Tittel Elektronisk samhandling i pleie og omsorgstjenesten Kartlegging av behovet for elektronisk meldingsutveksling mellom pleie og omsorgstjenesten og eksterne samarbeidsparter i helsevesenet	NST-rapport	07-2002
	ISBN	82-92092-09-9
	Antall sider	43
	Dato	08.04.2002
Forfattere Gunn-Hilde Rotvold, Robert Myrvang, Ann-Kristin Gossé, Lisbeth Abelsen, Benedicte Neple		

Sammendrag

Undersøkelsen viser at pleie og omsorgstjenesten har daglig telefonisk kontakt med resten av helsevesenet. Behovet for kontakt varierer mellom de ulike sonene og avdelingene. De vanligste samarbeidsparter er legekontor, sykehus, apotek og laboratorium.

Tidsmessig effektiviseringspotensial ved elektronisk meldingsutveksling må sees i sammenheng med tid brukt i telefonen, tid brukt på registrering og dokumentering og tid på henting og bringing av pasienter som har vært til legekonsultasjoner. Tidsaspektet må også sees i sammenheng med faktorer som innføringen av et elektronisk system medfører; eks endring i rutiner og organisering. Muligens vil innføringen av et elektronisk system bidra til at man utveksler mer informasjon enn dagens ordninger fremmer. Barrierer med dagens ordning kan tyde på dette. Et elektronisk system vil legge til rette for mer rutinemessig informasjonsutveksling, noe som øker omfanget av dokumentasjon. I så fall vil man oppnå redusert tidsbruk til etterlysning og registrering av informasjon. I tillegg vil man kunne oppnå kvalitative gevinster i form av raskere informasjonsoverføring som igjen fører til raskere og bedre koordinert oppfølging av pasienten.

Elektronisk meldingsutveksling kan gjøres ved følgende:

1. Det bør etableres rutiner for utveksling av informasjon ved bruk av e-post. Sikker e-post i helsenett for timebestilling vil gi mulighet for asynkron kontakt. Dette vil også gi muligheter framover med tanke på forsendelser av digitale bilder og lyd. Sikker epost muliggjør en fleksibel samarbeidsform. Spesielt fra sykehjem er det uttrykt behov for veiledningsmuligheter innefor områdene psykiatri og demens.
2. Epikrisetiden må ned og må sammen med utskrivningsmeldingen som inneholder sykepleiedokumentasjon gjøres elektronisk. Et "medikamentkort" og linker til elektroniske prosedyrer kan være en naturlig del av dette. Standardskjema for meldinger mellom pleie og omsorgstjenesten og legekontor vedrørende rutinemessige medikamentendringer, prøvesvar eller endringer på grunnlag av prøvefunn vil redusere tiden brukt på registrering i pasientjournal.
3. Kontakt med hjelpemiddelsentralen viser et stort forbedringspotensial med elektronisk system. Funnene våre tyder på lang ventetid for hjelpemidler, noe som medfører økt pleiebehov i påvente av disse. Derfor kan det også være fornuftig å se på muligheten for å innføre søknadsskjemaet i elektronisk form, og ha et innebygdt kvitteringssystem som gir tilbakemelding til søker hver gang om status i saksbehandlingen og antatt ventetid.

Nasjonalt senter for telemedisin, 2002

ISBN 82-92092-09-9

Det kan fritt kopieres fra denne rapporten hvis kilden oppgis. Brukeren oppfordres til å oppgi rapportens navn, nummer, samt at den er utgitt av Nasjonalt senter for telemedisin og at rapporten i sin helhet er tilgjengelig på http://www.telemed.no/

Universitetssykehuset Nord-Norge HF
Nasjonalt senter for telemedisin
Postboks 35
9038 Tromsø
http://www.telemed.no

Forord

Høsten 2001 ga Sosial og Helse Departementet (SHD) Nasjonalt Senter for Telemedisin (NST) i oppdrag å:

Dokumentere Pleie- og omsorgstjenestenes behov for meldingsutveksling via helsenett.

Foreslå standard på de viktigste meldeskjema.

Beskrive kost / nytte ved bruk av elektroniske meldingsutveksling mellom pleie- og omsorgstjenestene og andre helseinstitusjoner.

Denne rapporten er NSTs leveranse til Sosial og helsedirektoratet som har finansiert NST og de deltagende kommuner i prosjektet.

Prosjektet har hentet datamateriale fra henholdsvis Tromsø og Bærum kommune etter anvisning fra oppdragsgiver.

