forløpet, kan en se at dette kan ha positive konsekvenser i pasientens videre hjem-til-hjem-forløp. Helseopplysningene er ofte grunnlaget for at saksbehandler i kommunen, kontakter sykehuset pr. telefon for oppklarende spørsmål og svar.

22. b) Inneholder helseopplysninger følgende opplysninger?

I dette punktet ønsket en å kartlegge hva helseopplysningene inneholdt, med utgangspunkt i delavtalene som ligger til grunn for elektronisk samhandling.

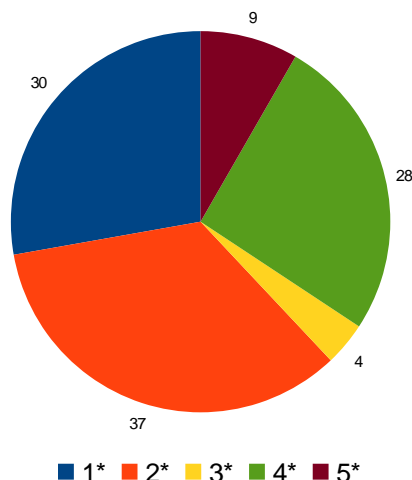
I delavtale 5, 6.1.2. nr. 2 (vedlegg 3) står det at sykehuset skal «bistå pasienten med søknad om kommunale helse- og omsorgstjenester pasienten har behov for».

Internt i Helse Stavanger er det diskusjoner om hvorvidt utfylling av egensøknad, er en oppgave som bør utføres på sykehuset. Det argumenteres for at kommunen kan følge dette videre opp, etter at pasienten er utskrevet.

Prosjektrapport

Kommunene argumenterer på sin side med at egensøknaden danner grunnlaget for videre saksbehandling. Et annet aspekt er at flere av tjenestene pasientene søker om, er betalingstjenester. I denne sammenheng finner en det også viktig at det foreligger en skriftlig egensøknad. En må også legge til grunn at en egensøknad er betydningsfull i forhold til brukermedvirkning. Brukermedvirkning/brukerperspektivet skal som hovedregel vektlegges i saksutredningene som skrives i kommunene.

22b: 22b) Inneholder helseopplysninger følgende opplysninger?



1*) Legeopplysninger

2*) Sykepleieopplysninger

3*) Endret utskrivningsdato

4*) Endret funksjonsnivå

5*) Egensøknad sendt (*)

Som vist til i ovenstående diagram (figur 22 b.), er det sendt medisinske opplysninger fra lege i ca. 77 % av de registrerte helseopplysningene. Det er i dette viktig å påpeke at det kun var sendt helseopplysninger i 39 av de totalt 127 reinnleggelsene. Vi mener det er rimelig å anta at det er avvik, og mangler sendte helseopplysninger, selv om det også finnes flere eksempler der dette ikke er påkrevd eller aktuelt. Eks. ved raske sykehusforløp og hvor utskrivningsrapport er klar ved utskrivning.

Det ble i noen av dypdykkene på sykehuset, oppdaget at sykepleier har skrevet sykepleieopplysninger i feltet hvor legen skal fylle ut medisinske opplysninger. Dette vises ikke i dokumentet hos kommunene. Slik feilføring ble også funnet i noen utskrivningsrapporter.

23 a) Er det sendt melding om utskrivningsklar pasient?

I henhold til delavtale 5, 6.2.1 (vedlegg 3) skal pasienten meldes utskrivningsklar når lege i spesialisthelsetjenesten vurderer at det ikke er behov for ytterligere behandling i

Prosjektrapport

spesialisthelsetjenesten. På bakgrunn av innholdet i nevnte delavtale, var det ønskelig å kartlegge hvorvidt det ble sendt «melding om utskrivningsklar pasient».

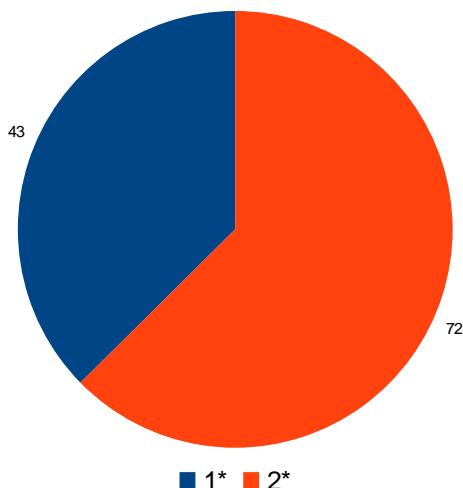
Basert på erfaringer fra praksis, var det også interessant å se hvorvidt det ble sendt melding om utskrivningsklar pasient. Erfaringene tilsier at slik melding ikke alltid blir sendt, hvilket kan føre til utfordringer i kommunen, som igjen kan være ugunstig for pasienten.

For å konkretisere erfaringene, gjennomførte PKO-sykepleier en enkel telling ved et gitt helse- og sosialkontor i Stavanger kommune. PKO-sykepleier talte alle meldinger i januar 2015 (01.01 tom 31.01.). Mottatte tidligmeldinger der pasienter reiste hjem uten hjelp, eller at vedkommende døde på sykehuset er ikke medregnet. Av 98 aktuelle tidligmeldinger, manglet det ved 19 av disse «melding om utskrivningsklar pasient». Dette utgjør 21 % avvik i aktuell måned.

I de tilfellene det *ikke* sendes «melding om utskrivningsklar pasient», er det som oftest i situasjoner der sykehuset ikke forventer respons fra kommunen. Eksempler på dette kan være:

- utskrivelsen og videre oppfølging er avklart og avtalt på forhånd via telefon mellom Helse Stavanger og kommune
- utskrivelsen skjer om kvelden eller i helgene, og hvor sykehuset har kontaktet utøverne direkte pr. telefon (eksempelvis hjemmesykepleien).
- utskrivelse til institusjon
- avtale med pasienten at hun/han selv kontakter hjemmesykepleien og informerer om utskrivelsen
- alvorligere avvik der meldingen blir glemt

23a: 23a) Er det sendt melding om utskrivningsklar pasient?



1*) Ja

2*) Nei

Prosjektrapport

Figur 23 a. viser at det mangler melding om utskrivningsklar pasient i 63 % av tilfellene. Funnene er sammenfallende med ovennevnte telling fra praksisfeltet, som også avdekte mangler i forhold til dette.

Eksempel: Pasienten ble innlagt på sykehuset fra et rehabiliteringsopphold. Var innlagt i ett døgn, før han ble utskrevet og reiste tilbake til rehabiliteringsoppholdet. Avtalen om at pasienten reiste tilbake, var gjort via sykehjemmet og sykehuset. Det ble ikke sendt «melding om utskrivningsklar pasient». Samme pasient ble ved neste innleggelse på sykehuset, utskrevet til hjemmet uten at det her heller ble sendt «melding om utskrivningsklar pasient». Saksbehandler i kommunen har skrevet følgende i journal: «Reist hjem med hjemmesykepleie som før. Avdeling på SUS har gitt rapport til hjemmesykepleien.».

