



Senter for
omsorgsforskning
V E S T L A N D E T

EVALUERING AV PROSJEKTET «TRYGG OVERFØRING»

Et samhandlingsprosjekt om inn- og utskriving av eldre pasienter mellom sykehus og kommunale hjemmetjenester



ODDVAR FØRLAND

Høgskolen i Bergen
Senter for omsorgsforskning – rapportserie 2 - 2011

Oddvar Førland

Evaluering av prosjektet «Trygg overføring»

Et samhandlingsprosjekt om inn- og utskriving av eldre pasienter mellom sykehus og kommunale hjemmetjenester

Foto: Årets bilde 2006, fotograf Morten Wanvik, Morten Wanvik Fotografbyrå, Bergen

© Forfatteren/Senter for omsorgsforskning vest, Høgskolen i Bergen

Senter for omsorgsforskning, rapportserie nr. 2 - 2011
ISBN: 978-82-91313-74-0 ISSN: 1892-705X

FORORD

Prosjektet «Trygg overføring», som ble initiert av Haukeland universitetssykehus (HUS), tematiserer samhandlingsutfordringer første- og andrelinjetjenesten står overfor når eldre mennesker skal legges inn og skrives ut av sykehus.

Det er naturlig at et prosjekt som har fått tildelt offentlige midler blir evaluert. Normalt ville hensikten vært å evaluere dets nytteverdi og hvorvidt målene er oppnådd. Noen av målene i prosjektet var til dels store og åpent formulerte. Dette vanskeliggjør en presis vurdering av måloppnåelse. Tidspunktet for evalueringen er dessuten ikke det riktige for en slik type sluttevaluering. Tiltakene utviklet i fase 2 har nemlig fått virke såpass kort tid og i begrenset grad at det er for tidlig å vurdere deres betydning, nytteverdi og effekt fullt ut.

Styringsgruppen i «Trygg overføring» har imidlertid ønsket en *prosessevaluering* for å få fram erfaringer og vurderinger som prosjektdeltakerne og andre involverte har gjort seg, og som man kan nyttiggjøre seg av i det videre arbeidet. Den følgende evalueringen er en slik prosessevaluering gjort våren 2011. Prosjektets samarbeidspartnere, Helse Bergen og Bergen kommune, vil videreføre prosjektet til en fase 3, som skal dreie seg om spredning og implementering av tiltakene til flere sykehusposter i Helse Bergen og til bydeler i Bergen kommune. Dessuten har flere Hordalandskommuner vist interesse for å implementere de nyutviklede tiltakene. Evalueringen vil forhåpentligvis gi innspill til noen av de valg som nå må tas.

Det er skrevet et forholdsviss utfyllende sammendragkapittel og dette kan leses uavhengig av de andre kapitlene. Rapportens øvrige kapitler kan leses som nærmere dokumentasjon og bakgrunnstoff til sammendraget.

Jeg vil takke prosjektleder Tone Elin Mekki for tilgang til søknader, referater, rapporter samt muntlig informasjon om prosjektet. Likeens vil jeg takke delprosjektlederne og prosjektmedarbeiderne Trond Eirik Bergflødt, Inta Taranrød, Johannes Haltbakk, Åshild Bjørnetun og Ingvild Nordhus for muntlig informasjon om prosjektet. Videre vil jeg takke medintervjuer under tre av fokusgruppeintervjuene Åslaug Brænde (leder av Utviklingscenteret for hjemmetjenester i Hordaland) for deltakelsen og nyttige diskusjoner etter intervjuene. Sist men ikke minst vil jeg takke deltakerne i fokusgruppene fra hjemmesykepleien og forvaltningen i Årstad bydel og fra medisinske poster på Haukeland universitetssykehus for deltakelsen. Det er i særlig grad deres erfaringer og innspill som utgjør grunnlaget for evalueringens anbefalinger.

Oddvar Førland

Senter for omsorgsforskning Vest, Bergen, oktober 2011.

INNHold

FORORD	II
SAMMENDRAG	1
Om prosjektet «Trygg overføring».....	1
Evalueringsmetode.....	2
Evalueringsfunn.....	2
Vurderinger og anbefalinger	3
OM PROSJEKTET «TRYGG OVERFØRING»	6
Bakgrunn	6
Prosjektets finansiering.....	6
Mål, organisering og resultater i fase 1.....	7
Mål, organisering og resultater i fase 2.....	8
Formidling og publisering	9
EVALUERINGEN	12
Metode og data.....	12
Erfaringer fra ulike parter som har vært involvert i prosjektet.....	13
Forvaltningen i kommunen.....	13
Hjemmesykepleien i kommunen.....	14
Ansatte på medisinsk avdeling.....	15
Prosjektmedarbeidere.....	16
Bachelorstudenter	17
Vurderinger og anbefalinger	18
LITTERATURREFERANSER	21
VEDLEGG	I
Vedlegg 1: «Kommunikasjon og plan for hjemreise».....	ii
Vedlegg 2: «Konvolutt fra hjemmesykepleien».....	iii
Vedlegg 3: «Sykepleieopplysninger fra hjemmesykepleien».....	iv
Vedlegg 4: «Intern sjekklister for planlegging av utreise fra sykehus».....	v
Vedlegg 5: «Konvolutt fra sykehuset ved utreise til hjemmetjenesten».....	vi
Vedlegg 6: «Veiviseren.....	vii

SAMMENDRAG

Om prosjektet «Trygg overføring»

Bakgrunnen for utviklingsprosjektet «Trygg overføring» er de *samhandlingsutfordringer* første- og andrelinjetjenesten står overfor når *eldre* mennesker skal legges inn og skrives ut av sykehus. Det ble initiert av Haukeland universitetssykehus (HUS) på grunnlag av opplevde utfordringer og frustrasjoner i samhandlingen med kommunene, samt ønsket om å forbedre denne samhandlingen. Prosjektet satte seg som mål å identifisere samhandlingsutfordringene (fase 1) og å finne virksomme tiltak for å trygge overflyttingen mellom tjenestenivåene (fase 2).

I *fase 1*, som pågikk i 2008, ble det gjennomført fokusgruppeintervju med ansatte både på medisinske poster HUS, i hjemmetjenestene og ved forvaltningsenheten i Årstad bydel i Bergen kommune, samt foretatt journalgransking i pasientjournalene for 67 eldre pasienter. Undersøkelsen konkluderte med at samhandlingen mellom de to tjenestenivåene var dårlig organisert og strukturert når det gjaldt formidling av pasientenes funksjonsnivå og hjelpebehov og uklar med hensyn til forventninger til hverandres oppgaver. Kommunikasjonen ble betegnet som ineffektiv.

I *fase 2*, som pågikk fra 2009-2010, ble det utarbeidet en rekke tiltak for å forhindre (1)»ineffektive kommunikasjonslinjer» og (2)»samarbeidspartneres ulike vurderinger av behov». 1 og 2 ble organisert som egne delprosjekter. I tillegg ble det opprettet et eget delprosjekt knyttet til studentinvolvering i «Trygg overføring». Som svar på punkt 1 ble det utviklet fem sjekklistene/konvolutter som ble prøvd ut på tre medisinske poster på HUS og i Årstad bydel. Sjekklistene/konvoluttene ble revidert høsten 2010. I delprosjekt 2 ble det gjennomført intervjuer med eldre pasienter før og etter hjemreise med tanke på å få fram brukerstemmen knyttet til hva som er viktig for en trygg overføring tilbake til hjemmet. Som resultat av dette arbeidet er det utviklet en «Veiviser», i form av en huskeliste/samtaletigger, for eldre pasienter som skal reise hjem etter sykehusopphold. Arbeidsgruppen har også sett på hvordan ergoterapeuter og sykepleiere vurderer pasientens funksjonsnivå og hjelpebehov og hvilke elektroniske hjelpemidler som benyttes på de to nivåene av helsetjenesten. Dette ble gjort med tanke på muligheter for harmonisering mellom sykehuset og hjemmetjenestene for å lette kommunikasjonen rundt slike vurderinger. Arbeidsgruppen konkluderte med at dette er så omfattende arbeid at det vil kreve et eget prosjekt.

Bachelorstudenter i sykepleie og ergoterapi har vært delaktige i begge fasene av prosjektet knyttet til litteraturgjennomganger, utredninger og intervjuer. Flere av tiltakene som er gjennomført i prosjektet har bakgrunn i forslag fra studentrapporter.

Det er gitt økonomisk støtte på til sammen 1,15 millioner kroner fra Utviklingsmidlene mellom høgskolene og Helse Bergen/ Haraldsplass Diakonale Sykehus. I tillegg er det gitt støtte på 80.000 kroner fra Utviklingsmidlene mellom høgskolene og Bergen kommune.

Evalueringemetode

Beskrivelsene, analysene og slutningene i evalueringsrapporten er skrevet på basis av skriftlig og muntlig informasjon om prosjektet «Trygg overføring», samlet inn våren 2011. Den *skriftlige informasjonen* dreier seg om søknader, referater og rapporter knyttet til prosjektet. Muntlig informasjon er hentet inn gjennom å *intervjue* prosjektmedarbeidere og andre ansatte på medisinske sykehusposter på HUS, i hjemmetjenestene og forvaltningen i Årstad bydel, Bergen kommune. Vurderingene og anbefalingene i rapporten er gjort på bakgrunn av analyser av den skriftlige informasjonen og intervjuene.

Evalueringfunn

Prosjektet «Trygg overføring» har vært omfattende og krevd en betydelig organisering og ledelse. I intervjuene med de ulike partene i ble det hovedsakelig gitt uttrykk for at organiseringen og fremdriften av prosjektet har vært god. Det ble uttrykt at det har vært spennende og konstruktivt å arbeide i grupper på tvers av tjenestenivåene, og med samhandlingstiltak som ble opplevd som viktige for begge nivåene.