NST ønsker å rette en stor takk til ansatte i Tromsø Kommune og Bærum Kommune som velvillig har bidratt til å innhente opplysninger og data som ligger til grunn for våre konklusjoner. En spesiell takk også til Telenor FOU for deres bidrag i prosjektet. Telenor har lagt grunnlaget for design av vår rapport.

Tromsø 8.april 2002

Gunn-Hilde Rotvold

Innhold

Forord **3**

1 Innledning **8**

2 Avgrensinger **8**

2.1 Problemstilling og tilnærming 8
2.2 Undersøkelsens område 10
2.3 Tidligere arbeider 10
2.3.1 Meldalundersøkelsen 10
2.3.2 Erfaringer fra Alta 10

3 Gjennomføring **12**

3.1 Fase 1: Forundersøkelse 12
3.1.1 Karakteristikk av kommunene 12
3.1.2 Karakteristikk av utvalget 13
3.1.3 Dokumentasjonssystemer 13
3.1.4 Kommunikasjonspartnere og problemområder 14
3.1.5 Utskriving fra sykehus 14
3.1.6 Kontakt med lege, apotek og lab 15
3.1.7 Forhold til hjelpemiddelsentral 15
3.2 Fase 2: Hovedundersøkelse 16
3.2.1 Hovedspørsmål 16
3.2.2 Utskriving fra sykehus 16
3.2.3 Kommunikasjon med lege, apotek, lab og sykehus 16
3.2.4 Forhold til hjelpemiddelsentral 17

4 Resultater **17**

4.1 Utskrivning fra sykehus 17
4.2 Kommunikasjon med legekontor, apotek og lab 19
4.2.1 Bruk av tid til telefonsamtaler 20
4.3 Hjelpemiddelsentral 20

5 Diskusjon og konklusjon **21**

5.1 Datakvalitet og generaliseringsmuligheter 21
5.1.1 Utvalg 21
5.1.2 Registreringsmetodikk 22
5.1.3 Manglende data og eventuelle feilregistreringer 22
5.1.4 Prosjektdeltaker og informantrollen 22
5.2 Utskriving fra sykehus 23
5.3 Legekontor, apotek og lab 24
5.4 Hjelpemiddelsentral 25
5.5 Oppsummering og anbefaling 25
5.5.1 Pleie og omsorgstjenestens behov for meldingsutveksling 25
5.5.2 Forslag til standard meldinger 26
5.5.3 Er et elektronisk system effektiv? 28

Referanser.....30

6 Vedlegg.....31

6.1 Vedlegg 1: Oppsummering fra forundersøkelsene 31
6.2 Vedlegg 2 : Informasjon om Bærum Kommune.....34
6.3 Vedlegg 3: Informasjon om Tromsø Kommune.....35
6.4 Vedlegg 4: Utvalgskarakteristikk Bærum kommune.....36
6.5 Vedlegg 5 : Utvalgskarakteristikk Tromsø kommune 39
6.6 Vedlegg 6 : Intervjuguide ifm utskriving fra sykehus 41
6.7 Vedlegg 7 : Informasjon om undersøkelsen.....42
6.8 Vedlegg 8: Registreingsskjema for telefonhenvendelser.....45
6.9 Vedlegg 9: Intervjuguide ifm legevaktskontakt.....46

1 Innledning

Pleie og omsorgssektoren genererer i dag utgifter på ca 38 mrd per år[2]. I framskrivingen mot 2010 forventes tallet å øke med ytterligere 10 mrd. Utviklingstrekkene dreier seg ikke ensidig om økning i antallet, men også om økning i pleiens omfang. Høyere levealder medfører flere brukere med stort pleiebehov. Færre liggedøgn på sykehus resulterer i sykere brukere med større pleiebehov fra hjemmetjenesten. Pleie og omsorgstjenesten (PLO) sliter samtidig med stor turnover, mye bruk av vikarer og relativt lite penger som frigies til kompetansehevende tiltak. Utviklingen i helsevesenet og endring i oppgavefordeling mellom aktørene i helsevesenet tilsier at behovet for samhandling vil øke ytterligere. Omfattende medisinske behandlinger i pleie- og omsorgstjenestene krever rask og sikker informasjonsflyt til spesialistkompetanse. Samhandlingen mellom pleie- og omsorgstjenestene og andre helseorganisasjoner skjer i dag pr post, telefon, e-post eller direkte ved samtaler/møter. Samhandlingen gjelder både direkte pasient rettede oppgaver, kompetansetilførsel og annen administrativ informasjon.