Konsekvensene av manglende «melding om utskrivningsklar pasient» er blant annet feil statistikker og datagrunnlag som finnes både på sykehus og i kommunen. Både sykehuset og kommunene ivaretar langt flere pasienter/brukere enn det som fremkommer av antall sendte «melding om utskrivningsklar pasient».

Eksempel: Pasienten bor alene med hjemmesykepleie, har trygghetsalarm og hjelpemidler. Innlagt på grunn av syncope. Utskrevet til hjemmet etter fire dager uten at noen i kommunen ble informert om utskrivelsen.

Som beskrevet i sistnevnte eksempel, skaper det utfordringer i kommunen når det ikke sendes «melding om utskrivningsklar pasient». I verste fall kan det føre til at pasientene ikke får den hjelp og oppfølging de har behov for. Det har skjedd til dels alvorlige avvik, ved at brukers tjenester over tid ikke blir iverksatt igjen. I Stavanger kommune er det saksbehandler ved Helse- og sosialkontoret som iverksetter disse tjenestene igjen, etter at pasientene har vært innlagt på sykehus. Det kan derfor gå lang tid før nødvendige tjenester som hjemmesykepleie, dagsenter eller hjemmehjelp, blir igangsatt igjen.

23 b). Er det sendt avmelding av utskrivningsklar pasient?

Relatert til flere forhold, kan det være interessant å kartlegge hvor ofte det blir sendt «avmelding av utskrivningsklar pasient». Blir pasienten avmeldt fordi det er lang ventetid på egnet kommunalt tilbud (eks. korttidsopphold), og at helsetilstanden forverres i påvente? Eller vil sykehusets fokus på rask utskrivning, medføre at pasienten meldes utskrivningsklar før svar på blodprøver og undersøkelser foreligger?

I 5 % av tilfellene blir pasienten avmeldt, hvilket vi finner å være et svært lavt tall basert på pasientutvalget vårt. Av totalt 43 «melding om utskrivningsklar pasient», er det kun fire ganger sendt «avmelding av utskrivningsklar pasient». Disse tallene problematiseres ved at det flere ganger ikke blir sendt melding om utskrivningsklar pasient.

23. c.) Hvor lenge etter avmelding av utskrivningsklar pasient, blir pasienten på ny meldt utskrivningsklar?

Av disse fire ble alle meldt utskrivningsklar på nytt mellom 2–24 timer. Dette kan gjerne tolkes som høyt tempo i forbindelse med utskrivning, også i forhold til vårt pasientutvalg.

23. d) Blir det sendt oppdaterte helseopplysninger etter ny melding om utskrivningsklar pasient?

Kun ved et av ovennevnte avmeldinger, ble det sendt oppdaterte helseopplysninger.

Prosjektrapport

24. a) Er det sendt utskrivningsrapport?

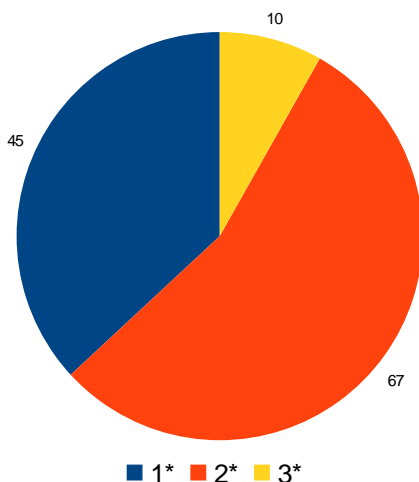
Delavtale 5, 6.3.1. nr. 1 (vedlegg 3) beskriver følgende: «Hvis ikke epikrisen kan ferdigstilles når pasienten utskrives, skal de medisinske opplysningene inngå i utskrivningsrapporten. Utskrivningsrapporten, inkludert fullstendig legemiddelliste, funksjonsvurdering og forventet hjelpebehov, skal være klar når melding om at pasienten er utskrivningsklar sendes».

Delavtale 5, 6.3.1. nr. 2 beskriver videre: «Epikrisen og utskrivningsrapporten skal sendes elektronisk til kommunen, senest når pasienten forlater sykehuset.»

Det bemerkes at disse to punktene er motstridene og uavklarte. En tolker det som uavklart hvorvidt utskrivningsrapporten skal sendes *før* melding om utskrivningsklar, eller senest når pasienten forlater sykehuset.

Fra kommunens side vil det være en stor fordel å få den fullstendige utskrivningsrapporten før «melding om utskrivningsklar pasient». Kommunen vil da kunne vurdere videre oppfølging basert på oppdatert informasjon. En vil også kunne videreformidle korrekt informasjon til aktuelle utøvere, som hjemmesykepleie eller sykehjem. Sannsynligvis ville dette resultert i færre unødvendige telefoner til sykehuset, for diverse avklaringer.

24a: 24a) Er det sendt utskrivningsrapport fra Helse Stavanger til kommune?



1*) Ja

2*) Nei

3*) Ikke aktuelt

Som vist i figur 24 a, viser funnene at det ble sendt utskrivningsrapport ved 37 % av utskrivelsene.

Prosjektrapport

24. b). Når ble utskrivningsrapport sendt fra Helse Stavanger til kommune?

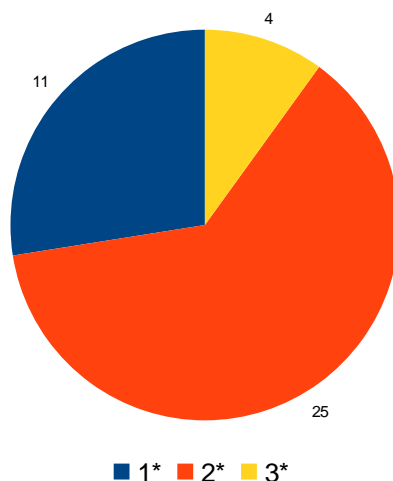
Som nevnt ovenfor skal utskrivningsrapporten i henhold til delavtale 5, punkt 6.3.1, være ferdig på det tidspunktet sykehuset sender «melding om utskrivningsklar pasient».

Unntaket fra dette er dersom epikrisen er ferdig, og sendes senest når pasienten forlater sykehuset. Utover dette har utskrivende lege frist på syv dager på å ferdigstille epikrisen, som da sendes til pasientens fastlege.

En må her nevne at selve epikrisen ikke regnes som et PLO-dokument. I 2014 kunne epikrise heller ikke sendes elektronisk, hvilket medførte at dersom det ikke var sendt utskrivningsrapport, ville eksempelvis hjemmesykepleien og fastlege først motta nødvendig informasjon pr. post 1-2 uker etter utskrivelse. Pr. i dag går oversendelse av epikrise elektronisk, og går derfor betydelig raskere. Det forutsetter likevel at utskrivende lege markerer at epikrisen skal oversendes pleie- og omsorg i kommunen.