Temaet «inn- og utskriving av eldre pasienter» har gjennom prosjektet fått økt oppmerksomhet hos partene. For det første gjelder dette for alle som har vært direkte involvert i prosjektets mange arbeidsgrupper fra HUS, Bergen kommune, Høgskolen i Bergen og Haraldsplass diakonale høyskole, det vil si prosjektmedarbeiderne i hovedprosjektgruppen, delprosjektgruppene, arbeidsgruppene, styringsgruppen og blant bachelorstudenter i sykepleie og ergoterapi. Disse har på ulik måte, og med ulike roller, vært med å utvikle og teste ut nye tiltak som har hatt som formål å bidra til en trygg inn- og utskriving for eldre.

Gjennom intervjuene med vanlig ansatte på de involverte postene på HUS, forvaltningen og hjemmetjenestene i Årstad bydel sitter vi igjen med et klart inntrykk av at prosjektet også for dem har klart å sette samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten på dagsorden, spesielt forhold omkring inn- og utskriving av eldre pasienter mellom disse instansene. Prosjektet som sådan og de nyutviklede tiltakene var godt kjent blant de vanlige ansatte både på de medisinske postene, i hjemmetjenestene og forvaltningsenheten i Årstad bydel. Gjennom undervisning og informasjon er de blitt introdusert til, og til dels også selv bidratt til, å utvikle ulike samhandlingsverktøy.

Følgende skjemaer, samhandlingsrutiner og sjekklister er utviklet som resultat av prosjektet:

Fra hjemmetjenestene:

1. »Kommunikasjon og plan for hjemreise»¹ (vedlegg 1).
2. »Konvolutt fra hjemmesykepleien»² (vedlegg 2).
3. »Sykepleieopplysninger fra hjemmesykepleien»³ (vedlegg 3).

¹ Hjemmetjenestenes sjekklister ved telefonsamtale med sykehuset

² Konvolutt til legevakt, fastlege og sykehus ved behov for legetilsyn/ innleggelse. Påtrykt beskrivelse av hva som skal ligge inne i den.

³ Skjemaet skal fylles ut av hjemmesykepleier når pasient har behov for legetilsyn/innleggelse i sykehus.

Fra sykehuset:

4. »Intern sjekkliste for *planlegging* av utreise fra sykehus»⁴ (vedlegg 4).
5. »Konvolutt fra sykehuset ved utreise til hjemmetjenesten»⁵ (vedlegg 5)

Formålet med disse nye skjemaene og samhandlingsrutinene har vært å sikre nødvendig og ensartet informasjonsutveksling i og mellom de to nivåene av helsetjenesten.

Til tross for at verktøyene er utviklet i tett samarbeid med de involverte postene og gruppene, og er godt kjent blant de ansatte, kom det fram at mange av skjemaene ikke var kommet i normal bruk på de involverte arbeidsplassene. Dette gjaldt i særlig grad sjekklisene knyttet til utskriving av pasient fra sykehus (pkt. 1 og 4 over). I intervjuene med vanlig ansatte fra sykehuspostene, hjemmetjenestene og forvatningsenheten ble det trukket fram tre hovedgrunner til dette:

1. Mange ansatte glemmer å bruke skjemaene i (den vanligvis travle) hverdagen på arbeidsplassene.
2. Mange ansatte opplever det som tungvint ekstraarbeid å krysse av/fylle ut papirskjemaer når de uansett må dokumentere arbeidet sitt elektronisk i EPJ.
3. Mange ansatte føler at skjemaene er unødvendige å bruke fordi de uavhengig av disse likevel mener de ivaretar dets innhold på grunn av sin erfaring.

Både de ansatte fra hjemmesykepleien, forvaltningen og de medisinske postene mente at innholdet i skjemaene var godt og dekket forhold som må avklares før inn- og utskriving. På tross av dette mente altså de fleste vi intervjuet at skjemaene var unødvendige å bruke for dem selv og innebar ekstraarbeid. Likevel var de av den oppfatning at sjekklisene vil være gode å ha som rutinebeskrivelser for nyansatte og ansatte med liten erfaring med overflytting av pasienter mellom nivåene.

»Veiviseren»⁶ (vedlegg 6) for eldre som skal reise hjem fra sykehus var nylig utviklet da intervjuene fant sted. De som kjente til den mente at den vil være nyttig og god for eldre pasienter i forbindelse med hjemreise. Den distribueres nå på aktuelle medisinske poster.

Høgskolene har hatt en sentral rolle i prosjektet både med hensyn til prosjektorganisering og utredninger. Det har særlig i fase 2 vært en omfattende studentinvolvering blant bachelorstudenter i sykepleie og ergoterapi. Studentene har levert flere bidrag som har fått konsekvenser for tiltak som er utviklet av delprosjektgruppene.

Vurderinger og anbefalinger

- «Trygg overføring» er et stort utviklingsprosjekt som har involvert mange og krevd en omfattende organisering på tvers av sykehus, kommune og høgskoler. Prosjektet har hatt god framdrift og skapt resultater på sentrale delmål. Dette gjelder i særlig grad målene knyttet til å identifisere flaskehalsen i kommunikasjonen mellom nivåene (fase 1) og å utvikle tiltak

⁴ Sykehusets sjekkliste ved planlegging av utreise og telefonkontakt med hjemmetjenestene/forvaltningen i kommunen.

⁵ Med beskrivelse av hva som skal ligge inne i den (rapporter, resepter etc. som pasienten skal ha med seg hjem).

⁶ Veiviseren er en «samtalettrigger» og huskeliste laget for eldre pasienter som skal reise hjem etter sykehusopphold.

som kan bidra til tryggere overføring (fase 2). Vårt inntrykk er imidlertid at tiltakene i form av papirbaserte sjekklister kun i begrenset grad har fått gjennomslag og blitt tatt i bruk i den daglige kommunikasjonen mellom sykehus/ hjemmetjeneste. Dette tror vi har sin hovedgrunn i at de ikke er integrert i den normale dokumentasjonen man ellers er pålagt å utføre i den elektroniske pasientjournalen (EPJ). Listene vil da lettere glemmes (i en travel hverdag) og dessuten oppleves som ekstraarbeid ved siden av den pålagte elektroniske dokumentasjonen.

- Det er en reell fare for at tiltakene (skjemaene) som er utviklet vil bli brukt i minkende grad dersom det i fortsettelsen ikke blir satt søkelys på dem fra ledelsenes side og ikke blir integrert i EPJ. I neste fase i prosjektet bør skjemaene gjennomgås på nytt med tanke på integrering og harmonisering med sykehusenes og hjemmetjenestenes EPJ-innhold. Dette arbeidet bør ledelsesforankres og delprosjektledernes erfaringer bør inngå, supplert med IKT-kompetanse.
- Det er primært sykepleiere og ergoterapeuter som har deltatt aktivt i «Trygg overføring». For å skape eierforhold til et prosjekt er det nødvendig at de ulike samarbeidspartnerne deltar aktivt. Legene på sykehus og i kommunene har deltatt i liten grad. De har en medisinsk nøkkelrolle for pasienten som ofte har konsekvenser for pasientens trygghet/ utrygghet og bør derfor involveres i det videre utviklings- og implementeringsarbeidet, for eksempel gjennom Praksiskonsulentordningen. Også fysioterapeutene har en viktig rolle overfor den eldre pasient og bør derfor involveres.
- Ergoterapeutene har spilt en aktiv rolle i prosjektet. Blant annet er en potensiell utvidet rolle for ergoterapifaglige funksjonsvurderinger på medisinske poster knyttet til planlegging av hjemreise blitt synliggjort.
- Basert på det nyutviklede skjemaet «Intern sjekklister for planlegging av utreise fra sykehus», samt dagens utreiseskjema i DIPS (det elektroniske pasientjournalssystemet) og det gamle H50 i Doculive, bør det etter vår mening kun utarbeides ETT skjema fra sykehuset i EPJ som oppdaterer status med hensyn til planlegging av utreise.
- Skjemaet bør være enkelt å bruke og plasseres lett tilgjengelig i EPJ. Evalueringen har vist at egne papirsjekklister som ikke er integrert i EPJ kun i begrenset grad blir brukt selv om de innholdsmessig er svært gode. Det bør vurderes om skjemaet bør være *tverrfaglig* slik at de ulike yrkesgruppene kan fylle inn og planlegge utskrivningen i samme skjerm bilde, ut i fra den enkelte faggruppes ansvarsområde.
- Ut fra tilsvarende argument bør skjemaet «Kommunikasjon og plan for hjemreise» integreres og harmoniseres med EPJ for hjemmetjenestene (Programmet «Profil» for Bergen kommune). På denne måten kan kommunikasjonsskjemaet inngå som en nødvendig og obligatorisk del av hjemmetjenestenes elektroniske dokumentasjon. Skjemaet slik det foreligger i dag har detaljer som forvaltningsenheten og hjemmesykepleien delvis har felles og delvis delt ansvar for. Dersom skjemaet hadde ligget i EPJ kunne de ha samarbeidet om samme skjema og fylt inn det som ligger under den enkeltes ansvarsområde.
- Inntil det foreligger elektronisk utveksling (meldinger) av pasientinformasjon til og fra sykehus/hjemmetjenester bør *konvoluttene* som er utviklet brukes og følge pasienten til og fra sykehuset. Konvoluttene bør ligge lett tilgjengelige, og det bør holdes oppe et trykk for å minne om deres eksistens fra avdelings- og gruppelederne.
- Skjemaet *Sykepleiesammenfatning fra hjemmesykepleien ved behov for legetilsyn/ innleggelse sykehus* brukes i stor grad i hjemmetjenestene i Årstad bydel til tross for at det er papirbasert. Skjemaet gir nyttige informasjon for innleggende lege, samt sykepleier og lege på sykehus, og bør følge pasienten ved spørsmål om innleggelse inntil elektronisk utveksling foreligger.

