



Fylkesmannen i Aust-Agder

Utskrevet til hjemmet – og hva så?

Risikomomenter ved utskrivning fra sykehus,
og internt i kommunen etter utskrivning.

Tilsyn med pasientforløp i Arendal kommune

Fylkeslege Anne-Sofie Syvertsen

29.11.2013

Sammendrag: Kommunens helse- og omsorgstjeneste har i stor grad fokus på funksjonsevne, og i mindre grad på medisinsk behandling. Samarbeidet med fastlegene bør styrkes, både på system og individnivå. Elektronisk system for sikker informasjonsutveksling mellom sykehus og kommune, og internt i kommunen, ble implementert og tatt i bruk 1.halvår 2013. Tilsynet viser at et slikt system er en nødvendig, men ikke tilstrekkelig betingelse for pasientsikkerheten. Det er et klart forbedringspotensial hva gjelder å sikre viktig informasjon til rett tid og riktig instans.

Innhold

1. Innledning	2
1.1 Bakgrunn	2
1.2 Metode	3
2. Funn og drøftinger	4
2.1 Innleggende instans varierte	4
2.2 Henvisnings / innleggelsesskrivene er av varierende kvalitet.....	5
2.3 Epikriser ble sendt hjemmesykepleien i bare 1 av 3 tilfeller.....	5
2.4 Om kommunen opptre som én organisatorisk enhet.	7
2.5 Om kvalitetssikring av opplysninger, feil i legemiddellistene og (re)vurdering av behov etter utskrivning.	8
3. Brukermedvirkning	10
4. Oppsummering og anbefalinger	11
4.1 Ledelse og styring:	11
4.1.1 Anbefalinger:	13
4.2 Faglige utfordringer:.....	13
4.2.1 Anbefaling:	14
4.3 Samhandling med fastlegene.	14
4.3.1 Anbefaling:	15
4.4 Informasjonsutveksling:	15
4.4.1 Anbefalinger:.....	15
5. Avsluttende kommentar:	15
Vedlegg:.....	16

1. Innledning

Samhandlingsreformen ble iverksatt 1.1.2012. Hensikten var blant annet at pasientene skulle få behandling nærmest mulig hjemstedet. Tiltakene for å nå denne målsettingen ligger i hovedsak i kommunene, innenfor tre områder: Ved å ta i mot ferdig behandlede pasienter raskere; iverksette tiltak som kan være likeverdige alternativer til innleggelse i sykehus (bl.a. akutt-plasser); og forsterke det helsefremmende og forebyggende arbeidet.

Det har vært en oppgaveforskyvning med stadig mer komplekse og ressurskrevende oppgaver ut til kommunene i mange år. Det er all grunn til å tro at fokus på kortere liggetid og mer effektiv bruk av (høy)spesialiserte behandlingsplasser i sykehusene vil forsterke denne trenden. Målsettingen har samtidig vært at flest mulig skal få bo hjemme så lenge de ønsker.

Arendal har et større antall innleggelser i somatiske avdelinger enn fylket og landet for øvrig, det er derfor grunn til å tro at utfordringen for denne kommunen er like store som for landet for øvrig, eller større.

Spørsmålet er om kommunene er rustet til å ta i mot alle pasientene med sammensatte sykdomsbilder og funksjonsnedsettelse, og tilby forsvarlige tjenester i hjemmet. I tillegg til ressurser og kompetanse, er klar ansvars- og oppgavefordeling viktig for et helhetlig og koordinert behandlingsforløp.

1.1 Bakgrunn

Fylkesmannen gjennomførte i 2012 et tilsyn med pasientforløp etter Forskrift om kommunal medfinansiering mv. Konklusjonene fra dette tilsynet var som følger:

«System for sikker informasjonsutveksling på tvers av forvaltningsnivåene er ikke på plass. Dette utgjør en trussel mot pasientsikkerheten. De virkemidler som best kan ivareta pasientsikkerheten på dette området (elektronisk meldingsutveksling) er ikke implementert. Inntil dette er på plass må tjenestene både i sykehus og kommuner sørge for at mulighet for svikt er identifisert i alle ledd av utskrivnings- og mottaksprosessene.

For spesialisthelsetjenesten gjelder dette først og fremst utsendelse av epikrise (eventuelt foreløpig sådan) samtidig med utskrivelsen, til rett instans. Det er også innholdsmessige forbedringspotensialer slik at ikke epikriser og sykepleiesammenfatning blir rene rapporter om hva som har skjedd, men også ser fremover og gir vurderinger av funksjonsnivå og prognose.

I kommunene er det viktigste tiltaket å sørge for god samhandling, informasjonsflyt og kommunikasjon mellom fastleger og den øvrige kommunale helsetjenesten, og en samlet pasientjournal i den kommunale helsetjenesten for å sikre seg enhetlig oversikt over pasientbehandling og hjelpebehov.

Samstemming av legemiddellister er et nasjonalt prosjekt i regi av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten der både sykehus og kommuner er involvert, og denne kartleggingen viser at dette arbeidet bør intensiveres. Aktiv bruk av avvikkssystemet for tilbakemeldinger internt i egen organisasjon, eller på tvers av forvaltningsnivåene, vil være et viktig virkemiddel for å identifisere områder med fare for pasientsikkerheten.»

Sykehusets tilbakemelding på denne rapporten var først og fremst at epikrise og epikrisetider har et kontinuerlig fokus, og at forskriftskravet om at nødvendige opplysninger følger med pasienten ved utskrivning, skal etterleves. Videre opplyser sykehuset at kvaliteten på innleggesskriv er av svært varierende kvalitet, og til dels mangelfulle. Dette gir sykehuset merarbeid samtidig med at det representerer en risiko for pasientsikkerhet ved innleggelse. Fra kommunen ble det meldt at system for elektronisk meldingsutveksling (ELIN-k)¹ skulle implementeres og tas i bruk våren 2013. Disse tilbakemeldingene, samt funn fra tilsynssaker omkring fastlegenes medvirkning ved oppfølging av pasienter etter utskrivning, gjorde at vi ønsket å gjennomføre et nytt tilsyn med informasjonsformidling og samarbeid omkring pasientforløp.

Dette tilsynet har først og fremst fokus på samhandlingen internt i kommunen. Et pasientforløp kan imidlertid ikke ses isolert i kun ett behandlingsnivå, så vi har også sett på noen viktige elementer som nevnt ved inn- og utskrivning i sykehuset.