I denne sammenheng finner vi det relevant å nevne et innspill vi har fått fra en fastlege. Han erfarer ofte at epikrisene på de «lettere» pasientene kommer først, mens det tar lengre tid før han får epikrisene på de sykeste pasientene. Videre kommenterer han at epikrisene gjerne mottas *etter* at pasienten er re innlagt igjen. Følgelig vil dette føre til utfordringer for fastlege i forhold til å holde seg oppdatert på pasienten. Det vil heller ikke være mulig for fastlegen å avtale konsultasjon for eventuell oppfølging av behandling fra sykehuset.

24b: 24b) Når ble utskrivningsrapport sendt fra Helse Stavanger til kommune?



1*) Før melding om utskrivningsklar pasient

2*) Etter melding om utskrivningsklar pasient

3*) Etter at pasienten har forlatt sykehuset

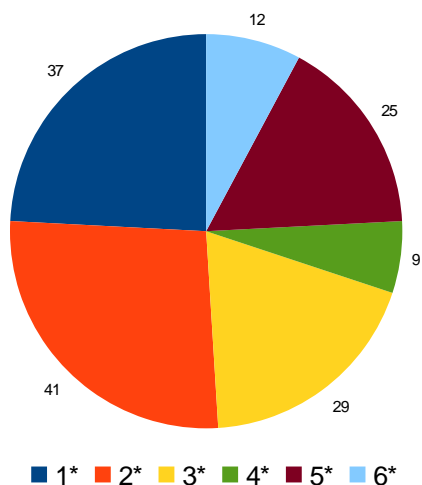
Som vist til i figur 24 b, ble det sendt utskrivningsrapport før «melding om utskrivningsklar pasient» i 26 % av tilfellene. 63 % ble sendt etterpå, og 10 % etter at pasienten hadde forlatt sykehuset.

Prosjektrapport

24. c) Inneholder utskrivningsrapporten følgende opplysninger?

Foruten å kartlegge *når* opplysningene ble sendt, ville en se på *hvilke* opplysninger som fulgte pasienten i forbindelse med utskrivelse.

24c: 24c) Inneholder utskrivningsrapporten følgende opplysninger?



1*) Legeopplysninger

2*) Sykepleieopplysninger

3*) Oppdatert legemiddelliste (*)

4*) Utleverte resepter (*)

5*) Forventet hjelpebehov (*)

6*) Nevnt videre oppfølging hos fastlege (*)

Funnene i figur 24 c., viser at 64 % av utskrivningsrapportene inneholder legemiddelliste. 82 % inneholder legeopplysninger, og 91 % inneholder sykepleieopplysninger. I 27 % av rapportene er det nevnt videre oppfølging hos fastlege, og i 20 % er angitt hvorvidt det er utlevert resepter.

Resultatene tolkes slik, at det er vesentlige svakheter ved innholdet i utskrivningsrapportene. I forhold til umiddelbar oppfølging i hjemmesykepleien ved medisinendringer, bør legemiddelliste og utleverte resepter score langt høyere enn det er angitt her. I praksis erfarer en også at en del pasienter blir utskrevet fredag ettermiddag. Hjemmesykepleien, eventuelt sykehjemmet, vil da mangle vesentlige opplysninger til umiddelbar og korrekt oppfølging.

En erfarer også at elektroniske resepter kan skape forvirring, med tanke på at pasienten selv ikke er sikker på hva som er endret eller om de har fått resept. Det er ikke selvsagt at pasienten blir informert av lege på sykehuset om endringer i medisinering. Mange pasienter kommer heller ikke på at de skal etterspørre informasjon om eventuell medisinendring.

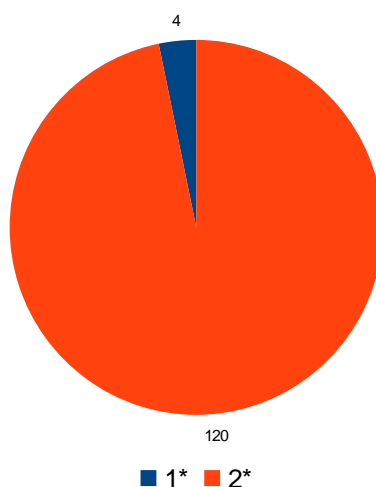
Prosjektrapport

25. Er det sendt egen rapport/henvisning fra fysio-/ergoterapeut fra sykehuset til kommune?

I delavtale 5, punkt 6.1.2 nr. 4 d. (vedlegg 3), beskrives helseforetakets ansvar og oppgaver: «Pasienter som har omfattende og komplekse problemstillinger som har fått fysioterapi under oppholdet i sykehuset og har behov for rehabiliteringstjenester i kommunen, skal alltid være vurdert av fysioterapeut før søknad om kommunale helsetjenester».

Tverrfaglige rapporter er viktige, når saksbehandler i kommunen arbeider for å finne et egnet tilbud for pasienten. Spesielt i forhold til vurdering av søknader om rehabiliteringsopphold, ser en viktigheten ved at slik rapport foreligger. Pasienten kan, som ytterste konsekvens, oppleve å få avslag dersom slik rapport ikke foreligger.

25: 25. Er det sendt egen rapport/henvisning fra fysio-/ergoterapeut fra sykehuset til kommune?



1*) Ja

2*) Nei

Funnene som er vist i figur 25, viser at det sendes svært få rapporter/henvisninger fra fysio-/ergoterapeut på sykehuset. Noe av denne informasjonen kan være flettet inn i annen elektronisk melding, men selve spesialrapporten sendes sjelden til kommunene. Funnene i denne undersøkelsen, er sammenfallende med erfaringer fra praksis. I undersøkelsen ser en også at i de tilfellene slik rapport er sendt, er det som oftest etter at pasienten er meldt utskrivningsklar, og oftest flere dager i etterkant. Av denne grunn er det ikke mulig for kommunene å bruke tverrfaglige rapporter. Disse rapportene kan være av vesentlig betydning når en i kommunene skal tilstrebe og tilby pasienten det mest hensiktsmessige tilbud.

Eksempel: Pasient med syv innleggelser i 2014, hvorav tre av disse er klassifisert som reinnleggelser. Vedkommende var blant annet innlagt med flere alvorlige infeksjoner, hvorav det ved to anledninger førte til amputasjon. Pasienten ble utskrevet til et

Prosjektrapport

rehabiliteringsopphold en fredag ettermiddag. I notatene i kommunen er det beskrevet store utfordringer i forhold til at pasienten ble utskrevet, blant annet uten tilpasset rullestol med amputasjonsstøtte. I dette tilfellet forelå det ingen rapport fra fysio- eller ergoterapeut, og det finnes ingen journalnotat hverken på sykehuset eller i kommunen, om at slik nødvendig informasjon er utvekslet.