-
- Det anbefales at det arbeides videre med utvikling av felles funksjonsnivå- og hjelpebehovsbeskrivelser på tvers av sykehus og hjemmetjeneste i et eget prosjekt. Dette er et omfattende arbeid, men et slikt felles rammeverk vil skape et felles «språk» som vil kunne lette kommunikasjonen mellom nivåene.
 - Veiviseren og samtaletriggeren «Tryggere hjemreise: om hva du bør tenke på før du reiser hjem», som er utviklet som «huskeliste» for eldre pasienter på sykehus, anbefales å gjøres tilgjengelig for hele HUS, samt Haraldsplass Diakonale Sykehus. Spørsmålene i veiviseren vil trigge refleksjon og samtale mellom pasient, pårørende og ansatte vedrørende viktige forhold å avklare før hjemreisen. Den kan stimulere til større pasient- og pårørendemedvirkning i utskrivningsfasen.
 - De utarbeidete tiltakene har potensial for videre utvikling, spredning og implementering til andre aktuelle poster på HUS som samarbeider med kommunale hjemmetjenester og til Haraldsplass Diakonale Sykehus. Også for hjemmetjenestene bør tiltakene kunne spres til andre bydeler i Bergen og til andre Hordalandskommuner. En sannsynlig forutsetning for å lykkes med en slik spredning er, som nevnt, at skjemaene elektronifiseres, integreres og plasseres lett tilgjengelig i EPJ slik at de inngår i den normale pasientdokumentasjonen (ikke som papirbaserte lister ved siden av de elektroniske).
 - I prosjektet har samarbeidet mellom høgskolene og praksisfeltet har vært omfattende og studentinvolveringen har vært betydelig. I en videreføring av prosjektet i fase 3 er det imidlertid mest naturlig at prosjektet finansieres av andre midler enn utviklingsmidlene ettersom en slik fase først og fremst handler om videre implementering og spredning av tiltakene som er utviklet og ikke om «å utvikle praksisfeltet som en bedre læringsarena for studentene» (Helse Bergen HF Haukeland universitetssjukehus, 2011).
 - Noen av prosjektets mål⁷ var i utgangspunktet formulert så store og omfattende at det kun i begrenset grad kan hevdes de er oppnådd. Dette gjelder mål 3 og 4 fra fase 1 som handlet om å «utvikle samhandlingskulturer for å oppnå god kvalitet på mottak og en god utskrivelse» og å oppnå «opplevelse av «sømløst» forløp for pasienten». Likeens mål 3 fra fase 2 om å «øke kompetanse i tverrprofesjonell samhandling for ansatte i sykehus, kommune, høgskoler og for studenter». For de ansatte har ikke fase 2 først og fremst handlet om kursing og kompetanseoppbygging, men om utvikling av konkrete samhandlingstiltak. Også når det gjelder målet om å utvikle tverrprofesjonelle rutiner for pasienter ved inn- og utskrivning mellom medisinsk sengepost og hjemmet er mye fortsatt ugjort.
 - *Vi kan ikke på grunnlag av denne evaluering hevde at overføringen av eldre pasienter til og fra sykehus er blitt tryggere enn tidligere. Prosjektet har imidlertid identifisert utfordringer og «flaskehals» og har utviklet flere nyttige verktøy med potensial til å trygge overføringen. Like fullt kan de selvsagt aldri i seg selv skape trygghet for pasienten. Personlige egenskaper og faglig skjønn hos den enkelte helsearbeider vil alltid være nødvendig i tillegg. Det personlige kan og bør hvile i gode systemer og strukturer, og det har dette prosjektet bidratt til.*

⁷ Se prosjektets målsetninger under kapittel 2 i denne rapporten.

OM PROSJEKTET «TRYGG OVERFØRING»

Bakgrunn

Bakgrunnen for utviklingsprosjektet «Trygg overføring», som ble initiert av Haukeland universitetssykehus (HUS), er de *samhandlingsutfordringer* første- og andrelinjetjenesten står overfor når *eldre* mennesker skal *legges inn og skrives ut av sykehus*.

Inn- og utskrivning mellom hjemmet og sykehus er en avgjørende og krevende fase både for den eldre selv, pårørende og for helsepersonellet. For *pasienten* innebærer fasen ofte en vesentlig endring i helse, livs- eller bosituasjon, gjerne knyttet til større avhengighet av helsepersonell og pårørende. Det er ikke vanskelig å sette seg inn i at slike endringer også kan skape utrygghet og usikkerhet for fremtiden og for hvordan man skal klare seg. Inn- og utskrivningen skaper også utfordringer for den eldre *pårørende*. Det kan være ulike pårørendeutfordringer vedrørende pasientens behov for praktisk og mental hjelp og støtte: utfordringer mellom pårørende og pasienten, mellom pårørende og mellom pårørende og det offentlige hjelpeapparatet. For *helsepersonell* innebærer inn- og utskrivning av eldre pasienter utfordringer både knyttet til praktisk hjelp og behandling, vurderinger av pasientens helsetilstand og sosiale situasjon og ikke minst til samarbeidsrelasjonen til pasient, pårørende og annet helsepersonell på ulikt nivå av helsetjenesten. Samhandlingsutfordringer knyttet til inn- og utskrivning av syke og skrøpelige eldre er tatt opp i flere sentrale offentlige rapporter og utredninger de seineste årene, herunder også kommunikasjon og samarbeid mellom sykehusposter og kommunale hjemmetjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006, 2009, 2011).

Vi skal nå se nærmere på hvordan prosjektet ble finansiert og organisert, dets målsetninger og hvilke resultater som er oppnådd.

Prosjektets finansiering

»Trygg overføring» er finansiert av utviklingsmidlene mellom høgskolene og Helse Bergen/Haraldsplass Diakonale Sykehus og mellom høgskolene og Bergen kommune. Disse midlene skal gå til samarbeidsprosjekter mellom institusjonene der «målet å utvikle praksisfeltet som en bedre læringsarena for studentene og medvirke til å fremme et sterkere samarbeid mellom utdanning og praksisfelt» (Helse Bergen HF Haukeland universitetssjukehus, 2011).

Prosjektet fikk for 2008 (fase 1) tildelt kr. 350.000,- og var i denne fasen et samarbeid mellom Medisinsk avdeling, Haukeland Universitetssykehus og Institutt for sykepleie, Høgskolen i Bergen, med Årstad bydel i Bergen kommune som samarbeidspartner.

Det ble søkt om nye utviklingsmidler for fase 2 (2009 og 2010). Denne gang ble det tildelt kr. 800.000,- til prosjektet (Mekki, 2011). I tillegg fikk prosjektet tildelt kr.80.000 av utviklingsmidle-

ne for Bergen kommune/høgskolene i Bergen for 2009/2010 (Høgskolen i Bergen, 2011). Prosjektet har dermed fått tildelt utviklingsmidler for til sammen 1,23 millioner kroner.

Mål, organisering og resultater i fase 1

Første fase (2008) av prosjektet ønsket å sette søkelys på «kvalitet på mottagelse og en god utskrivning for å gi opplevelse av «sømløst» forløp for syke eldre pasienter som har behov for en samordnet tjeneste mellom sykehjem/hjemmesykepleie og sykehus» (Danielsen & Hansen, 2007, p. 1).

Fase 1 hadde følgende *hovedmål*:

1. Kartlegge dagens samhandlingsmønster på mikronivå (individer og grupper på sengepostnivå på medisinsk avdeling Haukeland Universitetssykehus (HUS) og gruppenivå i avdeling pleie og omsorg i Årstad bydel i Bergen kommune).
2. Påpeke eventuelle «flaskehals» og hindre for god pasientoverflytning inn/ut av sykehus.
3. Utvikle samhandlingskulturer for å oppnå god kvalitet på mottak og en god utskrivelse.
4. Opplevelse av «sømløst» forløp for pasienten.

Som *delmål* ønsket man å skape økt forståelse for pasientforløpet ved overflytting (rutiner og kommunikasjon) for både ansatte og studenter, utvide studentenes praksisstilbud knyttet til samhandlingskompetanse samt komme med forslag til forbedringstiltak innenfor samhandling (Danielsen & Hansen, 2007).

Høgskolelektor Britt V. Danielsen fra Høgskolen i Bergen var prosjektleder og det ble nedsatt en prosjektgruppe bestående av ass. avdelingssjef Solveig Hansen og fag- og forskningssykepleier Linda Rykkje, sykepleier/praksisveileder Nina Rodgers og Grete Mjelde (sekretær i fase 1), alle fra Medisinsk avdeling ved HUS. Fra Haukeland Universitetssykehus deltok dessuten rådgiver ved FoU-avdelingen Helse Bergen, Anne Kvalheim. Fra Årstad bydel deltok fagutviklingssykepleier Nina Bakke, Karoline S. Dyrnes, sykepleier Torstein Aarø og saksbehandler Conni Hansen. Fra Høgskolen i Bergen deltok høgskolelektor Edith Blåsternes og prosjektleder Britt V. Danielsen. Forskningsleder dr. polit. Svanaug Fjær ved Rokkansenteret veiledet prosjektet.

Det ble våren 2008 gjennomført fokusgruppeintervjuer med ansatte på sengeposter, samt hjemmesykepleien og forvaltningsenheten i bydelen. I tillegg ble det gjort en journalgranskning i pasientjournalene til 67 eldre pasienter ved HUS. Målet med fokusgruppene og journalgranskningen var å kartlegge aktuell praksis og å identifisere «flaskehals» i samhandlingen mellom sengepostene og hjemmetjenestene (Danielsen & Fjær, 2010).

Resultater fase 1:

Den kvalitative kartleggingen konkluderte med at «kontaktflaten mellom de to tjenestenivåene framsto som uorganisert når det gjaldt vurdering av pasientens funksjonsnivå, hjelpebehov og forventninger til det andre tjenestenivået. På tross av at samhandlingen var strukturert gjennom avtaler, skjedde vurderinger ut fra en delvis løsrevet oppfatning om pasientens beste. Sykepleiernes fleksibilitet og faglige skjønn bidro til at overføringen oftest fungerte» (Mekki, 2011, p. 3). Kommunikasjonslinjen mellom sengeposten og pleie- og omsorgstjenesten i bydelen ble betegnet som

«ineffektiv». Det ble identifisert en tilspising mot helg ved at postene forsøkte å skrive ut flest mulig pasienter på grunn av lavere aktivitet og bemanning i helgene mens hjemmetjenestene (også med lavere helgebemanning) og pårørende ble stående med oppfølgings-ansvaret fredag ettermiddag. Det ble videre funnet at postene ofte krysser av for flere kommunale pleie- og omsorgstiltak enn strengt nødvendig (fast- og korttidsplass på sykehjem, servicebolig, hjemmesykepleie, hjemmehjelp, trygghetsalarm, dagsenter). Dette skaper høye forventninger for pasient og pårørende som kan være vanskelig å følge opp i kommunen og utfordrende når de må avvise søknader (Danielsen & Fjær, 2010).

