



Fylkesmannen i Aust-Agder

Hvordan gikk det med de utskrivnings-klare?

Kartlegging av pasientforløp mellom SSHF
Arendal og kommunene Arendal, Risør og
Tvedestrand

Fylkeslege Anne-Sofie Syvertsen

01.10.2012

System for sikker informasjonsutveksling mellom sykehus og kommune, og internt i kommunene, er ikke på plass. Dette utgjør en trussel mot pasientsikkerheten. Sykehuset må sikre at epikriser skrives og sendes samme dag som pasienten utskrives. De kommunale journalsystemene er uoversiktlige. Der systemene svikter, yter helsepersonellet sitt ytterste for å kompensere. Vi fant en tjeneste "på strekk", der mye tid gikk med til telefoner for å sikre at de hadde tilstrekkelig og korrekt informasjon.

Innledning

Samhandlingsreformen ble iverksatt 1.1.2012. Hensikten er blant annet å få en tydeligere oppgavefordeling mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten, slik at spesialisthelsetjenesten i størst mulig grad kan utnytte sin kapasitet til de spesialiserte tjenester. 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 i kommunen), og forsterker det helsefremmende og forebyggende arbeidet i kommunen. For å nå disse målsettingene er det vedtatt to nye lover som ble iverksatt fra årsskiftet: Folkehelseloven, og helse- og omsorgsloven. Det ble samtidig gitt 13 forskrifter som blant annet regulerer samarbeidsforholdet mellom sykehus og kommuner. Forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter¹ oppstiller vilkår for at spesialisthelsetjenesten kan kreve betaling fra kommunene. Kapittel 3 omhandler kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter. Bestemmelsene er operasjonalisert skriftlige avtaler mellom kommunene og sykehus. Alle kommunene i Aust-Agder har underskrevet slik avtale med Sørlandet sykehus HF.

Bakgrunn

Før årsskiftet hadde Helsetilsynet i fylket (nå Fylkesmannen) flere tilsynssaker som gjaldt samhandling mellom sykehus og kommuner og der pasienten var blitt skadelidende. Sykehuset mente i disse sakene at årsakene lå i at kommunen ikke fulgte opp de beskjeder som var gitt fra sykehuset, mens kommunene på sin side ikke kunne se å ha mottatt denne informasjonen. Vi hadde også saker (klager) til behandling som gikk på for tidlig utskrivning og/eller manglende oppfølging i kommunene. Etter årsskiftet kom bekymringsmeldinger på uforberedte utskrivninger og ditto mottak i kommunene. Tidligere utskrivning fra sykehuset kunne også presse tjenesteapparatet i de kommunene som hadde den lengste liggetiden. Hvis disse kommunene skulle unngå betalingsplikt var det forventet at de måtte motta pasientene tidligere, og med større hjelpebehov.

Dersom det på systemnivå var forhold som kunne tilsi risiko for svikt ved raskere utskrivninger, mente vi det var viktig at disse forholdene ble avdekket tidlig i avtaleperioden, for raskest mulig å kunne iverksette korrigerende tiltak. Det ble derfor besluttet å gjennomføre et "forløpstilsyn" der pasientforløpet fra innleggelse i sykehus til mottak i kommunene ble kartlagt og der de enkelte ledd i prosessen ble vurdert opp bestemmelsen i forskrift om medfinansiering av spesialisthelsetjenesten.

Metode

Varselbrev (vedlegg 1) om tilsynet ble adressert sykehuset. Alle kommunene fikk kopi til orientering om dette pågående arbeidet, vi hadde ikke på dette tidspunktet bestemt oss for hvilke kommuner vi ville gå inn i for å følge pasientforløpet. Det ble avholdt et kort møte med representanter for klinikkledelsen ved kirurgisk og medisinsk klinikk for å legge til rette for praktisk gjennomgang av journalene. Sykehuset opprettet brukeridentitet for to av våre medarbeidere, og stilte 2 pc-er til disposisjon. Vi hadde på forhånd bedt om en liste over 60 pasienter utskrevet til kommunen med hjelpebehov, fortløpende fra 1.juni og bakover. Dette for å sikre oss at epikriser skulle være skrevet og sendt. Gjennomgangen fant sted 19.juni. 30 pasienter kom fra medisinsk avdeling og 30 fra

¹ Kortform "Forskrift om medfinansiering av spesialisthelsetjenesten"

kirurgiske (15 fra ortopedisk og 15 fra kirurgisk) avdelinger. 30 pasienter var fra Arendal kommune, resten (28) fra de øvrige kommunene i fylket. Eksklusjonskriterier var pasienter uten hjelpebehov ved utskrivelse, pasienter fra andre fylker og pasienter utskrevet til andre instanser. I det fremlagte materialet var to pasienter død under oppholdet, det samlede materialet ble derfor 58 pasienter.