I tillegg til å følge opp tilsynet fra 2012, har vi tatt inn et avsnitt om brukermedvirkning. Pasientene hadde en gjennomsnittsalder på 80 år, og journalene tilsa høy sykkelighet. Terskelen for å få tjenester fra kommunen er relativt høy. Vi legger derfor til grunn at pasient/brukergruppen er helt avhengig av hjelp fra kommunen for å få løst sine helsemessige problemer.

1.2 Metode

Arendal kommune (43 000 innb.) ble valgt som tilsynsobjekt for å sikre et tilstrekkelig pasientgrunnlag. Tilsyn med kommunens organisering, tilrettelegging og oppfølging av hjemmeboende pasienter som er helt avhengig av hjelp, ble drøftet med kommunens ledergruppe før tilsynet formelt startet. Dette for å sikre forankring i ledelsen og en omforent forståelse av kommunens ansvar for å gi et helhetlig og koordinert tjenestetilbud.

I varselbrevet (vedlegg 1) ble følgende funn fra forløpstilsynet i 2012² nevnt som aktuelle tema å gå videre med:

- Innleggende instans varierte, fastlegen sto kun for 22,4 % av innleggelsene.
- Sykehuset påpeker at henvisnings / innleggesskrivene er av svært varierende kvalitet
- Epikriser ble dels sendt kun til fastlege i to av tre tilfeller, selv om pasientene ble skrevet ut til Kommunens hjemmesykepleie.
- Sykehuset påpeker at kommunene ikke opptre som én organisatorisk enhet.
- Kommunenes hjemmetjenester oppga å bruke mye tid på å kvalitetssikre at de hadde korrekte opplysninger, og at det ofte var feil i legemiddellistene.

Rapportens kapittel 2 er bygget opp omkring disse temaene.

Utgangspunkt for årets tilsyn var 30 pasienter utskrevet fra somatiske avdelinger, fortløpende fra 1.juni og bakover. Pasientene skulle være utskrevet til eget hjem, og med behov for kommunale

¹ Pleie- og omsorgsmeldingene (PLO-meldingene) dekker ulike informasjonsutvekslingsbehov som pleie- og omsorgstjenesten har i samhandling med fastlege og sykehus. Målsettingen for ELIN-k prosjektet har vært å legge til rette for bedre samhandling i helsetjenesten, effektivisere og kvalitetssikre informasjonsoverføring og kommunikasjon og frigi mer tid til direkte arbeid med pasientene. ELIN-k prosjektet ble initiert og ledet av Norsk sykepleieforbund i samarbeid med KS, og ble avsluttet i 2011.

² http://www.helsetilsynet.no/upload/tilsyn/austagder/hvordan_gikk_det_med_utskrivingsklare2012.pdf

helse- og omsorgstjenester (hjemmesykepleie). På bakgrunn av denne pasientlisten ble sykehuset (vedlegg 2) bedt om å sende oss følgende:

- Innleggelses (henvisnings-)skriv fra lege og/eller kommunal omsorgstjeneste
- Epikrise
- Sykepleiesammenfatning / sykepleierapport
- Legemiddelliste

Samtidig skrev vi til pasientene og ba om deres vurdering av, og medvirkning i, utskrivningsprosessen (vedlegg 3).

De 30 pasientene hadde 20 forskjellige fastleger. Vi fant at det ville bli for krevende å oppsøke alle fastlegene for å få deres vurderinger av samhandlingen med kommunens tjenester etter utskrivning. Vi valgte derfor å sende et brev til fastlegene med spørreskjema (vedlegg 4), og legge dette til grunn i den videre kontakten med kommunen.

Gjennomgang av kommunens oppfølging av pasientene de første to ukene etter utskrivning ble foretatt i ELIN-k og det kommunale elektroniske journalsystemet. Kommunen opprettet brukeridentiteter for oss, og stilte arbeidsstasjon til disposisjon for gjennomgangen. Lege, sykepleier og vernepleier vurderte opplysningene sammen.

Etter gjennomgangen ble 5 avdelingsledere og 3 sykepleiere i hjemmetjenesten intervjuet. Til sist ble det gjennomført samtaler med kommunens ledelse innen helse- og omsorgstjenesten, inkludert kommuneoverlege, til sammen 7 personer.

2. Funn og drøftinger

I det følgende vil vi omtale funn knyttet til det enkelte tema som var utgangspunkt for tilsynet, og gi vår vurdering.

2.1 Innleggende instans varierte.

Gjennomsnittsalder var 77,4 år med en spredning fra 51 – 94 år, median 81 år. 26 pasienter kom fra medisinsk avdeling, tre fra kirurgisk og en fra rehabiliteringsavdelingen. Alle ble innlagt fra eget hjem og utskrevet tilbake til samme. Innleggende instans fremgår av tabell 1:

Innleggende instans:		Med	Kir/rehab
Sykehuset ³	5 (14)	4	1 (rehab)
Legevakt ⁴	15 (16)	14	1
Fastlege	5 (13)	3	2
Direkte via ambulanse	5 (10)	5	
	30 (58)	26	4

Tabell 1: Innleggende instans. Tall i parentes fra forløpstilsynet i 2012, da ble i tillegg 5 innlagt fra sykehjem.

³ Inkluderer også overføring fra andre sykehus

⁴ 1 pasient ble innlagt etter telefonisk kontakt, resten ble tilsett av lege før innleggelse

Forløpstilsynet i 2012 viste at fastlegene sto for 22,4 % av innleggelsene, i 2013 var det 16,6 %. Legevakten sto for 50 %. Etter vår vurdering viste innleggelsesskrivene at legevaktslegen gjennomgående gjorde den jobben hun var satt til å gjøre, med relevante vurderinger på bakgrunn av de opplysningene hun satt med. Legevaktens rolle synes imidlertid mer å være en «portvakt» med hensyn til om innleggelse var påkrevet eller ikke, enn som ledd i et utrednings- og behandlingsforløp.

Noen pasienter/pårørende ringte AMK selv, en del av disse var «kjente» for sykehuset. Bare et fåtall pasienter ble innlagt av fastlegen, som presumtivt er den som skulle hatt best forutsetninger for å vurdere hensiktsmessige medisinske tiltak.