Denne rapporten søker å beskrive potensialet for elektronisk samhandling i omsorgstjenesten. Rapporten er delt i fem hovedkapitler:

1) Avgrensinger mht hva undersøkelsen omhandler, hvilken type teknologi som inngår, arbeid som inngår og hvilke effekter det ses etter.
2) Tidligere arbeider. Her beskrives tilgrensende undersøkelser.
3) Gjennomføring. Her beskrives måten undersøkelsen er gjennomført på og hvilke materiale som har vært brukt.
4) Resultater
5) Diskusjon og konklusjon

2 Avgrensinger

I dette kappitlet gis det en kort redegjørelse for problemstillingen og hvilken tilnærming undersøkelsen baserer seg på. Deretter avgrenses området for undersøkelsen.

2.1 Problemstilling og tilnærming

Hensikten med undersøkelsen er tredelt:

[2] Tall hentet fra SSB om Totale utgifter i pleie- og omsorgstenestene. 1994-2000

1. *Dokumentasjon av Pleie- og omsorgstjenestenes behov for meldingsutveksling via helsenett.*

Hvilke samhandlinger som skjer mellom pleie og omsorgstjenesten og andre aktører i helsevesenet er ikke godt dokumentert. Erfaringsmessig vet vi at telefon er hyppig brukt, brev sendes og en del meldinger går via fax. Pleie og omsorgstjenesten bruker mye tid på å innhente informasjon om pasienter, og det meste skjer pr telefon. Kartlegging av henvendelser via telefon vil derfor I stor grad avdekke hva de ansatte i omsorgstjenesten ser på som de største forbedringsmulighetene. Mange meldings-utvekslinger skjer, og det finnes få meldinger som er av standard format. Det er i flere sammenhenger uttrykt behov for å formalisere og effektivisere meldingsutvekslingen. Forventningene til IKT som effektiviserende løsningsverktøy er stor.

2. *Forslag til standard på de viktigste meldeskjema.*

Fokus settes på konkrete oppgaver der pleie- og omsorgstjenestene samarbeider med andre aktører i helsevesenet. Dette gjøres for å dokumentere de viktigste samarbeidsparter, gi oversikt over informasjonsflyten og informasjonsinnholdet, samt hyppigheten av samhandlingen. Selve standardiseringsarbeidet er en prosess som involverer leverandører og er således en mer omfattende prosess enn hva prosjektets ramme tilsier. Vi nøyer oss i denne sammenhengen derfor med å komme med forslag til hvilke meldinger som bør standardiseres.

3. *Avklare om innføring av elektronisk basert meldingsformidling vil kunne være kostnadseffektivt i omsorgstjenesten.*

Den beste måten å gjennomføre slike undersøkelser på er å måle effektivitet både med og uten elektronisk meldingsformidling. Tids og kostnadsrammer har gjort det umulig i dette tilfellet. Som alternativ er det valgt å kartlegge ”forbedringspotensialer”. I denne sammenheng betyr forbedringspotensiale kommunikasjon som kan gjennomføres ”bedre” ved hjelp av elektronisk meldingsformidling. ”Bedre” er gitt to hoved-betydninger: a) Mer effektivt, dvs, raskere eller billigere (evt mer rasjonelt, det mest hensiktsmessige middel for å nå målet) og b) Bedre tjenesteyting, dvs mindre feil, mer presis dokumentasjon, mindre venting osv. Disse to målene vil ofte henge sammen.

Konklusjonen på denne undersøkelsen vil være en beskrivelse av behov, forslag til områder hvor standard meldinger er ønskelig samt vise til et potensiale for forbedring. Dette potensialet vil indikere hvor stor nytteeffekt innføring av elektronisk meldings-formidlig kan ha. Dette er en svakere konklusjon enn å ”avklare om innføring av elektronisk basert meldingsformidling er

kostnadseffektivt i omsorgstjenesten". Imidlertid vil både klare forbedringspotensialer og åpenbare mangler på forbedrings-potensiale være en indikator på hva en kan forvente å oppnå dersom elektronisk meldingsformidling implementeres i tjenesten.

2.2 Undersøkelsens område

Undersøkelsen omhandler både den institusjons- og hjemmebaserte omsorgstjenesten, og fokuserer på tjenestens kommunikasjonsaspekter. Undersøkelsen fokuserer på samhandling med andre deler av hjelpeapparatet og ikke på interne forhold i omsorgstjenesten. Det er altså fokusert på kommunikasjon med andre enheter som en forutsetning for eller som en følge av utføring av pleie og omsorgsoppgaver. Det er ikke fokusert på utføringen av oppgavene i seg selv. Undersøkelsen er gjennomført i to kommuner i Norge; Tromsø og Bærum. Disse kommunene er ikke tilfeldig valgt, men valgt av oppdragsgiver (SHDIR). Generaliseringsproblematikken blir drøftet i diskusjonskapitlet.

2.3 Tidligere arbeider

Det er særlig to undersøkelser som er relevante for vårt prosjekt. Disse tydeliggjør og understøtter vår undersøkelse med tanke på omsorgstjenestens behov for en mer effektiv meldingsutveksling.

2.3.1 Meldalundersøkelsen

Studien (*Bach;2001*) har hatt fokus på informasjonsflyten i pleie og omsorgssektoren i Meldal kommune. Det er spesielt fokusert på Meldal Helsetun som skal knyttes mot Midt-Norsk Helsenett for overføring av elektroniske epikriser fra Orkdal Sanitets-forenings Sykehus. Kartleggingsarbeidet viste at kommunen har et godt og vel-fungerende tilbud til befolkningen innen pleie og omsorg. Men, rapportering kan bli raskere og mer effektiv og kvalitetssikringsarbeidet kan forbedres blant annet ved hjelp av epikriseoverføring. Effektiv utveksling av pasientinformasjon forutsetter at sykehusene og andre deler av helsetjenesten tar I bruk elektroniske pasientjournalen som støtter informasjonsutveksling og som bygger på standarder. Det gjenstår I stor grad å få tilrettelagt pasientjournalene for sikker meldingsutveksling.

2.3.2 Erfaringer fra Alta

Gjennom flere år har Alta kommune hatt fokus på teknologi i hjemmebaserte tjenester. Problemstillingen har vært knyttet til bruk av elektronisk journal og mobil tilgang til pasientinformasjon. Hjemmesykepleiere i prosjektet fikk opplæring i bruk av mobile terminaler

og etter en tids utprøving dukket behovet for utvidet funksjonalitet opp som i prosjektet ble formulert som følgende problemstilling;

”Hvorfor ikke ha tilgang til å kommunisere med eksterne aktører i helsevesenet mens de var ute i felten?”

En av hovedproblemstillingene var å finne ut om det er mulig og helsefaglig hensiktsmessig med elektronisk kommunikasjon mellom omsorgsarbeider/-avdeling og fastlege/eksterne samarbeidsparter. Formålet er å avdekke viktige tekniske, organisatoriske, økonomiske og juridiske forutsetningen for at elektronisk kommunikasjon skal gi bedre kvalitet i tjenesten. I tillegg ville man vurdere forutsetningene for at slik kommunikasjon kan skje i full skala.

Oppmerksomheten i forsøket ble konsentrert om kommunikasjon mellom hjemmetjenesten og legekontor, og mellom hjemmetjenesten og apotek.

Sykepleierne fikk sendt totalt 82 elektroniske meldinger til legekontor, apotek og til andre i testgruppen i løpet av testperioden. Om lag halvparten av meldingene (39) var henvendelser i form av spørsmål og lignende som krevde svar. 31 av disse ble besvart av mottaker hvorav en melding ble besvart muntlig. Kommunikasjon via elektronisk meldingssystem fungerte bra med to av tre leger. Den tredje legen hadde ikke fått tilstrekkelig opplæring i bruk av programvaren, noe som kan være en medvirkende årsak til at ting ikke fungerte som forventet

Innholdet i meldingene var forskjellig, og reflekterte noe av hverdagen for helsearbeidere i hjemmebasert pleie og omsorg: *”Sår på tå”*, *”Melding om pasient som har time senere i uka*”, råd om behandling, etterlysning av medisiner, henvendelse med stillbilde av øye i forbindelse med allergi, reseptbestilling, beskjed om blodprøver, og beskjed til lege om at *”pasient kommet fra sykehus”*.

Ved bruk av e-post kan hjemmesykepleierne sende henvendelsene asynkront, og legene svarer på henvendelsen etter at pasientkonsultasjonene ved legekontoret er ferdig for dagen. Dette er en løsning begge parter er tjent med. Systemet er praktisk, svar er tilgjengelig for sykepleierne neste dag og de slipper å bli sittende i telefonkø. Sykepleierne i Alta hevder at de kan spørre mer faglig tilfredsstillende via e-post fordi

det er mer ro rundt situasjonen. I tillegg er den skriftlige informasjonen lettere å forholde seg til i motsetning til muntlig overlevering, fordi beskjeder ikke nødvendigvis skrives ned, og dermed kan forsvinne eller bli misforstått.