To team bestående av lege og rådgiver gikk gjennom journalene. Undersøkte kriterier fremgår av vedlegg 2.

Arendal kommune som vertskommune for sykehuset ble valgt ut som en av de kommunene der vi ville følge pasientforløpet, da denne tidligere hadde hatt de lengste liggetidene for sine innbyggere, og har det største volumet. For øvrig valgte vi ut de to kommunene som hadde en kombinasjon av interessante problemstillinger i det innsamlede materialet (vedlegg 3), og flest pasienter. Valget falt på Risør med 6 og Tvedestrand med 8 pasienter. Kommunene ble tilskrevet og varslet om tilsynet, og det ble holdt formøte for praktisk tilrettelegging av gjennomføringen av tilsynet. Som i sykehuset ble dette godt lagt til rette for i kommunene. Det var vanskeligere å finne dokumentasjonen i kommunene svarende til den som sykehuset hadde oppgitt som sendt (vedlegg 4,5,6). Dette gjorde det nødvendig med oppfølgende samtaler i Risør og Tvedestrand for å få klarhet i informasjons- og dokumentasjonsflyten.

Funn

2 av pasientene var død før utskrivelse, og gikk ut av materialet. Gjennomsnittsalder for de resterende 58 var 79,85 år (51-99 år). 30 var hjemmehørende i Arendal, 28 i andre kommuner. 31 pasienter var medisinske, 27 kirurgiske hvorav 14 ortopediske. Det var ingen systematiske forskjeller i materialet fra ortopedisk og kirurgisk avdeling, disse er derfor behandlet under ett i det videre. 18 pasienter ble lagt inn fra kommunale institusjoner, resten fra egne hjem² (tabell 1).

		Arendal			Øvrige kommuner		
		Med	Kir/ort	Sum	Med	Kir/ort	Sum
Sykehuset	14	6	3	9	2	3	5
Legevakt	16	4	2	6	7	3	10
Fastlege	13	4	3	7	1	5	6
Sykehjem	6	1	2	3	1	2	3
annet	10	1	5	6	3		3
	58			31			27

Tabell 1: Innleggende instans fordelt på Arendal og øvrige kommuner. "Annet" er i hovedsak innleggelse direkte til akuttmottak med ambulanse uten at det fremgår at andre instanser har vært involvert, i ett tilfelle var ikke innleggende leges adresse oppgitt.

I ett tilfelle forelå ikke opplysninger fra innleggende instans (sykehjem).

Forskrift om medfinansiering av spesialisthelsetjenesten kapittel 3 oppstiller vilkår som vi har tatt utgangspunkt i ved revisjonen, funn knyttet til disse kommenteres enkeltvis (med angivelse av hjemmel i parentes):

² Pasienter fra omsorgsboliger har i kommunen samme status som andre hjemmeboende med hensyn på tildeling av tjenester etter søknad mv. Det skilles derfor kun mellom egne hjem og sykehjem som institusjon med heldøgns tilsyn og pleie.

Første varsel innen 24 t (§ 8): Det var på sykehuset ikke journalført at dette var sendt i 13 tilfeller, uten at dette var begrunnet. Dette samsvarer med at det blant annet i Arendal var mottatt første varsel i 18 av 30 tilfeller (mot 23 dokumenterte fra sykehuset).

Varsel om utskrivning (§ 10) ble sendt samme dag som utskrivning fant sted i 28 tilfeller, i 13 tilfeller 1 dag før. I 11 tilfeller ble varselet sendt 3 dager eller mer før utskrivning, i to tilfeller gikk det 11 dager mellom varsel og utskrivning.