Mange av pasientene hadde gjentatte opphold for samme grunnlidelse, med økt svekkelse, kognitivt eller fysisk, på grunn av andre problemer (dehydrering, obstipasjon, luftveisinfeksjon). Etter vår vurdering var det ingen unødvendige innleggelser, tilstanden på innleggelsestidspunktet tatt i betraktning. Flere opphold kunne imidlertid med stor grad av sannsynlighet vært forhindrede med systematiske observasjoner av allmenntilstanden og de helsemessige behovene. I 6 tilfeller var kognitiv svikt kombinert med redusert allmenntilstand medvirkende årsak til innleggelse.

2.2 Henvisnings / innleggelsesskrivene er av varierende kvalitet.

Fastlegen er den som presumtivt skulle kjenne pasientens sykehistorie og medisinske behov best, men sto for bare 1/6 av innleggelsene. En del av pasientene var imidlertid kjent i sykehuset fra før. Bare i 6 av 30 tilfeller oppgir fastlegen å ha blitt kontaktet av sykehuset under oppholdet for ytterligere opplysninger. I noen tilfeller ble det innhentet opplysninger fra hjemmesykepleien. Det er forståelig at sykehuset i mange tilfeller finner at medfølgende informasjon om pasienten er mangelfull. Legevakten i Arendal er en storlegevakt, med et 60 sjekk-talls leger i turnus. Legevaktslegen gjør, som vi har påpekt, den jobben som kan forventes på grunnlag av de foreliggende opplysningene. Legevakten har ikke tilgang til fastlegens journal, og i mange tilfeller blir anamnesen (sykehistorien) usikker på grunn av pasientens kognitive svikt.

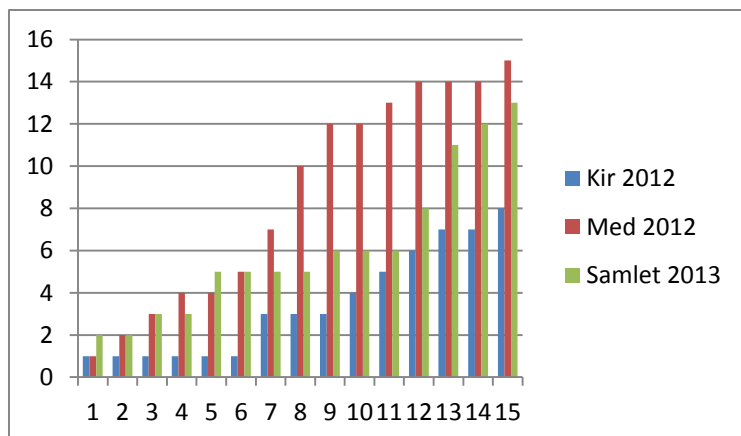
Isolert sett var informasjonen fra legevakten avklarende i forhold til at innleggelse var påkrevet. Sykehusets opplever imidlertid opplysningene mangelfulle. Oppdaterte legemiddellister som pasienten alltid bærer med seg, kan være et viktig virkemiddel for å sikre pasientsikkerheten på dette punktet.

Innleggelsesskrivene som fulgte med fra fastlegene var alle utfyllende.

Det etablerte meldingssystemet kan være nyttig for innhenting av ytterligere informasjon, men det forutsetter at både kommunen og fastlegen har tatt det i bruk og fortløpende ser etter meldinger.

2.3 Epikriser ble sendt hjemmesykepleien i bare 1 av 3 tilfeller.

Epikrise ble sendt fastlegen i samtlige tilfeller. Gjennomgang av sykehusjournalene viste at 83 % av epikrisene ble diktert samme dag eller dagen etter utskrivning, mens de øvrige ble diktert 2-7 dager etter utskrivning. Figur 1 viser dager før utsendelse av *endelig* epikrise, der epikrise ikke ble sendt samme dag.



Figur 1: Epikrisetider. Bildet viser dager fra utskrivelse til endelig epikrise er sendt. For 2013 er data for avdelingene slått sammen da medisinsk avdeling hadde 87 % av de granskede pasientforløpene.

Fastlegene fikk epikrisene tidsnok til å sikre en god oppfølging for 25 av pasientene, i 3 var det ikke tilfelle⁵. For 26 pasienter sier legen at innholdet i epikrisen var dekkende for behovet de hadde for å kunne gi en forsvarlig oppfølging, 1 svarte nei og 1 blank. 24 pasienter hadde vært i kontakt med fastlegen i løpet av de første 2 ukene etter utskrivning.

På spørsmål om hvordan legen ble informert om pasientens tilstand, gitt at epikrise i en del tilfeller kom etter første kontakt, fikk vi følgende svar: Pasienten kom med et informasjonsskriv, skrevet til denne, der hun for eksempel får opplyst at hun må kontakte fastlegen om y dager for kontroll av xxxxx. Noen ganger hadde pasienten fått kopi av foreløpig epikrise som ble vist til legen, noen ganger hadde legen fått foreløpig epikrise fra sykehuset⁶. Bare i 8 tilfeller fremgår det av journal at hjemmesykepleien hadde fått kopi av epikrisen.

Det viktigste redskapet for god oppfølging og pasientbehandling er korrekte opplysninger om tilstanden, behandlingsplan og iverksatte tiltak, herunder legemiddellister. Mange eldre har marginal evne til egenomsorg, de er varig eller midlertidig svekket som følge av sykdom, og er helt avhengig av at pårørende eller helsetjenesten tar ansvar. Risiko for svikt er størst ved overganger. Utskrivning av en pasient uten at riktige og tilstrekkelige opplysninger følger med, kan medføre alvorlig fare for liv og helse. I 8 tilfeller var det anført kognitiv svikt og i ytterligere 2 tilfeller psykisk sykdom. I 1/3 av tilfellene var det altså en tilleggsproblematikk som gir helse- og omsorgstjenestene, eventuelt i samarbeid med pårørende, et stort ansvar for oppfølgingen.