3 Gjennomføring

Undersøkelsen i Tromsø og Bærum ble gjennomført i to faser. Første fase hadde et eksplorerende preg. Hensikten var å få oversikt over arbeidet, hvilke problemer som særlig var fremtredende og hvilke deler av kommunene det var naturlig å gjennomføre undersøkelsen i. På bakgrunn av arbeidet i forundersøkelsen ble det utarbeidet registreringsskjema og intervjuguider, samt gjort utvalg av hvilke enheter som skulle delta i hovedundersøkelsen (fase 2). I fase 2, eller hovedundersøkelsen ble datamaterialet samlet inn og analysert. Under redegjøres for gjennomføringen av de to fasene. Resultatene fra forundersøkelsen presenteres også siden de danner grunnlag for utformingen av hovedundersøkelsen.

3.1 Fase 1: Forundersøkelse

Forundersøkelsen hadde to formål. For det første skulle den gi grunnlag for å velge ut hvilke enheter, dvs. soner og institusjoner i kommunene som skulle undersøkes. For det andre skulle den gi informasjon om hvem som var de viktigste kommunikasjonspartnere og i hvilke situasjoner det mest sannsynlig oppstod kommunikasjonsproblemer. Undersøkelsen ble gjort i perioden 10.12. til 18.12.-01 ved at to sykepleiere som kjenner tjenesten i de respektive kommuner godt, intervjuet personale med kjennskap til tjenesten i den enkelte kommune. I Tromsø ble12 personer intervjuet. Disse var representanter fra 6 hjemmetjenestesoner og 6 sykehjemsavdelinger. Utvalget ble gjort ut fra et ønske om å få et mest mulig gjennomsnittlig og dekkende bilde av tjenesten.

I Bærum ble 9 personer intervjuet. I denne delen av prosjektet startet man med intervjurunde basert på et utvalg av personer som representerte de ulike avdelinger innen Bistand og Omsorg i Bærum: Servicekontoret, soneleder i hjemmebaserte tjenester, oversykepleier for institusjon, utøvere/pleiere i avdeling psykisk helse - avdeling rehabilitering - og hjemmebaserte tjenester. Oppsummeringen fra de to forundersøkelsene ligger i vedlegg 1. I forundersøkelsen ble det også samlet inn statistikk om kommunene.

3.1.1 Karakteristikk av kommunene

I Bærum kommune (vedlegg 2) er det totalt 30 soner og 14 institusjoner samt service kontor. I 2001 hadde hjemmebaserte tjenester 5938 brukere, hvorav 1981 var hjemmesykepleie -, 2878

hjemmehjelp-, 530 psykiatri- og 321 miljøarbeider-tjeneste. Institusjonene hadde 994 registrert på langtidsplasser, 827 korttidsplasser, 82 akutt kriseplasser og 20 på avlastningsplass. Disse tall er basert på Gerix tall og kan registrere en bruker flere ganger hvis vedkommende har mottatt flere tjenester eller ved gjentatte innskrivninger i tjenesten.
I Tromsø kommune (vedlegg 3) er det totalt 25 soner med 1662 brukere til sammen, og 10 institusjoner med samlet 347 brukere, totalt 2009 brukere.

Totalt har kommunene til sammen 55 soner, og et pasientgrunnlag på 4851 brukere. Det er 24 institusjoner med totalt antall pasient på 2766. Samlet er det 7617 brukere i de to kommunene.

3.1.2 Karakteristikk av utvalget

I Bærum ble ni soner, fire institusjoner, og servicekontoret tatt med i kartleggingen. Dette utgjør 1055 brukere i soner, 157 i institusjon, totalt 1212 brukere. Disse betjenes av 28 ansatte i soner, 9 i institusjon og 4 på servicekontoret. Av disse er 29 sykepleiere. Undersøkelsen har foregått på dagtid og vi har i vår opptelling tatt utgangspunkt i snittbemanningen på dagtid. Utvalget er beskrevet i vedlegg 3. Utvalget ble ikke gjort tilfeldig, men for å få med soner og institusjoner med forskjelligartet virksomhet.

I Tromsø ble 7 soner og 9 institusjoner tatt med i undersøkelsen. Dette utgjør 443 brukere i soner og 90 brukere i institusjon, til sammen 533. Disse betjenes av 30 ansatte i soner, 30 i institusjon. Vi har ikke lyktes å få oversikt over hvor mange av disse som er sykepleiere. Utvalget ble gjort på samme måte som i Bærum, det ble ikke gjort tilfeldig, men med sikte på å få mest mulig variasjon inn i utvalget ut fra den kjennskap sykepleierne hadde til arbeidsgangen. Utvalget er beskrevet i vedlegg 4.

3.1.3 Dokumentasjonssystemer

Tromsø benytter Profil, som er et elektronisk journalsystem tilpasset for bruk i omsorgstjenesten i kommunene. Programmet består av ulike moduler tilpasset ulike yrkesgrupper. Profil bruker databasen Oracle. Alle data lagres i en sentral database. Systemet brukes i dag av 70 norske kommuner.
Bærum benytter databasert dokumentasjonssystem kalt Helios som er modulbasert og bygger på Gerix statistikkprogram. Helios benyttes både av institusjonene og hjemmebaserte tjenester samt eldresentra. Eget autorisasjonssystem utfra rollen som ansatt avgjør tilgangen i programmet. All data lagres i en egen server i kommunens datapark.

3.1.4 Kommunikasjonspartnere og problemområder

Forundersøkelsen viste at bruk av telefon var mest utbredt og tidkrevende når informasjon vedrørende pasienter skulle innhentes. Det var også de samme kommunikasjonspartnerne som gikk igjen i kommunene. De rapporterte å ha hyppigst kontakt med primærlege, sykehus, hjelpemiddelsentral og i noen grad apotek og laboratorier. I begge kommunene ble følgende forhold pekt på som særlig problematisk:

1) Utskriving fra sykehus
2) Kontakt med primærlege, apotek og laboratorium i forbindelse med spørsmål angående medisinering, labsvar, rsept og timebestilling.
3) Forhold til hjelpemiddelsentral

Under gis en nærmere redegjørelse for problemet knyttet til disse områdene.

3.1.5 Utskriving fra sykehus

Ved utskriving fra sykehus er ofte omsorgstjenesten den instans som får det første møte med pasienten. I de fleste tilfeller er dette uproblematisk i det pasienten har med beskjed fra sykehus om hvilke særbehandling han skal ha og hvilke medikamenter som skal brukes. I noen tilfelle skjer imidlertid at disse opplysingene er mangelfulle eller at pasienten har forlagt det medbrakte skjema. Det kan da vise seg vanskelig å få tak i opplysningene, siden det ikke er gitt hvem som har skrevet pasienten ut fra sykehuset. I noen tilfeller kan dette medføre at pasienten må gå uten medikamentering eller behandling i noen tid.

Servicekontoret er en egen enhet som ivaretar bestiller funksjonen for pleie og omsorgstjenestene i Bærum kommune. Dette innebærer i praksis at kommunikasjonen ved inn- og utskriving fra Bærum sykehus eller andre sykehus går via servicekontoret. Kommunen har utviklet eget papirbasert skjema (A- og B-skjema) som anvendes ved inn- og utskriving av pasienter. Epikrisen kommer først ca 14 dager etter at pasienten er skrevet ut fra sykehuset. Epikrisen går til pasientens fastlege. Medikamenteringen av pasientene har fra utskrivingen vært gjort ut fra det omsorgstjenesten har fått beskjed om fra sykehuset. Det er klart mulig at denne medikamentering ikke stemmer overens med den som foreskrives i epikrisen. Ved utskriving fra sykehus er det altså flere potensielt uheldige situasjoner som kan oppstå:

1) Pasienten kan få utsatt eller manglende behandling pga mangelfulle opplysninger fra sykehus til omsorgstjenesten.

2) Pasienten kan få feil behandling i forhold til det som er foreskrevet i epikrisen
3) Omsorgstjenesten kan bruke mye ressurser på å skaffe opplysninger for å gi riktig behandling

3.1.6 Kontakt med lege, apotek og lab

Problematikken er her gjerne knyttet til at en ikke får tak i primærlege eller tilsynslege. Omsorgstjenesten henvender seg til lege på samme måte som pasienter og blir henvist til å stå i kø. I forundersøkelsen antydes det at dette tar mye tid og ressurser og er forbundet med stress og frustrasjoner når antall resultatløse henvendelser akkumulerer. Det ble også antydet at dette kunne medføre økt bruk av legevakt.