I tre tilfeller ble det satt vilkår fra kommunen før utskrivelse. På sykehuset er det journalført at kommunen var delaktig i den videre prosessen i ett av tilfellene. Denne kontakten kunne imidlertid ikke spores i den kommunale journalen, men det syntes ikke å være særskilte medisinske problemstillinger knyttet til denne brukeren.

Med ett unntak var problemstillingen ved innleggelse avklart ved utskrivelse (§ 9a). I dette tilfellet er første legenotat gjort først tre dager etter innleggelse. Innkomstnotat forelå heller ikke. I 8 tilfeller var andre identifiserte problemstillinger ikke avklart før utskrivelse (§ 9b). Behandlingsplan (§ 9d) oppgis å foreligge for samtlige. Hjelpebehovet er beskrevet for samtlige pasienter, men i 33 % (19 av 58) pasienter var ikke funksjonsnivå og prognose beskrevet (§ 9e).

Ved overføring av pasient fra sykehus til kommune skal epikrise eller tilsvarende informasjon sendes det helsepersonell som trenger opplysningene for å kunne gi pasienten forsvarlig oppfølging (§ 12). Sykepleiesammenfatning fantes i 57 av 58 journaler. Når det gjaldt epikriser fra lege, var det mye større variasjon. 50 % ble sendt samme dag som utskrivning, resten 1-15 dager etter utskrivning. I medisinsk avdeling ble epikrisene oppgitt å være diktert samme dag som utskrivning, men sendt 1-15 dager senere i halvparten av tilfellene (15 av 30); 9 av disse mer enn en uke etter utskrivning. I kirurgisk avdeling ble 50 % av epikrisene diktert 1-8 dager etter utskrivning, men sendt samme dag de ble diktert.

Epikrisene ble i 37 tilfeller kun sendt fastlege, herav epikrise for 3 pasienter utskrevet til institusjon. Resten gikk til fastlege og sykehjem og/eller hjemmesykepleie. Her var det ingen systematiske forskjeller mellom sykehusavdelingene.

Funnene som ble gjort ved gjennomgang av sykehusets journaler ble bekreftet ved tilsvarende gjennomgang i kommunen. I kommunene er det i tillegg journalført en omfattende telefonisk oppfølgende kontakt med sykehuset, både omkring bekreftelser på mottak og omkring utskrivningsprosessen. I Arendal er ikke mottatte sykepleiesammenfatninger journalført, men sendt direkte over til utøver. Det var heller ikke mulig å finne medisinlisten i den elektroniske journal. Risør oppgir at medikamentlister ofte mangler og må etterlyses. Det knytter seg også usikkerhet i kommunen til om medikamentlistene er korrekte, da det er funnet feil i flere tilfeller. Kommunene ytret stor grad av bekymring knyttet til feilbehandling.

Alle tre kommunene fremholder det problematiske i at sykehuset "lover" omsorg på et gitt nivå på kommunens vegne. Det var imidlertid stor grad av samsvar mellom vurdert omsorgsnivå fra sykehus og i kommunen basert på den dokumentasjon vi så. I to tilfeller anga sykehuset "institusjon" som hjelpebehov / omsorgsnivå, og der pasienten ble utskrevet til eget hjem.

Drøfting

Samhandling mellom sykehus og kommuner har vært gjenstand for debatt til alle tider. Allerede under etablering og drift av det første fylkesdekkende sykehuset (Nedenes Amtsykehus; 1840-1855) var dette tema. Manglende enighet om finansiering og drift førte da også til nedleggelse av dette etter bare 15 års drift, og det skulle ta 65 år før man igjen kom til enighet om bygging og Aust-Agder igjen fikk fylkessykehus i 1920, i starten som et samarbeidsprosjekt mellom Arendal kommune og fylket.

Det vi i dag kjenner som kommunale sykehjem, ble opprettet på begynnelsen av 70-tallet av fylkeskommunen for å avlaste hardt belastede sykehus, som medisinske behandlingsinstitusjoner. Ettersom disse mer og mer antok form som rene pleiehjem, ble disse overført kommunene i 1988.