I 8 (26%) tilfeller er det journalført at epikrise ble sendt kommunens hjemmesykepleie. Dette er på nivå med funnet i 2012 (33%). I to tilfeller så vi at manglende epikrise til hjemmesykepleien utgjorde en risiko for pasientsikkerheten. Med stor sannsynlighet ville reinnleggelse blitt avverget i ett tilfelle, og forverring forhindret i det andre tilfellet, om hjemmesykepleien hadde fått epikrise. Samtlige

⁵ De 30 pasientene hadde 20 forskjellige fastleger, 18 internt i kommunen og 2 leger hjemmehørende i andre kommuner. Fastlegene besvarte henvendelsen for til sammen 28 pasienter (18 av 20 leger besvarte spørsmålene). Tall for fastlegenes svar er fordelt på pasientforløp og ikke på antall leger som har svart.

⁶ ELIN-k var ikke implementert ved alle legekontor på det tidspunktet tilsynet ble gjennomført, men er det nå. Legene som var tilknyttet ELIN-k fikk stort sett foreløpig epikrise som melding direkte fra sykehuset ved utskrivelse.

fastleger mente det kunne være et nyttig tiltak for bedre pasientsikkerhet om hjemmesykepleien rutinemessig fikk kopi av epikrisen. Sykepleierapportene var gjennomgående til liten hjelp når det gjaldt den medisinske oppfølgingen.

Det kan synes som om pasienten i en del tilfeller får med seg foreløpig epikrise eller et eget informasjonsskriv, uten at dette fremkom av journalen. Hvis slik rutine er ment å erstatte andre løsninger, forutsetter det at pasienten er klar over at hun har fått med seg slik. I brukerundersøkelsen bekreftet 9 av 15 at de hadde fått kopi av epikrise, 10 hadde fått legemiddelliste. I tillegg til å ha fått med seg informasjonen, må de huske på å gi den til hjemmesykepleien eller fastlegen. Sjekkliste for hvilke dokumenter som er sendt / levert hvem og hvor kunne vært et hjelpemiddel i denne sammenheng.

2.4 Om kommunen opptrer som én organisatorisk enhet.

Fastleger er næringsdrivende, med et selvstendig ansvar for sin praksis, organisatorisk, økonomisk og faglig. Fastlegeforskriften og kravene til faglig forsvarlig virksomhet forplikter legen til nødvendig medvirkning med andre samarbeidspartnere for å sikre et helhetlig og koordinert tilbud.

Kommunen plikter å ha fastleger, og å inngå avtale med disse. For øvrig følger kommunes plikt til å opptre samordnet av helse- og omsorgstjenestelovens §3-4: *Kommunens ansvar etter § 3-1 første ledd innebærer plikt til å legge til rette for samhandling mellom ulike deltjenester innad i kommunen og med andre tjenesteytere der dette er nødvendig for å tilby tjenester omfattet av loven her.*

I § 3-1 heter det blant annet: *Kommunens ansvar etter første ledd innebærer plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift.*

Kommunens plikter retter seg mot innbyggerne. Dersom sykehuset ikke opplever kommunen som én organisatorisk enhet, er det et problem dersom det utgjør en risiko for pasient- og brukersikkerheten som kan ramme innbyggerne. Kravet er at kommunen skal ha en fastlegeordning. Der deltjenester er organisert i forskjellige «søyler» må det legges til rette for at kommunikasjon og samhandling mellom aktørene sikrer faglig forsvarlighet. Dette ansvaret hviler på alle parter, men kommunen sitter med det største ansvaret på systemnivå for å sikre helhetlige og koordinerte tjenester for sine innbyggere.

Funnene indikerer at fastlegene kan ha mangelfull kunnskap om de kommunale pleie- og omsorgstjenester. Dette kan utgjøre en potensiell risiko for pasientsikkerheten. Fastlegene påpeker også at ELIN-k er egnet til kortere meldinger, spørsmål om reseptfornyelser, dosejusteringer mv., men påpeker at dette ikke kan erstatte samarbeidsmøter om pasienter med store og/eller sammensatte medisinske problemer. Slike møter var regelmessig i bruk ved flere legekantor tidligere, men blir av kommunen betegnet som ressurskrevende i og med at pasientene ofte har lege i andre deler av kommunen enn der de bor. Her synes altså det frie legevalg å komme i konflikt med behovet for tverrfaglig samarbeid og koordinerte tjenester. Særlig problematisk var dette når pasienten hadde lege utenfor kommunen. Det var ingen tradisjon for å ta opp med pasienten om det kunne være aktuelt å bytte fastlege når brukeren er blitt helt avhengig av hjelp fra den kommunale helse- og omsorgstjeneste.

ELIN-k ble implementert i kommunen våren 2013. ELIN-k er et meldingssystem, ikke et journalsystem. Etter hvert er alle fastlegene knyttet opp mot det felles meldingssystemet. Legene

kan sende meldinger til, og motta meldinger fra kommune eller sykehus. Tilsvarende kan kommunen sende meldinger til, og motta meldinger fra fastlege eller sykehus. Det er ikke mulig å videresende «vedlegg» som for eksempel epikriser, disse må scannes inn i journalsystemet.

Vi spurte fastlegene om de mente at kontakten med kommunens pleie- og omsorgstjeneste (p/o) var tilstrekkelig til å sikre faglig forsvarlighet etter utskrivning. Her svarte 18 ja, 4 nei og 6 var blanke. Interessante kommentarer her var « Vet ikke hva kommunens p/o gjør», og «det er et problem å være fastlege for en pasient i en annen kommune».

På spørsmål om fastlegene mener at pleie- og omsorgstjenesten er godt nok informert om pasientens medisinske behov, svarte 23 ja, 1 nei og 4 vet ikke. Her var det to typer kommentarer: «Håper det», og «Oppdaterte legemiddellister viktig for å sikre den faglige forsvarlighet».

2.5 Om kvalitetssikring av opplysninger, feil i legemiddellistene og (re)vurdering av behov etter utskrivning.

Kommunens ansatte oppgir at de fortsatt bruker mye tid på å kvalitetssikre legemiddellistene etter utskrivning. Flere typer feil forekom: Pasientene hadde ikke med seg legemiddelliste til sykehuset, eller den var ikke oppdatert. I noen tilfeller førte dette til at legemiddellisten pasienten ble utskrevet med, ikke var korrekt. Også for sykehuset er dette tidkrevende, og det er en risiko for forsvarligheten i pasientbehandlingen når pasienten kommer inn uten oppdatert, korrekt legemiddelliste. Vi så flere eksempler på at slik ble etterlyst.

Alle fastlegene mente at det ville være et viktig tiltak for pasientsikkerheten om pleie- og omsorgstjenestene rutinemessig fikk kopi av epikrisen. Flere fastleger påpekte også at oppdaterte legemiddellister er viktig for pasientsikkerheten.

Kommunens hjemmetjenester opplyste at de fortsatt fikk pasienter fra sykehuset som ikke var meldt. Her var nok problemet først og fremst at meldingen var sendt, men ikke lest. Avdelingsledere i hjemmesykepleien har mange oppgaver og store personalgrupper, og rutinen med å lese meldinger minst hver 4.time var ikke godt nok innarbeidet, og/eller de rakk det ikke på grunn av arbeidspresset.

De tre viktigste risiko-områdene sett fra hjemmetjenesten var:

- Tilstrekkelige og riktige opplysninger
- Kontakten med fastlegen («må mase», «trege til å svare»)
- Følge med på nye meldinger i ELIN-k

Ved siden av å kvalitetssikre legemiddellister, som utgjør den største utfordringen, ble også mangelfulle opplysninger om pasientens øvrige behov, inkludert tilrettelegging og utstyr før eller ved ankomst i hjemmet, nevnt som problemer. Det ble også nevnt at den som skrev opplysningene ikke alltid kjente pasienten godt nok, og at hjemmetjenesten etter eget skjønn måtte gjøre som best de kunne.

Sykepleierapport ble skrevet og sendt med pasienten, men hvem denne var skrevet for og ble lest av, fikk vi ingen omforent tilbakemelding på. Kommunen mente den var skrevet til pasienten, mens i

delavtale 5⁷ fremstilles den som et av flere tiltak / dokumenter som skal sikre at nødvendige opplysninger følger med pasienten tilbake til kommunen.

Gjennomgang av ELIN-k i de 30 pasientforløpene viste at mye av kommunikasjonen mellom sykehus og kommune dreide seg om pasientens funksjonsnivå. Kommunen etterlyste funksjonsvurderinger der dette ikke var gjort, mens medisinske tilleggsopplysninger i liten eller ingen grad ble etterspurt.

Vi så lite spor av «løfter» fra sykehuset om mengde hjelp eller omsorgsnivå etter utskrivelse. I noen tilfeller refererte sykehuset behov som pasienten eller pårørende hadde gitt uttrykk for. Dette kan være uttrykk for endrede behov.

Kommunikasjonen med fastlegene i ELIN-k handlet først og fremst om legemiddelordinasjon. Bare i ett tilfelle så vi en «diskusjon» om veien videre, for å legge til rette for best mulig oppfølging med sikte på å hindre nye innleggelse. Dette var initiert av legen og resulterte i et samordnet møte hjemme hos pasienten.

Alle opplyste at det fantes et avvikssystem og at dette ble brukt, men det var ingen i hjemmetjenesten som kunne si noe om hva som kom ut av dette. Avvikssystem med bakgrunn i delavtale 5 skulle tas i bruk i oktober 2013. Dette ble bekreftet både fra sykehuset og kommunen.

De vi snakket med, både ansatte i kommunen og legene, mente at ELIN-k var til stor hjelp i kommunikasjonen, ikke minst for kvalitetssikring av opplysningene. Men fortsatt påpekes problemet med mangelfulle eller feilaktige opplysninger som en av de største praktiske utfordringene, og en trussel for pasientsikkerheten.

En organisatorisk tilrettelagt løsning for meldingsutveksling er altså et nødvendig, men ikke tilstrekkelig tiltak for å sikre riktig og god oppfølging av pasientene. Det er fortsatt problemer med å sikre riktige opplysninger til rett instans og til rett tid. Minst to av pasientforløpene bekreftet dette:

- 1) Sykepleierapport til kommunen viser til legeopplysninger. Legeopplysninger ble i dette tilfelle diktert etter en uke, og fulgte således ikke med pasienten ut.
- 2) I epikrise til fastlege sto at pasient skulle starte med en gitt behandling. Tilsvarende informasjon ble ikke formidlet til pasienten eller hjemmesykepleien. Resultatet var at nødvendig behandling ikke ble iverksatt før to uker etter utskrivning.

Dersom ELIN-k er det meldingssystemet som alle til enhver tid skal og bør forholde seg til, er det en stor svakhet at hjemmesykepleien ikke har tilgang til dette fra hjemmene via PDA⁸.

Kommunen går ikke på vurderingsbesøk på sykehuset. Dersom pasienten er kjent fra før er det ingen som foretar vurderingsbesøk hos pasienten med eventuell revurdering av tjenestebehovet før utskrivning. I mange tilfeller vil de medisinske behovene som både har utløst innleggelse, og som følger av tilstanden, kreve økt omsorg i en periode etter utskrivelse. Tilsvarende var det flere eksempler som kunne tyde på at pasientene før innleggelsen i for liten grad ble fulgt opp med

⁷ Delavtale 5 er en av de pålagte samarbeidsavtalene som skal inngås mellom kommune og sykehus, og som omhandler utskrivning av pasienter.

⁸ Personlig Digital Assistent. Ett slags nettbrett, etter hvert mer og mer avløst av smarttelefoner.

helsefaglige vurderinger av tilstanden: Forvirring, dehydrering og obstipasjon var medvirkende årsak til flere innleggelse. Det var derfor bekymringsfullt at det fra tjenestekontoret i flere tilfeller ble konkludert med «uendret tjenestebehov» uten forutgående hjemmebesøk.