26. Er det sendt dialogmelding fra Helse Stavanger til kommune?

Det oppfordres til at kommunikasjonen mellom sykehus og kommune i størst mulig grad bør foregå ved hjelp av elektroniske meldinger. Slik elektronisk samhandling er tidsbesparende, ved at informasjon dokumenteres fortløpende i journalene. Våre funn viser at det ble sendt dialogmelding i underkant av 5 % av reinnleggelsene. En må likevel se dette i lys av at aktuell rapport viser til tall fra 2014. En antar at det i perioden etter 2014, har vært en betydelig økning i bruk av dialogmeldinger, da denne meldingsformen nå er bedre kjent og etablert.

Vi har her sett eksempler på at dialogmeldinger sendes fra sykehuset til feil mottaker. Dette gjelder spesielt for Stavanger kommune, som pr. 2014 hadde en helt annerledes organisering enn Sandnes kommune. Eksempelvis sendte sykehuset forespørsel til kommunen, og etterspurte innleggelsesrapport og medisinliste. Dette ble sendt til saksbehandlertjenesten, men skulle vært sendt til sykepleiertjenesten. Selv om kommunen internt må viderefremme informasjonen, vil slike feilsendinger uansett medføre lengre responstid. I verste fall kan dette føre til at meldingene ikke vil bli lest og fulgt opp.

27. Er det sendt dialogmelding fra kommune til Helse Stavanger?

Funnene våre viste at kommunene sendte dialogmeldinger i 10 % av reinnleggelsene. Disse meldingene var hovedsakelig sendt som svar på «melding om utskrivningsklar pasient».

Som vist til i ovenstående punkt, antar en at dialogmelding nå benyttes i større grad, også i kommunene.

28. Hvor mange flyttinger på sykehuset før utskrivelse?

Det var ønskelig å kartlegge hvor mange interne flyttinger pasienten opplevde under hver innleggelse. Sett i lys av at en i denne rapporten refererer til en svært syk og marginal pasientgruppe, ønsket en å se nærmere på hyppigheten av intern flytting. Disse funnene kunne muligens gi noen svar i forhold til det enkelte pasientforløp.

En er også av den oppfatning av at en i kommunene, *antar* at pasientene blir flyttet mye internt på sykehuset.

På sykehuset ble det utført 17 interne flyttinger av totalt 85 registreringer. Svært få av disse er såkalte «interne gjestepasienter». I dypdykkene finner en som hovedtrekk at pasientene i liten grad opplever interne flyttinger, og at det i de tilfellene det skjer, har vært medisinsk begrunnet.

29. Finnes det dokumentasjon på sykehuset (journalnotat eller el. meldinger), om det er vurdert behov for hjelpemidler ved utskrivelse?

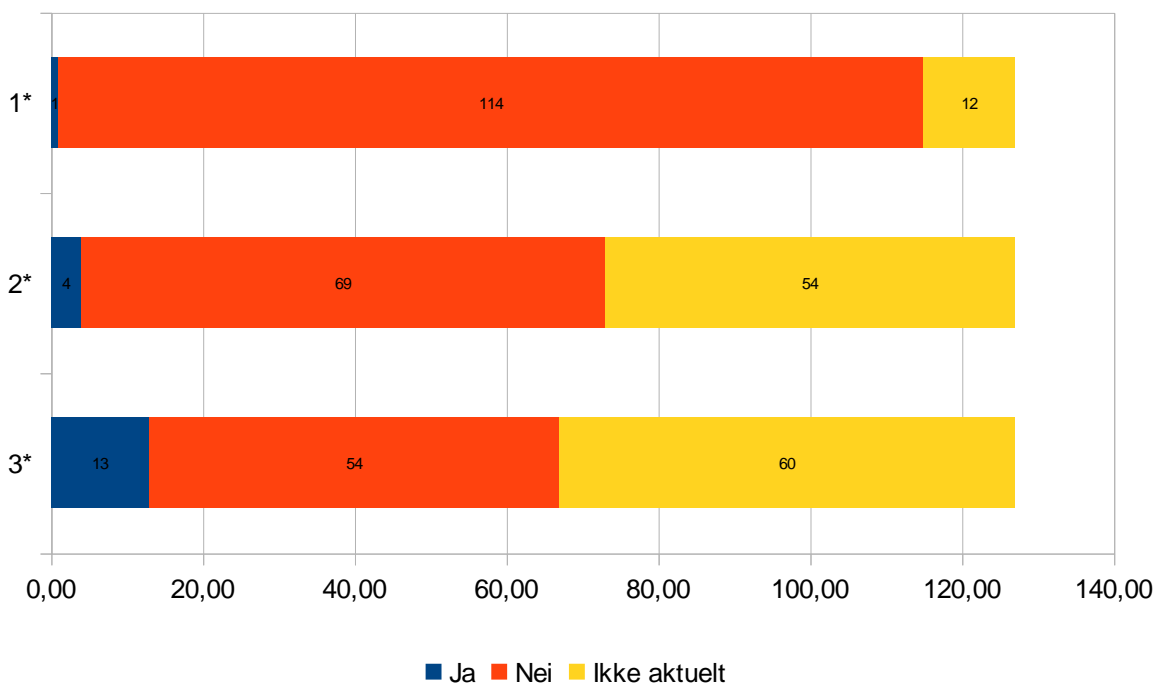
I delatale nr. 5, punkt 6.1.2 (vedlegg 3) omtales ansvarsforhold i forhold til hjelpemidler. Helseforetakets ansvar beskrives slik: «*I forkant av utskrivning, kartlegge pasientens*

Prosjektrapport

behov for og bestille behandlingshjelpemidler der det er aktuelt, og bestille forflytningshjelpemidler til pasienter som har omfattende og komplekse problemstillinger. Dette skal skje i dialog med pasienten og eventuelt pårørende, og i samarbeid med kommunen.»

I praksis vil dette si at sykehuset bestiller behandlingshjelpemidler og at kommunen bestiller forflytningshjelpemidler og andre hjelpemidler. Dersom en ser tilbake på eksempel i punkt 25, kan en peke på flere forhold: Helseforetaket burde fremskaffet nødvendige tverrfaglige rapporter og opplysninger, og kommunen burde fulgt opp med bestilling og fremskaffelse av aktuell rullestol. Saksbehandler i kommunen burde også stilt spørsmål vedrørende eventuelle behov for hjelpemidler.

28 - 30: OMFATTES IKKE AV DELAVTALER:



1*) 29. Finnes det dokumentasjon på sykehuset (journalnotat eller el. meldinger), om det er vurdert behov for hjelpemidler ved utskrivelse?

2*) 30a. Finnes det dokumentasjon i kommunen (journalnotat eller el.meldinger), om at det er vurdert behov for hjelpemidler ved utskrivelse?

3*) 30b. Har kommunen bestilt og fremskaffet nødvendige hjelpemidler i.f.m. utskrivelse?