Samarbeidet mellom kommunene og sykehuset har tradisjonelt vært godt i Aust-Agder, og mange av de problemene med lange opphold for ferdigbehandlede pasienter som man blant annet kjenner fra større byer, har ikke vært tilfelle her. Vertskommunen (Arendal) har imidlertid, i likhet med de fleste vertskommuner for sykehus, hatt lengre liggetid for sine innbyggere enn kommuner i andre deler av fylket. Det er vanskelig å se noen medisinsk begrunnelse for dette. Den vanligste forklaringen har vært innbyggernes ønske om å være nær sitt hjemsted og familie som drivkraft for tidligere hjemreise for pasienter fra indre bygder, samtidig som små kommuner ofte har større grad av fleksibilitet i sitt tjenestetilbud. Forskjellene i liggetid har imidlertid vært små i vårt fylke (ca 1 døgn). I sum blir imidlertid disse døgnene mange liggedøgn for sykehuset.

Den etablerte og gode relasjonen i samarbeid mellom kommunene og sykehuset kan med stor grad av sannsynlighet ta sin del av æren for at vi i så liten grad fant tegn til samarbeidsproblemer som sådan. I den grad dette var tilfelle, kom dette mer til uttrykk gjennom en stresset organisasjon, medarbeidere som arbeidet under høyt trykk og tidspress kombinert med opplevelsen av å skulle huske på "all ting".

29 % (17 av 58) av pasientene hadde ikke kommunale tjenester ved innleggelse; sykehuset identifiserte raskt hjelpebehovet og varslet kommunene innen 24 t i 13 av disse 17 tilfellene. Denne kategorien pasienter forklarer eventuelt bare 4 av 13 manglende varsel innen 24 t. Sykehusets plikt er å varsle kommunen så snart det blir klart at pasienten vil trenge kommunale tjenester ved utskrivning, for noen pasienter kan dette behovet ha blitt avklart senere i forløpet. For de resterende 9 med kommunale tjenester ved innleggelse skulle ikke dette være tilfelle.

Varsel ved utskrivning synes rutinemessig sendt raskt, og i flere tilfeller for raskt. I nesten 20 % (11 av 58) av tilfellene ble pasienten liggende 3 dager eller mer etter at varsel om utskrivning ble sendt. Dette kan tyde på mangelfulle avklaringer og / eller vurderinger før varsel ble sendt. Et utskrivningsvarsel genererer oppmerksomhet, aktivitet og ressurser i kommunen som bedre kunne vært brukt på løpende pasientbehandling.

Sykepleiesammenfatningen er en viktig informasjonskilde for hjemmetjenesten eller sykehjem når pasienten kommer til kommunen. Denne var dokumentert skrevet i 57 av 58 sykehusjournaler. Det var imidlertid vanskelig å finne disse igjen i kommune, da de var gått rett til tjenesteutøver og ikke scannet inn i den elektroniske journalen. Sykepleiesammenfatningene slik vi så de i journalen var av varierende kvalitet og bar i mange tilfeller preg av en rapport. Hjelpebehov og behandling var

beskrevet for alle, men vurdering av funksjonsnivå og prognose manglet i en tredel av tilfellene. Hva som kan forventes i det videre sykdomsforløp og tiltak som eventuelt kan iverksettes er viktig informasjon for kommunen, dels for å yte god og målrettet behandling, dels for å unngå reinleggelse.

At epikrise fra sykehuslegene i halvparten av tilfellene kommer til fastlege opptil flere dager etter utskrivning øker risikoen for svikt i den pågående behandling og oppfølging. Det gjør også samarbeidet mellom fastleger og hjemmesykepleien mindre målrettet. I tre tilfeller så vi også at epikrise kun ble sendt fastlege, selv om pasienten var utskrevet til sykehjem.

Det viktigste redskapet for god pasientbehandling er korrekte opplysninger om tilstanden, behandlingsplan og iverksatte tiltak, herunder legemiddellister. Mange eldre har marginal evne til egenomsorg, varig eller midlertidig svekket som følge av sykdom, og er helt avhengig av at helsetjenesten tar ansvaret for oppfølging. Svikt ved overføring av pasient uten at slike opplysninger følger med, kan medføre alvorlige fare for liv og helse. Kommunens system for oversikt over pasientopplysninger var heller ikke samlet og enhetlig. For de ansatte som arbeider under slike systemer medfører denne kombinasjon av mangelfulle systemer kombinert med stort ansvar et betydelig og konstant stress. Arbeidet omkring mottak av pasientene ble ledsaget av en betydelig muntlig kontakt mellom sykehus og kommuner, men dette er kun delvis dokumentert. Når man i tillegg vet at de ansatte har begrenset tid til hver enkelt pasient, kan mangelfulle sikre systemer for informasjonsutveksling som vi har påvist, for det enkelte helsepersonell i kommunen føre til en skvis i forhold til kravet til faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp jfr helsepersonellovens § 4³. Resultatet blir svekket pasientsikkerhet.