3. Brukermedvirkning.

Som nevnt innledningsvis ønsket vi også å se på brukernes egen medvirkning i behandlingsforløpet. Pasienten «eier» langt på vei sine egne medisinske opplysninger. Godt informerte pasienter og pårørende må anses å være av stor verdi, også for kvalitetssikring av behandlingsforløpet og måloppnåelse. 15 av 30 pasienter svarte. En svarprosent på 50 er på grensen til å kunne trekke konklusjoner, men en del av svarene gir grunn til ettertanke. Vi har valgt å gjengi svarene slik de fremkommer:

		JA	NEI	UAKTUELT / VET IKKE	UBESVART
1	Var du forberedt på at du skulle reise hjem da du ble utskrevet?	13	1		1
2	Ble du tatt med på råd da opplegg etter utskrivning ble bestemt?	9	5		1
3	Hadde du fått informasjon om den videre oppfølging før du ble utskrevet?	8	5		2
4	Hvis du ble lovet tjenester fra kommunen da du kom hjem, kom disse som avtalt?	7	5	1	2
5	Hvis du ble lovet hjelpemidler fra kommunen til du kom hjem, var disse på plass?	5	1	7	2
6	Hadde sykehuset ordnet med time hos din fastlege for deg før du ble utskrevet?	4	10		1
7	Fikk du med deg følgende opplysninger fra sykehuset ved utskrivning:				
8	<i>-oversikt over medisiner</i>	10	3	1	1
9	<i>-kopi av epikrisen til fastlegen</i>	9	5	1	
10	<i>-oppfølging / avtaler hos fastleger</i>	5	7	2	1
11	<i>-kopi av rapport fra sykepleier, fysioterapeut e.l.</i>	7	3	4	1
12	Vil du ha tilsendt et eksemplar av vår rapport når den er ferdig?	13	2		

Tabell 2: Spørreskjema til pasientene.

Vi er kjent med at minst to av pasientene døde i den perioden tilsynet ble gjennomført. Høy sykkelighet i gruppen gjorde at purring ikke ble gjort, selv om svarprosenten var litt lav.

Man kunne tenke seg at brukerne ville benyttet en slik anledning til å fremme klage eller beklage seg, men det kom ingen slike ytringer. Der hvor forventet tjeneste ikke kom som lovet var dette formulert som følger:

- « psykiatrisk sykepleietjeneste ikke kommet i gang» (dette var lovet fra kommunen og var ikke iverksatt 5 uker etter utskrivning)
- «tok 3 uker før hjemmesykepleien kom med medisiner»
- «skulle blitt innkalt til kontroll med dette har uteblitt»

Øvrige kommentarer fra brukere:

- «Jeg ble tilbudt hverdagsrehabilitering og det var veldig bra»

- «Pas var lovet parenteral ernæring ved hjemkomst (*pas var innlagt for skifte av PEG*) men dette kom altfor sent i gang (etter pårørendes henvendelse til fastlegen, som åpenbart ikke var klar over at det ikke ble gitt som forventet).

En definisjon av helse er «mestring av de påkjenninger livet gir». Mestringsdimensjonen følger oss livet ut. I det øyeblikket vi mister, eller blir fratatt kontrollen over eget liv, reduseres også helsen. Det overordnede målet for all behandling er best mulig helse, som igjen er en forutsetning for god funksjonsevne. Det var derfor interessant å se i hvilken grad hjemmeboende pasienter medvirket i egen behandling.

Selv om nesten alle var forberedt på hjemreise, oppga bare 9 av 15 at de var tatt med på råd omkring utforming av tjenestene etter utskrivning. Bare halvparten oppga å ha fått informasjon om oppfølging. På spørsmål til fastlegene om de vurderte at pasienten hadde tilstrekkelige opplysninger til at hun kunne ta vare på sine medisinske behov, var svaret nei i 40 %.

Det er tjenestenes ansvar å sikre at gitt informasjon er lik mottatt informasjon. Vi må legge til grunn om bruker selv har opplevd å få informasjon. Resultatene er litt bedre når det gjelder hva de har fått med seg av informasjon, men også her er det mange som oppgir at de ikke har fått med seg slik. Dersom sykehuset har rutine for å sende med pasienten et informasjonsskriv eller foreløpig epikrise, er det mange som ikke husker å ha fått det.

Det er viktig at sykehuset gjør sitt for å informere pasienten, og sender med opplysninger som kan være nyttige for at hun skal kunne ta vare på sine interesser. Dette bør imidlertid ikke erstatte kvalitetssikret informasjon direkte til fastleger og hjemmesykepleien.

Bare 4 pasienter oppga at sykehuset hadde ordnet time hos fastlegen før utskrivelse, mens 1 oppga å ha fått slik time av fastlegen før innleggelse. Fastlegene oppga imidlertid at oppfølging etter utskrivelse hadde funnet sted for 24 pasienter innen 2 uker. I 9 tilfeller opplyses at pasienten selv sto for kontakten, i 8 tilfeller familie (5) eller omsorgstjenesten (3), mens de øvrige ikke er kommentert. Det ser altså ut til at nettverket rundt pasienten fanger opp behovet på ett eller annet vis.

4. Oppsummering og anbefalinger.

Vi har valgt å dele utfordringene vi har identifisert i fire kategorier: Ledelse og styring, faglige utfordringer, samhandling med fastlegene og informasjonsutveksling.

4.1 Ledelse og styring:

Helse- og omsorgstjenestene legger beslag på en stor andel av kommunens budsjett, kanskje opp mot 40 %. Kommunen yter tjenester til et stort antall innbyggere i alle aldre. De mest sårbare gruppene finner vi der hvor folk av en eller annen grunn ikke, eller i mindre grad enn normalt, kan ta vare på egne behov. Dette gjelder personer som har alvorlige psykiske problemer, rusavhengighet, psykisk utviklingshemming, er fremmedspråklige eller har en annen kulturell bakgrunn, og eldre med svekket allmenntilstand, mentalt og/eller fysisk. For alle disse er det viktig at det offentliges ansvar, myndighet og oppgaver blir tydelig beskrevet, formidlet og fulgt opp. Dette er en styringsmessig

utfordring. Kommunen må ha oversikt over utfordringene, hvor mange det gjelder, og hvilke helsemessige problemer som følger. På bakgrunn av dette må det utarbeides planer for hva dette krever av ressurser, kompetanse og organisatoriske løsninger.

Vi ser i dette tilsynet at kommunens ledelse er tett på utfordringsbildet hva gjelder hjemmeboende eldre. Det er utviklet flere typer tjenester og tiltak for å imøtekomme ulike behov. Der hvor det kan tenkes å være et rehabiliteringspotensiale, rykker innsatsteamet ut og kartlegger brukerens situasjon. Hverdagsrehabilitering som metode er implementert og det er opprettet en demenskoordinator. Leder ved akutt-enheten (den kommunale øyeblikkelig hjelp – enheten) deltar i de felles ledermøter som enhetsleder for hjemmetjenestene har med sine avdelingsledere for å drive erfaringsformidling, og være pådriver for fagutvikling i hjemmetjenestene med sikte på å forebygge innleggelser ved kroniske tilstander. Det er vår vurdering at kommunen innenfor hjemmetjenestene har en organisasjonsmodell som legger til rette for fagutvikling i hele kommunen.