Antagelsen er at en gjennom å innføre en annen kommunikasjonsform med primærlege/ tilsynslege og andre samarbeidspartnere, vil benytte mindre tid på å sitte i telefon for å få avklart spørsmål og samtidig få en bedre behandling av klientene. Et annet aspekt er at ikke all kontakt med lege krever synkron muntlig kommunikasjon som ved telefonsamtaler. Det kan i noen tilfeller være mer hensiktsmessige å gi asynkrone meldinger som legen kan gjennomgå når han har anledning. Videre vil skriftlige meldinger lettere kunne loggføres og bidra til dokumentasjon av hvilken kommunikasjon som har foregått og hvilke avgjørelser som er tatt. Et viktig aspekt er mulighetene for midlertidig å **avslutte** en handling knyttet til oppfølgingen av brukerne. Det kommer tydelig til uttrykk gjennom intervju og diskusjoner om store frustrasjoner forbundet med akkumulering av antall henvendelser som må taes til legekontor eller andre instanser fordi forsøk på å ta telefonisk kontakt i enkelttilfeller ofte ikke fører frem.

3.1.7 Forhold til hjelpemiddelsentral

Problemet her er knyttet til at det ofte tar lang tid å få hjelpemidler levert. Dette medfører ulike typer plager for klienten og merarbeid og frustrasjon for omsorgstjenesten. Forsinkelse av noen typer hjelpemidler vil gi seg direkte utslag i merarbeid for tjenesten. Dette gjelder f.eks. hjelpemidler som hjelper klient med bevegelse. Dersom hjelpemidlene ikke finnes må mer personell hjelpe til med klienten. Mangel på andre typer hjelpemidler kan medføre skader som senere må behandles flere steder i helsevesenet. Dette kan f.eks. være tilfelle dersom trykkavlastnings hjelpemidler ikke kommer i tide. Det er ikke uten videre lett å se hvordan meldingsformidling i omsorgstjenesten skal avhjelpe dette problemet. Vi har likevel valgt å ta det med i hovedundersøkelsen fordi et eventuelt funn kan gi bidrag til forbedring av tjenesten på andre måter.

3.2 Fase 2: Hovedundersøkelse

Under redegjøres kort for gjennomføringen av hovedundersøkelsen. Hvilke spørsmål som ble søkt besvart, hvilke data som ble registret på hvilken måte og over hvor lang tid. Før hovedundersøkelsen startet ble informantene gjort kjent med undersøkelsen både muntlig og skriftlig (se Vedlegg 7)

3.2.1 Hovedspørsmål

Som nevnt i kapittel to er hensikten med undersøkelsen å avklare behovet for elektronisk meldingsutveksling samt antyde gevinstpotensialet for meldingsformidling i omsorgstjenesten. Forundersøkelsen har pekt på tre områder hvor behovet for bedre dokumenterte opplysninger er stort. I tillegg forventer vi at et sannsynlig gevinstpotensial finnes innenfor disse områdene. Disse områdene ble kort beskrevet i forrige avsnitt og er 1) utskrivning av pasienter fra sykehus, 2) kontakt med lege og andre sentrale samarbeidspartnere, 3) forholdet til hjelpemiddelsentralen.

3.2.2 Utskriving fra sykehus

Det har ikke lyktes prosjektet å få besvart spørsmålene om problemer rundt utskriving fra sykehus til omsorgstjenesten. Det kan derfor heller ikke konkluderes med hensyn på hvorvidt det skjer feilmedisinering i forhold til det epikrisen foreskriver. I undersøkelsen ble de første dataene samlet inn gjennom strukturerte intervjuer (intervjuguide vedlegg 6) med soneleder to ganger per uke i perioden 28.01.02 – 17.02.02. I praksis var det kun vanlige ukedager som inngikk i registreringene. Totalt antall dager for undersøkelsen var 14 dager. I tillegg har vi brukt spørreskjema (se avsnitt 3.2.3) for å registrere hyppigheten av og hensikten med kontakt med sykehus i perioden.

3.2.3 Kommunikasjon med lege, apotek, lab og sykehus

For å få besvart spørsmålet om det er noe å hente med elektronisk meldingsformidling til og fra lege og andre sentrale samarbeidspartnere er det nødvendig å få et inntrykk av hvor mye ressurser partene benytter på denne informasjonsformidlingen i dag. Videre må det bringes på det rene om informasjonen som utveksles krever umiddelbar respons eller kan utveksles ved anledning. Forundersøkelsen pekte ut de sentrale kommunikasjonspartnerne og gjorde samtidig oppmerksom på at telefon var det viktigste kommunikasjonsmedium. Problemstillingen belyses ved å samle inn data om kommunikasjon fra sonene og institusjonene til de respektive samarbeidspartnere. Det er særlig hyppighet av telefonbruk og tid brukt i telefon som vil gi svar på ressursbruken, mens hensikten med samtalen vil gi informasjon om hvorvidt den kan overføres asynkront eller ikke. Det ble utviklet et spørreskjema (vedlegg 8) som ble delt ut til alle soner og institusjoner som deltok i kartleggingen. Det ble gjort oppmerksom på at en ønsket

