

«VEL HJEM» - Brukersentrerte tjenester for den multisyke pasienten



Bydel
Østensjø



Bydel
Bjerke

Forord.....	4
Sammendrag	5
1.0 Bakgrunn og Målsetting	7
1.1 Bakgrunn	7
1.1.1 Multisyke har store behov.....	7
1.1.2 Mangel på koordinering i tjenestene for multisyke, gamle pasienter	7
1.1.3 Mer av livet skal leves hjemme.	7
1.1.4 Multisyke har viktige stemmer.....	8
1.2 Målsetting med VEL HJEM.....	8
2.0 Definisjoner	9
3.0 Forprosjekt	10
3.1 Omfang og ressursbruk	10
3.2 Brukeres og ansattes opplevelse.....	10
4.0 Prosjektmandat	12
5.0 Metode og Inklusjonskriterier	12
5.1 Metode.....	12
5.1.1 Tjenestedesign.....	12
5.1.2 Brukersentrert.....	12
5.1.3 Samskaping.....	12
5.1.4 Helhetlig tankegang.....	13
5.1.5 Inkrementell innovasjon.....	13
5.2 Videreutvikling og forbedring.....	13
5.2.1 Kvalitative dybdeintervju.....	13
5.2 Inklusjonskriterier.....	14
5.2.1 Endring av inklusjonskriteriene underveis	15
5.2.2 Inkludering av pasient	15
5.3 Gjennomføring av legemiddelsamstemming	15
6.0 Prosjektets 10 tiltak testes ut.....	16
6.1 Forberedelse.....	16
6.2 Utvikling og gjennomføring av tiltak	17
7.0 Resultater	30
7.1 Utførte tiltak.....	30
7.1.1 Erfaringer fra utføring av tiltak.....	31
7.1.2 Erfaringer fra Vurderingsbesøk	31

7.1.3 Erfaringer med bruk av SAFE	31
7.1.4. Erfaringer knyttet til fastlegens oppfølging og samarbeid, Konferansetime	32
7.1.5 Legemiddelsamstemming	33
7.2 Pasientene, kjennetegn og forløp	33
7.2.1 Kjennetegn	33
7.2.2 Forløpene	34
7.3 Omfang av tid i institusjon	35
7.4 Hva sier brukerne	36
7.4.1 Hva er avgjørende for kvalitet på tiden i hjemmet?	38
7.4.2 De viktigste menneskene er de pårørende både for kontakt og trygghet.	38
7.5 Mer og bedre hjemmetid, redusert institusjonstid- Hva har vi oppnådd?	39
8.0 Diskusjon	40
8.1 Sosial deltagelse for hjemmeboende eldre	40
8.2 Hva gjør vi når pasienten ønsker å komme på sykehjem	40
8.3 Hva rommer begrepet «utskrivningsklar»	41
8.4 Multisyke eldre- svakheter ved metoden	41
8.5 Den involverte bruker trenger kunnskap	42
8.6 Ytterlig tiltak for å styrke innsatsen for hjemmeboende multisyke eldre	42
9.0 Konklusjon og Anbefalinger.....	42
Referanselisten.....	44
Vedlegg 1 - Forespørsel om deltakelse i samhandlingsprosjektet "Vel - Hjem"	46
Vedlegg 2 - Prosjektbeskrivelse.....	47
Vedlegg 3- Prosjektorganisasjon	49
Vedlegg 4- Intervjuguide oppfølging av prosjektpasienter i Vel Hjem.....	51

Forord

Prosjektet **”VEL HJEM” - Brukersentrerte tjenester for den multisyke pasienten** ble initiert av Samhandlingsavdelingen ved Oslo universitetssykehus i samarbeid med Oslo kommune ved bydelene Bjerke og Østensjø og Sykehusapotekene HF. Helsehusene Lilleborg og Ryen ble inkludert underveis i prosessen. Prosjektet er tildelt midler fra Samarbeidsutvalget i Hovedstadsområdet.

Vi har ønsket å utvikle en samhandlingsmodell for den eldre, multisyke pasient, en modell som har integrert pasientens stemme og som systematisk legger dette til grunn i møte med pasienten i sykehus og i samhandling om videre behandlings -og omsorgstjenester.

Pasienter har i intervju delt sine erfaringer og gitt avgjørende bidrag til større innsikt.

Prosjektet er prioritert i C3, utviklingscenter for forskningsdrevet innovasjon, OUS og det er også etablert et samarbeid med forskningsmiljøet BI.

I forkant av prosjektet er det gjennomført en kostnadsvurdering og behovskartlegging med basis i 4 reelle pasientcase av Intro International v/Nils Otto Ørjasæter.

«Vel hjem» er organisert i matrise ved at Styringsgruppen er sammensatt av ledere fra de involverte tjenesteenhetene i prosjektet. Det samme er tilfellet for prosjektgruppen hvor fagpersoner fra de aktuelle enhetene har hatt jevnlige møter over en periode på 2,5 år.

Det ble høsten 2016 startet opp «Læringsnettverk i helhetlige pasientforløp for eldre og kronisk syke» i regi av KS og Folkehelseinstituttet. Oslo universitetssykehus er sammen med blant annet bydel Østensjø en del av dette.

Vi takker alle involverte for innsatsen og samarbeidet i utvikling av samhandlingsmodellen.

Oslo 03.07.2018

Sigrun Skåland Brun (sign.)

Kari Skredsvig (sign.)

Prosjektleder

Leder for Styringsgruppen

Sammendrag

I prosjektet «Vel hjem» har vi sett på hvordan vi kan få bedre tilpasset behandling og tjenester for multisyke pasienter ved systematisk tilrettelegging av pasientinvolvering og ved å stille spørsmålet «Hva er viktig for deg». I tillegg er det valgt ut definerte områder innenfor samhandling hvor det er svakheter i forløpet. Ved systematisk å involvere pasienten og kombinere dette med å kvalitetssikre utsatte områder er hypotesen at det vil resultere i **mer og bedre hjemmetid for den enkelte, og at behovet for sykehusinnleggelser blir redusert.**

Tjenestedesign er brukt som metodisk tilnærming, og ved bruk av den metoden har vi forsøkt å se tjenestene med brukerens øyne. Det er benyttet kvalitative dybdeintervju. Pasientene ble bedt om å fortelle om hvordan de opplever å bli involvert og få medvirke til at tjenestene blir tilpasset egne behov.

Samhandlingsutfordringer som ble valgt ut er:

- Koordinering og helhetlig ivaretagelse av den multisyke pasienten inne i sykehuset og i overgangen og samhandlingen mellom sykehus og bydel.
- Fastlegens rolle i samarbeidet omkring denne pasienten.
- Ta i bruk «SAFE» sjekkliste utviklet i prosjektet «Akutt og subakutt funksjonssvikt hos eldre»
- Kvalitetssikring av pasientens legemiddelbruk både pasientens opplevelse og forståelse av legemiddelbruk og sikre forståelse av legemiddellister etter utskrivning fra sykehus.

Disse områdene er konkretisert i 10 tiltak som er testet ut på 42 prosjektpasienter i en periode på 68 uker:

1. Tverrfaglige funksjonsvurderinger fra sykehuset skal følge pasienten og sendes hjemmetjenesten
2. Forbedre struktur for vurderingsbesøk før hjemreise fra sykehus
3. Kontroll time hos fastlege innen 1-2 uker, sykehuset bestiller time v/utskrivning for pasienter som ikke klarer dette selv.
4. Korrekte samstemte legemiddellister. Tydeliggjøre fastlegens ansvar for oppdatert legemiddelliste i bruk. Sikre at pasienten forstår sitt legemiddelbruk
5. Sammendragsepikrise eller utskrivningsnotat m/legemiddelliste sendes fastlegen elektronisk ved utreise.
6. Innføre dialogmeldinger sykehus – fastlege
7. Benytte SAFE-sjekkliste i hjemmesykepleie.(se definisjon side 9)
8. Bruk av PLO-melding mellom fastlege-hjemmetjenesten ved endring av klinisk status og ved endring av legemiddelliste.
9. Faste oppfølgingskontroller hos fastlege i stabil fase. Hjemmetjenesten er behjelpelig med å bestille time.
10. Mulighet for å innkalle til «Konferansetime» ved behov for korrigerende underveis i pasientforløpet

Pasientene ble inkludert i prosjektet etter følgende kriterier:

Bosatt i bydel Østnesjø eller bydel Bjerke,

- 67 år eller eldre.
- Tre eller flere sykdommer som krever aktiv behandling, seks medisiner eller flere
- Hjemmeboende

- Har hjemmesykepleie/ og eller er i behov av dette ved utreise fra sykehus
- Har gitt informert samtykke.
- Er tilknyttet medisinsk klinikk: Akutt geriatrisk sengepost eller Generell indremedisinsk avdeling eller ortopedisk klinikk, sengepost, 1,2 og 3

42 pasienter ble inkludert i «Vel hjem». Vi har fulgt pasientforløpet til disse pasientene fra de ble lagt inn i sykehuset til de reiste hjem og fikk tjenester fra hjemmetjenesten. Noen pasienter har vi fulgt i over ett år, mens andre kun er fulgt i dager eller måneder. Tiltakene har blitt iverksatt fortløpende og er blitt justert og evaluert underveis etter hvert som man opparbeidet erfaring. Vi fant det vanskelig å få konkrete tilbakemeldinger på samarbeidet med fastlege i «stabil fase» hjemme.

For pasienter inkludert i prosjektet var gjennomsnittsalder 87,2 år. Dette var uventet høyt. Pasientene som ble inkludert var som gruppe skrøpeligere enn forventet. Det var 14 som døde underveis. Pasientgruppen samlet hadde et høyt forbruk av både sykehussenger og kommunale senger. Ved å studere reinnleggelser ser vi at det er pasienter i terminal fase som har høyest forbruk av sykehusetid. Dette har sammenheng med sykdomsbildet. «Vel hjem» er ikke rettet mot denne pasientgruppen, men mot multisyke eldre som har forutsetninger til å mestre å bo i eget hjem.

Vi har fått god erfaring med tiltakene gjennomført i sykehus, noe mindre i hjemmetjeneste/fastlege. Dette skyldes blant annet et mindre pasientvolum. Ved intervju med 14 av pasientene tre til fem måneder etter at de kom hjem fra sykehus uttrykker alle et ønske om å bo hjemme så lenge som mulig. Alle vi intervjuet opplevde å bli lyttet til og mente de fikk den hjelpen de hadde behov for. Pårørende var opptatt av nødvendigheten av at fysisk aktivitet og trening styrkes på et tidlig tidspunkt. De eldre pekte på behov for tilrettelegging i hjemmet og hvor viktig det var å ha muligheter til å fortsette et sosialt liv med venner og familie, da det bidrar til mening i hverdagen.

De vektla forhold som:

- Tilrettelegging av funksjonelle boforhold, omsorgsbolig, trappeheis, toalettstol, rullestol
- Bistand slik at de kom til butikksenteret for kafé besøk med gamle kjente
- Være noe for noen, bety noe fremdeles
- Hverdagsrehabilitering, trene på det de gjerne vil mestre, som å komme seg ut.

De 42 pasientforløpene som vi har fulgt i prosjektet, har gitt et godt bilde av de skrøpeligste hjemmeboende eldre og deres behov for sykehus- og kommunale tjenester. For fagpersoner både i sykehus og i den kommunale helsetjenesten er bildet som avtegnes kjent. Det er for få pasienter og for kort observasjonstid til at vi kan konkludere hvorvidt tiltakene samlet hadde effekt eller ei. Flere av tiltakene er av andre dokumentert å ha effekt hver for seg. Det er en oppfatning i prosjektet at tiltakene har bidratt til å heve kvaliteten på tjenesten. Pasientens tilfredshet understøtter dette.

Vi tror tiltakene i «Vel hjem» kan utsette og begrense behovet for sykehusopphold og bruk av kommunale døgn-opphold i den siste del av livsløpet for multisyke, hjemmeboende eldre. Dette gjelder for gruppen eldre hvor helsemessige forutsetningene til å bo hjemme er tilstede.

Prosjektets anbefaling er å sikre tiltakene i felles prosedyrer og samarbeidsavtaler.

1.0 Bakgrunn og Målsetting

1.1 Bakgrunn

1.1.1 Multisyke har store behov.

Prosjektet tar utgangspunkt i den eldre, multisyke pasienten som har sykdom som krever aktiv behandling i flere organsystemer. Det er en felles oppfatning i både spesialist- og primærhelsetjenesten at bedrede muligheter for diagnostikk og behandling av sykdom bidrar til at denne pasientgruppen lever lenger enn før med stadig mer sammensatte og kompliserte sykdomsbilder. Dette utfordrer medisinsk ivaretagelse og samhandlingen på en særskilt måte. Spesialisthelsetjenesten er i stor grad organisert til å ta hånd om enkeltdiagnoser, mens kommunehelsetjenesten tradisjonelt fokuserer mindre på enkeltdiagnoser og mer på funksjonsnivå.

Kliniske retningslinjer utarbeidet for enkeltsykdommer, sammen med dårlig koordinerte tjenester trekkes ofte fram som utfordrende for pasienter som har flere kroniske sykdommer samtidig.

Stortingsmeldingen om samhandlingsreformen (side 14) slår fast at gode helhetlige pasientforløp i større grad enn før bør bli en felles referanseramme for alle aktørene i helse- og omsorgssektoren.

Samhandlingsreformens mål om dempet vekst i sykehustjenester ved at en større del av helsetjenestene ytes av kommunehelsetjenesten er utfordrende overfor denne pasientgruppen.

1.1.2 Mangel på koordinering i tjenestene for multisyke, gamle pasienter

Det er godt dokumentert i forskning at eldre med sammensatte behandlingsbehov er utsatt for uønskede hendelser i tiden rundt utskrivning fra sykehus og ved overgang til nytt omsorgsnivå. Dette resulterer ofte i reinnleggelser. (Mesteig m.fl. 2010)

I Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen-, pekes det på brister som samstemmer med og underbygger hva vi erfarer fra praksisfeltet.

Det vises til mangelfull informasjon om pasientens funksjonsnivå fra kommunene i forbindelse med at pasienter legges inn på sykehus. Medikamentlistene er også ofte ufullstendige. Flere enn halvparten av kommunene opplever at de ikke får tilstrekkelig informasjon om pasientenes forventede framtidige utvikling når de skrives ut fra sykehus til videre behandling og oppfølging i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Mange kommuner opplever at de heller ikke får tilstrekkelig informasjon om pasientenes samlede funksjonsnivå. 44 prosent av kommunene mener at informasjonen fra sykehuset ikke kommer tidsnok til at kommunen blir i stand til å legge til rette for gode tjenester i kommunen.

1.1.3 Mer av livet skal leves hjemme.

Internasjonalt er det en utvikling mot mer hjemmebasert behandling som også inkluderer spesialisthelsetjenesten. Vi vil anta at denne pasientgruppen, som er en sårbar gruppe, vil få størst

gevinst av at spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten arbeider tettere sammen også lenger unna sykehuset.

Det pågår en dreining mot mer hjemmebaserte tjenester. Sykehuset reduserer senger. Døgnsenger reduseres også i helsehus og i sykehjem. Hjemmetjenestene styrker teamene for å ivareta de skrøpeligste eldre i eget hjem. Professor Anders Grimsmo har i sin forskning vist at:

- De beste rehabiliteringsresultatene oppnås hjemme
- Hjemmebehandling gir størst pasienttilfredshet
- Hjemmetjeneste er fleksibel og har i praksis en vesentlig bufferkapasitet

[Samhandlingskonferansen 2017, Grimsmo.pdf](#)

1.1.4 Multisyke har viktige stemmer

Flere studier har undersøkt om eldre opplever å bli involvert i beslutninger ved innleggelse og utskrivelse fra sykehus. I en studie av Hvalvik m.fl (2015) fant de at eldre pasienter opplevde mangel på medvirkning og kommunikasjon med helsepersonell i overgangsprosessen. Informantene fortalte at de følte seg oversett og usikre på egen helsetilstand.

I oppstartsfasen av «Vel hjem» var prosjektledelsen i Tromsø og fikk innblikk i arbeidet «Pasientsentrert helsetjenesteteam». Vi ble inspirert av forskningen fra « Helsetjenestene sett fra pasientens ståsted» skrevet på oppdrag av Troms-Ofoten prosjektet. (Berntsen, m-fl 2014)Formålet med det prosjektet var å utvikle fremtidsrettede helsetjenestemodeller og å sette pasienten og dennes evne til autonomi i sentrum. I forløpsstudien ble åtte pasientforløp ved langvarig sykdom analysert og beskrevet. Forfatterne fant betydelig inkonsistens mellom helsetjenestens og pasientens beskrivelse av behov, og de peker på manglende samsvar mellom de mange faglige målene og pasient/pårørendes ønsker og behov.

Samtidig vektlegger denne studien at pasientens egeninnsats er helt sentral for å forebygge og hindre forverring av sykdom, men at disse ressursene ikke tas systematisk i bruk». «Vi trenger en helsetjeneste som setter pasientens individuelle behov fremst og deretter ser på behov som følger av diagnosen, slik at det diagnose-relaterte arbeidet tydelig støtter opp om pasientens mål.»

«Vel hjem» ønsket å få mer erfaring med tilnærmingen «Hva er viktig for deg?» for da å styrke pasientenes egen medvirkning og lytte til deres egne opplevelser av hvor «skoen trykker». Vår antagelse var at ved å gi autoritet til pasientens egen oppfatning av helseutfordringene og tjenestebehov ville det bidra til en mer individuell tilrettelagt tjeneste og til å styrke pasientens evne til egenmestring.

1.2 Målsetting med VEL HJEM

Vi ønsket å utvikle en helhetlig samhandlingsmodell for multisyke, gamle pasienter som har integrert pasientens stemme og systematisk legger denne til grunn i arbeid med og samarbeid om pasienten.

2.0 Definisjoner

- **MULTISYK**

Den multisyke pasienten kjennetegnes av «*helseproblemets kompleksitet*», - flere kroniske sykdommer, bruk av mange medisiner, redusert funksjons-nivå og mest sannsynlig storforbrukere av offentlige helsetjenester. I situasjoner der det inntreffer en akutt sykdom eller et brudd blir symptomene annerledes, og behandlingen blir mye mer komplisert. Akuttsituasjonen blir påvirket av grunnlidelsene/diagnosene og motsatt. Samtidig utløses «den onde sirkel». Pasienten blir utsatt f. eks. for større og flere legemiddel-bivirkninger og et samlet funksjonstap, som også kan bli varig. (Wyller, T. 2011)

- **PASIENTFORLØP**

Et pasientforløp forstås som «En helhetlig, sammenhengende beskrivelse av en eller flere pasienters kontakter med ulike deler av helsevesenet i løpet av en sykdomsperiode». (Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator, Helsedirektoratet, IS-nummer: IS-2651)

Begrepet inkluderer dermed både forløp for pasienter innad i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Forløpet kan omfatte ulike tjenester, som fastlege, spesialist, sykehus, hjemmetjenester og sykehjem, eller gjentatte episoder av den samme tjenesten.

Læringsnettverk for gode pasientforløp for eldre og kronisk syke

<http://www.utviklingssenter.no/nasjonalt-laeringsnettverk-for-gode-pasientforloep-for-eldre-og-kronisk-syke-i-oslo-kommune.6052653-176108.html>

- **PASIENT ELLER BRUKER**

I rapporten benyttes begge begrepene. Tradisjonelt benyttes pasient idet personen relateres til en sykehusbehandling. Bruker er benevnelse på samme person når personen bor hjemme og mottar hjelp utenfor sykehuset.

- **SAFE**

SAFE er et klinisk fagverktøy og et instrument for systematisk observasjon og vurdering til bruk i hjemmetjenesten. Hensikten er å identifisere tidlige symptomer på funksjonssvikt hos eldre og igangsette tidlig intervensjon. SAFE-er utviklet i prosjektet «Akutt og subakutt funksjonssvikt hos eldre 2012-2013, (Oslo universitetssykehus (2014)

- **DIALOGMELDINGER**

Elektronisk kommunikasjon her benyttet til bruk mellom allmennlege og lege i spesialisthelsetjenesten

3.0 Forprosjekt

For å få bedre innsikt i målgruppens situasjon og behov ble det tidlig besluttet å gjennomføre et forprosjekt. Forprosjektet hadde to formål:

1. Kartlegge omfang og ressursbruk for multisyke. Med dette ønsket vi å få et utgangspunkt til å beregne nytteverdi av tiltak som skal utprøves.
2. Kartlegge brukeres og ansattes opplevelse av hvor det er brister i pasientforløpet til denne målgruppe.

3.1 Omfang og ressursbruk

For å få innsikt i målgruppens størrelse ble det foretatt uttrekk fra journalsystemet til Oslo universitetssykehus, DIPS. I utvalget ble pasienter over 75 år med to eller flere hoveddiagnoser i perioden 2013-2015 valgt ut. Utvalget var altså noe forskjellig fra prosjektets kriterier, f.eks. to eller flere diagnoser mot tre i OUS utvalget. I prosjektkriteriene er det et krav om at pasientene skal være mottakere av hjemmesykepleie, hvilket ikke er krav i OUS utvalget. Prosjektets målgruppe er derfor noe snevrere enn uttrekk av multisyke fra OUS. Uttrekket gir en indikasjon på omfanget av multisyke, og representerer altså ikke en eksakt størrelse. Det er for øvrig kun tatt uttrekk av antall sykehusinnleggelses og antall liggedøgn. Polikliniske konsultasjoner er ikke med i uttrekket. I uttrekket ble dialysepasienter tatt ut, da disse utgjør en forholdsvis stor gruppe, samtidig som de ikke er i målgruppen for prosjektet.

Det ble valgt en kvalitativ metode for innhenting av multisyke pasienters bruk av helseressurser. Ressursbruken for det siste året for et lite utvalg på fire pasienter, to fra bydel Bjerke og to fra bydel Østensjø, ble kartlagt i detalj.

Kartleggingen ble foretatt gjennom dybdeintervjuer med pasientene, deres pårørende for tre av pasientene, deres fastlege, tjenesteansvarlig hjemmesykepleier og søknadskontoret. Ved siste gangs sykehusopphold ble pasientens behandlende sykepleier og lege også intervjuet. Liste over antall konsultasjoner og kostnader med fastlegen i løpet av det siste året ble også innhentet fra legenes register.

De fire pasientene ble valgt ut av søknadskontoret for de to bydelene, med prosjektets målgruppe som kriterier, dvs. pasienter over 75 år, ikke dement, mottar hjemmesykepleie, har minst tre diagnoser som aktivt behandles, innlagt på sykehus minst en gang i løpet av siste året og bosatt i bydel Bjerke eller Østensjø. To av pasientene var ved siste sykehusopphold innlagt ved Medisinsk klinikk: Akutt geriatrisk avdeling og Generell indremedisinsk avdeling og to ved Ortopedisk klinikk.

3.2 Brukeres og ansattes opplevelse

Det ble gjennomført intervjuer med de samme 4 pasienter og deres pårørende, samt intervjuer med fastleger og fagfolk som kjente de aktuelle pasienter i sykehus og i hjemmetjenesten for å kartlegge *opplevelse av hvor det er brister i pasientforløpet til denne målgruppen*. Det ble utarbeidet en intervjuguide med fokus på pasientens forløp. Målet med intervjuet var å notere seg pasientens opplevelse av hendelsesforløpet og hvilke utfordringer som oppsto underveis. I intervju med

helsepersonell var oppmerksomheten på hvilke utfordringer de så i hendelsesforløpet. Den valgte metodikken skulle sikre at brukerens opplevelse av «hvor skoen trykker» ble lagt til grunn for de tiltak som hovedprosjektet skulle teste ut.

Funnene i forprosjektet:

- Pasientstemmen er utydelig, det er mangelfulle strukturer for å lytte, dokumentere og videreformidle. Pasienten evner ofte ikke å tale sin egen sak.
- Det er mye god behandling i alle ledd, men det er svikt i informasjonsflyt, koordinering og rolle- og ansvarsavklaring mellom aktørene.
- Revidering av vedtak om faste tjenester i bydel (eks: hjemmesykepleie, praktisk bistand, fysioterapi) gjøres i hovedsak ved alvorlig funksjonssvikt, etter innleggelse i sykehus. Det er ingen utbredt tradisjon for å ha en forebyggende tilnærming på individnivå.

Legemiddelgjennomgang

Som del av forprosjektet ble det gjennomført en analyse av overføring og håndtering av legemiddellister for de fire pasientene. En lege og en farmasøyt så også på om begrunnelser for forskrivninger er dokumentert i pasientjournal på sykehus, og om endring av Legemiddellister i bruk(LIB-lister) er dokumentert i epikriser.

Kartleggingen viste at:

- LIB listene var ikke alltid oppdaterte i EPJ hos fastlegene.
- LIB liste var rettet manuelt uten at tilsvarende retting var gjort i EPJ
- Fastlege, pasient/pårørende og hjemmesykepleie hadde ulike LIB-lister
- Det oppsto flere typer feil i overføring av legemiddellister for de fire kartlagte pasientene. Noen av feilene var bagatellmessige, men noen kunne ha fått vesentlig klinisk betydning for pasientene

4.0 Prosjektmandat

På bakgrunn av funn gjort i forprosjektet og styringsgruppens vurderinger, ble mandatet til prosjekt «Vel Hjem» å fokusere på:

1. Pasient og brukermedvirkning -Pasientstemmen. Prosjektet håndterer «brukermedvirkning» på to måter, i *utviklingen* av løsningen, og som en viktig *del av* løsningen; Det er sentralt i prosjektet å involvere pårørende der disse er tilgjengelige.
2. Koordinering og helhetlig ivaretagelse av den multisyke pasienten inne i sykehuset og i overgangen og samhandlingen mellom sykehus og bydel.
3. Fastlegens rolle i samarbeidet omkring denne pasienten
4. Ta i bruk «SAFE» sjekkliste utviklet i prosjektet «Akutt og subakutt funksjonssvikt hos eldre»
5. Kvalitetssikring av pasientens legemiddelbruk, både pasientens opplevelse og forståelse av legemiddelbruk og sikre forståelse av legemiddellister etter utskrivning fra sykehus.

5.0 Metode og Inklusjonskriterier

5.1 Metode

5.1.1 Tjenestedesign

Prosjektet har benyttet tjenestedesign som metodisk tilnærming. Tjenestedesign handler om å sette brukeren i sentrum og se tjenesten fra brukerens perspektiv. Tjenesten ses på som en brukerreise hvor alle møtepunktene mellom brukeren og tjenesten kartlegges i form av kontaktpunkter. Metoden er i «Vel hjem» ikke brukt i sin helhet, men sentrale elementer som brukersentrert tilnærming, samskaping som tilnærming, og en helhetlig tankegang har vært styrende for prosjektet.

5.1.2 Brukersentrert

Tjenesten skal oppleves gjennom brukerens øyne. Det har vært viktig å møte brukere som mottar tjenester og fagfolk i alle ledd i pasientforløpet for å få best mulig innsikt i hvordan et pasientforløp ser ut fra de ulike ståstedene. Gjennom brukerinnsikt ville vi finne ut hvor bristene var i forløpet for gruppen multisyke eldre. På denne måten var vi også tro mot vårt anliggende å lytte til pasientens egen stemme.

5.1.3 Samskaping

Vi har invitert alle de involverte partene; brukere og et bredt utvalg av fagfolk til 2 workshops. Den første var en innsiktsworkshop med formål å komplementere og ytterlig presisere hvilke samhandlingsutfordringer som prosjektet skal konsentrere seg om. Bakgrunn var materiale fra intervju med brukere og fagfolk. I den andre workshopen var formålet å konkretisere tiltak til en testfase. Det ble deretter etablert 3 arbeidsgrupper som fortsatte arbeidet med å designe tiltakene. Gruppene var satt sammen av fagpersoner fra sykehus, hjemmetjeneste og fastlege, og ulike

profesjoner var med, sykepleier, ergoterapeut, samt flere brukerrepresentanter. Vi tror involveringen styrker det tverrfaglige samarbeidet og det lokale eierskap og forankring.

5.1.4 Helhetlig tankegang

Et helhetlig pasientforløp inkluderer alle tjenesteytere fra pasienten bor hjemme, kommer inn i sykehus, reiser til rehabilitering/helsehus, og deretter hjem med støtte fra fastlege, hjemmesykepleier og andre involverte fagpersoner. Sikre kontinuitet i behandling og sikre god informasjonsflyt mellom de ulike ledd, er en overordnet målsetting. I beskrivelsen av tjenstedesign vektlegges helhetlig opplevelse – på tvers av alle kontaktpunkter og kanaler.

Tiltakene skulle omfatte tiden i sykehus, ved utreise fra sykehus, i hjemmetjeneste og i samhandlingen mellom alle partene, inkludert fastlege.

5.1.5 Inkrementell innovasjon

Mens *inkrementell innovasjon* er en gradvis forbedring og endring av det eksisterende, representerer *radikal innovasjon* en omfattende endring. (Njøs m. fl 2016) Inkrementell innovasjon bygger stein på stein, og er således en kontinuerlig prosess. Radikal innovasjon fører et utviklingsløp over i en helt annen retning, og bærer således preg av å være diskontinuerlig

I «Vel hjem» ble det benyttet en tilnærming som kjennetegnes ved å videreutvikle og forbedre eksisterende produkter og løsninger.

Flere av tiltakene i «Vel hjem» er allerede nedfelt i prosedyrer som foreligger. Men det har vært et behov for å tydeliggjøre elementer innenfor prosedyrene som er viktig nettopp for denne målgruppen. Dette beskrives nærmere i rapportens kap. 6 Gjennomføring av tiltak

5.2 Videreutvikling og forbedring

Vi har definert et pasientforløp fra innkomst i sykehuset. Avhengig av når i prosjektperioden pasienten ble inkludert, samt helsetilstand, er forløpet langt eller kort. Målet var å følge et forløp fra sykehus til hjem med oppfølging fra hjemmesykepleie og fastlege.

Hvert enkelt pasientforløp ble gjennomgått og analysert i prosjektgruppemøte. Maler ble justert og utfordringer håndtert underveis.

Noen av tiltakene er nye og lager ny praksis, mens andre er basert på eksisterende materiale, men forbedret. Det har vært viktig å være tett på praksis under testperioden for å fange opp viktige nyanser og erfaringer. Prosjektgruppemøter ble i stor grad benyttet til grundig å gjennomgå pasientforløpene til den enkelte pasient og drøfte tiltakene som er utført.

Denne måten er tilpasset for tverrfaglig tilnærming og gagnar denne.

5.2.1 Kvalitative dybdeintervju

Det er benyttet kvalitative dybdeintervju som metode for å hente inn informasjon fra brukere og andre fagpersoner.

Det ble laget en intervjuguide i forprosjektet som omhandlet brister i forløpet.

Intervjuet var ordnet i faser (se vedlegg)

1. Hva skjedde fra du ble dårlig, -før sykehuset,
2. Hva skjedde inne på sykehuset?
3. Hva skjedde fra du ble skrevet ut til du kom hjem
4. Hvordan var det å komme hjem?

Det var oppmerksomhet både på de faktiske hendelser og på opplevelsen av å bli ivaretatt. I hvilken grad var det mulighet å fremme egne tanker om «det som var viktig for deg»

I møte med fagpersoner ble samme mal fulgt, men med fokus på personens egen rolle i pasientforløpet. Hensikten var økt innsikt i brister i forløpene.

Det ble også benyttet intervjuguiden i oppfølgingsintervju med 14 brukere etter gjennomført sykehusopphold. I 3 av intervjuene var en pårørende, sønn eller datter til stede og kom med sine kommentarer underveis. Intervjuet ble innledet med:

«Vi undersøker dine mål og ønsker, og søker å forstå hvordan du opplever at dette blir ivaretatt.» Alle intervjuene tok ca. en time. De ble gjennomført ca. 3-5 måneder etter hjemkomst fra sykehuset. Alle intervjuene ble tatt opp på bånd og transkribert i etterkant. I intervjuene gikk vi gjennom forløpet sammen med pasienten, basert på den utarbeidede intervju guiden. Hensikten var å få mer informasjon om brukers opplevelse av forløpet, hjelpen de mottok og hva som ga kvalitet i hverdagen, samt hvordan vedkommende fikk formidlet dette til sine hjelpere. Hva mener brukerne skal til for å oppnå mer og bedre hjemmetid. Førende i samtalen var: Hverdagen hjemme, Relasjoner i helsetjenestene, Forventning til deltagelse i prosjektet, hvordan de opplevde vurderingsbesøket og videre forventninger til prosjektet og tjenestene.»

Det sentrale i intervjuene var å øke innsikten vår og kunnskapen ved å lytte til meninger og synspunkter hos brukere og pårørende.

5.2 Inklusjonskriterier

Vi ønsket å utvikle en samhandlingsmodell for hjemmeboende, multisyke-, eldre. Gruppen ble ved oppstart av forprosjektet inkludert etter følgende kriterier;

Bosatt i bydel Østensjø eller bydel Bjerke,

- 75 år eller eldre.
- Tre eller flere sykdommer som krever aktiv behandling, seks medisiner eller flere
- Hjemmeboende.
- Har vært innlagt på sykehus minst en gang i løpet av det siste året
- Har hjemmesykepleie.
- Har gitt informert samtykke.
- Er tilknyttet medisinsk klinikk: Akutt geriatrisk sengepost eller Generell indremedisinsk avdeling eller ortopedisk klinikk, sengepost, 1,2 og 3

I utgangspunktet ble pasienter med stor kognitiv svikt eller alvorlig psykisk lidelse ekskludert fra prosjektet. Dette viste seg vanskelig å håndtere fordi det er mange grader av kognitiv svikt. Noen ble

inkludert og andre ikke. Noen av de som ble inkludert, gikk ut av prosjektet idet de fikk oppfølging fra bydelens demensteam.

Det er et ønske fra prosjektet «Vel Hjem» at tiltakene som er utviklet, skal bli generiske; tilpasset alle multisyke. I så fall vil også pasienter med ulik grad av kognitiv svikt omfattes av tiltakene.

5.2.1 Endring av inklusjonskriteriene underveis

Ved oppstart av hovedprosjektet, ble det gjort noen endringer ved utvalgsgruppen. Alderen ble senket til 67 år, og det ble redusert på kravet om tidligere innleggelse i sykehus i løpet av siste året. Selv om sykehuspersonalet oppfattet at mange pasienter ville falle inn under kriteriene, var det ved oppstart vanskelig å finne pasienter til prosjektet. Vi valgte derfor ca. midtveis å endre krav om hjemmesykepleie ved innkomst, til ordlyd «vurdert til å være i behov av hjemmetjenester ved utreise»

Det var særskilt ortopedisk klinikk som oppfattet at flere eldre som kom inn med brudd, hadde et stort fall i funksjon som ville føre til behov for hjemmetjenester ved hjemkomst selv om de forut hadde vært selvhjulpne. Ved å endre kriteriene ble det i etterkant inkludert flere pasienter fra ortopedisk klinikk.

5.2.2 Inkludering av pasient

Pasientene ble ved legevisitt første dag vurdert som mulig kandidat til «Vel hjem». Pasienten fikk skriftlig informasjon om prosjektet og dersom vedkommende takket ja, ble det underskrevet et samtykkeskjema(se vedlegg). Pasienten ble så registrert som «Vel hjem» pasient.

Helsehusene var i oppstart ikke inkludert i «Vel Hjem». Det viste seg imidlertid ved oppstart av prosjektet at mange pasienter fikk innvilget rehabiliteringsopphold eller korttidsopphold på Helsehus forut for hjemreise. En representant for hvert av de to involverte Helsehus ble invitert til å delta i prosjektgruppen.

5.3 Gjennomføring av legemiddelsamstemming

Det ble etablert kontakt med farmasøyter ved Sykehusapoteket for bistand med legemiddelsamstemming av medisiner i sykehus, samt oppfølging ved utskrivelse.

Legemiddelsamstemming er en strukturert og systematisk prosess hvor målet er å skaffe en entydig, komplett og oppdatert liste over de legemidler pasienten faktisk bruker, inkludert preparatnavn, styrke, doseringsfrekvens og administrasjonsform(Viktil mfl. 2017). I prosjektet ble legemiddelsamstemming utført av kliniske farmasøyter ved bruk av IMM-modellen («Integrated Medicine Management»), en arbeidsmodell opprinnelig utviklet i Nord-Irland og deretter tilpasset norske forhold. (Scullin mfl. 2007 og 2012))

All informasjon om legemiddelbruk ble innhentet fra relevante informasjonskilder, hvor hovedfokus var å bruke kilden nærmest pasientens legemiddelhåndtering, samt vurdere informasjonen på en strukturert måte. Informasjonskilder som ble brukt var pasienten selv, pårørende, multidoseapotek, hjemmesykepleie, sykehjem og/eller fastlege. Intervju med pasienten selv ble alltid gjennomført for å få dannet et helhetlig bilde av pasientens legemiddelbruk,

legemidlenes effekt, eventuelle bivirkninger og legemiddelallergier. Kjernejournal er vanligvis en viktig informasjonskilde i en legemiddelsamstemming, men i dette prosjektet ble kjernejournal ikke benyttet på grunn av manglende tilgang. Legemiddelforordningene i kurven ble sammenliknet med innhentet legemiddelinformasjon, og alle uoverensstemmelser mellom disse ble registrert og formidlet til behandlende lege på sykehuset, som deretter utførte nødvendige endringer i forskrivningen. Legemiddellisten ble først etter dette ansett som samstemt. En legemiddelsamstemming kan på bakgrunn av dette kortfattet beskrives som en kvalitetssikring av legemiddelanamnesen.

6.0 Prosjektets 10 tiltak testes ut

Prosjektets 10 tiltak ble testet ut i en periode på 68 uker. Tiltakene bygger på dagens organisering og praksis, og var ment å supplere og forsterke gode eksisterende rutiner og samhandlingspraksis.

6.1 Forberedelse

Målinger: I forkant av testfasen ble det besluttet hvordan tiltakene skulle måles og det ble laget guider og maler for intervju med pasienter

Det ble utarbeidet sjekklister til bruk i de aktuelle sengepostene og i hjemmetjenesten. Det ble laget spørreskjema som ble sendt til fastlegen i forbindelse med kontrolltime etter sykehusopphold. Det ble også laget spørreskjema til bruk for det personale som deltok på vurderingsbesøk i sykehus, for å innhente deres erfaringer med nytteverdi og tidsbruk.

Det ble etablert maler for fokusintervju med sykepleiere i hjemmetjenesten for å lytte til deres erfaring med bruk av SAFE. Planen var også i fokusintervju å innhente erfaringer fra samarbeidet med fastlegene.

Forberedelse i sykehus: Det ble invitert til informasjonsmøte for personalet på hver enkelt sengepost. På sengepostene ble det valgt en kontaktperson som hadde et særskilt ansvar for å følge opp «Vel hjem» prosjektet

Forberedelse i hjemmetjenesten: Det ble holdt egne informasjonsmøter i hver bydel for hjemmesykepleiegruppen og ansatte ved søknadskontoret. Både sykepleiere, fysioterapeuter og ergoterapeuter deltok på informasjonsmøtene.

Forberedelse i fastlege gruppen: Det ble sendt ut informasjonsbrev til alle fastlegekontor, samt muntlig informasjon gitt i de to bydelens allmennlegeutvalg. Noen legekontor ble besøkt og gitt muntlig informasjon.

6.2 Utvikling og gjennomføring av tiltak

Tiltak 1 Tverrfaglige funksjonsvurderinger fra sykehuset skal følge pasienten og sendes hjemmetjenesten

Bakgrunn	<p>Flere studier har vektlagt betydningen av en tverrfaglig tilnærming ved utredning og planlegging av behandlingsforløp for eldre pasienter. Dette kan redusere reinnleggelser og bedre overføringer til kommunal helsetjeneste.</p> <p>Det vises i den anledning til «Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) (Graham mfl. 2011) eller «Omfattende geriatrik vurdering» som det kan oversettes til på norsk.</p> <p>«Omfattende geriatrik vurdering» er en systematisk, tverrfaglig og multidimensjonal utredning som fokuserer på skrøpelige eldre pasienters ressurser og begrensninger.</p> <p>Hensikten er god diagnostikk og behandling og å lage en koordinert og integrert plan for behandling og oppfølging, inklusive rehabilitering.</p> <p>Følgende dimensjoner skal kartlegges:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Fysisk helse (medisinsk vurdering, medikamentell behandling med systematisk gjennomgang av medikamentlisten, ernæringstilstand, hudproblemer, smerter)2. Psykisk helse (Kognitiv svikt - akutt delir/demens, depresjon/angst)3. Funksjon/eliminering (ADL /IADL, mobilitet, eliminering (urin/avføring), hørsel, syn)4. Sosiale forhold (pårørende / sosialt nettverk, bolig, behov for hjelp i hjemmet, bilkjøring og våpen)5. Pasientens mål skal etterspørres Pårørendes mål skal etterspørres <p>CGA (comprehensive geriatric assessment) bidrar til å</p> <ul style="list-style-type: none">• Avdekker reversible tilstander (depresjon og underernæring, som påvirker behandlingen og prognose)• Vurdering av funksjonelle reserver• Kan gi en objektiv vurdering av prognose/forventet levealder• Bidrar til å redusere reinnleggelse• Øker funksjonell uavhengighet• Forebygger geriatrike syndromer (eks fall, depresjon, delirium)• Økt overlevelse• Ikke dokumentert at det er andre (bedre) metoder
Begrunnelse	

	<p>I «Vel hjem» er helhetlig ivaretagelse en viktig verdi. Vi tror Tverrfaglig vurdering overfor pasienter med akutt funksjonssvikt «Comprehensive Geriatric Assessment » (CGA) bidrar til det som er målsetting i «Vel hjem»; bedre kvalitet på overføring til hjem og redusert reinnleggelser.</p> <p>I testing av «Vel hjem» er den tverrfaglig funksjonsvurdering basert på «Comprehensive Geriatric Assessment», CGA slik denne benyttes i Akutt geriatrisk sengepost OUS. prosedyre ID-78489 Akutt funksjonssvikt</p> <p>I «Vel hjem» ønsket vi i tillegg å integrere i prosedyre hvordan videreformidle sammenfatning av tverrfaglige vurderinger til for eksempel helsehus og hjemmetjeneste. Vi ønsket å benytte den tilnærming på alle sengeposter som var inkludert i «Vel hjem»</p>
Konkretisering	<p><u>Det skal gjennomføres en tverrfaglig vurdering – se prosedyre</u></p>
Gjennomføring	<p>Tverrfaglig funksjonsvurdering er registrert gjennomført hos 25 av de 42 pasientene. Det vil si at et tverrfaglig team har gjennomført kartlegging etter mal av CGA.</p> <p>Selve gjennomføringen av tverrfaglige observasjoner og nedtegning av disse er ulikt håndtert på de ulike sengepostene. Mens noen sengeposter har egne møter hvor et tverrfaglig team er samlet, benytter andre prøvisitten til å sammenholde opplysninger som ulike fagpersoner har innhentet. Ved gjennomgang av journaler på alle 42 prosjektpasientene er det kun hos 2 det ikke er henvist til - og gjennomført fysioterapeut vurdering og/eller ergoterapivurdering.</p> <p>I etterkant av gjennomført testperiode ble det tydelig at metoden CGA og den utarbeidede prosedyren ID-78489, ikke egner seg for alle pasienter i målgruppen multisyke eldre. Den aktuelle prosedyre er rettet mot pasienter med hoveddiagnosen akutt funksjonssvikt. For mange av pasientene vil det være andre hoveddiagnoser, eksempelvis hoftebrudd. Samtidig som symptomer som svimmelhet, dehydrering, falltendens kan være en del av det kliniske bilde.</p> <p>Det er derfor satt i gang et arbeid med å se på ny prosedyre tverrfaglig funksjonsvurdering for pasienter i målgruppa.</p> <p>Det er en utfordring å videreformidle sammenfatning av tverrfaglige vurderinger til for eksempel helsehus og hjemmetjeneste. En årsak er at de interne IKT systemer(Dips) ikke er tilrettelagt tilstrekkelig for tverrfaglig dokumentasjon, med den konsekvens at det heller ikke videreformidles tverrfaglige vurderinger ved overgang Dips til Geric. Eksempel fra praksis på sengepost;</p> <p>«Tverrfaglig funksjonsvurdering blir som regel skrevet ut og sendt i papirform med pasienten (kan foreløpig ikke sendes elektronisk). Legene klipper som regel ut fra tverrfaglig notat og limer dette inn i sin</p>

	<p>epikrise.</p> <p>Det pågår nå et pilotprosjekt på akuttgeriatrisk sengepost der fysioterapeutene og ergoterapeutene har fått tilgang til å kommunisere elektronisk med fysioterapeut/ergoterapeut kolleger i kommunen via PLO-systemet (elektroniske pleie- og omsorgsmeldinger.) Dette antas å styrke samhandlingen og bedre dialogen rundt pasientene. Dersom pasienten skal ha videre oppfølging av fysioterapeut eller ergoterapeuter i kommunene, sendes det ofte med en fysioterapi- eller ergoterapi -sammenfatning elektronisk. Dette dokumentet er tilgjengelig for lesning både internt på sykehuset og for alle som har tilgang til å lese om pasienten på Gerica i bydel/helsehus.»</p>
Hindringer og justeringer underveis	<p>Det er ikke lett tilgjengelige maler i Dips-elektronisk pasientsystem. Dette kompliserer formidling et helhetsbilde basert på de ulike tverrfaglige vurderingene. Tiltaket følges opp lokalt i « Læringsnettverk for eldre og kronisk syke»</p>
Målemetode	<p>Sykepleier registrerer på sjekklister om tiltaket er utført. Det er imidlertid ikke ført registrering over hvordan disse er videreformidlet til hjemmetjenesten. I mal for tiltaket «Vurderingsbesøk» er det beskrevet at den tverrfaglige vurdering skal være tilgjengelig til dette møtet. Det er ikke ført statistikk som viser om dette er fulgt opp.</p>

Tiltak 2 Forbedre struktur for vurderingsbesøk før hjemreise fra sykehus

Bakgrunn	<p>I Riksrevisjonens undersøkelse «Helseforetakenes praksis for utskrivning av somatiske pasienter til kommunehelsetjenesten», (2017), vektlegges betydningen av god informasjonsutveksling mellom sykehus og kommunehelsetjenesten forut for utskrivelse. For gruppen multisyke eldre vil kartlegging av funksjonsnivå være svært viktig. Men dette må kombineres med en beskrivelse av pasientens egen opplevelse av situasjonen. Hva vil være viktig for god livskvalitet. Da er grunnlaget aller best for å gi individuelt tilpassede tjenester. (Berntsen m fl, artikkel 2014)</p>
Begrunnelse	<p>«Vel hjem» ønsket å teste ut om en struktur som ivaretar pasientens/pårørendes stemme i møtet, vil bidra til mer individuelt tilpassede tjenester. Vurderingsbesøk er en arena for å lytte til pasientens opplevde behov, samt å sammenholde dette med faglig innsikt fra fagpersonell både i hjemmet og i sykehus. Vurderingsbesøk er et tiltak for å sikre god planlegging som ivaretar både faglige hensyn og pasientens opplevelse av situasjonen.</p>
Konkretisering	<p>Vurderingsbesøk skal avholdes sammen med pasient forut for utreise fra sykehus. Det skal avklares i dialogmelding så tidlig som mulig om det foreligger et behov for møtet. Alle parter kan be om vurderingsbesøk der det er behov for nærmere avklaringer knyttet til hjelpebehov og tjeneste ved utskrivning.</p>

	<p>Både representant fra bydel og fra sykehus skal være tilstede. Pårørende skal gis mulighet til å delta. Et av de viktigste formål med møtet er å sikre pasient og pårørende en arena for å drøfte «hva er viktig for meg».</p> <p>Møtet skal være planlagt. For nærmere beskrivelse, se prosedyre om vurderingsbesøk - Prosedyre ID-88111 Vurderingsbesøk</p>
Gjennomføring	Møtet er gjennomført hos 31 av de 42 pasientene. Avviklingen har stilt store krav til særlig bydelene som har kommet til i sykehus på kort varsel.
Hindringer og justeringer underveis	<p>Tidspress har vært den viktigste begrunnelsen for ikke å gjennomføre møtet. Personvern bestemmelser sammen med praktiske utfordringer har hindret bruk av videosamtale.</p> <p>For å få erfaring med tiltaket, ble det i prosjektet tilstrebet at alle pasienter skulle få vurderingsbesøk. Mens det ved videreføring anbefales at behov for møte alltid skal være vurdert og avholdes dersom en av partene ber om det.</p>
Målemetode	Det ble benyttet spørreskjema til å innhente fagpersonells vurdering av tiltaket. Det er også i noen tilfeller etterspurt pasientens opplevelse av nytteverdi av møtet. ,se kap. 7.1.1

Tiltak 3 Kontroll time hos fastlege innen 1-2 uker, sykehuset bestiller time v/utskrivning for pasienter som ikke klarer dette selv.