Mål, organisering og resultater i fase 2

I fase 2 (2009-2010) valgte man å gripe fatt i to av funnene fra fase 1:

1. Ineffektive kommunikasjonslinjer
2. Ulik vurdering av behov

Målsettingen for fase 2 ble formulert slik:

1. Identifisere, implementere og evaluere tiltak i henhold til de funn/«flaskehals» og hinder for god pasientoverføring som ble identifisert i prosjektfase 1.
2. Å øke kompetanse i tverrprofesjonell samhandling for ansatte i sykehus, kommune, høyskoler og for studenter.
3. Utvikle tverrprofesjonelle rutiner for pasienter ved inn- og utskriving mellom medisinsk sengepost og hjemmet.

Samarbeidspartnere i fase 2 var: HUS (medisinsk avdeling og avdeling for ergoterapi), Bergen kommune (Årstad bydel), Haraldsplass diakonale høyskole og Høgskolen i Bergen (Institutt for sykepleie og Institutt for ergoterapi).

Det ble denne gang valgt å organisere prosjektet i en styringsgruppe, prosjektgruppe og tre delprosjektgrupper.

Styringsgruppes medlemmer har vært: Viseadministrerende direktør HUS Anne Sissel Faugstad (leder), avdelingssjef Solveig Hansen HUS Medisinsk avdeling, sjefsergoterapeut Solveig Herrem Hjortås HUS, Instituttleder Sissel Tollefsen HiB Institutt for sykepleie, avdelingsleder Ingrid Torstensen HDH, seksjonssjef for helse og omsorg Nina Solberg Nygaard Bergen kommune.

Prosjektgruppen besto av fagpersoner fra alle samarbeidende virksomheter: førstelektor Tone Elin Mekki, HIB; Institutt for sykepleie (leder), spesialergoterapeut Ingebjørg Børsheim HUS, ergoterapeut Tone Nydegger Revheim HUS, spesialrådgiver Anne Kvalheim HUS, ass. avdelingssykepleier Åshild Bjørnetun HUS, helse og sosialrådgiver Rune Eidset Bergen kommune (BK), enhetsleder Elin Wathne forvaltningsenheten Årstad bydel BK, enhetsleder Åslaug Brände sone Landås Årstad bydel BK, enhetsleder Anne Hægland sone Solheim Årstad bydel BK, spesialergoterapeut Merethe Hustoft BK Årstad bydel, fagutviklingssykepleier Trond Erik Bergflødt sone Solheim BK, fagutviklingssykepleier Ingvild Nordhus sone Landås BK, høyskolelektor Inta Taranrød HiB Institutt

for ergoterapi, førsteamanuensis Johannes Haltbakk HiB Institutt for sykepleie og førstelektor Kjell Arne Aarheim Haraldsplass diakonale høgskole.

Det ble organisert tre delprosjekter:

1. Ineffektive kommunikasjonslinjer (leder Trond Erik Bergflødt)
2. Ulik vurdering av behov (leder Inta Taranrød)
3. Studentinvolvering (leder Johannes Haltbakk)

Resultater fra fase 2:

Fem ulike sjekklister /konvolutter (vedlegg 1-5) er blitt utviklet, pilotert og implementert på 3 medisinske poster på HUS og en bydel i Bergen kommune. Hensikten har vært å kvalitetssikre kommunikasjonen mellom fagpersoner ved inn- og utskriving av eldre pasienter til og fra sykehus. Papirutgaven av sjekklister og konvoluttene er revidert en gang basert på erfaringer med utprøving, samt tilbakemelding fra Bergen Legevakt. Arbeid med å integrere sjekklister for utskriving i den elektroniske pasientjournalen DIPS er påbegynt på HUS.

Det er utviklet en «Veiviser» (vedlegg 6) for pasienter og pårørende på bakgrunn av kvalitative pasient- og pårørendeintervju. Veiviseren er utformet som laminert «miniposter» i A5 format, og er beregnet som oppslag på pasientrommene/ ligge i nattbordskuffene. Teksten henvender seg til pasienten med 6 hovedmomenter som pasientene anbefales å avklare med sykepleier/ lege før hjemreise.

Bachelorstudentene ved HiB har utarbeidet 9 delrapporter relatert til emner bestilt av prosjektgruppen (se under Formidling og publisering). I tillegg har HDH studenter kartlagt skriftlig og muntlig dokumentasjonspraksis i hjemmesykepleien ved overføring av pasienter (Mekki, 2010, 2011).

Formidling og publisering

Prosjektet er formidlet på følgende konferanser og møter:

- Trond Erik Bergflødt og Åshild Bjørnetun: Trygg overføring av eldre mellom sykehuset og hjemmet. Den andre nasjonale konferansen om omsorgsforskning – 2010. Sted: Gjøvik 21.- 22. oktober 2010.
- Trond Erik Bergflødt, Åshild Bjørnetun og Tone Elin Mekki: Erfaringsseminar om utviklingsmidler. 1. desember 2010. Sted: Haukeland Universitetssykehus.
- Tone Elin Mekki, Eirik Bergflødt, Åshild Bjørnetun og Tone Revheim: Trygg overføring – hva kan høgskole, kommune og sykehus få til sammen? NSH-konferanse om utdanning av helsepersonell: Oslo kongressenter 9.-10. november 2010.
- Tone Elin Mekki og Åshild Bjørnetun: Trygg overføring. Presentasjon av prosjekter som har mottatt utviklingsmidler. Sted: Høgskolen i Bergen, Møllendalsv. 6. februar 2011.
- Solveig Hansen og Åshild Bjørnetun har presentert prosjektet for sykepleierstudentene ved desentralisert sykepleie Høgskolen i Bergen.
- Åshild Bjørnetun har hatt presentasjoner i mai og august 2011 for Tverrfaglig videreutdanning i aldring og eldreomsorg ved Betanien diakonale høgskole.

Prosjektet ble presentert som nyhet på nettsiden til Helse Bergen 18. februar 2010 under overskriften: «Samarbeid mellom sjukehus og kommune: Trygg overføring» av Camilla Crone Leinebø ved HUS. Åshild Bjørnetun i prosjektet ble intervjuet i reportasjen.

Publikasjoner fra prosjektet

- Danielsen, Britt V. og Rykkje, Linda: Trygg overføring fra sykehus. Poster som beskriver fase 1 av prosjektet.
- Danielsen, B., & Fjær, S. (2010). Erfaringer med å overføre syke eldre pasienter fra sykehus til kommune. *Sykepleien Forskning*, 5(1), 36-43.
- Mekki, T. E. (2010). Trygg overføring. Prosjektbeskrivelse fase 2; 2009 -2010. Bergen.
- Mekki, T. E. (2011). Sluttrapport for utviklingsmidlene: Prosjekt «Trygg overføring». Helse Bergen, Høgskolen i Bergen, Haraldsplass diakonale høgskole og Haraldsplass Diakonale Sykehus.

Studentrapporter

- Lauvås, S., Sagevik, A., Thorup, J.E., Nome, K., Nedal, R. (2009): Prosjektplan for «Trygg overføring fra sykehus»: Prosjektplan for fase II.
- Asbjørnsen, M., Hatlem, O., Kleiberg, K., Myking, R., Stinessen, K., Ugelstad, J., Veivåg, A. (2009): Sykepleierens oppfatning av innholdet i telefonsamtaler ved utskrivning fra sykehus.
- Bjerke, I. T., Gjesdal, H., Kveldstad, M. J., Leirvåg, E. N, Stråpa, T. W. (2010): Bruk av International Classification of Function (ICF) for å vurdere pasienter i overføringen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.
- Glesnes, K., Jacobsen, L., Lønningen, L, Jersin, V. (2010): Informasjon om prosjektet på Medisinsk avdeling på Haukeland Universitetssykehus og i Årstad Sone i Bergen kommune.
- Søgaard, B.M., Øfelt, D., S., Valentini, J., Taule, L.M., Vikøren, M., Mossige, R.: (2010): Trygg overføring fra spesialisthelsetjeneste til kommunehelsetjeneste. Praktiske, etiske og juridiske sider ved arkivering av kvalitetsindikatorer ved Haukeland Universitetssykehus.
- Susort, M., Veim, J. H., Wichstad, A.O. (2010): Trygg overføring og utvikling av intervjuguide for evaluering av pasienters opplevelse av trygg overføring.
- Grindheim, M,Ø., Ulland, S., Hangaard, S.B. (2010): Bruk og sikring av data fra kvalitetsindikatorer for å øke trygghet i form av informasjonsoverføring mellom sykehus og hjemmesykepleie.
- Anashkina, A. V. Løtveit, B. R. Seim, Å. H. Stensland, S. Touffah, K. (2010): Prosjekt Trygg overføring fra spesialisthelsetjeneste til kommunehelsetjeneste. Utvikling av kvalitetsindikatorer.

Følgende artikler under arbeid pr. august 2011:

- En vitenskapelig artikkel: Elderly, discharge from hospital to home. Experiences. Om pasient- og pårørende erfaringer basert på kvalitative data fra pasient- og pårørendeintervju. Ansvarlig er høgskolelektor Inta Taranrød. Veileder er professor Frode F. Jacobsen ved Senter for omsorgsforskning Vest.
- En fagartikkel til *Ergoterapeuten* med søkelys på erfaringer fra samarbeidet mellom ergoterapiavdelingen og medisinsk avdeling post 8 ved HUS. Ansvarlige: Inta Taranrød, Ingebjørg Børsheim og Tone Nydegger Revheim.

-
- En fagartikkel til tidsskiftet Sykepleien: Å trygge det utrygge. Utvikling av tiltak for å bedre samhandling mellom sykehus og kommune. Ansvarlige: Anne Kvalheim, Åshild Bjørnetun, Trond Eirik Bergflødt, Oddvar Førland og Tone Elin Mekki.