Kommunene fremhever ofte at det skaper problemer når sykehuset har "lovet" pasientene omsorg på et høyere nivå enn det kommunen kan tilby. Fylkesmannen har ikke siste året mottatt klager fra pasienter som tyder på at dette er noe stort problem. Vi så i vårt materiale kun to tilfeller av at sykehuset hadde vurdert pasienten til å være i behov av omsorg på et høyere nivå enn det kommunen tilbød. Hva som kommuniseres muntlig har vi imidlertid ikke hatt mulighet for å ta stilling til. Sykehuset kjenner pasienten fra et kort opphold under "kunstige" betingelser som ofte passiviserer pasienten mer enn hjemmesituasjonen. På den annen side er det grunn til å lytte til om de medisinske behov som både har utløst innleggelse, og som følger av tilstanden, krever økt omsorg i en periode etter utskrivelse. 8 pasienter ble utskrevet til et høyere omsorgsnivå, mens 6 ble utskrevet til et lavere omsorgsnivå enn på innleggelsestidspunktet. Det er vanskelig å konkludere på slike tall. Det er grunn til å tro at de 8 pasientene viser at man i kommunen tar høyde for at noen

³ Lov om helsepersonell § 4 om forsvarlighet: Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.

Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell. Helsepersonell har plikt til å delta i arbeid med individuell plan når en pasient eller bruker har rett til slik plan etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5.

Ved samarbeid med annet helsepersonell, skal legen og tannlegen ta beslutninger i henholdsvis medisinske og odontologiske spørsmål som gjelder undersøkelse og behandling av den enkelte pasient.

trenger økt omsorg. Om de seks andre reelt var blitt mye friskere, eller om de var “tapene” i kampen om kommunale institusjonsplasser, kan vi ikke si noe om da vi ikke har gått inn i de medisinske journalene som en slik granskning ville krevd.

Det er verdt å merke seg at kommunen selv kun sto for 60 % av innleggelsene. 14 av 58 innleggelser var generert av sykehuset selv (direkte kontakt med sykehusleger, innleggelse fra poliklinikk), mens ytterligere 10 ble lagt inn uten at den kommunale legetjenesten er dokumentert involvert. Halvparten (12 av 24) gjaldt innleggelser i medisinsk avdeling. For kommunens ansvar for medfinansiering av opphold i medisinske avdelinger (forskrift om medfinansiering av spesialisthelsetjenesten kapittel 2)⁴ er dette en utfordring.

To sentrale spørsmål som dette tilsynet reiser, men som vi ikke har vært inne på, er om raskere utskrivning fører til hyppigere reinnleggelser. En annen aktuell problemstilling er om – og eventuelt hvem det går ut over når kommunen bruker mer ressurser på raskere å ta imot pasienter som har større medisinske behov.

Konklusjon

Der hvor systemene svikter, yter helsepersonellet sitt ytterste for å kompensere for trusselen mot pasientsikkerheten. 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 seg først og fremst gjennom utsendelse av epikrise (eventuelt foreløpig sådan) *samtidig med utskrivelsen, til rett instans*. Det er også innholdsmessige forbedringspotensialer slik at ikke epikriser og sykepleiesammenfatning ikke 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 journal 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 avvikssystemet for tilbakemeldinger internt i egen organisasjon eller på tvers av forvaltningsnivåene vil være et viktig virkemiddel for å identifisere områder med fare for pasientsikkerheten.

⁴ Dette forholdet nevnes kun som et tilfeldig, men interessant bifunn, det var ikke tema i tilsynet og drøftes derfor ikke videre.

Vedlegg:

1. Varselbrev
2. Undersøkte kriterier
3. Faktagrunnlag for sykehus
4. Faktagrunnlag fra Arendal kommune m/vedlegg (tilsvar fra Arendal)
5. Faktagrunnlag fra Risør kommune
6. Faktagrunnlag fra Tvedestrand kommune
7. Forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter