

Kommunikasjon og samhandling mellom kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta

God kommunikasjon og samhandling er ein føresetnad for velfungerande helsetenester. Statens helsetilsyn behandlar mange saker som viser kommunikasjons- og samhandlingsutfordringar i overgangane mellom kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta. Slike problem er ofte med på å prege behandlingsforløpet på ein uheldig måte og fører til misforståingar og forseinkingar som kan få alvorlege konsekvensar for pasienten.

Ved å sjå på detaljane i behandlingsforløpet når det har skjedd ei alvorleg hending, kan vi avdekkje kvar det svikta. Når tilstanden for pasienten er uavklart, inneber gjerne behovet for utgreiing og behandling at fleire instansar blir involverte. Det er ikkje uvanleg at pasientar er i kontakt med både fastlege, legevakt og sjukehus både éin og fleire gonger i eit utgreiings- og behandlingsforløp. God kommunikasjon og samhandling mellom dei ulike instansane er heilt vesentleg for at pasienten skal få rett diagnose og fagleg forsvarleg behandling, og at det heile skjer på ein god og formålstenleg måte.

Nokre eksempel frå hendingsbaserte tilsynssaker illustrerer konkrete område der svikt i kommunikasjonen og samhandlinga har fått konsekvensar for pasientforløpet. Felles for eksem-

pla er at vesentleg informasjon om tilstanden til pasienten ikkje blir fanga opp.

«Berre ein telefon ...» – to eksempel

Telefonsamtalar der legevakt kontaktar sjukehuset for å diskutere vidare behandling og utgreiing av akutthjelp-pasientar med uavklarte tilstandar, ser ut til å vere eit kritisk punkt, viser fleire av dei tilsynssakene vi har behandla. Slike samtalar stiller store krav til tydeleg kommunikasjon med avklarte ansvarstilhøve og klare forventningar til kontakten. I fleire saker var det uklart kva legevakta eigentleg hadde formidla da ho kontakta spesialisthelsetenesta. Det same gjeld kva spørsmål som blei stilte da legevakta vende seg til spesialisthelsetenesta.

Eksempel frå to klager på forseinka diagnose og behandling illustrerer dette. I det første tilfellet kontakta ein legevaktslege lokalsjukehuset for å konferere med ei bakvakt om ein pasient med demensliknande symptom som hadde utvikla seg raskt dei siste par vekene. Pasienten hadde også hatt hjerneristing etter fall to månader tidlegare. Det var da tatt CT av hovudet som ikkje tyda på nokon skade. I samband med at vi behandla tilsynssaka, går det fram at samtalen mellom legane blei svært ulikt oppfatta. Legevaktslegen hevda at dei kontakta sjukehuset med tanke på å få pasienten lagd inn, mens sjukehusle-

gen har forklart at samtalen blei oppfatta som ein generell førespurnad om handtering av akutt demensutgreiing av ein pasient. Legevaktslegen viste på bakgrunn av samtalen pasienten tilbake til fastlegen for vidare utgreiing dagen etter. Det viste seg at pasienten hadde eit subduralt hematom (ei blodoppsamling mellom hjernehinene som trykkjer på hjernen).

I det andre tilfellet tok ein legevaktslege telefonkontakt med medisinsk avdeling ved eit sjukehus for å få ei vurdering av ei gravid kvinne i veke 34 som hadde komme inn med akutte pustevanskar. Kvinna opplevde det sjølv som eit langvarig astmaanfall, men responderte ikkje på astmamedisin. Om samtalen har legevaktslegen forklart at han ønskte observasjon eller innlegging ved medisinsk avdeling, men at dette blei avslått. Vakthavande lege ved medisinsk avdeling opplyser derimot at han oppfatta det som at førespurnaden dreidde seg om medikamentell behandling av ei gravid kvinne med astma, og at han ikkje blei spurd om å sjå til pasienten. Legevaktslegen skreiv derfor inga tilvising til medisinsk avdeling, men heldt fram utgreiinga ved å kontakte gynekologisk avdeling. Det viste seg at kvinna hadde blodpropp i lunga.