EVALUERINGEN

Evalueringsforskning dreier seg om systematiske vurderinger i ettertid av virksomheters resultater, samt veiene dit. Vurderingen tar sikte på å komme til anvendelse i den fortsatte beslutningstakingen (Denvall & Vedung, 2010). Evalueringen i denne rapporten er, som nevnt i forordet, en prosessevaluering knyttet til de erfaringer og vurderinger som prosjektdeltakerne og andre involverte har gjort så langt. Hensikten er at erfaringene og vurderingene kan gi innspill og komme til anvendelse i de valg som skal tas av sykehus og kommuner i etterkant av prosjektet.

Metode og data

Det er samlet inn skriftlige og muntlige data som grunnlag for evalueringen:

Skriftlige data: Følgende dokumenter knyttet til «Trygg overføring» er lest og gjennomgått: Søknader, referater, delprosjektrapporter/notater, årsrapporter (for 2008 og 2009) og sluttrapport (2011), studentrapporter samt en vitenskapelig artikkel fra prosjektets fase 1.

Muntlige data: Det er gjort fokusintervju med fem ulike grupper/personer hver for seg:

1. Ansatte i forvaltningen i kommunen tilknyttet Årstad bydel: Fem saksbehandlere.
2. Ansatte i hjemmesykepleien i kommunen tilknyttet Årstad bydel: En sykepleier, to assisterende gruppeledere og en gruppeleder.
3. Ansatte på medisinsk avdeling, HUS: Fire sykepleiere og en assisterende avdelingssykepleier og en ergoterapeut.
4. Prosjektmedarbeidere hjemmesykepleien Årstad bydel (2).
5. Prosjektmedarbeider medisinsk avdeling HUS (1).

Hvert av fokusgruppeintervjuene varte 1 ½ time og ble tatt opp på bånd. Som bisitter, medintervjuer og diskusjonspartner etter de tre første intervjuene hadde undertegnede med seg leder av Utviklingssenteret for hjemmetjenester i Hordaland Åslaug Brønne. Undertegnede gjorde skriftlige notater fra intervjuene, hørte gjennom opptakene i etterkant og trakk ut hovedtrekkene fra samtalen gjengitt i neste kapittel.

Dessuten har høgskolelektor Inta Taranrød gitt informasjon om delprosjektet «Ulik vurdering av behov».

Etisk godkjenning

Evalueringsopplegget ble lagt fram for Personvernombudet ved Norsk Samfunnsvitenskapelig Data-tjeneste og tilrådd av dem. Datainnsamlingen involverer ikke pasientdata og er ikke framleggs-pliktig for Regional etisk komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk.

Erfaringer fra ulike parter som har vært involvert i prosjektet

Forvaltningen i kommunen

Fokusgruppeintervju med ansatte i forvaltningen i kommunen tilknyttet Årstad bydel (fem saksbehandlere):

Intervjuet dreide seg om samhandlingen mellom sykehusene og forvaltningen i forbindelse med utreise av eldre pasienter som har vært innlagt. Spesielt ble det lagt vekt på å få fram erfaringer med tiltakene som er igangsatt som direkte følge av fase 2 av prosjektet; det vil fremgå av skjemaene og sjekklisterne (se vedlegg).

Sjekklisten «*Kommunikasjon og plan for hjemreise*» (vedlegg 1) er utviklet for å brukes av forvaltningen og hjemmetjenesten når sykehuset tar kontakt vedrørende en pasient som skal hjem. Det er forvaltningens erfaring at sjekklisten i hovedsak fanger opp de forhold som det er vesentlig å avklare i dialogen med sykehuset. Listen oppfattes nå (etter siste revidering) som tydelig og dekkende. På tross av dette var den kun i begrenset grad i bruk som skjema og sjekklister. Begrunnelsen var at de oppfattet at dens innhold er så integrert i tenkning og praksis allerede at det føltes som unødvendig å gå gjennom skjemaet hver gang for å sjekke hva som er avklart i dialog med sykehusposten. Selve skjemaet ble ansett som et godt hjelpemiddel primært for den som er uerfaren og ny, men unødvendig å bruke for den mer erfarne. Personalet mente den bør inngå som en obligatorisk del av opplæringen av nye i forvaltningen. Det ble påpekt at saksbehandlerne i forvaltningen med ansvar for hjemmesykepleien i hovedsak har så bred erfaring fra hjemmetjenestene at et slikt sjekklisteskjema er overflødig å følge punkt for punkt. Å fylle ut sjekklisten ble oppfattet som et dobbeltarbeid fordi de likevel må dokumentere denne type opplysninger elektronisk i pasientjournalen Profil.

Likevel ble det påpekt at skjemaet er godt i seg selv og at det kan være greit å kaste et blikk på under samtalene med sykehuset også for den erfarne. De mente at skjemaet sannsynligvis er mer nyttig som sjekklister for mange av hjemmesykepleierne i deres kommunikasjon med sykehuset på grunn av at de sjeldnere en dem selv står i slik samhandling og dermed har mindre av denne samhandlingserfaringen.

Personalet tror at oppmerksomheten på samhandling med sykehuset gjennom prosjektet «Trygg overføring» har vært bevisstgjørende på flere viktige samhandlingsforhold som er berørt i avtalen «Rutiner for samhandling mellom kommuner, Haraldsplass Diakonale Sykehus, Helse Bergen HF innen somatisk sektor 2009-2012» (Helse Bergen HF, Haraldsplass Diakonale Sykehus, & Hordalandskommunene, 2009). Disse rutinenene er blitt mer kjent på grunn av prosjektet. Det ble blant annet trukket fram at mens det tidligere var vanlig at pasienter med økt hjelpebehov ble meldt kommunen sent fredag gjøres dette nå som hovedregel innen torsdag kl. 14, i henhold til rutinenene.

Tilbakemeldinger for å forbedre skjemaet ytterligere:

- Skjemaet mangler innleggsdato
- Vedrørende punktet «Avklare funksjonsnivå». Hva menes her? Dreier det seg også om å avklare type hjelp, om det for eksempel trengs hjelp til følge hjem, personlig hygiene, mat, medisin og hva pårørende gjør? Vedrørende punktet «Endring». Lignende uklarhet oppstår her. Dreier det seg om endring av funksjonsnivå eller endring av hjelpebehov?

Andre samhandlingsutfordringer som ble trukket fram:

- Det er en oppfatning i forvaltningen at sykehuset skaper for høye forventninger til hva kommunen og hjemmetjenesten reelt sett kan tilby. I stedet bør de i møtet med pasient/pårørende kun skissere dette som kommunale tilbud som kan søkes om og som kommunen selv konkret kommer til å vurdere om pasienten har behov for (gjennom hjemmebesøk og saksbehandling), og ikke «love» hjelp eller skape urealistiske forventninger.
- Det er et problem at det generelt tar lang tid (1-2 uker) før de skriftlige pasientopplysningene (søknader om kommunal hjelp, epikriser, legeopplysninger, sykepleierapport) blir sendt fra sykehuset (spesielt HUS) og kommer fram til forvaltningen for formell saksbehandling. Dette er ikke blitt vesentlig bedre de siste årene i følge deltakerne som ble intervjuet.
- Det er viktig at de som kontakter forvaltningen/hjemmetjenesten har god kjennskap til pasienten og kjenner pasienten fra stellesituasjonen. Det bør ikke være en gruppeleder, som ikke kjenner den aktuelle pasient, som ringer.

Det ble også dvelt ved generelle forhold som skaper trygghet/utrygghet for pasienten i forbindelse med utskrivning til hjemmet og trukket fram følgende:

Sykehuset må ikke skape urealistiske forventninger til de kommunale tjenestene, men understreke at det er kommunen selv som vurderer og innvilger/avslår søknad om tjenester. Urealistiske forventninger bidrar kun til kortsiktig trygghet, ikke varig trygghet. Hjemmebesøket fra forvaltningen må først og fremst *avklare* hva kommunen kan stille opp med i forhold til hjelpebehovet, og hva kommunen ikke kan gjøre. Personalet bør informere og dermed avklare, slik at forventningene blir riktige og realistiske til hva kommunen kan tilby, og hvem de skal kontakte når noe oppstår (det vil si legge igjen telefonnumre).

Hjemmesykepleien i kommunen

Fokusgruppeintervju med ansatte i hjemmesykepleien i kommunen tilknyttet Årstad bydel (en sykepleier, to assisterende gruppeledere og en gruppeleder):

Hovedinntrykk:

- De synes sjekklisten «*Kommunikasjon og plan for hjemreise*» for samtale med sykehuset i hovedsak er et godt hjelpemiddel primært for den som er uerfaren og ny.
- Det er unødvendig å bruke for den mer erfarne fordi disse har dens innhold integrert i sin tenkning og praksis allerede.
- Som sjekklister var den svært lite i bruk blant de ansatte. Få ser på den ved samtalene med sykehuset. Men den står likevel lett tilgjengelig ved telefonen.
- Én av de assisterende sykepleierne i fokusgruppen brukte den imidlertid fast i hver samtale som en sjekklister og syntes dette fungerte bra for henne.

- De mente alle at den bør inngå som en obligatorisk del av opplæringen av nye.
- Det var enighet i at den dekker de viktigste emnene man må huske på å ta opp i dialogen.
- Dog mangler den:
 - o Nøkkelinformasjon (om pasienten har med seg gatedørnøkkel).
 - o Kort spesifisering av funksjonsnivået/hjelpebehov.
- Skjemaet *Sykepleiesammenfatning fra hjemmesykepleien ved behov for legetilsyn/innleggelse sykehus* mente de fungerer meget bra. Skjemaet brukes i stor grad. Det er ofte plassert i hjemmjournalen og med i håndvesken til sykepleier.

Ansatte på medisinsk avdeling

Fokusgruppeintervju med ansatte på medisinsk avdeling, HUS (fire sykepleiere og en assisterende avdelingssykepleier og en ergoterapeut):

Hovedinntrykk:

- De er godt kjent med «Trygg overføring» som prosjekt. Informasjonen som er gitt om prosjektet og dets tiltak har vært god.
- Skjemaet *Intern sjekklister for planlegging av utreise fra sykehus* (kommunikasjonsskjema) er brukt i mindre grad, men de er kjent med det. De opplevde det som tungvint at det er på papir. Det er så mange skjemaer å fylle ut fra før. Det ble påpekt at det kanskje kunne vært enklere, som «Veiviseren». Én av sykepleierne i fokusgruppen brukte det imidlertid fast ved alle samtaler og opplevde det som nyttig.
- Alle var enige om at et godt utreiseskjema må inn i DIPS. Dagens skjema er, i følge deltakerne i gruppen, for dårlig og vanskelig tilgjengelig. Dessuten er det kun et sykepleieskjema og ikke mulig for andre yrkesgrupper å fylle inn i. Det var enighet om at det trengs et *tverrfaglig skjema!* Det gamle skjemaet som var i Doculive (planlegging av utreise H50) opplevde de som mye bedre enn det som nå ligger i DIPS. Det var svært mye brukt av sykepleierne, men også tverrfaglig av for eksempel ergoterapeutene, og der ble all dokumentasjon av samhandlingen med kommunen lagt inn.
- Konvolutten som er utviklet ble i følge gruppen brukt i noen grad.
- De ser «aldri»/ sjelden konvolutten og sykepleierrapporten fra pleie og omsorg ved innleggelser. Den når sjelden fram til sengeposten. Av og til ser de en generell utskrift fra Profil (EPJ for hjemmetjenestene i Bergen kommune). De savner opplysninger om normal status før innleggelsen.
- Prosjektet og sjekklisterne var godt kjent, men de kjente ikke til det bakenforliggende grunnlagsdokumentet «Rutiner for samhandling mellom kommuner, Haraldsplass Diakonale Sykehus og Helse Bergen innen somatisk sektor 2009-2012.
- Andre samhandlingsutfordringer som ble trukket fram i samtalen;
 - o *De og oss!* Hjemmesykepleien vurderer i for liten grad behov for hjelp selv, men overlater det til sykehuset. Flere forhold burde vært ordnet før innleggelse. Mange blir innlagte av «sosiale årsaker», det vil si at ting ikke fungerer hjemme og topper seg, uten at det er medisinske årsaker.
 - o *Samarbeidsklimaet* med hjemmetjenestene oppleves tidvis som dårlig. Det er personavhengig, det vil si avhengig av hvem man møter i andre enden. De trakk fram at det er viktig at begge parter ønsker god dialog og er lydhør og ikke bare sier at man ikke har mulighet.

- De opplever at det kan ta lang tid å få tak i forvaltningen og pleie og omsorg, gjerne tre eller flere telefoner. Først ringer man gjerne til pleie og omsorg for å høre hvordan pasienten vanligvis er. Dernest til forvaltningen i forhold til status og hjelp og til slutt eventuelt til pleie og omsorg igjen for å informere dem om ny status før utreise.
- De føler tidvis at forvaltningen har for stor makt, men de har ikke forslag til et alternativt system.

Prosjektmedarbeidere

Fokusgruppeintervju med delprosjektledere/prosjektmedarbeidere fra hjemmesykepleien Årstad bydel (2)

Hovedinntrykk:

- De har opplevd prosjektet som konstruktivt og godt organisert. God prosjektledelse fra hovedprosjektgruppen. Et eksempel på et prosjekt som det er kommet noe konkret ut av.
- Den lokale delprosjektgruppen har jobbet tett sammen i fasen med utforming av skjemaene og mer sjelden høsten 2010 under piloteringen.
- Det har tidvis vært vanskelig å få lederne fra forvaltningen og sonene med på planleggingsmøtene.
- De sitter med inntrykk av at *sykepleieopplysningskjemaet* er med i arbeidsvesken til sykepleierne og delvis i hjemmejournalene. Det blir fylt ut og sendes med til legevakten. Legevakten har gitt dem gode tilbakemeldinger på bruken av skjemaet.
- Deres inntrykk er at skjemaet «Kommunikasjon og plan for hjemreise» brukes i varierende grad.

Fokusintervju med delprosjektleder fra medisinsk avdeling (1)

- Det har vært kjekt, spennende og krevende å arbeide med prosjektet på tvers av helsenivåene, og bidra med å utvikle tiltak og å implementere dem på postene.
- Innføring av nytt journalsystem DIPS fra april 2010 medførte store utfordringer både for utforming av skjemaet «Kommunikasjon og plan for utreise», men også for tidspunktet for implementering (mars 2010). Høsten 2009 tok man i gruppen i delprosjektet «Ineffektive kommunikasjonslinjer» kontakt med DIPS-prosjektet for å få innvirkning på utforming av skjema H 50 «Planlegging av utreise» i forbindelse med overføringen fra Doculive. Gruppen ønsket å være med å påvirke, eventuelt integrere bestemte punkter i det allerede eksisterende skjema. Man ville gjerne forbedre skjemaet til ikke bare å omhandle utreisen, men også ta for seg hele prosessen, fra pasienten kommer inn til selve utreisen. Det vil si kartlegging av nettverk, tidligere hjelpebehov og eksisterende funksjonsbehov, samt behov for hjelpemidler. I tillegg til opplysninger om konkrete tiltak, ønsket gruppen at det ble laget en plan for kommunikasjonen med involverte parter underveis, som munnet ut i selve utreisen. Konvolutten med sjekkpunkter fungerte som en videreføring av skjemaet «Kommunikasjon og plan for utreise». I tillegg til å samle rapporter og resepter, fungerte den også som en sjekkliste på utreisedagen. På daværende tidspunkt var det ikke mulig å få i gang et samarbeid med DIPS-prosjektet. Valget ble derfor i første omgang å utforme en papirutgave.
- Man er nå i dialog med DIPS og forsøker å bli enige om det er mulig å få til et felles elektronisk skjema til bruk for hele sykehuset som tar vare på «prosessen» og en plan for kommunikasjonen som prosjektet ønsket å formidle.

- I tillegg mente delprosjektleder at det kan være en fordel om skjemaet utvikles som et tverrfaglig skjema og at det kanskje bør være obligatorisk å fylle ut når pasienten skal ha hjemmetjenester. Når man skal utvikle ett felles skjema som skal passe for alle avdelingene/postene må det gjøres kompromisser på tvers av disse.
- Det er mulig at skjemaet «Kommunikasjon og plan for hjemreise» bør være et fraseskjema for avdelingsvise problemstillinger, som kan brukes *i tillegg* til det felles-minste-multiplumskjemaet for hele sykehuset.
- Det var hektisk, men likevel spennende å samarbeide med studentene. Det ble brukt en del tid, spesielt i starten på å integrere dem i praksis. Prosjektet har hatt stor nytte av flere av studentenes rapporter. Blant annet var det gjennom en av rapportene delprosjektgruppen ble gjort oppmerksom på ideen om bruk av konvolutten «Utskriving til hjemmesykepleie eller sykepleie».
- Det var svært konstruktivt å bringe inn ergoterapeutene i funksjonsvurderingene (pasientutredninger/ kartlegginger) i prosjektperioden. Deres skriftlige og muntlige rapporter var svært konstruktive for sykepleierne å ha i møte og samtaler med hjemmetjenestene. De var konkrete, strukturerte og nyttige i den videre planleggingen av behandlingen, ikke minst med tanke på forebygging. I tillegg var det en prøveordning der ergoterapeuter deltok på previsitt. Dette førte til kompetanseheving, positivt engasjement og fokus blant både sykepleiere og leger.

Bachelorstudenter

Sykepleierstudenter fra Høgskolen i Bergen (HiB) og Haraldsplass diakonale høgskole (HDH) og ergoterapistudenter fra Høgskolen i Bergen har deltatt i prosjektet både i fase 1 og fase 2.

I *fase 1* deltok bachelorstudenter i desentralisert sykepleierutdanning i prosjektet, blant annet som observatører i fokusgruppeintervjuer.

I *fase 2* deltok grupper av sykepleierstudentene fra HiB som ledd i en egen FOU-modul i tredje studieår. De fikk en rekke utredningsoppdrag av prosjektet og gjennomførte praksisstudier og litteraturgjennomganger knyttet til disse oppdragene. Blant annet er følgende rapporter levert i 2009 og 2010:

- Prosjektplan for «Trygg overføring fra sykehus»: Prosjektplan for fase II. (Lauvås, Sagevik, A., Thorup, Nome, & Nedal, 2009).
- Sykepleierens oppfatning av innholdet i telefonsamtaler ved utskrivning fra sykehus (Asbjørnsen et al., 2009).
- Bruk av International Classification of Function (ICF) for å vurdere pasienter i overføringen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten (Bjerke, Gjesdal, Kveldstad, Leirvåg, & Stråpa, 2010).
- Prosjekt Trygg overføring fra spesialisthelsetjeneste til kommunehelsetjeneste. Utvikling av kvaletsindikatorer (Anashkina, Løtveit, Seim, Stensland, & Touffah, 2010).
- Informasjon om prosjektet på Medisinsk avdeling på Haukeland Universitetssykehus og i Årstad Sone i Bergen kommune (Glesnes, Jacobsen, Lønningen, & Jersin, 2010).
- Trygg overføring fra spesialisthelsetjeneste til kommunehelsetjeneste. Praktiske, etiske og juridiske sider ved arkivering av kvalitetsindikatorer ved Haukeland Universitetssykehus (Søgaard et al., 2010).

-
- Trygg overføring og utvikling av intervjuguide for evaluering av pasienters opplevelse av trygg overføring (Susort, Veim, & Wichstad).
 - Bruk og sikring av data fra kvalitetsindikatorer for å øke trygghet i form av informasjonsoverføring mellom sykehus og hjemmesykepleie (Grindheim, Ulland, & Hangaard, 2010).

Sykepleier- og ergoterapistuderter har fulgt en gruppe eldre pasienter som skrives ut fra HUS. Disse pasientene/pårørende ble intervjuet før og etter hjemreisen om hva som er viktig for dem for å sikre en trygg overgang til hjemmet.