Bakgrunn	<p>Stadig sykere pasienter bor i eget hjem. Dette øker behovet for god medisinsk ivaretagelse. Det er derfor i «Vel hjem» lagt stor vekt på samarbeid med fastlegen. Dette handler både om samarbeid mellom sykehus og fastlege, og mellom fastlege og hjemmetjeneste.</p> <p>Det vises til evaluering av samhandlingsreformen; <i>«Kommunehelsetjenesten bør involveres tidligere i utskrivningsprosessen fra sykehus, og utskrivningen bør differensieres slik at det tas hensyn til pasientens helsetilstand, kompleksitet og behovet for planlegging for å redusere faren for reinnleggelser og slik at flere kan reise direkte hjem. Fastlegenes kompetanse bør brukes i langt større grad i denne fasen» (Forskningsrådet 2016)</i></p> <p>I samhandlingsmodellen «Gode pasientforløp HPH» (Grimsmo, mfl. 2016)er det vist at kontrolltime hos fastlege innen 2 uker etter utskrivelse kan bidra til å redusere reinnleggelser på sykehus.</p>
Begrunnelse	Helsetjenesten i Oslo mangler rutine på dette området. «Vel hjem» ønsket å utvikle en rutine som kan sikre at pasientene får kontrolltime slik anbefalingen er.
Konkretisering	Det er i henvendelse til fastlegene lagt vekt på at « <i>timen bør inneholde oppsummering av innleggelsen i sykehus, avklaring av pasientens</i>

	<i>spørsmål og ønsker, klinisk kontroll, plan for videre legemiddelbehandling, samstemming av legemiddellister og etablering av ny LIB». Det er viktig å gi pasienten god informasjon om legemidlene for å sikre best mulig etterlevelse.</i>
Gjennomføring	Det skal være avklart at timen er bestilt i forkant av utreise. Dette for å trygge den medisinske oppfølging Pasienten skal informeres om nødvendighet av oppfølging hos fastlege for videre plan for den medisinske behandling. Sykepleier er ansvarlig for å ha avklart om pasienten selv bestiller eller om sykehuset skal ta hånd om bestillingen.
Hindringer og justeringer underveis	I undersøkelsen reiste ofte pasienten fra sykehus til helsehus forut for hjem. Ansvar for å bestille time hos fastlege ble delegert til helsehus. Mange ledd og endringer førte til at overgang til fastlegeansvar var et sårbart område utsatt for avvik
Målemetode	Spørreskjema ble sendt ut til alle fastleger for «Vel-hjem» pasienter

Tiltak 4 Korrekte samstemte legemiddellister. Tydeliggjøre fastlegens ansvar for oppdatert legemiddelliste i bruk. Sikre at pasienten forstår sitt legemiddelbruk

Bakgrunn	<p>Vel-hjem» har hentet inspirasjon fra et PhD-prosjekt ved Indremedisinsk sengepost ved medisinsk klinikk, Oslo universitetssykehus; OPERA-studien (Oslo Pharmacist intervention study – Effect on Readmissions). Ansvarlige for denne studien er kliniske farmasøyter/stipendiater Marianne Lea (OPERA) og Stine Eidhammer Rognan (OPERA 2). OPERA-studien er en randomisert kontrollert studie hvor det undersøkes effekten av å implementere en systematisk arbeidsmetode for å kvalitetssikre legemiddelbehandlingen, kalt «Integrated Medicines Management» (IMM), på pasienters tid til første sykehusinnleggelse eller død. IMM-intervensjonen utføres av kliniske farmasøyter som deltar i det tverrfaglige behandlingsteamet sammen med lege og sykepleier.</p> <p>IMM skal sikre at informasjon om pasienters bruk av legemidler er komplett og fullstendig ved innleggelse på sykehus, at legemiddelbehandlingen optimaliseres gjennom hele sykehusoppholdet og at komplett informasjon om videre legemiddelbehandling formidles til pasient og neste behandlernivå ved utskrivelse.</p> <p>Det vises til prosedyre «Opptak av legemiddelanamnese og samstemming av legemiddellister» Dokument-ID: 18148 legemiddelsamstemming ved OUS. Prosedyre ID-18148 «Opptak av legemiddelanamnese og samstemming av legemiddellister»</p> <p>Samstemmingen avdekker uoverensstemmelser mellom sykehusets</p>
-----------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>legemiddelliste og de legemidlene pasienten <i>faktisk</i> bruker. I tillegg vil metoden kunne avdekke eventuelle utfordringer pasientene måtte ha knyttet til praktisk legemiddelhåndtering. Eksempler på dette er svelgevansker, inhalasjonsteknikk ved astma/kols, åpning av medisinbeholder, mm. Samtale med pasient er <i>helt</i> nødvendig for å fange opp denne informasjonen, samt avdekke pasientens faktiske medisinforbruk.</p> <p>Forskning viser at det er mye feil i fastlegenes legemiddellister. Tidsskriftet.no, kommunikasjon om medikamentbruk i henvisninger innleggesskriv</p>
Begrunnelse	<p>Det vises til pasientsikkerhetsprogrammet: Pasientsikkerhetsprogrammet.no - Samstemming-av-legemiddellister</p> <p>Det er stor oppmerksomhet på viktighet av legemiddelsamstemming. Dette er en egen tiltakspakke i pasientsikkerhetsprogrammet.</p>
Konkretisering	<p>Tiltaket innebærer samstemming på to steder.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Når pasienten kommer inn i sykehuset 2. Etter første oppfølgingskontroll hos fastlegen 1-2 uker etter utreise fra institusjon, sykehus/helsehus eller annen rehabilitering. <p>Det skal sikres at pasienten forstår og har innsikt til sitt legemiddelbruk da dette vil sikre bedret helse og etterlevelse. Dette forutsetter en samtale med pasienten. Legemiddelsamstemming ble utført som beskrevet i punkt 5.3</p>
Gjennomføring	<p>I «Vel-Hjem» er pasienter intervjuet, og det er foretatt en strukturert legemiddelsamstemming.</p> <p>Det ble gjennomført legemiddelsamstemming i sykehus hos 9 av de 42 pasientene. Målet var å få samstemt 12 pasienter, men det viste seg dessverre å være vanskelig å organisere. En årsak kan være at farmasøytene i prosjektet ikke arbeidet fast på noen av sengepostene prosjektet ble utført på og kun ble tilkalt på relativt kort varsel ved behov for legemiddelsamstemming.</p> <p>Farmasøyt utførte i kun to tilfeller legemiddelsamstemming etter hjemkomst i etterkant av fjorten dagers kontroll time hos fastlegen. I de to tilfellene hvor samstemming ble utført i regi av «Vel hjem», ble det funnet uoverensstemmelser. Disse ble videreformidlet til ansvarlig lege i de gitte tilfellene.</p>
Hindringer og justeringer underveis	<p>I vanlig sykehusdrift arbeider kliniske farmasøytter et fast timeantall per uke på en bestemt sengepost. I prosjektet ble imidlertid farmasøyt tilkalt ved behov for legemiddelsamstemming, ofte på relativt kort varsel. Dette kan være årsaken til at kun 9 av de 42 pasientene fikk legemiddelsamstemming i løpet av sykehusoppholdet. I prosjektet viste det seg også vanskelig å få lege på sengepost til å rette opp kurven i</p>

	etterkant av samstemmingen, da lege ikke alltid var tilgjengelig når farmasøyten var tilstede på sengeposten. Kun 2 pasienter fikk legemiddelsamstemming omtrent 2 uker etter utskrivelse, på grunn av ulike logistikk-utfordringer i prosjektet.
Målemetode	Det ble funnet totalt 23 uoverensstemmelser blant de 9 pasientene som fikk legemiddelsamstemming i løpet av sykehusoppholdet, hvor det var minst en feil hos hver pasient. Dette gir et gjennomsnitt på 2,6 uoverensstemmelser per pasient. Hos de to pasientene som fikk hjemmebesøk, ble det oppdaget 4 uoverensstemmelser totalt som gir et gjennomsnitt på 2 per pasient.

Tiltak 5 Samme dags epikrise eller utskrivningsnotat m/legemiddelliste sendes fastlegen elektronisk ved utreise.

Bakgrunn	Det er dokumentert risiko for svikt i overgangene ved utskrivelse fra sykehus. Hjemmeboende multisyke eldre er en særlig sårbar gruppe, med sitt komplekse sykdomsbilde. Svært ofte har hjemmetjenesten behov for å konferere med fastlegen for videre oppfølging i hjemmet, ikke minst knyttet til legemiddelbehandling, samme dag som utreisen fra sykehus finner sted. Ofte tar også pasient eller pårørende selv kontakt med fastlegen umiddelbart etter utskrivelsen, med spørsmål knyttet til medisinske forhold og/eller legemiddelbehandling Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter, § 12, sier: «Ved utskrivning fra helseinstitusjon omfattet av spesialisthelsetjenesteloven skal epikrise eller tilsvarende informasjon sendes det helsepersonell som trenger opplysningene for å kunne gi pasienten forsvarlig oppfølging»
Begrunnelse	For å kunne følge opp det medisinske ansvaret for multisyke, gamle pasienter som skrives ut til hjemmet fra sykehus, er fastlegen avhengig av oppdatert informasjon i form av elektronisk oversendt samme dags epikrise. En papirversjon av foreløpig epikrise sendt med pasienten hjem, er ikke til hjelp for fastlegen. Fax med anonymiserte, foreløpige helseopplysninger, er ikke et godt nok handlings grunnlag i disse komplekse situasjonene. Det er uforsvarlig at fastlegen skal ivareta det medisinske ansvaret og samarbeide med hjemmetjenesten uten å ha mottatt adekvat medisinsk informasjon fra sykehuset. Med begrunnelsen anført i punktet over, mener prosjektgruppen at etterlevelse av Forskriften § 12 må forstås som elektronisk oversendt samme dags epikrise.
Konkretisering	Epikrise eller utskrivningsnotat m/legemiddelliste skal sendes fastlegen elektronisk ved utreisedag. Der pasienten reiser til Helsehus, sendes epikrisen elektronisk til legetjenesten tilhørende helsehus.
Gjennomføring	Det er registret epikrisetid hos 39 av de 42 pasientene. Hos 28 er

	<p>epikrisen sendt elektronisk samme dag eller innen 0-3 dager etter utreise. Hos 11 pasienter etter mer enn 3 dager. Hos en pasient etter 13 dager</p> <p>Det vises til prosedyre ID_65697.</p> <p>Prosedyre ID-65697 Epikrise, Opprette og sende</p> <p>Det er gjennomført en presisering for pasienter i «Vel hjem» hvor fastlegens LIB liste alltid skal etterspørres ved innleggelse i sykehus. Likeledes skal det for disse pasientene tilstrebes en praksis med samme dags epikrise også når pasienten reiser til eget hjem.</p>
Hindringer og justeringer underveis	<p>OUS har en stor samarbeidsflate både mot andre helseforetak og mot fastlegene/øvrig kommunehelsetjeneste. Stort tempo og økende kompleksitet i helsetjenesten gjør en godt utformet epikrise sendt i rett tid (elektronisk, om mulig), til et samhandlingsverktøy av avgjørende betydning for samlet kvalitet og pasientsikkerhet.</p> <p><i>Faktorer som bidrar til lang epikrisetid:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Stort arbeidspress gjør det krevende å prioritere epikrisearbeid foran annet arbeid - Forsinkelse i påvente av prøvesvar - Komplekse sykdomsbilder hvor oppfølging er tidkrevende og involverer flere instanser - Forsinkelse i påvente av kontrasignering - Sårbarhet ved fravær i enheter med få leger
Målemetode	Det er utført manuell optelling

Tiltak 6 Innføre dialogmeldinger sykehus – fastlege(avventer prosess Helse Sør-Øst)

Bakgrunn	<p>Alle pasientene i «Vel hjem» ble akutt innlagt på sykehus. Få ble innlagt av fastlege. Det betyr at sykehuset må basere sine tiltak på opplysninger fra AMK/Legevakt, pasienten selv, samt eventuelle pårørende. Dagen etter innleggelsen får sykehuset informasjon fra hjemmetjenesten. Fastlegen varsles ikke rutinemessig om sykehusinnleggelsen. Dersom det blir vurdert som viktig, kan fastlege ringes, eller det kan tas kontakt med fastlegekontoret med anonymisert fax. Fastleger i Oslo har pr i dag ingen annen måte å besvare en slik henvendelse. f.eks. å sende helseopplysninger og oppdatert legemiddelliste, enn anonymisert fax..</p> <p>Innføring av elektroniske dialogmeldinger vil muliggjøre utveksling av helseopplysninger fra journal til journal mellom fastlegene og spesialisthelsetjenesten. Det vil bli mulighet for kontakt ved akuttinnleggelser og før utskrivelse. Fastlege vil kunne ta kontakt i etterkant av en utskrivelse ved behov for råd og avklaringer. Dette vil gi tryggere oppfølging og kunne forebygge re-innleggelser</p>
Begrunnelse	Mangel på Dialogmelding i Oslo, og erkjennelse av stort behov for at

	fastlege og lege i sykehus kan ha gjensidig kontakt ved behov for avklaringer i den medisinske behandlingen av multisyke, gamle pasienter.
Konkretisering	Mulighet for fastlege å komme i kontakt med ansvarlig lege i sykehus, og visa versa, ved behov for avklaringer i den medisinske behandling
Gjennomføring	Dette er satt på prioriteringslisten til høst 2019, teknisk mulig primo 2020, å tilrettelegge for det.
Hindringer og justeringer underveis	Tiltaket er ikke innført, fordi Dialogmeldinger foreløpig ikke har blitt tilgjengelige i HSØ.
Målemetode	

Tiltak 7 Benytte SAFE-sjekkliste i hjemmesykepleie

Bakgrunn	<p>SAFE er et klinisk fagverktøy med det formål å oppdage og dokumentere systematisk observasjoner og vurderinger av eldre mennesker som står i fare for å utvikle funksjonssvikt. (Akutt og subakutt funksjonssvikt hos eldre 2012-2013)</p> <p>SAFE i bygger på de 13 sykepleieområder som er definert i ICN (International Council of Nurses)</p> <p>Å identifisere symptomer på funksjonssvikt hos eldre kan være en utfordring, særlig i hjemmesykepleien hvor vilkårene for å oppdage diffuse symptomer er vanskeligere enn i institusjon. Tilsynelatende små, gradvise fysiologiske, fysiske eller kognitive endringer i sum og over tid kan få store konsekvenser for eldre. Dersom dette ikke oppdages, kan det føre til store helseutfordringer med tap av funksjon.</p>
Begrunnelse	<p>Fagpersonell i hjemmetjenesten har et ansvar for å følge opp og være oppmerksomme på symptomer som kan føre til økende sykdomsutvikling.</p> <p>Mange pasienter i sykehjem og hjemmesykepleie har et komplekst sykdomsbilde der:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Allmennsymptomer ofte er dominerende • Spesifikke organsymptomer kamufleres • Stort medisinbruk kan kamuflere symptomer og tegn • Sykehistorien er sammensatt • Kommunikasjon med pasienten kan være vanskelig • Kognitiv svikt (som delirium) kan gi redusert samtykkekompetanse • Sykepleieren står stadig oftere alene om disse vurderingene. Næss,(2016) <p>Det er behov for å teste ut og få mer erfaring med verktøyet SAFE. I «Vel hjem» «er det en målsetting å styrke den proaktive tilnærming, å arbeide</p>

	<p>mer forebyggende og styre kvaliteten på tiden hjemme i «stabil fase» SAFE-verktøyet er utviklet for å kvalitetssikre og bidra i Observasjon – vurdering – dokumentasjon – tiltak, samt i videreformidling av det kliniske bilde til samarbeidende fagfolk, fastlege, sykehus. Det er i dag ikke tilsvarende verktøy i bruk i hjemmetjenesten</p>
Konkretisering	<p>I prosedyren for bruk av SAFE står; Sjekklisten fylles ut fortrinnsvis av tjenesteansvarlig sykepleier enten hver 14. dag eller ved endring av pasientens funksjonsnivå eller innen en uke etter utskrivelse fra institusjonsopphold</p> <p>Sjekkliste:</p> <p>Grønn status: Ingen endringer på området som observeres etter baseline. Sykepleieren foretar seg ikke noe ut over fortsatt systematisk SAFE-kartlegging etter fastsatt intervall, eller ved mistanke om endring.</p> <p>Gul status: Endring fra forrige vurdering → a) vurdere på nytt påfølgende dag, eller b) konsultere lege via PLO-melding/faks, eller c) ringe lege ved flere samtidige endringer.</p> <p>Rød status: Lege kontaktes så raskt som mulig via telefon samme dag. Vurdere om akutt → nødtelefon.</p>
Gjennomføring	<p>Det er registret bruk av SAFE i 10 tilfeller. Pasientgrunnlaget er 25. SAFE-sjekkliste er benyttet i løpet av de første syv dagene etter utskrivelse. Deretter i tiden hvor bruker er hjemme er SAFE benyttet minimum x 1 hver måned i den hensikt å få mer erfaring med verktøyet og få testet ut nytteverdi. Ved mistanke om endringer i pasientens funksjon er også SAFE benyttet. Vi vet imidlertid ikke om SAFE er benyttet i anledning kontakt med fastlege eller sykehus som et grunnlag for konferering og videreformidling av status.</p>
Hindringer og justeringer underveis	<p>Det er i liten grad gitt tilbakemelding på hvordan sykepleier benytter SAFE i sin dialog med fastlege. Vi mener SAFE nettopp er et godt verktøy til å beskrive pasientens symptomer mer presist i en dialog med andre fagpersoner.</p> <p>SAFE er ikke digitalisert. Det er gjort et arbeid hos Prosit i Oslo kommune for å legge til rette for bedre dokumentasjon i Gerica, men det vil være behov for en digitalisering av SAFE for å integrere det i ulike plattformer</p> <p>Validering av Verktøyet SAFE ferdigstilles i løpet av sommer 2018. Det pågår et arbeid med å knytte verktøyet til Gerica ved en AFI-løsning.</p>
Målemetode	<p>Det er i begge bydelene gjennomført fokus intervju med en gruppe tjenesteansvarlige sykepleiere (TA) som har hatt ansvar for pasient i «Vel hjem» prosjektet, - og som har benyttet SAFE – sjekkliste.</p>

Tiltak 8 Bruk av PLO-melding mellom fastlege-hjemmetjenesten ved endring av klinisk status og ved endring av legemiddelliste.

<p>Bakgrunn</p>	<p>Fastlegene er sentrale aktører både ved innleggelse og utskrivning av pasienter fra sykehus</p> <p>Forskningsresultater viser at hjemmetjeneste og fastleger ikke samarbeider godt nok for å realisere intensjonen om integrering og koordinering av helsetjenester. (Røsstad 2013)</p> <p>Statistikk fra Oslo viser en klar økning i antall PLO-meldinger mellom hjemmetjeneste og fastlege. Det meldes om en stor forbedring i kommunikasjon etter at elektroniske meldesystem ble innført. Mens fastlege og hjemmesykepleier for noen år tilbake hadde faste samarbeidsmøter, har nå elektroniske dialogmeldinger overtatt mye av kommunikasjonen.</p> <p>I «Vel hjem» har vi satt fokus på fastlegens informasjon om legemiddelsamstemming og videre plan etter første kontroll etter sykehusinnleggelse. Det kan synes som det i liten grad foreligger meldinger av denne type.</p>
<p>Begrunnelse</p>	<p>«Vel hjem» ønsker å bidra til å heve kvaliteten og hyppigheten på dialogmeldinger. Det gir økt trygghet for hjemmetjenesten å kjenne til den medisinske situasjon, ha oppdatert legemiddelliste og vite at legemiddelbehandlingen blir fulgt opp etter en konkret plan. Dette kan være et bidrag til å komme i en pro-aktiv posisjon og komme i forkant av en begynnende helsesvikt.</p>
<p>Konkretisering</p>	<p>PLO-melding skal sendes etter 2-ukers kontroll, med journalnotat og oppdatert LIB-liste. Tiltak som fastlegen ønsker skal gjennomføres av hjemmetjenesten og avtale om ny time bør fremkomme i PLO-meldingen. Hjemmetjenesten sender PLO-melding om endringer som man er bekymret for og som bør vurderes av lege. Pasienten bør få oppfølgings time på 2-ukerskontrollen, og det bør skisseres hvor ofte pasienten skal ha kontroll (2-4 g pr år) Ny time hos fastlege kan legges inn i Gericas hos hjemmetjenestene.</p>
<p>Gjennomføring</p>	<p>Det viste seg vanskelig å innhente data fra fastlegen på om tiltakene er utført. Dette gjelder både informasjon om det er gjennomført kontroll time, og om kontrolltiden inneholdt de elementer som var tydeliggjort i introduksjon av «Vel hjem».</p> <p>Det er 18 Fastlegekontor og totalt ca. 60 fastleger til sammen i de to bydelene som var involvert. Med 42 inkluderte pasienter var det tilfeldig om en fastlege fikk en «Vel hjem pasient». Selv om det enkelte fastlegekontor og fastlegen selv ble påminnet i det enkelte tilfelle om «Vel hjem» pasient, var det kun et par som responderte på spørreskjema som ble sendt ut i anledning oppfølging av pasienten.</p> <p>Det er registrert at 1/3 av pasientene har hatt oppfølgingskontroll hos</p>

	fastlegen, Kun i 5 tilfeller ble det funnet av fastlegen hadde sendt PLO-melding med informasjon til hjemmesykepleien etter besøket.
Hindringer og justeringer underveis	<p>Det er behov for en økt bevissthet på å benytte dialogmelding etter 2 ukers kontrollen.</p> <p>Vi oppdaget underveis i «Vel hjem» prosjektet at det manglet samarbeidsavtale mellom fastleger og bydel omkring oppfølging av multisyke eldre sitt behov for hjemmetjenester. Det fantes på andre områder, som innen demensomsorgen.</p> <p>Det ble derfor satt i gang et arbeid med å etablere en samarbeidsavtale for denne pasientgruppen.</p>
Målemetode	Det er sendt ut spørreskjema til hver enkelte fastlege som har ansvar for «Vel hjem» pasient.

Tiltak 9 Faste oppfølgingskontroller hos fastlege i stabil fase.

Bakgrunn	<p>SSB's statistikk for forbruk av fastlegetjenester i årene 2013 – 2017 viser at forbruket er nokså stabilt for de eldste gruppene:</p> <p>Antall konsultasjoner hos fastlege</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Årstall</th> <th></th> <th>2013</th> <th>2014</th> <th>2015</th> <th>2016</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>67-79 år</td> <td>Konsultasjoner per person</td> <td>4,3</td> <td>4,2</td> <td>4,1</td> <td>4,1</td> </tr> <tr> <td>80-89 år</td> <td>Konsultasjoner per person</td> <td>5,2</td> <td>5,2</td> <td>5,2</td> <td>5,1</td> </tr> <tr> <td>90 år eller eldre</td> <td>Konsultasjoner per person</td> <td>3,2</td> <td>3,3</td> <td>3,4</td> <td>3,4</td> </tr> </tbody> </table> <p>Det avtakende forbruket for pasienter over 90 år kan dels skyldes at noen av disse kommer på sykehjem (de blir da fortsatt værende på fastlegens liste). Det kan også skyldes at hjemmetjenesten tar over en del av oppfølgingen som tidligere har foregått hos fastlege, i et avtalt samarbeid. Medvirkende kan også være at aktiviteten knyttet til diagnostikk og oppfølging av sykdom avtar hos de aller eldste. Men reduksjonen kan også skyldes at de aller eldste pasientene blir mindre mobile, er avhengige av hjemmebesøk og ikke får den medisinske oppfølgingen de burde ha.</p>	Årstall		2013	2014	2015	2016	67-79 år	Konsultasjoner per person	4,3	4,2	4,1	4,1	80-89 år	Konsultasjoner per person	5,2	5,2	5,2	5,1	90 år eller eldre	Konsultasjoner per person	3,2	3,3	3,4	3,4
Årstall		2013	2014	2015	2016																				
67-79 år	Konsultasjoner per person	4,3	4,2	4,1	4,1																				
80-89 år	Konsultasjoner per person	5,2	5,2	5,2	5,1																				
90 år eller eldre	Konsultasjoner per person	3,2	3,3	3,4	3,4																				
Begrunnelse	En systematisk oppfølging hos fastlege, i samarbeid med hjemmetjenesten, kan bidra til tidligere å få kontroll med negativ sykdomsutvikling, og bidra til å utsette og begrense forverring og funksjonsfall. I den siste livsfasen med langt kommen sykdom og funksjonsfall kan fastlegens systematiske medisinske oppfølging bidra til å utsette og avgrense behovet for sykehus- og institusjonsopphold																								
Konkretisering	«Vel hjem» prosjektet har som mål at alle multisyke pasienter skal ha systematisk oppfølging hos fastlege. Dette kan bidra til at alle pasienter får god medisinsk oppfølging, og til å fange opp tegn på forverring/ny sykdom på et tidlig stadium. For å sikre dette, bør det innføres nedfelt i samarbeidsavtale.																								
Gjennomføring	Det er en fordel om fastlegen allerede på 2 ukers kontrollen setter opp tid for																								

	<p>kontrolltime nr. 2, evt. som konferansetime.</p> <p>Det er en målsetting å få til en praksis der bruker har regelmessige kontrolltimer hos fastlegen - pasienten får ny timeavtale ved hver kontroll</p> <p>Intervallene tilpasses den enkelte pasient. Ø-hjelp-/hastetime settes opp i tillegg etter behov.</p>
Hindringer og justeringer underveis	Det har vært en utfordring å inkludere fastleger i prosjektet. En av årsakene kan være at utvalget av pasienter har vært for lite til å skape kontinuitet.
Målemetode	Sjekkliste i hjemmetjenesten

Tiltak 10 Mulighet for å innkalle til «Konferansetime» ved behov for korrigerende underveis i pasientforløpet.

Bakgrunn	<p>Det er tradisjon for at hjemmesykepleie, fastleger og andre samhandlingsparter har små og store møter om pasientene, av og til med pasienter og pårørende til stede. Noen pasienter har definerte ansvarsgrupper. Enkelte pasienter har individuell plan. Dette gjelder i liten grad målgruppen eldre, multisyke pasienter. Det er ofte høy terskel for å innkalle samhandlingsparter til rådslagning når noe ikke er som det skal, og liten tradisjon for å invitere pasient med i møter. Dersom ingen tar tak, kan et uheldig forløp få utvikle seg og få negative følger for pasienten.</p> <p>Konferansetimen skal være et effektivt, korrigerende møte som kan foregå på fastlegekontoret eller i pasientens hjem. Bruker selv, pårørende eller en av fagpersonene omkring bruker kan be om møtet.</p>
Begrunnelse	Hensikten med tiltaket er å komme i forkant av en negativ helseutvikling. Pasient, pårørende og alle fagpersoner i teamet omkring pasient gis en mulighet til å bli lyttet til av samarbeidspartnere der det er behov for justering i oppfølging og medisinsk behandling.
Konkretisering	<p>Konferansetime innen 3 måneder etter utskrivelse.</p> <p>Pasient, fastlege og hjemmetjeneste deltar. I tillegg kan pårørende og eventuelt andre samarbeidspartnere inviteres. Hjemmetjenesten varsles om timen i PLO melding fra fastlegen. Konferansetimen skal brukes til å få oversikt over pasientens situasjon og ønsker, etablere felles målsettinger, avdekke svikt i samarbeidet og treffe tiltak for å bedre samarbeidet.</p> <p>Hjemmetjenesten tar initiativ til konferansetime 3 måneder etter utskrivelse dersom møtet ikke har vært holdt innen den tid. Møtet finner sted i pasientens hjem eller på fastlegekontoret.</p>
Gjennomføring	Pasientgrunnlaget ble mindre etter hvert. Dette tiltaket ble kun gjennomført på 3 pasienter
Hindringer og justeringer	Det var vanskelig å få gjort «Vel hjem» tilstrekkelig kjent blant

underveis	fastlegene. Når tiltaket integreres i ferdig modell, er krav om 3 måneder falt bort, og det gjennomføres etter behov. Den som ser behovet, kan ta initiativet. Det vises også her til etablering av samarbeidsavtale, bydel Østensjø.
Målemetode	Sjekkliste hjemmetjenesten

7.0 Resultater

7.1 Utførte tiltak

	Tverrfaglig vurd	Vurd. Besøk	Legem samst	Kontrhos f.lege	Epi tid	SAFE	Oppf Kontr f. lege	PLO etter 1.kontr o	Konf time
Utført	25	31	16***	15	39 (28-11)	10	9	5	3
Div årsaker					3 ikke mulig å etter-spore	8	8*	8*	8*
Døde				5		9**	9**	9**	9**
Totalt pas	42	42	42	37	42	25	25	25	25

Tabell 1- utførte tiltak

* 1 overført sykehjem + 7 ikke i behov av hjemme tjeneste

**7 døde på sykehjem + 2 ved reinnleggelse fra sykehjem til sykehus

*** Dette tallet er hentet fra sjekkliste ført av sykepleier med ansvar for pasient. Det avviker fra tilbakemeldinger fra prosjektets farmasøyt, som beskriver at 9 av pasientene har fått legemiddelsamstemming., se tiltak 4 i kap. 6.2. Dette må forstås slik at andre farmasøyter tilsatt ved sengepost har foretatt samstemming på noen.

Pasientgrunnet i stabil fase i hjemmet er noe usikkert. Jeg har derfor lagt 25 pasienter til grunn for hjemmesituasjon. Av de 14 som døde, var noen hjemmeboende i kortere perioder før de ble innlagt sykehus igjen. 7 var som sagt ikke i behov av hjemmetjenester.

42 pasienter er et forholdsvis lite tallmateriale og er derfor lite egnet til å trekke konklusjoner. Det er heller ikke satt inn kontrollgruppe så vi har ingen normalforløp å sammenlikne med. For noen

pasienter er observasjonstiden relativt kort, andre har vi fulgt over en lenger tidsperiode. Det er stor variasjon mellom de ulike pasienters forløp og sykdomsbilde.

7.1.1 Erfaringer fra utføring av tiltak

Tallene i Tabell 1 er basert på registrering i sjekklister på sengepostene. Som beskrevet under kap. 6.2 vet vi noe om hindringer for at tiltakene ikke er gjennomført konsekvent, men vi vet ikke alle faktorer.

Som tabellen viser er det ikke utført tiltak på alle inkluderte pasienter. Dette har spesielt vært vanskelig i stabil fase hjemme. Dels handler det om at pasientgrunnlaget ble redusert utover i forløpet. Et pasientforløp involverer mange personer på ulike tjenestesteder.

Pasientene som var inkludert tilhørte ulike team i hjemmesykepleien i to bydeler. Ett team kunne over hele tidsperioden ha en eller to pasienter. Det samme var tilfelle for fastlegegruppen.

Pasientene ble spredd på mange fastleger, og ingen fikk tilstrekkelig mange til at det kunne bli kontinuitet i utføring av tiltakene.

Prosjektgruppemøtene ble en viktig arena for å gjennomgå pasientforløpene. Erfaringer fra disse og utfordringer knyttet til gjennomføring av tiltak ble drøftet. Det ble også avholdt erfaringsmøter med hjemmetjenestene i hver enkelt bydel og på sengepostene i sykehuset.

7.1.2 Erfaringer fra Vurderingsbesøk

Det er innhentet erfaringer fra vurderingsbesøk ved utfylt spørreskjema. Det er 18 som har besvart. 9 fra bydel og 9 fra sykehus. Fagpersoner i bydel vektlegger positivt at møtet er bra for brukere der det har skjedd vesentlige endringer i funksjonsnivå. Bruker får informasjon om hvilke tjenester som finnes og kan si sine bekymringer. Møtet er viktig der forløpet videre er uavklart og hvor det er behov for grundig vurdering i fellesskap. Av negative forhold trekkes fram at møtet er ressurskrevende. I de tilfeller hvor det for alle parter er avklart at pasienten skal videre til korttidsplass på Helsehus forut for hjem, oppleves møtet unødvendig.

Fagpersoner i sykehuset vektlegger positivt at møtet bidrar til at pasienten får informasjon om tilbud i bydelen. De understreker også verdien av at hjemmesykepleier kjenner pasienten fra tidligere, samt at sykepleier og lege som kjenner pasienten i samtid kan informere grundig til søknadskontor, samt at pasienter får uttrykt egne ønsker og behov.

Det var et ønske i etterkant av møtet å høre om pasienten selv mente møtet var nyttig. Flere ga imidlertid uttrykk for at de var slitne etter møtet.

Blant pasientene som uttalte seg, var det ulik oppfatning. Mange synes det var fint å ha møtet, mens noen synes andre bare skulle bestemme; «datteren min vet best».

7.1.3 Erfaringer med bruk av SAFE

Det er gjennomført fokusgruppeintervju med et antall sykepleiere i hver enkelt bydel. Vi ønsket å lytte til deres erfaringer med bruk av SAFE. Hva sykepleieren så som verdifullt, samt om det var negative forhold knyttet til dette arbeidsverktøyet.

- Positive moment som trekkes fram er at SAFE særlig er nyttig etter innleggelse i sykehus, samt at skjemaet har bidratt til å oppdage symptomer som ellers ville forblitt uoppdaget.
- Det vektlegges imidlertid at skal skjemaet brukes, må en ha tilgang til det hos brukeren, enten på PDA eller i en perm. Det er vanskelig og tidkrevende å innrapportere i Geric.

7.1.4. Erfaringer knyttet til fastlegens oppfølging og samarbeid, Konferansetime

Som det fremgår av tabellen har det vært vanskelig å få gjennomført tiltakene som involverer fastlege. Dette gjelder særlig tiltakene etter at pasienten har kommet hjem. Kun i 9 tilfeller er det mulig å registrere en PLO-melding sendt fra fastlege til hjemmetjenesten med informasjon fra kontrolltime.

Det var et tiltak å få etablert en struktur på kontrolltimer hos fastlegen ved at hjemmetjenesten var behjelpelig med å bestille time etter et fast intervall. Hos 5 pasienter er det registrert fulgt opp. Tre pasienter har vært til Konferansetime. Der dette er benyttet, er det evaluert som svært nyttig både fra fastlege og fra de involverte fra hjemmetjenesten

Et innspill fra en fastlege;

«Jeg bruker konferansetime for pasienter med hjemmetjeneste, med behov for oppfølging fra pårørende og sammensatte tjenester. Det er ofte kompliserte pasienter med mange sykdommer og funksjonsnedsettelse å ta hensyn til. Dette krever godt samarbeid, og når dette er vanskelig å få til, og det er mye kommunikasjon og frustrasjon for og om pasienten, innkaller jeg til konferansetime. Jeg oppmuntrer også pasient, pårørende og hjemmetjenesten til å gjøre det samme når de opplever at samarbeidet fungerer dårlig, og frustrasjonen er høy.

Erfaringen når vi setter oss ned sammen og snakker om vanskene, hva som er veien videre og ikke minst hva som er viktig for pasient og pårørende, er at vi får løst mange problemer, oppklart hva som er viktig og mulig å få til, og frustrasjonen og den dårlige kommunikasjonen reduseres. Det er sjelden jeg trenger flere møter, det meste løses på et møte.

Videre positive erfaringer:

Jeg er blitt bedre kjent med hjemmetjenesten og hvordan den fungerer og hva vi kan forvente av hverandre

En konferansetime tar egentlig ganske kort tid (Jeg bruker en dobbelttime) og at utrolig mye løser seg når vi setter oss ned og snakker sammen.

Hvor tillitsvekkende og betryggende det er for pasienten, at vi som samarbeider rundt henne, snakker sammen.

Min konklusjon er at konferansetimer fungerer etter intensjonen, er tidseffektive og betryggende for pasienten og at den fint kan erstatte tidligere samarbeidsmøter som man tidligere hadde med hjemmetjenesten. Jeg anbefaler at dette blir et fast tiltak i bydelene.»

7.1.5 Legemiddelsamstemming

Det ble avdekket i gjennomsnitt 2,6 uoverensstemmelser per pasient. Noen av uoverensstemmelsene kunne ført til alvorlige konsekvenser for pasientene dersom de ikke ble oppdaget. Samtale med pasient er avgjørende for å avdekke hvilke legemidler som *faktisk* er brukt på hvilken måte, samt informasjon om eventuelle praktiske utfordringer pasienten har med sine legemidler. Grunnet dette anses samtalen som høyst nødvendig selv med den fremtidige Pasientens legemiddelliste («PLL») som skal erstatte «LIB». Legemiddelsamstemming bør være obligatorisk å utføre på *alle* multisyke pasienter. Resultater fra OPERA-studien vil kunne gi svar på om en mer grundig farmasøytintervensjon i løpet av et sykehusopphold kan føre til bedre utfall for pasientene i form av sykehusinnleggelse/død. De første resultatene fra OPERA forventes publisert i første halvdel av 2019.

7.2 Pasientene, kjennetegn og forløp

Inklusjonen startet dato 07.11.2016 Oppfølging ble avsluttet 26. 02. 2018, til sammen 68 uker. Pasienter ble inkludert i det de kom inn i sykehuset. For noen ble derfor tiden de deltok i prosjektet lenger enn for andre.

7.2.1 Kjennetegn

Vi inkluderte 42 pasienter, 28 fra bydel Østensjø og 14 fra Bydel Bjerke. 25 kvinner og 17 menn, alle kom fra eget hjem. 30 bodde alene, mens 12 bodde sammen med noen. 40 pasienter oppga at de har nære pårørende.

Det ble inkludert 32 pasienter fra Medisinsk klinikk og 10 pasienter fra Ortopedisk klinikk. Innleggelsesårsak ved medisinsk klinikk var i all hovedsak akutt funksjonssvikt og forverring av kjent sykdom. I ortopedisk klinikk kom de fleste pasienter inn etter fall og bruddskade. Alle disse hadde tilleggs sykdommer og var innen kategorien multisyke. Gjennomsnittsalderen for gruppen totalt var 87, 2 år. Noen pasienter var svært syke. Flere hadde en alvorlig hjertelidelse eller en langt kommet cancersykdom.

I motsetning til våre antakelser, viste det seg raskt at mange av pasientene inkludert i prosjektet var i behov av heldøgns omsorg ved utreise fra sykehus. Dette omhandlet for noen et behov for aktiv rehabilitering i institusjon og for andre et større behov for pleie og omsorg enn det som var forenelig med hjemmetjenester i eget hjem.

De pasientene som bor hjemme ved prosjektets avslutning, er en uensartet gruppe. Noen har vært storforbrukere av både sykehustjenester og opphold på helsehus, men mestrer å bo hjemme i perioder. Andre har lite forbruk av tjenester fra før. Pasienter innlagt i Ortopediske sengeposter har som gruppe mindre behov for tjenester i hjemmet i etterkant. Tilnærmet alle har imidlertid fått tilbud om opphold ved en rehabiliteringsinstitusjon/bydelens innsatsteam ved utreise fra sykehus. Det viste seg at de som i sykehuset ble vurdert til **å være i behov** av hjemmetjeneste, ikke behøvde dette. Det var tilstrekkelig med rehabiliteringsopphold eller innsatsteam ved oppstart i hjemmet. Pasientene som reiste direkte hjem uten opphold ved noen institusjon, har ingen tydelige fellestrekk. For noen er det forhold i hjemmet som gjør at de ønsker seg raskt hjem, som omsorg for ektefelle eller andre familiemedlemmer.

7.2.2 Forløpene

6 av pasientene var innlagt fra Kommunal akutt døgnetenhet, KAD

Av de 42 inkluderte døde 14 pasienter underveis i prosjektet. Sju døde mens de var i Helsehus forut for hjemreise, fem pasienter døde i sykehus. 4 av pasientene har blitt tildelt langtidsplass i sykehjem. En av disse gikk direkte fra korttidsplass til langtidsplass. Ved tildelt langtidsplass, gikk de ut av prosjektet.

Av de 42 inkluderte pasienter er det ved inklusjonstidens slutt 24 som bor i eget hjem.

Av disse er 7 ikke i behov av hjemmesykepleie, noen får praktisk bistand. Alle disse 7 ble inkludert ved en ortopedisk sengepost. Noen er operert for lårhalsbrudd, en for et overarmsbrudd og en har fått satt inn en hofteprotese. Ved utreise har 5 vært innom rehabiliteringsinstitusjon og to har fått hjelp fra bydelens innsatsteam. God oppfølging i tidlig fase har vært tilstrekkelig for videre egenmestring. 17 av de 24 pasientene får tjenester fra bydelens hjemmetjeneste fortsatt ved prosjektets slutt.

Av de 42 reiste 20 til Helsehus ved utreise fra sykehus. 5 pasienter ble overført til Rehabiliteringsavdeling og en reiste til trygghetsavdeling. 16 pasienter reiste direkte hjem.

7.2.2.1 Rehabilitering så det monner -

Felles for de 7 pasientene som ved hjemkomst ikke er i behov av hjemmetjenester, er at de har fått rehabiliteringstilbud umiddelbart etter utreise som har satt dem i stand til egenmestring. Ingen av disse har vært på Helsehus, men på rene rehabiliteringsinstitusjoner.

Noen av pasientene som reiste til Helsehus roser fysioterapeuten. Andre forteller at tiden på Helsehus tappet dem for energi. «Jeg blir dårlig av å være her så jeg til legen» «Deprimerende så sitter de og sover, en time før maten kommer, så kommer maten så får de i seg litte granne så sover de igjen stakkers folk, det er sånn som skjer, men må ikke blande friskere folk sammen med dem.»

Svært mange av pasientene i vår gruppe reiste til Helsehus med bestilling på rehabilitering/opptrening forut for hjem. Helsehusene mottar også svært dårlige pasienter med helt andre behov. Med erfaring fra prosjektet tror vi mer målrettethet og tydeligere definert rehabiliteringstilbud til disse pasientene ville styrket funksjon og resultert i mer og bedre hjemmetid for de det angår.

7.2.2.2 Vurdering -

Noen pasienter døde i tidlig fase etter inkludering. Var de da rett pasient for «Vel hjem» prosjektet? Erfaring viste at forløpet og sykdomsutvikling var uforutsigbart. Svært syke eldre bor i eget hjem på tross av multisykdom og store helseplager.

Et forløp kan forløpe slik eksempelet under viser:

Dame, 90 år, bor hjemme. Har totalt 305 dager i prosjektet. Av disse er hun innlagt i sykehus 21 dager og 68 dager innlagt i Helsehus, tilsammen 89 dager. Til sammenlikning er hun hjemme 216 dager.

Hun har i prosjekt perioden vært innlagt 3 ganger i sykehus og 3 ganger i Helsehus. I to av tilfellene er hun overført fra sykehus til helsehus.

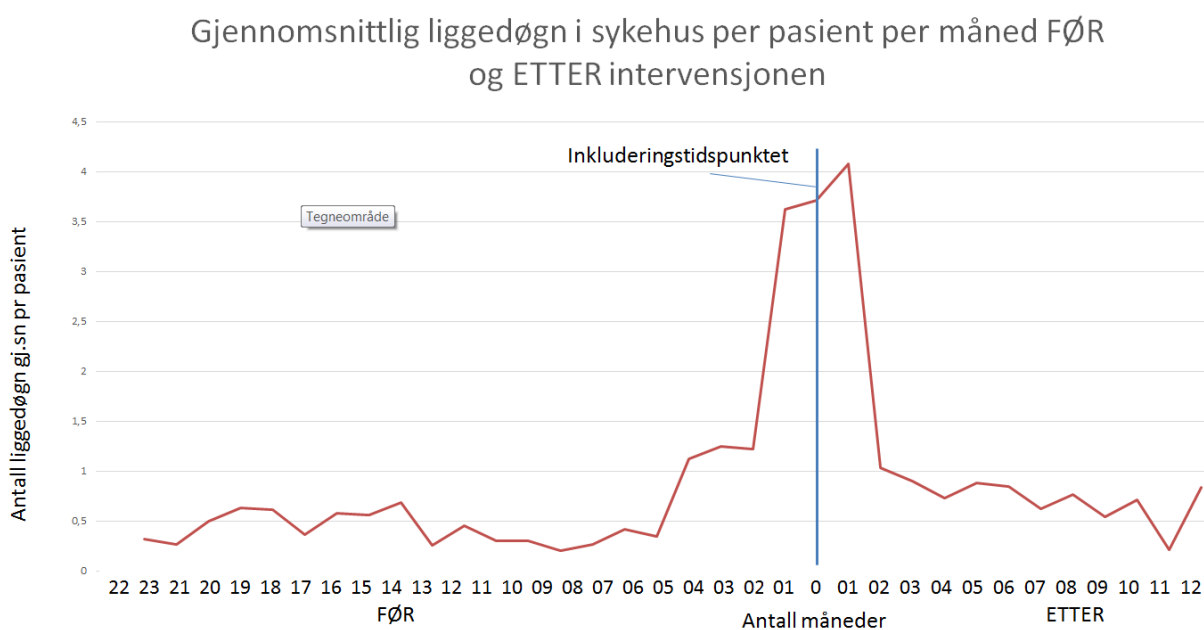
Det kan utenfra synes som hjemmesituasjonen er marginal. Selv uttrykker hun i intervju glede over å være hjemme med god hjelp fra hjemmetjenesten. Pårørende uttrykker bekymring da helsesituasjonen er i forverring.

I «Vel hjem» ble pasientene inkludert i det de kom inn i sykehus. Mange av prosjektpasienten kom aldri hjem til eget hjem. De døde underveis til hjemmet, i sykehus eller i helsehus. I en normal driftssituasjon vil det være naturlig å starte tiltakene i hjemmesituasjonen når bruker inkluderes i hjemmetjenesten. Da må tiltakene i stabil fase vektlegges og sykehuset må følge opp dersom/når pasienten kommer inn i sykehus.

Prosjektet hadde som vist mange deltakere som ikke passet til prosjektformålet og som forstyrret resultatoppnåelse, både ved mye mer sykehusetid og ved at tiltakene i stabil fase ikke ble testet ut. Resultatene av prosjektet bærer preg av dette.

7.3 Omfang av tid i institusjon

Tabell: Gjennomsnittlig liggedøgn i sykehuset pr pasient i 30 dagers intervaller.



Tabell 2 Omfang av tid i institusjon

Tabell 2 er basert på antall liggedøgn i gjennomsnitt pr pasient, og den forteller hvordan forbruket av innleggelser var i 2-års historikk, samt ett år etter inkludering tidspunkt, presentert som gjennomsnittlig liggedøgn pr pasient.

Som tabellen viser har pasientgruppen en økning i forbruk av sykehustjenester måneden forut for inklusjon. Etter inklusjonstidspunkt og et år fremover er den samlede forbruk av sykehus-senger svakt økende i forhold til det samme intervallet forut for inklusjons.

Punktene viser gjennomsnittlig liggetid pr. pas pr. måned. Det er korrigert for pasientgrunnlaget, Vurderinger på bakgrunn av kurven kan være følgende:

Forløpet illustrerer at pasientene er blitt sykere, og våre tiltak har ikke blitt godt nok implementert til at vi kan være sikre på at de virker. Det har som tidligere nevnt vært vanskelig å sikre gjennomføring av tiltak i stabil fase.

Forbruket av sykehussenger og institusjonsplasser var langt høyere enn vi i forkant antok. En forklaring på det høye forbruket kan være at gruppen samlet har et komplekst sykdomsbilde under stadig forverring, kombinert med høy alder.

Noen brukere er storforbrukere av sykehustjenester og døgnplass i kommunal institusjon, men det er stor variasjon

Fra 2-års statistikk, er det relativt høyt sykehusforbruk forut for inklusjon. Dette gjelder for pasientgruppen som helhet også de relativt friskeste som fremdeles bor hjemme ved observasjonstidens slutt.

7.4 Hva sier brukerne

1. Hvordan opplevde bruker å bli lyttet til underveis i forløpet?
2. Hva mener de selv er viktig for å mestre å bo hjemme lengst mulig?
3. Hvordan får de formidlet «hva er viktig for meg» til fastlege og hjemmesykepleier? Hvordan blir de møtt med sine tanker og meninger?

1. Hvordan opplevde bruker å bli lyttet til underveis i forløpet

På spørsmål om vurderingsbesøk var viktig for dem kunne et typisk svar være

«En god ide, ja det tror jeg, så kan du få sagt det du mener er viktig selv, var veldig fint, var nok ikke så dumt!!»

En 92 år gammel dame fortalte fra møte med legen i sykehus

«Jeg var så bestemt, jeg ville ha den operasjonen». Involverte de deg? « ja de prata veldig mye, to leger sammen sto ved senga mi og spurte meg opp igjen og opp igjen om jeg mente at jeg ville opereres, har bestemt helt selv, vil ha bedre pust!» Det beste rådet hun vil gi til andre pasienter er å være tydelig, å si hva de ønsker.

En annen pasient forteller om tiden før operasjon; *«Da jeg kom der ble jeg gjort klar, men der lå jeg da dag etter dag. Skulle opereres om ettermiddag, fikk ikke mat og ventet... fikk likevel ikke operasjon. Så sa de at jeg måtte til Bærum, da protesterte jeg. Da reiser jeg heller hjem. Er ikke noen kasteball. Merkelig nok ble jeg da kjørt til operasjon».*

2. Hva mener de selv er viktig for å mestre å bo hjemme lengst mulig

Klare selv, Trygghet

«Det er viktig å klare selv. Alt jeg kan klare selv, vil jeg klare»

Hva må til for føle meg trygg? *«Har alarmer, brukte jo alarmer»*

Være trygg på at hjelpen kommer, tilgjengelighet til både fastlege og hjemmesykepleier, at «*de er greie folk.*» At de får hjelpemidler til å komme ut og inn av huset, trappeheis, trygghetsalarm.

For å mestre å bo hjemme i egen bolig er funksjon sentralt, - å gå i trapp, reise seg fra stolen.

«Kan ikke bare svinne bort, må ha litt muskler, blir mye sitting» sier sønnen «den største utfordringen her hjemme- hvis hun blir så dårlig at hun ikke går på toalettet selv, mest lårmusklene»

Men kvaliteten på god tid hjemme handler ikke kun om helsemessige forhold. Like viktig er de sosiale relasjoner, muligheten for å komme til kafeen på Butikksenteret for å treffe kjente, dra på dagsenter og sitte sammen med kjente der. Være til for barn, barnebarn og oldebarn.

Å ha en hobby; *«største gleden, broderi, hardangersøm. Sydde først til meg, sydde til datter, svigerdatter»*

3. Hvordan får de formidlet «hva er viktig for meg « til fastlege og hjemmesykepleier. Hvordan blir de møtt med sine tanker og meninger

Samtlige brukere understreker hvor fornøyd de er med hjemmesykepleier og den hjelpen de får. De vektlegger at det er kjekke folk som de stoler på og som kommer når de skal. Er det noe de trenger hjelp til kan de formidle det på telefon.

På samme måte understreket alle, med unntak av en, sitt gode forhold til fastlegen.

Hører og hører ikke

Flere brukere etterlyste mer hjemmehjelpstjenester. «Ganske bratt trapp, går mange dager i kjelleren, spurte hjemmesykepleier om de ville henge opp tøy, men måtte blir med ned da, men de slengte det bare over snora, det kunne jeg gjøre selv»

«de [hjemmetjenesten] hører mer på ham etter hvert, har du lyst å dusje, nei, så gjør vi ikke det.»

«har ikke inntrykk av at de går innpå meg, snakker ikke noe særlig, de har så liten tid»

Men skulle du ønske det? «ja, vil da det»

«det er ikke noe sånn, prate. Bare å stikke innom og se at jeg lever [om hjemmetjenesten]»

Har hjemmetjenesten vært opptatt av hvordan du kan klare det mest mulig selv?

«Det synes jeg ikke. De spør hva de kan hjelpe med, jeg trenger ikke hjelp, men jeg synes det er greit at de kommer.»

Flere av brukerne hadde tilbud om hverdagsrehabilitering «For å ha det bra hjemme, komme ut litt!! Men de har bare gjort det en gang,(fulgt til kjøpesenteret) jeg har ikke vært i like god form selv heller. De er veldig greie, helt suverent. Fin treningsform, akkurat det har de greie på, helt suverent, trent tirsdag og onsdag, det var to harde økter. Da kjenner jeg det på kroppen».

7.4.1 Hva er avgjørende for kvalitet på tiden i hjemmet?

Når vi spør brukerne om hvilke tjenester de får fra hjemmetjenesten, er disse i all hovedsak; hjelp til medisiner, hjelp til personlig hygiene, dusj og hjelp til ernæring.

Men brukerne forteller også om andre ting som er viktig for dem; *Komme meg ut, glad i å gå tur*

- *Går til butikkssenteret for å få den lille mosjonen og for å prate og for å handle det jeg trenger til livets opphold*
- *Komme til senteret og ta en kaffe «ja sitter og slarver med guttene, ikke avtale med noen»*
- *Klare å komme til toalettet selv, må klare å gå*
- *«sier det er viktig å trene på å gå, hun er med ut, helt suverent, Fin treningsform akkurat det har de greie på!»(hverdagsrehabilitering)*
- *«Kom for å hjelpe med å bade meg. Men jeg vil klare selv, legge håndkle på gulvet, de er redd jeg skal falle. Nå klarer jeg selv, de kommer ikke mer.*

Ved intervju med 14 pasienter 3-5 måneder etter at de kom hjem fra sykehus, uttrykker alle et ønske om å bo hjemme så lenge som mulig.

Brukerne mente at de fikk den hjelpen de trengte, og at dialogen med både fastlege og hjemmesykepleien var god. De visste hvordan de skulle komme i kontakt, og de opplevde å bli lyttet til.

Særlig pårørende var opptatt av nødvendigheten av at fysisk aktivitet og trening styrkes på et tidlig tidspunkt.

De eldre pekte på behov for tilrettelegging i hjemmet og hvor viktig det var å ha muligheter til å fortsette et sosialt liv med venner og familie, da det bidrar til mening i hverdagen.

Det er viktig med trygg relasjon til hjemmesykepleien slik at man lett kan si fra om det man ønsker/det kan brukes skjønn ut i fra dagsformen.

Andre forhold de pekte på:

Tilrettelegging av funksjonelle boforhold, omsorgsbolig, trappeheis, toalettstol, rullestol

Bistand slik at de kom til butikkssenteret for et kafè besøk med gamle kjente

Være noe for noen, bety noe fremdeles

Hverdagsrehabilitering, trene på det de så gjerne vil mestre, som å komme seg ut.

7.4.2 De viktigste menneskene er de pårørende både for kontakt og trygghet.

Alle brukerne vi besøkte hadde nære pårørende som de var i kontakt med tilnærmet daglig. I tre tilfeller møtte vi bruker og pårørende sammen i intervju hjemme etter utreise. Det ble tydelig både i disse intervjuene og i de øvrige at de viktigste menneskene er de pårørende. Pårørende er ektefelle, barn, barnebarn eller oldebarn, men også venner var viktig, en god venninne eller naboer. Venninne og naboer var viktig som sosiale kontakter. Familiemedlemmer var også viktig for sosial kontakt, som en svigerdatter som jevnlig kom innom på kaffe. Men barn, barnebarn og oldebarn bidrar også praktisk, som å handle mat og tilrettelegge praktisk i hjemmet. Det er pårørende de ringer når «noe

står på». Flere beskrev at hjemmesituasjonen ville vært helt umulig dersom ikke barna stilte opp. En bruker sier «*når det gjelder mitt private så har jeg sluttet å bestemme*». Han viser til at sønnen har overtatt.

En annen bruker sier: «*Det er min datter som vet hva jeg trenger, dere må snakke med henne*».

De eldre vi møter gir uttrykk for at de får hjelpen de trenger. Dagen i dag er god. Pårørende er mer opptatt av hvordan det skal gå fremover. Hva hvis hun ikke får fysisk trening, da kan hun ikke bo hjemme lenger. En annen pårørende viser til at far ber om å få slippe å dusje. «*Hjemmetjenesten hører for mye på far innimellom*»

Pårørende gir også uttrykk for det tyngende ved å være omsorgsperson, særlig der bruker velger bort hjelpen». Når fruene sier nei (til å motta hjelp) Hva gjør jeg da?

7.5 Mer og bedre hjemmetid, redusert institusjonstid- Hva har vi oppnådd?

Vårt utvalg av prosjektpasienter er ved avslutning redusert til 17 som bor hjemme og mottar hjemmetjenester. Disse har så langt mulig blitt ivaretatt i tråd med prosjektets intensjon.

På tross av relativt få pasienter inkludert i prosjektet mener vi å ha grunnlag for å trekke noen konklusjoner.

Den metodiske tilnærmingen vår var grundig observasjon og fortløpende evaluering av pasientforløpene. Vi tror pasientforløpene for denne gruppen sårbare eldre er representative for et større utvalg. Ved å observere praksis mener vi å se at hvert enkelt tiltak har bidradd til kvalitetsheving av praksis og har økt pasientsikkerheten. Sykepleiere og leger som har deltatt i prosjektet har underveis gitt uttrykk for at tiltakene hver for seg styrker samhandlingen og pasientinvolveringen.

Brukerne forteller at de opplever seg hørt og at de er vel kjent med hvordan de kan komme i kontakt med hjemmetjenesten dersom de ønsker. En bruker fortalte at hun ba om mer hjemmehjelp enn hun ble tilbudt, og bydelen gjorde om vedtaket. De som forteller om at deres stemme er lyttet til viser stolthet over dette.

Alle understreker at de ønsker å bo hjemme. Av det slutter vi at kombinasjonen av å sette inn definerte tiltak slik vi har vist, samt å lytte til brukerstemmen, øker kvalitet på tiden i hjemmet, sikrer trygghet og styrker mestringsevnen.

Vi har imidlertid ikke påvist en nedgang i institusjonstid samlet for gruppen totalt. Vi har ingen referansegruppe og har kun sett på pasientforløpene i 2-års historikk.

Sammenfattet er erfaringen at de mest marginale pasientene, sto for høyest bruk av sykehustid. Pasienter som underveis ble terminale med langt-kommen cancer, og pasienter med amputasjonsproblematikk som døde underveis, det var primært disse som hadde mye tid i sykehus. En pasient med hoftebrudd, fikk komplikasjoner med infeksjon, noe som medførte gjentakende innleggelser i etterkant.

Hovedgruppen av pasienter som kom hjem med hjemmesykepleie var i liten grad re-innlagt i sykehus i prosjektperioden. De ble fulgt opp i hele forløpet som «prosjektpasienter» og hadde økt oppmerksomheten på seg. Pasientene i prosjektet er svært ulike.

Prosjektets tiltak har liten betydning når livet går mot slutten. Men for gruppen eldre som fremdeles har glede av å bo hjemme, har tiltakene i prosjektet stor verdi, - både samhandlingstiltakene og involvering fra brukerne selv og deres pårørende. Vi tror at systematisk bruk av den samlede tiltakspakken over tid vil kunne bidra til å utsette behovet for institusjonsplass og redusere behov for sykehusinnleggelse.

Men for at dette skal bli en realitet er, det behov for å videreutvikle tiltakene i «Vel hjem» ytterligere både i sykehus og kommunehelsetjenesten ved aktivt å ta i bruk prosedyrer og samarbeidsavtaler. Det vises særlig til Samarbeidsrutiner mellom fastleger og hjemmetjenesten i Bydel Øststensjø, som er under arbeid og som vi tror kan ha overføringsverdi til andre bydeler.

8.0 Diskusjon

8.1 Sosial deltagelse for hjemmeboende eldre

Hver kommune skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen skal tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Hvilke omfang og type tjeneste som skal ytes i hjemmet vil bero på en forsvarlighets- og hensiktsmessighetsvurdering. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) § 3-2

I intervju med pasientene retter de oppmerksomhet på behov for sosial deltakelse og det «å komme seg ut»

Svært mange pasienter vil bo hjemme det meste av sine siste år, og ikke i institusjon. Mens en institusjonsplass også favnet det sosiale og behovet for frisk luft, aktivitet, er en hjemmeboende eldre mer utsatt for sosial ensomhet og isolasjon enn tidligere.

Hvordan vi skal rigge oss for å fremme kvalitet på tjenestene hjemme med hensyn til å sikre sosial deltakelse og fysisk aktivitet ser vi er en utfordring.

8.2 Hva gjør vi når pasienten ønsker å komme på sykehjem

Prosjektet viste et større behov for sykehusopphold og/eller kommunal institusjonsplass enn vi i forkant antok

Multisyke eldre er mer utsatt for å bli overhørt enn mer ressurssterke grupper. Når vi spør «hva er viktig for deg» så fører det ikke alltid til at det er pasientens perspektiv som er gyldig for tiltak eller at det settes i gang med forbedringstiltak.

Ekstra alvorlig er det når pasientens preferanser kommer i konflikt med et tjenesteapparat som stadig må innskrenke begrunnet i dårlig økonomi.

I «Vel hjem» har vi sett at behovet for døgnomsorg er stort. Det kan være et behov for korttidsplass for å få nye krefter til å mestre å bo hjemme en tid til, eller det kan være at vedtak på langtidsplass er det rette omsorgsnivået.

Når det behovet melder seg: skal vi også da lytte til pasientens «Hva er viktig for deg»? eller er det begrensninger i tilbudet som gjør at vi må ta forbehold overfor pasientene våre?

8.3 Hva rommer begrepet «utskrivningsklar»

I Riksrevisjonens undersøkelse av helseforetakenes praksis for utskrivning av somatiske pasienter (Forvaltningsrapport 2016-2017) siteres;

«Undersøkelsen viser at det kommunale tjenestetilbudet eldre pasienter tilbys i mange tilfeller ikke samsvarer med det tjenestebehovet sykehuset mener pasientene har behov for etter utskrivning. Det er eksempler på at leger i slike situasjoner utsetter å melde pasienten utskrivningsklar, for blant annet å redusere risikoen for eventuell reinnleggelse. En slik praksis er etter revisjonens vurdering forståelig ut fra et pasientsikkerhetsperspektiv, men den understøtter ikke intensjonen med Samhandlingsreformen om at tjenester skal ytes på laveste nivå. En slik praksis kan også føre til at helseforetakenes liggetider og kostnader øker»

Dagens finansieringsordning rammer særlig gruppen multisyke eldre, og er til hinder for de beste pasientforløp.

For multisyke hjemmeboende eldre, med behov for mere tid og forutsigbarhet er ulik oppfatning om utreisetidspunkt ofte et dilemma. Slik vi ser det vil det å utsette hjemreise en dag eller to i noen tilfeller gi en gevinst ved at pasienten da er bedre i stand til på mestre hjemmesituasjonen, noe som vil føre til økt kvalitet og lønnsomhet på sikt.

8.4 Multisyke eldre- svakheter ved metoden

Tjenestedesign som metode er krevende ved at den forutsetter aktivitet fra pasient. Vi kan spørre om vår målgruppe, multisyke eldre er egnet for denne metoden. Stiller vi for store krav til medvirkning? Da vi ba om en kort tilbakemelding etter gjennomført vurderingsbesøk, ble vi avvist med begrunnelse at de var for slitne.

Samtidig kan det ses på som en styrke nettopp overfor denne målgruppen. Når vi inviterer pasient stemmen inn, kan denne bidra til å være en kritisk røst som våre tjenester trenger for å svare ut nettopp disse brukeres reelle behov.

Metoden tjenestedesign handler om å følge forløp. Det er over tid arbeidet systematisk med utvikling av tiltak og det enkelte tiltak er blitt videreutviklet underveis. På denne måten har «Vel hjem» på tross av et forholdsvis lite antall inkluderte pasienter, fått mye oppmerksomhet fra andre fagmiljøer.

Tiltakene er ment å videreføres i «Læringsnettverk for helhetlige pasientforløp for eldre og kronisk syke.» <http://www.ks.no/fagomrader/helse-og-velferd/laringsnettverk/gode-pasientforlop-for-eldre-og-kronisk-syke/>

8.5 Den involverte bruker trenger kunnskap

I noen situasjoner står pasientens stemme i motsetning til en faglig vurdering hos for eksempel sykepleier. Det kan være en utfordrende situasjon å stå i.

Den faglige vurderingen og det faglige ansvaret kan ikke overlates til pasienten eller pårørende. Et eksempel som synliggjør dilemma kan være «Far vil ikke dusje, og hjemmetjeneste hører på ham». En annen bruker ville ikke bli vekket for å ta livsnødvendige medisiner. Hun låste døra for hjemmetjenesten, og ba om å få sove. Hun ønsket å dø hjemme. For at det skal gi mening å legge autoritet til pasientens stemme forutsettes at pasienten har kunnskap. Kunnskapsformidling bør knyttes så tett opp til den aktuelle situasjonen som mulig og ansvaret ivaretas av kompetent fagperson som yter omsorgen til bruker.

Både Lov om spesialisthelsetjenesten og i helse og omsorgstjenesteloven gir pålegg om *opplæring av pasient og pårørende*.

I flere av pasient/brukermøtene refereres det til at datter eller sønn er de som vet best. Det kan handle om hvilke omsorgsbehov pasienten har ved utreise fra sykehuset, og om andre tiltak i hjemmet. Pasient/bruker er fremdeles samtykke kompetent, men har blitt usikker på egen evne til å vurdere i ulike situasjoner. Pårørende overtar pasientens stemme.

I «Vel hjem» er et hovedanliggende å lytte til brukerstemmen for å kunne yte den best tilpassede omsorg. Dette forutsetter etablerte strukturer som gir mulighet for pårørende til å formidle sin egen brukers erfaring. Både vurderingsmøte i sykehus forut for utreise og konferansetimen er slike arenaer.

8.6 Ytterlig tiltak for å styrke innsatsen for hjemmeboende multisyke eldre

Vi har sett til prosjektet Rehabilitering i abdominal kreftkirurgi, og mener tiltakene har overføringsverdi til gruppen multisyke eldre hjemmeboende. Mens målet for det aktuelle prosjektet er å opparbeide optimal funksjonsnivå forut for operativt inngrep, vil vårt anliggende være å styrke brukers helse til best mulig å mestre en hjemmesituasjon.

Metodikken kunne gå ut på å gi et dedikert og individualisert fysisk treningsprogram i kombinasjon med tilpasset kostholdsplan. Dette kunne gis i kombinasjon med å styrke motivasjon og evne til å mestre selv der dette er mulig. Vi kan se mange fordeler ved å undersøke effekt av en slik tilnærming for en definert målgruppe.

9.0 Konklusjon og Anbefalinger

Arbeidet med «Vel hjem» har gitt et godt innblikk i gruppen de skrøpelige hjemmeboende, multisyke eldre. Pasientforløpene slik de arter seg har gitt ny innsikt og kunnskap.

Pasientinvolvering har vært et viktig anliggende i dette prosjektet og derfor vil vi også understreke alvoret ved å spørre «Hva er viktig for deg».

Ved å lytte til pasientens stemme har vi fått innblikk i hva som er viktig i hverdagen, basert på deres erfaringer. Å bidra til pasientens helsetjeneste utfordrer oss. Vi forpliktes til å integrere pasientens stemme i våre strukturer, slik vi har synliggjort blant annet i tiltaket Vurderingsbesøk

Det utfordrer oss også på system nivå i forhold til tilgjengelighet på senger og tjenester. Når bruker ber om plass på sykehjem, hvilke muligheter har vi til å gå i dialog?

Vel hjem har gitt innsikt i det fellesansvar vi har for å sikre et godt forløp. Hva som skjer i sykehus påvirker kvaliteten i hjemmet, på samme måte som oppfølging i stabil fase hjemme vil påvirke pasientens behov for innleggelse i sykehus og kommunale institusjoner.

Arbeid med å gjennomføre tiltak som går på tvers av tjenestesteder er utfordrende og forutsetter vilje og gode strukturer for ansvars- og oppgavedeling.

Etter anbefaling er det besluttet å gjennomføre en Minimetodevurdering for «Vel hjem», og Råd for metodevurdering ved Oslo universitetssykehus har samtykket i dette. Skal metoden innføres i sin helhet vil kunnskapsgrunnlaget fra litteratursøket brukes i de faglige /administrative retningslinjer som er grunnlaget for det daglige arbeidet med metoden.