Som vist i figur 28, finnes det svært lite dokumentasjon på sykehuset, hvorvidt behov for hjelpemidler er vurdert. Kun i ett pasientforløp fant en slik informasjon. Figur 29 viser noe mer dokumentasjon i forhold til dette i kommunene, hvor en fant fire journalnotat vedrørende vurdering av behov for hjelpemidler ved utskrivelse.

Prosjektrapport

Vår erfaring tilsier at det ofte er kommunen som må være den aktive part, og etterspørre behov for hjelpemidler i forkant av utskrivelse. Sykehuset melder pasientene utskrivningsklare, uavhengig av hvorvidt det er fremskaffet nødvendige hjelpemidler, eller ikke.

For å sikre et bedre hjem-til-hjem-forløp for pasienten, vurderer en at sykehuset bør være mer aktive i forhold til vurderinger av behov for hjelpemidler, ikke utelukkende behandlingshjelpemidler.

30 a). Finnes det dokumentasjon i kommunen (journalnotat eller el. meldinger), om at det er vurdert behov for hjelpemidler ved utskrivelse?

Som beskrevet ovenfor, er det i delavtale nr. 5, referert til at vurdering for hjelpemidler skal skje i samarbeid med kommunen. Våre funn viser at det kun ved fire tilfeller finnes journalnotat i kommunen, vedrørende vurdering av behov for hjelpemidler. Da en vet at mange av pasientene har behov for hjelpemidler, er det nærliggende å tro, at det er noe underrapportering i forhold til dette. Bestilling av hjelpemidler skjer «utenfor» EPJ, og dette kan være en årsak til lite dokumentasjon.

30 b). Har kommunen bestilt og fremskaffet nødvendige hjelpemidler i. f. m. utskrivelse?

Funnene viser at det sjelden står spesifikk beskrivelse vedrørende behov for hjelpemidler, hverken i elektroniske meldinger eller i journalnotat. Det er her viktig å påpeke, at dersom pasienten skal videre til opphold på institusjon, vil vurdering av hjelpemidler ofte utsettes til det nærmer seg utreise. De fleste sykehjem har de nødvendige hjelpemidler tilgjengelige, men behandlingshjelpemidler må likevel fremskaffes for den enkelte pasient.

I januar 2012 ble det i Stavanger kommune laget en prosedyre «Hjelpemiddelformidling til utskrivningsklare brukere» som omhandlet hvordan dette skulle gjøres praktisk og teknisk i Cos Doc. Denne prosedyren ble i august 2015 erstattet med det som i dag heter: «Hasterutine: Hjelpemiddelformidling». Formålet med rutinene er å sikre en rask og effektiv hjelpemiddelformidling til brukere som trenger hjelpemidler for å komme hjem.

Det er viktig å påpeke at behov for hjelpemidler i hjemmet må vurderes fortløpende. Først ved utskrivelse fra sykehuset, videre ved utskrivelse fra ulike korttidsopphold, og ikke minst fortløpende når bruker er hjemme. Hjemmesykepleien må kontinuerlig følge opp og bestille hjelpemidler raskest mulig etter behov.

Prosjektrapport

4.2 Øvrige funn og erfaringer fra praksisfeltet

Utover de punkt det er redegjort for tidligere i rapporten, som er funn basert på datainnsamlings skjema, har en i tillegg funnet moment vi finner det vesentlig å trekke frem.

4.2.1 Mortalitet pasientgruppe

Totalt antall registreringer av unike pasient-ID' er 72. Av disse var 16 av pasientene fra Sandnes kommune, og 56 fra Stavanger kommune. 38 av disse pasientene døde i 2014, hvilket utgjør ca. 53 % av totalt utvalg.

Videre fant vi det interessant å se på dødstall i 2015. Funnene våre viser at seks av pasientene døde i løpet av 2015. Det vil si at 44 pasienter av utvalget døde innen utgangen av 2015. Dette utgjør 61 % av det totale utvalget.

4.2.2 Avvik

I dypdykkene våre, har vi ikke funnet at det er registrert avvik, hverken fra Helse Stavanger til kommune, eller fra kommune til Helse Stavanger. Funnene våre viser at det er en rekke avvik i. f. t. samhandlingsrutiner. En kan imidlertid ikke utelukke at det kan ha blitt registrert skriftlige avvik i etterkant av aktuell reinnleggelse/hendelse.

4.2.3 Endring interne prosedyrer Helse Stavanger

I 2015 har det vært en endring i interne prosedyrer i Helse Stavanger. Det er ikke lenger krav om medisinske opplysninger i helseopplysningene (skrevet av lege). Selv om den interne endringen ikke hadde trådt i kraft i 2014, ser en likevel at det var en økende tendens til at disse opplysningene manglet. For planleggingen av videre kommunalt tilbud, ser en at medisinske opplysninger tidlig i forløpet, kan være av stor betydning.

En har i dypdykkene funnet avvik på at det heller ikke foreligger medisinske opplysninger i utskrivningsrapporten, d. v. s. et helt hjem-til-hjem-forløp uten medisinske opplysninger fra lege. Overnevnte er likevel mer et unntak enn en regel.

Kommunene fremhever likevel at det kan være av betydning av legeopplysninger foreligger tidligere i forløpet.

4.2.4 Nettverksmøter på sykehuset

Delavtale nr 5. 6.1.2 Helseforetakets ansvar og oppgaver, 4a: «*Avtale samarbeidsmøte (ev. telefon-/videokonferanse) med kontaktperson i kommunen, fastlege, pasient og eventuelt pårørende, for å avklare ansvarsforhold, utveksle nødvendig informasjon og planlegge videre forløp. Plan for utskrivning skal dokumenteres i journal*».

Det står også nevnt i delavtale nr. 5.6.1.3, herunder «Kommunens ansvar og oppgaver», at kommunen skal delta i samarbeidsmøte når behandlede enhet i helseforetaket innkaller til det.

Prosjektrapport

Sykehuset innkaller svært sjelden til slike møter, og som nevnt finnes ingen slike initiativ dokumentert i våre dypdykk. Funnene våre viser også at kommunen har en passiv holdning i forhold til dette. Dette på tross av at pasienten opplever vedvarende utfordringer og gjentatte reinnleggelser, og at kommunen på sin side opplever vansker med å ivareta bruker.

Erfaringer viser at det sjelden avholdes planlagte møter på sykehuset. Selv om vi i våre funn ikke finner noen eksempler på at det er avholdt nettverksmøter, erfarer vi i praksis at enkelte avdelinger (eks. kreftavdelingene og geriatriisk avdeling) av og til innkaller til slike møter.

Kommunene har de siste årene hatt fokus på å foreta vurderingsbesøk på sykehuset, i de tilfellene hvor pasienten er meldt til kommunehelsetjenesten. Det har fremkommet delte erfaringer, i forhold til nytteverdien ved disse spontane vurderingsbesøkene. I våre dypdykk fant vi noen få journalnotat vedrørende vurderingsbesøk av kommunerepresentant på sykehuset.