I 2009 deltok en gruppe ergoterapistuderter sammen med høgskolelektor Inta Taranrød på pasientintervjuer med formål å utvikle en «Veiviser» i form av en huskeliste/samtaletreffer, for pasienter som skal reise hjem etter sykehusopphold. Disse studentene gjennomførte også litteratursøk knyttet til brukerperspektivet.

Sykepleierstudenter fra Haraldsplass diakonale høgskole skulle i desember 2009 og januar 2010 gjennomføre en vurdering av IPLOS-score for pasienter som skulle skrives ut fra sykehus til Årstad sone Solheim, som et ledd i sin praksis der. Dette fikk de imidlertid ikke gjennomført ettersom det var få utskrevne pasienter fra de aktuelle medisinske postene i denne perioden og at de ikke fikk beskjed om de få som var aktuelle. Høsten 2010 gjennomførte en gruppe studenter fra HDH en kartlegging av skriftlig og muntlig dokumentasjonspraksis i hjemmesykepleien i forbindelse med overflytting av pasient til sykehus.

20 studenter fra HiB og sju fra HDH evaluerte i juni 2010 sitt læringsutbytte knyttet til deltakelsen i prosjektet. HiB-studentene var fornøyd og middels fornøyd mens HDH-studentene var mer misfornøyd med læringsutbytte. Dette er ikke nødvendigvis representativt for alle HiB- og HDH-studentene ettersom evalueringen kun omfattet en liten gruppe av alle sykepleierstudentene som har deltatt i løpet av de tre årene prosjektet varte. HDH-studentenes evaluering våren 2010 må dessuten sees på bakgrunn av at denne gruppen ikke fikk gjennomført IPLOS-vurderingen etter intensjonen. Mens HDH-studentene deltok i prosjektet som en liten del av sin hjemmesykepleiepraksis hadde HiB-studentene avsatt flere uker dedikert til sine utredningsoppdrag. De fleste av HiB-studentene uttrykte at det var lærerikt å sette seg inn i tildelt tema, men at det kunne være utfordrende å gjennomføre praksisstudiene på grunn av at deltakelsen innebar en helt ny studentrolle på postene som var vanskelig for personalet skulle forholde seg til.

Vurderinger og anbefalinger

Prosjektet «Trygg overføring» synes å ha ført til en øket bevisstgjøring blant helsepersonellet i Årstad bydel og på de involverte medisinske postene på HUS omkring forhold som det er viktig å avklare i forbindelse med innleggelse og utskrivning av eldre pasienter mellom hjem og sykehus. Først og fremst er det sykepleiere og ergoterapeuter på disse postene og ansatte i hjemmetjenestene i Årstad bydel som har nytt godt av denne bevisstgjøring, samt saksbehandlerne i forvaltningen.

Til tross for sterk bevissthet om prosjektet og dets innhold er sentrale skjemaer som er utviklet gjennom prosjektet kun i begrenset grad tatt i bruk av personalet i deres daglige arbeid med inn- og utskrivning av eldre pasienter. Det vil da være en reell fare for at de bevisstgjørende vikingene av prosjektet gradvis vil svekkes når prosjektet er avsluttet. Det er i hovedsak to «tiltak» som kan bøte på dette:

1. At det blir holdt et forsterket og kontinuerlig trykk på tiltakene utviklet i fase 2 (skjemaene og sjekklister) også etter prosjektperioden.
2. At skjemaene integreres elektronisk i pasientjournalssystemene (EPJ) på de to sykehusene i Bergen og i de kommunale hjemmetjenestene.

Vedr. pkt. en er det høyst usikkert om det vil lykkes å holde oppe et slikt trykk når hovedprosjektet er avsluttet, og det ikke er delprosjektledere med dedikert ansvar overfor dette. Vi tror at det er først når skjemaene er blitt integrert i pasientjournalen at det vil oppnås tilsiktet effekt av tiltakene. Når de kun foreligger i papirversjoner vil det i travle hverdager oppleves som dobbeltarbeid først å fylle dem ut for seinere å føre opplysninger fra dem inn i pasientjournalen, i stedet for å gjøre dette direkte. Skjemaene og sjekklister som er utviklet bør gjennomgå med tanke på integrering i pasientjournalen. I dette arbeidet bør delprosjektledernes erfaringer inngå. Det bør videre lages en strategi for hvordan elektronifiseringen av skjemaene bør implementeres i personalgruppene for å sikre at de blir tatt i bruk og ikke blir liggende som en «død» del av pasientjournalen.

De utviklede verktøyene bør ikke være forbeholdt samarbeidet mellom hjemmetjenesten/forvaltningen i Årstad bydel og noen medisinske poster på HUS, men bør også tilflyte og implementeres i resten av hjemmetjenestene og forvaltningen i Bergen kommune, andre kommuner og på de andre medisinske og kirurgiske poster som behandler eldre mennesker. En gjennomgang med tanke på å elektronifisere og integrere skjemaene i pasientjournalene på henholdsvis kommunenivå og sykehusnivå er helt nødvendig for at de skal få økt betydning som hjelpemidler for å skape en tryggest mulig inn- og utskriving av sykehus.

Bør utreiseskjemaet være *tverrfaglig*? Hvor mye skal være fagspesifikt og hvor mye bør inn i tverrfaglige skjemaer og maler når det gjelder planlegging av utreise? Det vil øke kompleksiteten og utfordringene hvis man skal bli enige på tvers av helseprofesjoner om hvilke punkter som skal være med i et tverrfaglig utreise/epikriseskjema. Det er dog et tankekors og paradoksalt i en tid med sterk vekt på samhandling at så mye av rapporteringen faktisk er fagspesifikk og at faggruppene ofte ikke er orientert om hva den andre faggruppen har skrevet. Selv om man utvikler et felles utreiseskjema eller epikrise kan man ha fagspesifikke deler av skjemaet som den enkelte fagprofesjon har ansvar for å fylle ut.

HUS og Bergen kommune ønsker å implementere tiltakene og dermed etablere en fase 3 med videreutvikling og implementering av tiltakene knyttet til inn- og utskriving. Denne implementeringsfasen, som vi her omtaler som «Fra pilotering til implementering av tiltak som skal bidra til trygg overføring av eldre pasienter inn og ut av sykehus») kan ha som mål å:

1. Gjennomgå og vurdere de gamle og de nyutviklede skjemaene knyttet til inn- og utskriving med tanke på elektronifisering i EPJ og sammensmeltning av dem til ett skjema, som eventuelt er tverrfaglig.
2. Rent teknisk sett foreta elektronifiseringen og gjøre skjemaet lett tilgjengelig sentralt i EPJ.
3. Lage en strategi for å sikre at integreringen av skjemaene i pasientjournalene blir tatt i bruk av helsepersonellet og ikke blir liggende som en «død» del av den.

Arbeidsgruppen i fase 3 bør bygge på erfaringer fra «Trygg overføring». Således bør delprosjektlederne være med videre. Det er videre viktig at arbeidsgruppene på sykehus og i hjemmetjenestene blir representert ved ledelsene og personer med IT-kompetanse knyttet EPJ.

Delprosjektlederne har hatt stor nytte av flere av studentenes arbeider/ rapporter. Men fordi det primære siktemålet for en eventuell videreføring vil være kvalitetsforbedring, og ikke forbedring

av studenters praksisstudier, anbefaler vi at prosjektet finansieres med andre midler enn utviklingsmidler, slik også sluttrapporten fra prosjektet konkluderer.

Det bør vurderes om veiviseren «Trygg hjemreise» bør implementeres på alle sykehusposter som har eldre pasienter, likeens på Haraldsplass Diakonale Sykehus. Den kan for eksempel ligge i nattbord-skuffene på de aktuelle sykehuspostene.

Det anbefales at det arbeides videre i et eget prosjekt om utvikling av et felles tverrfaglig funksjonsvurderingsskjema som grunnlag for forbedret kommunikasjon mellom sykehus og hjemmetjenester.

Verken i kommunen eller på sykehuset har legene vært involvert i prosjektet, selv om de utvilsomt har en sentral rolle på begge arenaene, en rolle som ofte får konsekvenser for pasienttrygghet/ utrygghet. Trygghet/ utrygghet er ofte relatert til medisinsk helsetilstand. Også fysioterapeutene har en viktig rolle overfor den eldre pasient. Lege- og fysioterapeutkompetanse, sammen med kompetanse knyttet til sykepleie, ergoterapi og IKT, bør involveres i det videre utviklings- og implementeringsarbeidet.