Kommunen har tydelig fokus på kompetanse. Det er etablert hospiteringsordning i akuttmottaket, der et stort antall sykepleiere fra kommunen har lært om «triage». Det er også etablert et samarbeidsprosjekt omkring opplæring⁹. Det foreligger imidlertid ikke noen oversikt over kompetansebehov basert på medisinske prosedyrer slik at brukers behov i alle deler av kommunen er sikret til enhver tid.

Vi ser også en tjeneste på strekk. Sykepleierne ute i sonene oppgir at de ikke rekker å følge med på ELIN-k slik de skal, og det er ikke teknisk mulig å følge med på ELIN-k ved hjelp av PDA-er som de har med seg ut til brukerne.

Det foreligger etter vår vurdering en reell fare for at brukers behov, i forbindelse med utskrivning fra sykehuset, ikke i tilstrekkelig grad blir (re)vurdert. 8 av pasientene hadde permanent eller forbigående mental svikt ved innleggelse, og flere hadde hatt en sykdomsutvikling over tid før innleggelse som burde utløst en ny vurdering av behov. Når tjenestekontoret legger til grunn «uendret tjenestebehov» uten forutgående vurderingsbesøk, kan dette lett bli konklusjonen som følger pasienten hjem. I slike tilfeller så vi flere innleggelser etter noe tid, for samme tilstand.

Vi har også sett at kommunen i liten grad har lagt vekt på å etablere gode samarbeidsarenaer med fastlegene for å få til god pasientbehandling og gode pasientforløp i kommunen. Kommunens ansvar følger av Helse- og omsorgstjenestelovens § 3-4. *Kommunens plikt til samhandling og samarbeid: Kommunens ansvar etter § 3-1 første ledd innebærer plikt til å legge til rette for samhandling mellom ulike deltjenester innad i kommunen og med andre tjenesteytere der dette er nødvendig for å tilby tjenester omfattet av loven her.* Denne er gjentatt og presisert i fastlegeforskriftens § 8: *Kommunen skal legge til rette for samarbeid mellom kommunen og fastlegene. Kommunen skal legge til rette for samarbeid mellom fastlegene og andre tjenesteytere og sikre en hensiktsmessig og god integrering av fastlegeordningen i kommunens øvrige helse- og omsorgstjenestetilbud. Kommunen skal legge til rette for samarbeid mellom fastlegene og spesialisthelsetjenesten.*

⁹ Prosjekt gjensidig kompetanseoverføring mellom SSHF og kommunehelsetjenesten på Agder

Det er utviklet et avvikssystem i kommunen som alle kjenner til. Det er imidlertid ingen omforent versjon av hva som skal meldes, og hvor og hvordan meldingene blir fulgt opp. Klare rutiner for hva som skal meldes, og hvor, er en forutsetning for at virksomheten skal greie å danne seg et bilde over området med risiko for alvorlig svikt. De tre viktigste risiko-områdene sett fra hjemmetjenesten var:

- Tilstrekkelige og riktige opplysninger
- Kontakten med fastlegen («må mase», «trege til å svare»)
- Følge med på nye meldinger i ELIN-k

Et godt fungerende avvikssystem knyttet til disse områdene vil kunne identifisere hvor forbedringsområdene ligger. Det er vedtatt ett system for avviksmelding mellom sykehus og kommunen som skal implementeres i oktober, med et fastsatt, tematisk skjema. Noe tilsvarende kunne med fordel utarbeides i samhandlingen mellom fastleger og kommunen for å identifisere risikoområder. Det bør utarbeides kriterier for hva som skal meldes (ventetid på telefon, antall henvendelser før svar, tid før svar, mangelfulle opplysninger, manglende medvirkning o.l.) og hvordan avviksmeldingene skal behandles.

4.1.1 Anbefalinger:

- Kommunen bør sikre at det gjøres en vurdering av brukers behov ved endring i helsetilstand og/eller livssituasjon.
- Kommunen bør etablere arenaer for samhandling med fastlegene; individuelt og på systemnivå.
- Det bør utarbeides en oversikt over kompetanse slik at det på alle vakter er personell som kan ivareta også medisinsk krevende tilstander og identifisere endring av behov.
- Det etablerte avvikssystemet for å identifisere svikt, eller risiko for svikt i samhandlingen med sykehuset, bør implementeres og følges opp av ledelsen at blir tatt i bruk, og de ansatte må få tilbakemelding på utfall av avvikene.
- Tilsvarende system bør etableres for samhandling med fastlegene.

4.2 Faglige utfordringer:

Det er stort fokus på funksjonsvurderinger fra kommunens tjenesteapparat. Meldinger og flytskjema for kartlegging av behov og tjenester avspeiler dette. Den høye sykkeligheten tatt i betraktning, var det overraskende få beskjeder om oppfølging av medisinske prosedyrer og observasjoner fra sykehuset, og / eller etterspørsel etter slike fra kommunen.

Kommunen har utpekt en tjenesteansvarlig for hver bruker. Den tjenesteansvarlige skal sikre brukermedvirkning, faglig forsvarlighet i tjenesten, og at tjenesten er koordinert med tjenester fra andre tjenesteytere for sine brukere. Det omfatter fastlege, sykehus, fysioterapeut, tannlege, NAV, dagsenter, frivillige og andre. Antall brukere for hver tjenesteansvarlig kan variere mellom 10-35. Vi ser altså at kommunen har på plass et system for å gi et koordinert og helhetlig tjenestetilbud. Funnene viser imidlertid at oppgavene enten overgår den tjenesteansvarliges kapasitet, eller at det ikke er et tilstrekkelig nok tiltak alene.

Det synes også å være noe ulik oppfatning av hvor det behandlingsmessige ansvaret er forankret: hos fastlegen eller kommunen. Hjemmesykepleien er ansvarlig for å følge opp de tiltak som iverksettes

av sykehus eller lege. I dette ligger også observasjon av tilstanden, og å rapportere til lege ved endringer. Mange pasienter vil ha behov for hjelp til å kontakte legen, der hvor ikke pårørende tar seg av dette. Fastlegen bør på sin side initiere kontakt med pasienten etter behov (innkalle til kontroller eller avtale sykebesøk).