I henhold til delavtaler står det beskrevet at fastlegen kan være deltaker ved samarbeidsmøte på sykehuset. Basert på våre funn og erfaringer, har ikke fastlege vært deltakende på noen møter på sykehuset.

I våre dypdykk, var det forventet å finne en noe tettere kontakt mellom partene. Som nevnt tidligere, er de utvalgte pasientene svært syke, og ofte med et omfattende hjelpebehov. Når pasienter har flere innleggelser/reinnleggelser, bør avholdelse av nettverksmøter være et tiltak tidlig i forløpet. Slike møter bør som hovedregel vurderes for alle pasientgrupper, blant annet for å ha en forebyggende effekt.

Mulige årsaker til at det ikke avholdes nettverksmøter, kan være reduksjon i antall liggedøgn på sykehus. En opplever at sykehuset har en forventning til kommunen om videre ansvar og oppfølging etter at pasienten er meldt utskrivningsklar, og at fokus på samarbeidsmøter forut for dette, tilegnes lite fokus. Kommunene på sin side sitter gjerne også «på gjerdet» og venter på initiativ fra sykehuset. En mener også at kommunen med fordel kan være mer aktive i forhold til å foreslå nettverksmøter på sykehuset.

4.2.5 Mulige avvik mellom delavtaler og arbeidsverktøy på SUS

PLO-plakaten i Helse Stavanger (vedlegg 9), er et arbeidsverktøy som beskriver den elektroniske meldingsutvekslingen mellom sykehus og kommune. En har funnet noen avvik mellom innholdet i delavtalene og PLO-plakaten.

- I følge PLO-plakaten skal innleggesrapport fra kommunene sendes innen 24 timer. Dette står ikke angitt i delavtalene.
- I følge PLO-plakaten trenger ikke utskrivningsrapport være ferdigstilt når pasienten forlater sykehuset, dersom epikrisen er ferdig. Men for at kommune skal motta epikrise må lege krysse av for at kommune kan motta. Usikker hvor ofte dette blir utført i praksis. Som vist til i delavtalene skal pasienten få med seg en kopi av utskrivningsrapporten når han/hun forlater sykehuset. Som funnet i dypdykkene, reiser pasienten ofte fra sykehuset før utskrivningsrapporten er ferdigstilt.

Prosjektrapport

4.2.6 Kartlegging av sykepleiere på sykehuset sin kunnskap om kommunale tjenester

Det var i oppstarten av PKO-prosjekt, ønskelig å foreta en undersøkelse av sykepleierne i Helse Stavanger sin kunnskap om kommunale tjenester. Før kursen for prosjektet var staket tydelig ut, ble det foretatt en liten spørreundersøkelse ved to avdelinger på sykehuset. En antok at disse resultatene på en eller annen måte kunne bli nyttige senere i prosjektet. Undersøkelsen og resultatene er i sin helhet gjengitt i vedlegg nr. 11.

I undersøkelsene utført på kirurgisk seksjon (1H nevrokirurgisk avdeling), deltok ni sykepleiere. På medisinsk seksjon (4G lungeavdelingen), deltok 12 sykepleiere.

Som vist til i vedlegg nr. 10, fremkommer det i undersøkelsen at de fleste sykepleierne har middels kunnskap om kommunale tjenester. Flere har jobbet i kommune tidligere, men som oftest før samhandlingsreformen trådte i kraft.

Selv om de fleste scorer på «middels» eller «mye kunnskap», er tilbakemeldingene fra sykepleierne i hovedsak at de ønsker mer kunnskap om den kommunale tjenesteporteføljen.

En overraskende stor andel hadde likevel ikke kunnskap om, hvor man finner informasjon om kommunenes tilbud. På spørsmål om de hadde kjennskap til rutiner ved utskrivelse på kveld og i helg, scoret svarene i hovedsak på «middels kunnskap». Det er sjelden pasienter med kommunale tjenester blir utskrevet på helg, de blir ofte liggende over helgen for observasjon eller i vente på sykehjemsplass.

Det er lite informasjon på avdelingene om hvilke tilbud de enkelte kommunene tilbyr. Det er mulig å søke informasjon på kommunens hjemmesider, men dette er ofte tidkrevende og ikke prioritert i en hektisk arbeidshverdag.

Basert på funnene i spørreundersøkelsen, svarer de fleste sykepleierne at de spør pasienten «hva er viktig for deg?». Som vist til i dypdykkene, er dette lite dokumentert.

I undersøkelsen inkom det flere gode forslag til hvordan kommunale tjenester kan gjøres bedre kjent på avdelingene. Flere av forslagene kan en eventuell sykepleier med ansvar for samhandling være ansvarlig for.

Prosjektrapport

5. Oppsummering og forslag til forbedring

«Hvordan kan pasientflyten (hjem til hjem) forbedres for å unngå unødvendige reinnleggelser?»

Prosjektets mål var å avdekke årsaker og eventuelle flaskehalsar. Målet var vidare å iverksette tiltak på systemnivå. Dette for å bedre pasientflyten ved utskrivelse av pasienter fra sykehuset, som har behov for helsetjenester ved overføring til kommunen.

Som en oppsummering på vår arbeidsmetode og våre funn, kan en innledningsvis si at vi finner det uheldig med avgrensning i forhold til reinnleggelser. Alle innleggelser kunne med fordel vært inkludert i våre funn. Pasientutvalget vårt er «unge» pasienter i 70-årene, ofte med alvorlige, kroniske sykdommer. Funnene våre viser at det settes inn betydelige ressurser i forhold til hjelp og oppfølging. På tross av dette er mortaliteten høy i gitt pasientutvalg. I etterkant av den systematiske datainnsamlingen, så en nærmere på syv tilfeldig utvalgte pasienter (fra utvalget i undersøkelsen). Dette fordi en ønsket å underbygge funn med eksempler. To av disse syv pasientene hadde fått langtidsplass i institusjon innen 2015. Dette tilbudet ble gitt mindre enn ett år etter at det ble etablert kontakt med kommunen for første gang. Som en hovedtendens kan en si at pasienter med hyppige innleggelser på sykehus, har alvorlig sykdom, redusert helsetilstand, høy mortalitet og kort tid inntil tildelt fast institusjonsplass.

Funnene våre er sammenfallende med IRIS-rapport, i forhold til at det er kortere liggetid på sykehuset. Kommunen har fokus på oppfølging i hjemmet, og at alle pasienter som «kan hjem, må hjem». Det er satset på nye tjenester i kommunene, eksempelvis hverdagsrehabilitering, sykepleieklinikken m.m. Sykehjemsplassene tildeles de sykeste, og ofte skårpelige eldre.

I hjem-til-hjem-forløpene har en funnet at det kan være betydningsfullt med faktorer som eksempelvis tilrettelegging av hjelpemidler i hjemmet, pårørendeinvolvering og grad av oppfølging fra hjemmesykepleien. En har vidare funnet at fastlegen i altfor liten grad er involvert i pasientens hjem-til-hjem-forløp, og i eventuell forebygging av unødvendige reinnleggelser. Det er viktig å sikre at fastlegen umiddelbart etter utskrivelse har nødvendig og relevant informasjon om pasienten.