LITTERATURREFERANSER

- Anashkina, A. V., Løtveit, B. R., Seim, Å. H., Stensland, S., & Touffah, K. (2010). Prosjekt Trygg overføring fra spesialisthelsetjeneste til kommunehelsetjeneste. Utvikling av kvalitetsindikatorer (studentrapport): Høgskolen i Bergen.
- Asbjørnsen, M., Hatlem, O., Kleiberg, K., Myking, R., Stinessen, K., Ugelstad, J., et al. (2009). *Sykepleierens oppfatning av innholdet i telefonsamtaler ved utskriving fra sykehus (studentrapport)*: Høgskolen i Bergen.
- Bjerke, I. T., Gjesdal, H., Kveldstad, M. J., Leirvåg, E. N., & Stråpa, T. W. (2010). Bruk av International Classification of Function (ICF) for å vurdere pasienter i overføringen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten (studentrapport): Høgskolen i Bergen.
- Danielsen, B., & Fjær, S. (2010). Erfaringer med å overføre syke eldre pasienter fra sykehus til kommune. *Sykepleien Forskning*, 5(1), 36-43.
- Danielsen, B., & Hansen, S. (2007). Søknad om utviklingsmidler: Det sømløse pasientforløpet for syke eldre. Hvordan foregår samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten på mikronivå? Helse Bergen, Høgskolen i Bergen, Diakonissehjemetts høgskole og Haraldsplass Diakonale Sykehus.
- Denvall, V., & Vedung, E. (2010). Evalueringsforskning. In A. Meeuwisse (Ed.), *Forskningsmetodikk for sosialvitere* (pp. 252 s.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Glesnes, K., Jacobsen, L., Lønningen, L., & Jersin, V. (2010). Informasjon om prosjektet på Medisinsk avdeling på Haukeland Universitetssykehus og i Årstad Sone i Bergen kommune (studentrapport): Høgskolen i Bergen.
- Grindheim, M., Ø., , Ulland, S., & Hangaard, S. B. (2010). Bruk og sikring av data fra kvalitetsindikatorer for å øke trygghet i form av informasjonsoverføring mellom sykehus og hjemmesykepleie (studentrapport): Høgskolen i Bergen.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2006). *Mestring, muligheter og mening: framtidens omsorgsutfordringer*. [Oslo]: [Regjeringen].
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). Samhandlingsreformen: rett behandling - på rett sted - til rett tid, St.meld. ... (Vol. nr. 47 (2008-2009), pp. 149 s.). Available from <http://www.regjeringen.no/pages/2206374/PDFS/STM200820090047000DDDDPDFS.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). *Nasjonal helse- og omsorgsplan: 2011-2015* (Vol. nr. 16 (2010-2011)). Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning.
- Helse Bergen HF, Haraldsplass Diakonale Sykehus, & Hordalandskommunene. (2009). Rutiner for samhandling mellom kommuner, Haraldsplass Diakonale Sykehus, Helse Bergen HF innen somatisk sektor 2009-2012.
- Helse Bergen HF Haukeland universitetssjukehus. (2011). Kriterium for tildeling av utviklingsmidlar. Retrieved 16. august, 2011, from <http://www.helse-bergen.no/fagfolk/utdanning/Sider/kriterium-for-tildeling-av-utviklingsmidlar.aspx>
- Høgskolen i Bergen. (2011). Prosjekt og sluttrapportar 2009/2010. Retrieved 16. august, 2011, from http://www.hib.no/avd_ahs/fou/prosjekter2009.htm

-
- Lauvås, S., Sagevik, A., Thorup, J. E., Nome, K., & Nedal, R. (2009). *Prosjektplan for «Trygg overføring fra sykehus»: Prosjektplan for fase II. (studentrapport)*: Høgskolen i Bergen.
- Mekki, T. E. (2010). Trygg overføring. Prosjektbeskrivelse fase 2; 2009 -2010. Bergen.
- Mekki, T. E. (2011). Sluttrapport for utviklingsmidlene: Prosjekt «Trygg overføring». Helse Bergen, Høgskolen i Bergen, Haraldsplass diakonale høgskole og Haraldsplass Diakonale Sykehus.
- Susort, M., Veim, J. H., & Wichstad, A. O. Trygg overføring og utvikling av intervjuguide for evaluering av pasienters opplevelse av trygg overføring (studentrapport): Høgskolen i Bergen.
- Søgård, B. M., Øfelt, D., S., , Valentini, J., Taule, L. M., Vikøren, M., & Mossige, R. (2010). Trygg overføring fra spesialisthelsetjeneste til kommunehelsetjeneste. Praktiske, etiske og juridiske sider ved arkivering av kvalitetsindikatorer ved Haukeland Universitetssykehus (studentrapport): Høgskolen i Bergen.

VEDLEGG

Vedlegg 1: «Kommunikasjon og plan for hjemreise»

Ikke makuler



Legg i posthulle til fagkonsulent

Kommunikasjon og plan for hjemreise

Til bruk ved tlf-samtale med Haukeland Sykehus alle poster

Jfr. samarbeidsavtale, kan pasienter med økt hjelpebehov skrives ut fra sykehuset før/i helg dersom utskrivning meldes kommunen innen torsdag kl. 14.

Sjekkpunkter	Egne notater
DATO for samtale:	
Avd, post, navn, tittel og tlf nr.	
Avklare forløp	
Plan fremover	
Hjemreisedato	
Avklare funksjonsnivå	
Type hjelp	
Oppstart	
Omfang	
Endring	
Spesielle prosedyrer	
Avklare hjelpemidler	
Sengeklosser/ toalettstol/ rollator/ sykeseng	
Tilpasset hjemmet	
Montere før hjemreise	
Medisinsk forbruksmateriell	
Behandlingshjelpemidler	
Avklare legemiddelhåndtering	
Overta ansvar	
Endringer	
Resepter	
Legemiddel med hjem	
Avklare transport	
Type	
Når	
HSY ta imot bruker hjemme	
Avklare pårørende	
Kan pårørende bidra med noe ift. hjemreise	

Vedlegg 2: «Konvolutt fra hjemmesykepleien»



BERGEN KOMMUNE

ÅRSTAD HJEMMESYKEPLEIE

KONVOLUTT FØLGER PASIENTEN

Ved behov for legetilsyn/innleggelse

- Sett ring rundt hva som er vedlagt
- Hvis ikke, begrunn hvorfor i kommentarfeltet

Sjekkpunkter for vedlegg:	Vedlagt	Kommentar
Oppdatert sykepleieopplysninger	Ja / nei	
Legemiddelkort fra Profil	Ja / nei	
Hovedkort fra Profil	Ja / nei	
Annet:	Ja / nei	

Vedlegg 3: «Sykepleieopplysninger fra hjemmesykepleien»

Følger pasienten!

Følger Pasienten!

Sykepleieopplysninger fra hjemmesykepleien ved behov for legetilsyn/innleggelse sykehus

Navn:

Fødselsdato./Personnr:

Adresse:

Beskrivelse av endring i:

Allmenntilstand:

Smerter:

Gangfunksjon:

Kommunikasjon:

Kognisjon/

bevissthet:

Respirasjon/

sirkulasjon:

Hud:

Temperatur:

Behov for tolk

Pårørende

Sett kryss på passende alternativ

- Er informert, Navn:.....Tlf.nr.....
 Er ikke informert
 Trenger ikke informeres

Merknader pårørende:.....

Fastlege:.....

Henvendelse gjort til Bergen Legevakt, dato.....kl.....

Sykepleier med Ansvarsvakt i hj.sykepleien:

VEDLEGG

Kryss av vedlegg som er hentet fra hjemmemappen

- Legemiddellkort
 Ikke vedlagt fordi hjemme,sykepl ikke administrerer legemidlene
 Hovedkort
 Annet.....

Utfylt av:

Vedlegg 4: «Intern sjekkliste for planlegging av utreise fra sykehus»

Intern sjekkliste for planlegging av utreise fra sykehus



- Pasienter som allerede har hjemmesykepleie:**
Sykepleier ved HUS tar kontakt første virkedag etter innleggelse. Start plan for videre forløp.
- Hvis behovet til pasienten endres, eller er ny bruker, ta kontakt med Forvaltningen i bydelen.**

	Navn	Telefonnummer
Pasientens bydel/kommune		
Kontakt forvaltningen		
Kontakt hjemmesykepleien		

Brukes ved telefonsamtaler med Forvaltningen og Hjemmesykepleien.			
Avklar	Kommentar	Dato	Sign.
Har pasienten hjelp i dag?			
Nettverk			
Boligforhold og hjelpemidler			
Funksjonsnivå kognitivt og fysisk			
Før innleggelse			
Endringer ?			
Behov for ergo- fysioterapi?			
Forventer behandler bedring ?			
Pasienten sin vurdering			
Vurderingsbesøk i hjemmet?			
Hjelpemidler			
Nye hjelpemidler?			
Hvem søker?			
Tilpasninger i hjemmet?			
Utlån fra kortidslageret?			
Legemiddelhåndtering og forbruksmateriell			
Administrering			
Endringer			
Nye resepter			
Medisiner og utstyr til første virkedag			
OPPSUMMER SAMTALEN	Dokumenter i DIPS "Plan for utreise"		
Hvem gjør hva?			
Tidspunkt for neste samtale			
Avklar utreise, senest dagen før.	Kommentar	Dato	Sign
Er hjemmesykepleie/institusjon/ informert?			
Når er første besøk av hjemmesykepleie avtalt?			
Er pårørende informert? utskrivingsamtale?			
Type transport			
Nøkler til boligen, tøy, sko, frikort eller penger?			
Utreisedagen			
Bruk sjekkpunkter på konvolutt til kommunen			
Sjekklisten scannes inn i journal			

Skjema bygger på pkt. 5 og 6 i Rutiner for samhandling mellom kommuner, HDS og Helse Bergen innen somatisk sektor 2009-2012.

Vedlegg 5: «Konvolutt fra sykehuset ved utreise til hjemmetjenesten»

Utskriving til hjemmesykepleie eller sykehjem.

Mottaker	Utskrives fra avdeling	Post	Dato	Signatur
Utreise		Ja nei	Kommentar:	
Er pårørende informert ?				
Er hjemmesykepleien/institusjon informert ?				
Noen som tar imot pasienten hjemme?				
Transport tidspunkt:				
Dokumenter	Legg dokumentene i konvolutten	Vedlagt		
Pasientorientering fra lege til pasient				
Kopi av pasientorientering, medikamentliste til hjemmesykepleien.				
Epikrise fra lege følger pasient ved overflytting til sykehjem.				
Sykepleiesammenfatning.				
Andre tverrfaglige rapporter: Ergo/fysio.				
Legemidler				
Resepter.				
Legemidler til første virkedag.				
Innleverte medisiner.				
Materiell				
Resepter				
Materiell til første virkedag.				
Behandlingshjelpemidler med hjem/medisinsk forbruksmateriell				
Annet				

Vedlegg 6: «Veiviseren

TRYGGERE HJEMREISE !

Hva bør du tenke på før du reiser hjem:

I prosjektet "Trygg overføring fra sykehus til hjem" er pasienter intervjuet. Følgende punkter fant de nyttige å snakke om før utskrivning fra sykehuset.

- ✓ **Har du noen som du kan kontakte hvis du trenger hjelp hjemme?**
- ✓ **Kan du fungere i boligen din når du kommer hjem?**
- ✓ **Hva med hjelpemidler?**
- ✓ **Hva med medisiner?**
- ✓ **Hva med mat hjemme?**
- ✓ **Hvilke behov har du for transport hjem?**

Snakk med dine pårørende og sykepleier/lege om din hjemreise. Sykepleier kan formidle nødvendig kontakt med bydel og kommune.

Vel hjem 😊

HUS Bergen Kommune Hib