Alle tiltakene i «Vel hjem» knyttes til prosedyrer og samarbeidsavtaler som er under arbeid, og som vil ferdigstilles i forbindelse med slutføring av dette prosjektet eller videreføres i «Læringsnettverk i helhetlige pasientforløp for eldre og kronisk syke». På denne måten vil det inngå i det som på sikt blir « Oslo standarden for helhetlig pasientforløp for eldre og kronisk syke»

Referanselisten

«Akutt og subakutt funksjonssvikt hos eldre 2013-2013». Sluttrapport for prosjekt. Hentet 03.12.2018 fra Subakutt funksjonssvikt hos gamle - Hva betyr det for pasienten og sykepleieren, Gro Næss - Stipendiat, UiO 2012-2013, Det medisinske fakultet

Berntsen, G. Høyem, A. Gammon, D. (2014). Helsetjenestene sett fra pasientens ståsted skrevet på oppdrag av Troms-Ofoten prosjektet. Series NST-rapport 7/2014

Berntsen, G. Kolstrup, N. (Utposten 1:2014) Hvordan få en helsetjeneste som respektere og tar vare på pasienter med flere kroniske sykdommer. Hentet 03.12.2018

[Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter. \(2011\). Hentet 03.12.2018 fra \[https://www.google.com/search?q=https%3A%2F%2Flovdata.no%2Fdokument%2FSF%2Fforskraft%2F2011-11-18-1115+\\(A\\)&sourceid=ie7&rls=com.microsoft:nb-NO:IE-Address&ie=&oe=&gws_rd=ssl\]\(https://www.google.com/search?q=https%3A%2F%2Flovdata.no%2Fdokument%2FSF%2Fforskraft%2F2011-11-18-1115+\(A\)&sourceid=ie7&rls=com.microsoft:nb-NO:IE-Address&ie=&oe=&gws_rd=ssl\)](https://www.google.com/search?q=https%3A%2F%2Flovdata.no%2Fdokument%2FSF%2Fforskraft%2F2011-11-18-1115+(A)&sourceid=ie7&rls=com.microsoft:nb-NO:IE-Address&ie=&oe=&gws_rd=ssl)

[Forskningsrådet. \(2016\). Evaluering av samhandlingsreformen: Sluttrapport fra styringsgruppen for forskningsbasert følgeevaluering av samhandlingsreformen \(EVASAM\) Hentet 03.12.2018](#)

Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital: meta-analysis of randomized controlled trials BMJ 2011; 343 hentet 07.12.2018 Fra <https://doi.org/10.1136/bmj.d6553>

Grimsmo, A, Løhre, A. Røsstad, T. Gjerde, I. Heiberg, I. & Steinsbekk, A. (2016). Helhetlige pasientforløp – gjennomføring i primærhelsetjenesten. Tidsskrift for omsorgsforskning, 2(2), 78-87. doi: 10.18261/issn.2387-5984-2016-02-02 (F)

Hvalvik, S. & Dale, B. (2015). The Transition from Hospital to Home: Older People's Experiences. Open Journal of Nursing, 5(7), 622-631. doi: 10.4236/ojn.2015.57066 (F)

ICN (International Council of Nurses)
International Classification for Nursing Practice www.icn.ch/pillarsprograms/International-classification-for-nursing-Practice-icnpr

Kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester. Hentet 03.12.2018 fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/id10903/>

Mesteig, M. Helbostad, J. L. Sletvold, O. Røsstad, T. & Saltvedt, I. (2010). Unwanted incidents during transition of geriatric patients from hospital to home: A prospective observational study. BMC Health Services Research, 10(1). doi:

10.1186/1472-6963-10-1 (F)

Næss, G. (2016) stipendiat

Sub akutt og akutt funksjonssvikt hos gamle – hva betyr det for pasienten og sykepleieren Medisinsk fakultet Hentet 07.12.2018 fra Subakutt og akutt funksjonssvikt hos gamle - hva betyr det for pasienten og sykepleieren

[Njøs, R. & Sjøtun, S.G. \(2-2016\). Innovasjon: Ei kort innføring i sentrale teorier og omgrep](#), Hentet 03.12.2018

Røsstad, T. Garåsen, H. Steinsbekk, A. Sletvold, O. & Grimsmo, A. (2013). Development of a patient-centred care pathway across healthcare providers: A qualitative study. BMC Health Services Research, 13(121). doi: 10.1186/1472-6963-13-121 (F)

[Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen. Dokument 3:5 \(2015-2016\)](#). Hentet 03.12.2018

Scullin, C. Scott, MG. Hogg, A. McElnay, JC. (2007;13(5):781-8.)
An innovative approach to integrated medicines management. J Eval Clin Pract. US National Library of Medicine National Institutes of Health

Scullin, C. Hogg, A. Luo, R. Scott, MG. McElnay, JC. (2012;18(4):807-15). Integrated medicines management - can routine implementation improve quality? J Eval Clin Pract. US National Library of Medicine National Institutes of Health

St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted-til rett tid

Viktil, K.K. & Salvesen Blix, H. (2017) Klinisk farmasi, En lærebok, Fagbokforlaget s. 127

Wyller, T. B. (2011) Geriatri En medisinsk lærebok, Gyldendal akademiske forlag

Vedlegg 1 - Forespørsel om deltakelse i samhandlingsprosjektet ”Vel - Hjem”

Bakgrunn

Oslo universitetssykehus har sammen med bydelene Østensjø og Bjerke en satsning for å styrke samarbeid og kommunikasjon i overgang mellom sykehus og bydel. Satsningen involverer også helsehus og fastlege. Du selv er den som kjenner best hva du trenger hjelp til og hva som må til for at du skal klare deg godt hjemme. Dialog som involverer alle parter, inkludert deg og dine pårørende er sentralt i denne satsningen.

Beskrivelse av prosjektet

Satsningen retter seg mot de som kommer inn i sykehus og samtidig er i behov av tjenester fra bydel ved utskrivning.

1. Prosjektet vil teste ut nye tiltak som kan styrke Helhetlig ivaretagelse i sykehuset og i overgangen og samhandlingen mellom sykehus og bydel.
2. Fastlegens rolle i samarbeidet
3. Kartlegging av hele helsesituasjon og funksjon også i hjemmesituasjon
4. Kvalitetssikring av legemiddelbruk, sikre korrekte legemiddellister i overføring mellom sykehus og bydel/helsehus

Målet med prosjektet er å beskrive pasientforløp hvor tiltakene støtter opp under pasientens egne ressurser, samt at struktur og logistikk ivaretar god informasjonsflyt og samhandling.

For å kartlegge effekten av tiltak ønsker vi å innhente informasjon ved intervju og data fra din journal fra fastlege, kommunen og sykehuset. Innsamlet informasjon og data vil bli behandlet konfidensielt og anonymisert.

Mulige fordeler og ulemper

Studien vil styrke kommunikasjonen mellom deg, sykehuset, hjemmetjenesten, eventuelt helsehus og fastlegen. Målet er at hjelpen som tilbys deg i størst mulig grad skal passe til dine opplevde behov.

Du vil involveres ved at din mening i større grad etterspørres og du vil bli bedt om å svare på spørsmål som ledd i evaluering. Dette kan ta noe tid.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Aidentifiserte data vil bli delt med eksterne samarbeidspartnere i forskningsøyemed, Handelshøyskolen BI. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer/direkte gjenkjennende opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger og prøver gjennom en navneliste. Det er kun autorisert personell knyttet til prosjektet som har adgang til navnelisten og som kan finne tilbake til deg. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres. Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har

videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene vi har registrert. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger. Opplysningene blir senest slettet 2019.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ikke ønsker å delta, trenger du ikke å oppgi noen grunn, og det får ingen konsekvenser for den videre behandlingen du får ved sykehuset eller hjemmetjenesten.

Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke uten at det påvirker din øvrige behandling på sykehuset. Dersom du senere ønsker å trekke deg, kan du kontakte prosjektleder Sigrun Skåland Brun, tlf. 98249826.

Samtykke for deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien

(Signert av prosjektdeltaker, dato og personnummer)

Bekreftelse på at informasjon er gitt deltakeren i studien

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, rolle i studien, dato)

Vedlegg 2 - Prosjektbeskrivelse

Bakgrunn for prosjektet

Oslo universitetssykehus HF, Klinikk for Ortopedi, Medisinsk klinikk, samt Sykehusapotekene HF har inngått avtale med bydel Østensjø og bydel Bjerke om å etablere et samhandlingsprosjekt med tittel «Vel-hjem» Brukersentrerte tjenester for den multisyke pasienten. Prosjektet er tildelt midler fra Oslo kommune og Helse Sør-Øst

Mål og hensikt

Den multisyke pasienten lever lenger og blir sykere. I sykehus er tjenestene fragmenterte og erfaringsmessig er det brister i pasientforløpet. Dagens organiseringsmodell er organisert ut fra diagnose, noe som passer denne pasienten dårlig. Prosjektet vil undersøke hvordan en metodisk tilnærming som har pasientens egne preferanser og ressurser som premiss, vil få

innvirkning på struktur og rammevilkår, og hvilken samarbeidsform som støtter best opp om "pasientens helsetjeneste".

Samtidig vil prosjektet få tak på om det er strukturelle utfordringer ved dagens pasientforløp for den multisyke pasienten, som medfører at pasientens samlede sykdomsbilde ikke blir tilstrekkelig ivaretatt

Eksempel kan være mangel på rutiner, mangelfull samhandling mellom aktører mm.

Kombinasjonen av å lytte til pasientens stemme »Hva er viktig for deg« og etablering av strukturer som ivaretar helheten i pasientsituasjonen antas å gi mer målrettede tjenester for denne pasientgruppen. En videre antagelse er at gjennom denne type tilnærming vil det være behov for å utvikle en ny tjenestemodell. Intervensjonene skal følges med målinger og kost-nytte vurderinger.

Målsettingen vil presiseres ytterlig etter gjennomført forprosjekt

Oppgavebeskriving /avgrensning

Pasient og brukermedvirkning -Pasientstemmen.

Prosjektet håndterer «brukermedvirkning» på to måter, i *utviklingen* av løsningen, og som en viktig *del av* løsningen; Det er sentralt i prosjektet å involvere pårørende der disse tilgjengelige.

Videre skal prosjektet ha særskilt fokus på følgende element

- 1) Koordinering og helhetlig ivaretagelse av den multisyke pasienten inne i sykehuset og i overgangen og samhandlingen mellom sykehus og bydel.
- 2) Fastlegens rolle i samarbeidet omkring denne pasienten
- 3) Bygge videre på «SAFE» sjekklister utviklet i prosjektet «Akutt og subakutt funksjonssvikt hos eldre»
- 4) Kvalitetssikring av pasientens legemiddelbruk, både pasientens opplevelse og forståelse av legemiddelbruk og sikre forståelse av legemiddellister etter utskrivning fra sykehus.

Metode

Forprosjekt

Det gjennomføres en Foranalyse i perioden desember 2015 til februar 2015. Forprosjektet har som primærmålsetting å kostnadsberegne 4 pasienter med multidiagnose sitt forbruk av helsetjenester i et gitt tidsrom og bygge opp en økonomisk simuleringsmodell på basis av de 4 pasientcasene.

Analysen skal danne en baseline for prosjektet. Nils Otto Ørjasæter, Intro International er ansvarlig for oppdaget.

Hoved datainnsamling

Det vil bli foretatt innsiktsintervju med pasienter og pårørende, for å identifisere behov. Hvordan opplever de forløpet i dag, hvor er de kritiske punktene, hva har de behov for.

Det vil også bli foretatt intervju med andre samarbeidsaktører.

Det vil bli gjennomført en innsiktsworkshop og en idegenereringsworkshop. Det kan være aktuelt med fokusgruppe og intervju med enkelte fagfolk. Målgruppen er fagfolk fra spesialist- og primærhelsetjenesten fra de aktuelle bydeler, brukerrepresentanter /pårørende, andre.

På bakgrunn av dette arbeidet skal det velges ut de største og viktigste utfordringer som prosjektet skal ta videre og finne løsninger på.

Testperiode

Det vil deretter bli gjennomført testing av de utvalgte løsninger.

Vedlegg 3- Prosjektorganisasjon

a) Styringsgruppen

Navn	Stilling	Tilhørighet
Kari Skredsvig	Avdelingsleder/leder for styringsgruppen	Stab Fag, pasientsikkerhet og Samhandling, Avdeling Samhandling
Guri Aaserud Jordan/ Geir Håvard Halvorsen	Rådgiver Seksjonsleder	Klinikk for Ortopedi
Morten Mowe	Assisterende klinikkleder	Medisinsk klinikk
Hilde Selstø	Avdelingssjef	Bydel Bjerke
Jatinder Sharma	Avdelingsdirektør	Bydel Østensjø
Kjell Silkoset		Brukerrepresentant
Jalil Djahromi	Leder, Sykehusapoteket, Oslo	Sykehusapotekene

b) Prosjektgruppen:

Navn	Stilling	Tilhørighet
Bente Thorsen	Samhandlingsoverlege	Stab Fag, pasientsikkerhet og Samhandling, Avdeling Samhandling
Ellen Fagerberg	Praksiskonsulent	Stab Fag, pasientsikkerhet og Samhandling, Avdeling Samhandling
Liv Anne Wiik	Sykepleier	Medisinsk klinikk, Indremedisinsk sengepost
Gro Mette Nygaard	Enhetsleder	Medisinsk klinikk, Akutt geriatrisk sengepost
Marit Elisabeth Alstad	Sykepleier/spesialrådgiver	Kirurgisk-ortopedisk sengepost / Stab Fag, pasientsikkerhet og Samhandling
Eva Melsom	Sykepleier	Ortopedisk klinikk
Ida Homme	Driftssykepleier	Ortopedisk klinikk, sengepost 1
Mette Wikstrøm	Teamleder Innsatsteam og Hverdagsrehabilitering	Bydel Østensjø
Birgitte Bangseid	Saksbehandler, Søknadskontoret	Bydel Østensjø
Camilla Stalsberg/ Åse Marie Vågø Arnesen	Fagutviklingssykepleier Førstekonsulent, Hjemmetjenester og forvaltning	Bydel Bjerke
Elin Aarsrud	Sykepleiekonsulent	Bydel Bjerke
Liv Mathiesen/ Lloyd Mbugua Kangu	Forsknings- og utviklingssjef Provisorfarmasøyt	Sykehusapotekene HF
Marit Røed Halvorsen/Bjørn Slettvoll	Deltok i oppstartfase	Kommunal Akutt Døgnetet (KAD)
Tayyab Chaudry/ Solveig Rostøl Bakken		Brukerrepresentanter
Nada Biberdzic Vaagland	Avdelingssykepleier	Lilleborg Helsehus

Betina Asplin Riis	PhD student innovation and entrepreneurship	BI Norwegian Business School
--------------------	---------------------------------------------	------------------------------

c) Referansegruppe

Referansegruppe er Samarbeidsforum -somatikk (ved Oslo universitetssykehus HF)

d) Ansvarsforhold

Prosjekteiere:

Oslo universitetssykehus HF, Medisinsk klinikk, Klinikk for Ortopedi, Sykehusapotekene HF

Samarbeidsparter er Bydelen Østensjø og bydel Bjerke

Prosjektleder: Sigrun Skåland Brun, ansatt fra 1.12.2015 til 30.06.2018

Vedlegg 4- Intervjuguide oppfølging av prosjektpasienter i Vel Hjem

*be om lydopptak (dette er til bruk i prosjektet internt og forskningspartnere. Ingen personidentifiserende informasjon vil gjøres tilgjengelig)

Introduksjon

Introduksjon av intervjuere. Påminnelse om Vel Hjem prosjektet. Prosjektet er opptatt av at helsetjenestene tilpasses til ditt behov med mål om at du skal klare deg bedre hjemme. Vi undersøker dine mål og ønsker, og søker å forstå hvordan du opplever at dette blir ivaretatt.

Fakta og kartlegging:

Som en deltager i prosjektet som handler om pasienter med ulike diagnoser, kan du fortelle litt om deg selv og helsesituasjonen din? Hvor lenge har du trengt avlastning fra helsetjenestene?

Hvilke helsetjenester og mennesker er del av din hverdag for at du skal ha det bra?

Hverdagen

- Hvordan forløper en normal dag seg for deg? Rutiner?
- Hva gjør deg trygg og hva gjør deg mindre trygg/bekymret i hverdagen din?
- Hva er den største utfordringen for deg i hverdagen?
- Hvem er du avhengig av for hjelp? (pårørende, hjemmesykepleien, fastlege, andre)
- Når føler du deg mest sett? Kan du huske en situasjon hvor du følte deg godt tatt vare på?

- Hva er viktig for deg i hverdagen? Og hvem har ansvaret for at du skal ha det som er viktig for deg?
- Hvordan går kommunikasjonsflyten? Hvem er du avhengig av å snakke med i det daglige?
- Hvordan får du formidlet det som er viktig for deg og behovene dine i hverdagen?

Relasjoner i helsetjenestene (hvordan er relasjonene og føler pasient at behov er ivaretatt?)

- Hvilke helsetjenester er du i hyppig kontakt med?
- Kan du fortelle litt om forholdet til fastlegen din?
- Hvordan opplever du at fastlegen tar dine behov på alvor? Har du et eksempel/en historie om det?
- Kan du fortelle litt om forholdet til hjemmetjenestene?
- Hvordan opplever du at hjemmetjenestene tar dine behov på alvor? Har du et eksempel/en historie om det?
- Med din erfaring med sykehusbesøk, hvordan opplever du at dine behov blir ivaretatt i sykehus? Tenk for eksempel på din siste innleggelse og beskriv.

Forventning til deltagelse i prosjektet:

- Som deltager i Vel Hjem prosjektet, hva var grunnen til at du ønsket å være med på dette prosjektet?
- Kan du fortelle litt om hvordan du ble med i prosjektet?
- Hva er din forventning til det prosjektet ønsker å løse? (Ref. lytte til dine behov og tilpasse tjenestene deretter)
- Hva var viktig for deg å få frem?
- Opplevde du at du fikk formidlet det som var viktig for deg?

Nå vil vi gjerne høre litt om hvordan du opplevde vurderingsbesøket

- Kan du fortelle litt om hvordan vurderingsbesøket var, hvem som var der og hva som ble snakket om?
- Nå, i etterkant av vurderingsbesøket – hvilke punkter av det som ble snakket om har blitt fulgt opp videre? (henger sammen med neste spørsmål)
- Fra referatet i vurderingsbesøket står det at din forventning var.... Og dine ønsker og tanker ... Hvordan opplever du at dette har blitt fulgt opp i dag?
- For deg, hvorfor var et vurderingsbesøk i sykehuset viktig? Eller var det ikke viktig, i så fall hvorfor?
- Snakket du med hjemmesykepleien (navn på T.A sykepleier) om det da du kom hjem? Kan du fortelle litt om det?
- Snakket du med fastlegen om det da du var på kontroll etter du hadde vært innlagt på sykehuset? Kan du fortelle litt om det?
- Har vurderingsbesøket gjort en forskjell for deg? Har det ledet til endringer? I så fall, hvordan har det gjort en forskjell? Og hvis ikke – har du noen formening om hvorfor ikke?

- Hvis du skulle gitt råd til en pasient i lignende situasjon som deg, hva slags råd ville du gi når det gjelder å bruke stemmen sin/ å bli lyttet til for at helsetjenestene skal være tilpasset sitt behov? Er det for eksempel vurderingsbesøk; andre arenaer? Andre følelser/formeninger om hvordan best å medvirke og være involvert på ønsket måte?

Videre forventninger til prosjektet og tjenestene

- Hva er dine behov for trygging fra helsetjenestene?
- Hvordan ønsker du helst å være involvert?
- Er det noe annet du tenker det er viktig at vi får vite om din opplevelse?