Hvorvidt en pasient får vidare opphold i institusjon, avhenger om det er ledige plasser på aktuelt tidspunkt. Erfaringsvis vet en at kommunene arbeider aktivt med å tilby egnet kommunalt tilbud, etter at pasienten blir meldt utskrivningsklar. Ofte vil det bety at det settes inn store ressurser på å prøve å tilby bruker hjemreise med betydelig omfang av hjemmetjenester. Dersom en etter hjemreise erfarer at hjemmesituasjon ikke er tilfredsstillende, kan pasienter igjen vurderes i forhold til korttidsopphold. I enkelte tilfeller er det nok også nærliggende og tro, at pasienten i stedet for blir innlagt/re innlagt på sykehus.

Vi har i denne rapporten sett på hva som kan være årsaker til reinnleggelser og prøvd å finne momenter som er viktige i forhold til forebygging av dette. Oppsummert har vi konkludert med følgende punkter, som vi ser kan være med å utgjøre en forskjell i forhold til dagens praksis:

Prosjektrapport

- **Brukermedvirkning:** Som beskrevet i rapporten, er brukerperspektivet i liten grad dokumentert. For å besvare problemstilling, vurderer en det som vesentlig at brukermidvirkning blir mer implementert i all kommunikasjon, både med bruker/pårørende, men også mellom de ulike partene.

Økt fokus på brukermidvirkning bør være med utgangspunkt i spørsmålet «Hva er viktig for deg?». Pasienten må i større grad få være med og fatte beslutninger i eget liv. Personalet på sykehuset bør gjennomføre inviterende samtaler (samtaleteknikk). En har i disse samtalene fokus på spørsmålet: «Hva er viktig for deg i hverdagen, for at du skal kunne oppleve å ha det godt? Hvilke aktiviteter er viktige for deg å mestre, etter at du har opplevd et funksjonsfall?». En stiller åpne spørsmål, og prøver å styrke pasientens motivasjon til å kunne være «motoren i egen helsehjelp». Helsepersonell må ikke legge premisser for eventuelle unødvendige institusjonsopphold, hvilket kan bidra til at pasienten blir passiv og hjelpeløs. KS poengterer også at fokus skal endres fra «Hva er i veien med deg?», til «Hva er viktig for deg?», også på sykehuset.

Nåværende regjering har fokus på «pasienten sitt helsevesen»: Melding til Stortinget nr. 26 (2014- 2015), «Fremtidens primærhelsetjeneste- nærhet og helhet». Pasienten er motoren i egen helsehjelp, pasientens mål skal være i fokus og spørsmålet «Hva er viktig for deg?» må være styrende.

Forslag: Vi foreslår at kommunene og Helse Stavanger inviterer ansatte med tverrfaglig sammensetning, til kurs/møter/seminarer, hvor ovennevnte er hovedfokus. Deretter bør rutinene for samhandling inneholde en sjekklste, hvor «brukersamtalen» er et vesentlig punkt, på lik linje med andre forpliktelser i delavtaler eller saksbehandling. En slik samtale kan være med pasient og/eller pårørende, enten på et nettverksmøte eller ved en samtale på avdelingen. For å trygge pasient/pårørende, er det også av vesentlig betydning at personalet på sykehuset, har kjennskap til mangfoldet i det kommunale tjenestetilbudet.

- **Samarbeidsmøter:** Vi har i vårt prosjekt, funnet at det er en passiv holdning til samarbeidsmøter hos begge parter. I henhold til delavtale 5 pkt. 6. 1. 2., ligger ansvaret for innkalling til nettverksmøte hos sykehuset. Basert på våre funn, hvor vi ikke finner et eneste eksempel på at det ble avholdt nettverksmøte, vurderer vi det som hensiktsmessig med økt fokus på samarbeidsmøter/nettverksmøter. Økt fokus på dette, vil kunne forbedre pasientflyten og bidra til å unngå unødvendige reinnleggelser. Det bemerkes at selv om hovedansvaret ligger hos sykehuset, bør også kommunene bidra mer aktivt i dette. Kommunene kan etterspørre slike kontaktpunkt ved spesielle utfordringer og hyppige reinnleggelser (innleggelser).

Forslag: Som en del av PLO-plakaten, bør «vurdering av, evt. innkalling til nettverksmøte» bli implementert i dette arbeidsverktøyet. Saksbehandlere i kommunene bør også implementere aktiv holdning i. f. t. å foreslå nettverksmøter, i de tilfeller dette vurderes som hensiktsmessig for pasienten. Særlig observant bør saksbehandler være, i de tilfeller pasienten har hatt flere reinnleggelser (innleggelser).

For selve samarbeidsmøtet, bør det utarbeides en mal. I malen bør det også fremkomme hvem som er aktuelle møtedeltakere, eks. fastlege.

Prosjektrapport

- Legens rolle under sykehusinnleggelse: Som beskrevet i rapporten, har en funnet at legenes rolle i pasientflyten ikke er så tydelig, som det er forankret i delavtalene at den skal være. De interne prosedyrene for elektronisk samhandling i Helse Stavanger, ble endret i 2015. Det var ikke lengre påkrevd medisinske opplysninger i helseopplysninger fra behandlende lege i spesialisthelsetjenesten. Ny prosedyre beskriver at det er krav om at disse opplysningene først foreligger ved utskrivelse.

Våre funn bekrefter denne tendensen allerede i 2014. Kommunene mener at denne endringen av prosedyrer bør drøftes, da det stilles spørsmål om hvorvidt disse opplysningene kan være av vesentlig karakter, for tidlig vurdering av egnet kommunalt tjenestetilbud. Helse Stavanger opplever derimot at rutineendringen gjør samhandlingsprosessen lettere, ved at meldingsflyten foregår mer effektivt. Det er ikke lengre nødvendig for sykepleiere å vente på legens innføring og godkjenning før melding sendes.

Forslag: Partene må avklare de nevnte spørsmål vedrørende elektronisk meldingsutveksling. Hvem skal skrive helseopplysningene? Hvem skal skrive utskrivningsrapporten, og når skal den være ferdigstilt? Bør alle epikriser også sendes til kommunen, der hvor pasienten mottar kommunale tjenester?

- Sykepleierens rolle under sykehusinnleggelse: I delavtale 5 står det at «sykehusets utskrivningspraksis skal være forutsigbar for kommunen». Vi tenker at denne forutsigbarheten først og fremst skal gagne pasienten, og forebygge unødvendige reinnleggelser.