Informasjonen frå sjukehuset – tre eksempel

Informasjon og vurderingar som blir sende over frå spesialisthelsetenesta til fastlegen eller oppfølgjande instans, er eit anna sårbart område som stiller store krav til tydeleg kommunikasjon. For at fastlegen skal bli i stand til å følge opp pasienten på ein forsvarleg måte, må opplysningane frå sjukehuset vere tilstrekkeleg utfyllande og ansvaret for oppfølginga tydeleg avklart. Fleire saker har vist at svikt i informasjonen som blir send frå sjukehuset til fastlegen, kan få alvorlege konsekvensar for pasienten. Her følgjer nokre eksempel:

Ein pasient var blitt operert for akutt blindtarmbetennelse. På bakgrunn av erfaringa si meinte spesialistane som opererte, at det også kunne vere mogleg at pasienten kunne ha kreft i tjukktarmen. I epikrisen som blei send til fastlegen, blei det rådd til å greie ut pasienten vidare med koloskopi, men utan at mistankane om kreft som låg bak, blei nemnde. Pasienten ønskte ikkje vidare utgreiing på dette tidspunktet. Det er nærliggjande å tru at dersom fastlegen hadde fått tydelegare informasjon om mogleg kreft, så ville han ha kunna påverke pasienten til å ikkje avstå frå vidare utgreiing. Det viste seg seinare at pasienten hadde kreft i tjukktarmen. Statens helsetilsyn fann i denne saka at overlegen som hadde skrive epikrisen, hadde handla uforsvarleg ved å ikkje informere om mistanken om kreft.

Ein pasient med kjend, kronisk nyresjukdom hadde vore innlagd på eit universitetssjukehus og hadde fått skrive ut eit nytt legemiddel som kravde spesiell oppfølging med kontrollar av blodprosenten (hemoglobin) kvar veke. I pasientjournalen stod det at sjukehuset rådde til at fastlegen gjorde desse kontrollane. I epikrisen/informasjonen som blei send til fastlegen, stod det derimot berre at pasienten skulle følgjast opp poliklinisk ved nyreavdelinga på lokalsjukehuset der han var kjend frå før. Det blei ikkje gitt informasjon til fastlegen om forholdsreglar knytte til å bruke legemiddelet. Dette førte til at pasienten ikkje blei følgd opp med blodprosentkontrollar hos fastlegen. I dette tilfellet svikta samhandlinga også på andre måtar ved at universitetssjukehuset heller ikkje informerte lokalsjukehuset om oppstarten av det nye legemiddelet. På den måten tok det enda lengre tid før det blei oppdaga at han ikkje fekk nødvendig oppfølging. Statens helsetilsyn fann at vi ikkje kunne vente at fastlegen kunne ha kunnskap



Eksempla viser kor sårbart behandlingsforløpet for pasienten er for korleis helsepersonell samhandlar”

om korleis han skulle følge opp behandlinga utan at han fekk nærare rettleiing frå spesialisthelsetenesta. Det blei elles funne at spesialisthelsetenesta fullt ut burde ha stått for behandlinga og oppfølginga av denne pasienten.

Andre gonger speler også teknisk svikt inn. Ein pasient klaga på fastlegen sin for manglande oppfølging av D-vitaminmangel som var påvist på sjukehuset. Det viste seg at fastlegen ikkje hadde fått prøvesvara frå sjukehuset som forventa, fordi det var driftsproblem med det elektroniske samhandlings-systemet mellom fastlegen og sjukehuset. Da pasienten purra, ringde fastlegen sjukehuset og fekk ein del prøvesvar munnleg, men ikkje at pasienten hadde lågt D-vitaminnivå.

Samhandling og kommunikasjon mellom kommune- og spesialisthelsetenesta går føre seg på veldig mange område og nivå. Eksempla over viser kor sårbart behandlingsforløpet til pasienten er for korleis helsepersonell samhandlar, og at ein telefonsamtale eller nokre ord i ein epikrise kan vere viktige for korleis det skal gå med pasienten vidare.