Det bør etter vår vurdering reises en debatt om hvilke faglige utfordringer korte sykehusopphold kombinert med målsettingen om at den enkelte skal kunne bo hjemme lengst mulig, medfører, og hvordan dette skal løses i samarbeid mellom kommunen og fastlegene.

4.2.1 Anbefaling:

- Tjenesteansvarliges oppgaver, rolle og ansvar bør tydeliggjøres og standardiseres. Særlig viktig er dette for å sikre helhetlige og koordinerte tjenester og et godt samarbeid med fastlegen.

4.3 Samhandling med fastlegene.

ELIN-k vurderes av fastlegene til ikke å kunne erstatte tverrfaglige møter. Det er noe ulike forventninger til hvem som skal initiere samarbeidsmøter med fastlegene. Kommunen forventer at legen tar initiativ, mens fastlegene synes å ha en forventning om at hjemmesykepleien tar kontakt og ber om slike møter ved behov.

Fastlegens plikter følger av fastlegeforskriften: *§ 18. Oppfølgingstilbud. Fastlege som har eller mottar informasjon om at personer på listen har behov for helsehjelp, men selv ikke søker hjelp, skal tilby konsultasjon eller hjemmebesøk. Dette gjelder bare i tilfeller hvor pasienten har en påvist lidelse, og det fra en medisinsk vurdering er et åpenbart behov for behandling eller oppfølging.*

§ 19. Medisinskfaglig koordinering og samarbeid. Fastlegen skal ivareta en medisinskfaglig koordineringsrolle og samarbeide med andre relevante tjenesteytere om egne listeinnbyggere. Dersom en innbygger på listen har behov for langvarige og koordinerte tjenester, plikter fastlegen å informere om, og medvirke til utarbeidelse av, individuell plan og koordinator i kommunen, jf. forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator.

Begge parter ser altså behovet for samarbeid. Flere opphold kunne med stor grad av sannsynlighet vært forhindret med fortløpende større fokus på allmenntilstanden og de medisinske behovene. Initiativet for å legge til rette for, og organisere, et godt samarbeid ligger til kommunen (se over om styring og ledelse), mens fastlegen på sin side plikter å medvirke. Et slikt samarbeid vil også kunne gjøre at kommunen i større grad fremstår som én organisatorisk enhet.

Organisering av fastlegetjenesten som en integrert del av den kommunale helsetjeneste er en stor utfordring. Mange brukere har fastlege i en annen geografisk sone enn der de bor. Dette kan ha sin årsak i hvor det har vært ledig plass på fastlegelistene, men det kan også være som følge av flytting til omsorgsbolig. Dersom kommunen lykkes med å etablere gode samarbeidsarenaer i de enkelte sonene, vil brukere også få en grunn til å vurdere om ulempene ved bytte av fastlege overgår av fordeler gjennom et tettere samarbeid.

4.3.1 Anbefaling:

- Godt samarbeid mellom pleie- og omsorgstjenesten og fastlegene bør prioriteres for å forebygge innleggelse i sykehus.

4.4 Informasjonsutveksling:

Som vi har pekt på, er ELIN-k tatt godt i mot av både hjemmesykepleien og leger. Det har vist seg som et godt og nyttig verktøy for korte beskjeder og meldinger. Det synes imidlertid å være et forbedringspotensial knyttet til å kvalitetssikre innholdet, og at melding sendes til rett tid og til riktig instans. Særlig gjelder dette medisinske opplysninger, legemiddellister, medisinske observasjoner og prosedyrer som bør og skal utføres. Sjekkliste for hvilke dokumenter som er sendt / levert hvem og hvor kunne vært et hjelpemiddel i denne sammenheng. Fastlegene mener alle at det vil være en fordel av hensyn til pasientsikkerheten i behandlingen om hjemmesykepleien rutinemessig fikk kopi av epikrisen.

Det etablerte meldingssystemet kan være nyttig for innhenting av ytterligere informasjon, men det forutsetter at både kommunen og fastlegen fortløpende følger opp. Det ble imidlertid påpekt fra legene at meldingssystemet ikke kan erstatte samarbeidsmøter om de kompliserte sakene.

Det er en stor svakhet at hjemmesykepleien ikke får tilgang til ELIN-k på PDA. Tidspress brukes som forklaring på at de ikke i tilstrekkelig grad klarer å følge med på ELIN-k inne på sonekontorene.

4.4.1 Anbefalinger:

- Sjekkliste for hvilke dokumenter som er skrevet og sendt til hvem bør vurderes.
- Det bør vurderes om hjemmesykepleien rutinemessig bør få kopi av epikrisen.
- Det bør avklares med fastlegene hva ELIN-k egner seg til, og hva som må løses på annet vis.
- Kommunen bør følge opp om meldinger i ELIN-k åpnes som forutsatt, og eventuelt iverksette tiltak der dette ikke er tilfelle.

5. Avsluttende kommentar:

Vi vet at overganger representerer risiko for svikt. Dette er grundig belyst også her. Overflytninger utgjør også en risiko for forvirring hos eldre, med eventuelt ytterligere kognitiv svekkelse hos sårbare individer. Det må være et mål først og fremst å forebygge innleggelse – og skape færrest mulig overganger. Kontinuerlig og godt tilsyn i hjemmet er det viktigste virkemiddelet for å nå dette målet. Det ligger en stor utfordring i å etablere gode behandlingsteam hjemme hos pasienten. Det må avklares om en slik «teamleder» skal være fastlegen eller hjemmesykepleien. Bruker og pårørende bør involveres i så stor utstrekning som mulig.

Vi har i dette tilsynet ikke fokusert på utvikling og bruk av det kommunale døgnbaserte øyeblikkelig hjelp – tilbudet. Ingen av de granskede pasientforløpene var etter vår vurdering i en slik kategori at de ville hatt nytte av dette som alternativ til innleggelse. Vi vurderte heller ikke noen av innleggelsene som «unødvendige», men noen kunne med stor grad av sannsynlighet vært forebygget gjennom bedre faglige observasjoner og oppfølging i hjemmet fra både hjemmesykepleier og fastlege.

Vedlegg:

- 1. varselbrev til kommunen**
- 2. brev til sykehuset**
- 3. spørreskjema til pasientene**
- 4. spørreskjema til legene**