Vi finner det viktig å fremheve den sentrale rollen sykepleieren har, i forhold til det enkelte pasientforløp. Det er sykepleierne som er nærmest pasientene under innleggelse på sykehuset, og har i sitt arbeid en viktig koordinatorrolle. Det er hovedsakelig sykepleierne som er ansvarlige for samhandlingen med kommunene, og som sender de fleste elektroniske meldingene. Som vist til i rapporten er det hyppige avvik i forhold til hvorvidt meldingene sendes og hva de eventuelt inneholder. Saksbehandler i kommunen er avhengig av at meldingene sendes, og at de inneholder all nødvendig informasjon.

Det må påpekes at selv om en finner det sentralt at sykepleier på sykehuset har gode kunnskaper om det kommunale tjenestetilbudet, er det kommunene selv som vurderer og tildeler de ulike tjenestene. Den gode diskusjonen saksbehandler har med sykepleier, vil imidlertid være avgjørende for å fatte gode og velbegrunnede beslutninger, vedrørende pasientens videre oppfølging.

Forslag: Det bør være et opplæringsprogram for sykepleierne på sykehuset, hvor samhandling med kommunene vektlegges. Det er betydningsfullt at sykepleierne på sykehuset har gode kunnskaper om samhandlingsrutiner med kommunene, med bakgrunn i samarbeidsavtalene. Sykepleierne bør også få kjennskap til det kommunale tjenestetilbudet og de helt sentrale kriterier for tildeling. Opplæringen skal ha som målsetting å gjøre sykepleieren trygg nok til å skape diskusjoner, også med behandlende lege, vedrørende utskrivning og behov for videre oppfølging.

Prosjektrapport

- Sykepleierens rolle i kommunehelsetjenesten: Kommunene på sin side må sikre «forsvarlig mottak av pasient hjemme eller i kommunal institusjon», som også vist til i delavtale 5. Mottak av pasienten bør være basert på brukers svar på spørsmålet «Hva er viktig for deg?»

Vi har funnet at det blir satt inn betydelige ressurser i forhold til igangsetting eller økt hjelp/økt omsorgsnivå av kommunale tjenester, etter en innleggelse på sykehuset. Vi har imidlertid ikke funnet at pleieplanene gjenspeiler de observasjoner som må ivaretas, for å forhindre en mulig ny sykdomsforverring. Slike behov for oppfølging bør være tydelig beskrevet i en utskrivningsrapport, og disse opplysningene må videre implementeres i oppfølgingen i kommunen. Vi finner at brukere blir innlagt sykehuset med tydelige symptomer på eksempelvis forverring av hjertesvikt (tungpust/ødem). Andre eksempel kan være infeksjonssymptomer, som økende hoste, forvirring o. s. v. Ved mistanke om infeksjon kan det være nødvendig å måle CRP, ta urinprøve m.m. Disse symptomene kunne ofte vært fanget opp på et tidligere tidspunkt, og tiltak iverksatt for å kunne forhindre en ny sykehusinnleggelse.

Når brukere eksempelvis blir innlagt sykehus for dehydrering og avmagring, bør pleieplanen avspeile alle de tiltak som er forsøkt, og eventuelt åpenbart ikke har fungert.

Saksbehandler i kommunen fatter for eksempel vedtak om, hjelp til morgen- og kveldsstell. Dette må likevel ikke være til hinder for at sykepleier (pleiepersonalet) bruker sitt kliniske blikk, og følger opp med nødvendige tiltak i forhold til forverring av helsetilstanden.

Forslag: Ved førstegangssamtale mellom hjemmesykepleien/sykepleier på korttidsavdelingen, er det viktig å kartlegge symptomer på sykdomsforverring og skrive tiltak inn i pleieplan. Slike samtaler kan gjerne avklare behandlingsintensitet, og fastlege/sykehjemslege bør være involvert i denne prosessen.

Vi mener også at hjemmesykepleien bør ha gode, skriftlige rutiner for hvilken yrkesgruppe som følger opp bruker etter sykehusinnleggelse. Ufaglærte bør i hovedsak ikke følge opp denne pasientgruppen, da de ikke har nødvendig kompetanse til å gjøre vurderinger av pasienten og iverksette nødvendige tiltak.

I hjemmesykepleien er det også viktig å avklare hvem som har ansvaret for eventuelt å kontakte fastlegen, eller bistå med koordinering slik at pasienten kommer seg til en eventuelt avtalt legetime. Dette er ofte et delt ansvar mellom bruker selv, pårørende og hjemmesykepleien.

- Fastlegens rolle: Vi mener også det er viktig å fremheve fastlegens rolle i pasientflyten. Selv om det ved utskrivelse fra Helse Stavanger er påpekt behov for rask oppfølging hos fastlege, finner vi lite dokumentasjon på gjennomføring av dette. Noe av årsaken til dette funnet, kan være underrapportering, samt uklare ansvarshold til å følge opp at pasienten får konsultasjon hos fastlege. En ser også at det nå er betydelig tilgang til elektronisk samhandling internt i

Prosjektrapport

kommunene (eksempelvis mellom fastlege og hjemmesykepleie). Dette kan være nyttig, da en raskere får tilbakemelding på ulike problemstillinger. Vi finner det likevel viktig å problematisere, at den elektroniske samhandlingen kan føre til færre konsultasjoner mellom fastlege og den enkelte pasient.

Vårt utvalg, hvor noen av inklusjonskriteriene er pasienter i 70-årene med hyppige reinnleggelser, beskriver gjerne alvorlig syke pasienter med kroniske lidelser. Disse pasientene kan ofte ha betydelige vansker med å komme seg til fastlege. Rapporten viser også til høy mortalitet i vårt pasientutvalg. Vi mener derfor at denne pasientgruppen har et stort behov for tett oppfølging hos fastlege, i tillegg til den elektroniske samhandlingen.

Forslag: Fastlegen spiller en avgjørende rolle for riktig oppfølging i kommunen. Fastlegen må framover bidra mer, både når pasienten er innlagt og etter at pasientene er kommet tilbake til hjemmet. Som tidligere påpekt, må partene avklare hvem som skal ha ansvar for at pasienten får videre oppfølging hos fastlegen.

Prosjektrapport

6.0 Vedlegg

- Vedlegg 1: Godkjenning av prosjektet ved Personvernombudet
- Vedlegg 2: Delavtale 3
- Vedlegg 3: Delavtale 5
- Vedlegg 4: Unike individer ift meldt utskrivningsklar til Sandnes kommune
- Vedlegg 5: Fig. 8a: Unike individer meldt utskrivningsklar 2014 (Stavanger kommune)
- Vedlegg 6: Pasienter meldt utskrivningsklare 2012-2014 aldersfordelt Stavanger kommune, figur 10
- Vedlegg 7: Pasienter meldt utskrivningsklare 2012-2014 aldersfordelt Stavanger kommune, figur 7
- Vedlegg 8: Datainnsamlingsskjema
- Vedlegg 9: PLO-plakaten: Pleie- og omsorgsmeldinger mellom sykehus og kommune
- Vedlegg 10: Kartlegging av sykepleiere på sykehuset sin kunnskap om kommunale tjenester, spørsmål og svar