å registrere all kommunikasjon med sentrale partnere. Sonene ble fulgt opp to til tre ganger per uke. Registreringen foregikk i perioden 28.01.02 – 17.02.02.
I forundersøkelsen antydet man at problemer med å få tak i lege kunne medføre at legevakt ble kontaktet i stedet. For å belyse om dette var tilfelle ble soneleder intervjuet to til tre ganger per uke for å avdekke om legevakt hadde vært kontaktet og om denne kontakten hadde hatt en forhistorie med manglede kontakt med fastlege eventuelt tilsynslege. Intervjuene ble gjennomført i samme periode som over. Intervjuguide er lagt ved i vedlegg 9.

3.2.4 Forhold til hjelpemiddelsentral

Problematikken er knyttet til sen levering av hjelpemidler. Sen levering kan ha forskjellig betydning avhengig av type hjelpemiddel. Det ble plukket ut fire hjelpemiddeltyper som har særlig betydning for hjelpebehovet. Et panel med kompetente sykepleiere, fysioterapeuter og ergoterapeuter vurderte de viktigste hjelpemiddeltypene til å være:

- Trykkavlastning; sårforebyggende hjelpemiddel som eksempelvis sittepute, liggeunderlag etc.
- Forflytningshjelpemidler som f.eks personløfter, rullestol etc
- Dusjkrakk
- Omgivelseskontroll

Det ble gjennomført arkivstudier der alle bestillinger av disse hjelpemiddeltypene i perioden fra 1 august 2001 til 1 desember 2001 ble registrert. For hver bestilling ble det registret når behovet var avdekket, når det ble godkjent og når endelig løsning ble levert bruker. I Bærum kommune ble registreringen begrenset til Bekkestua område. I Tromsø ble registreringen foretatt i de sonene og institusjonene som var med i utvalget.

4 Resultater

Under beskrives resultatene fra undersøkelsen. De presenteres i forhold til hovedproblemstillingene: utskriving fra sykehus, kommunikasjon med lege og andre sentrale partnere, forhold til hjelpemiddelsentralen.

4.1 Utskrivning fra sykehus

I Bærum kommune har servicekontoret registrert 80 tilfeller av kontakt med sykehus. Årsaken til kontakten er oppgitt å være ”avklare hjelpebehov ved hjemreise” i 23 tilfeller, ”innhente

info" i 32 tilfeller og avklare hvorvidt pasienten skal ha kortidsplass eller langtidsplass ved sykehjem i 11 tilfeller. I resterende tilfeller er det ulike andre årsaker som ligger til grunn.

I Tromsø kommune er det registrert totalt 58 tilfeller hvor omsorgstjenesten kontaktet sykehus. I 12 tilfeller er det oppgitt utskrivning av pasient som årsak til kontakt. I 10 tilfeller er behov for pasientopplysninger oppgitt som årsak og i 23 tilfeller er årsaken behov for informasjon om pasienten i form av samtaler med legen for råd, veiledning etc. Resterende tilfeller har andre årsaker. I Tromsø fremkommer dessuten av materialet at spesielt innenfor psykiatri har omsorgstjenesten behov for råd fra legen.

Av målingene vi har gjort fremkommer at tidsbruken for en henvendelse i gjennomsnitt tar ca 7 minutter. Lengst brukte tid var 1 time og forekom kun en gang, minst brukt tid var 1 minutt og forekom 3 ganger. Tidsbruken som forekom oftest var 5 minutter (36 ganger) mens varighet på 10 min skjedde 23 ganger.

Både i Tromsø og Bærum forsøkte vi å innhente erfaringer fra enkeltpersoner når det gjaldt utskrivning av pasienter. I Tromsø fikk vi historikk på 3 ulike utskrivninger. To av disse tilfellene var forbundet med manglende informasjon. I disse tilfellene der informasjon manglet oppsto det betydelig merarbeid for tjenesten og antagelig usikkerhet hos pasienten. Dette ble også tydelig illustrert gjennom historikk fra Bærum som er basert på hendelser *utafor* vår forsøksperiode. De er likevel uttrykk for enkelthendelser som skaper merarbeid og frustrasjoner, og som "setter seg" i helsearbeiderens hukommelse. For eksempel hadde en lege ved et bo- og rehabiliteringssenter henvendt seg til sykehuset for å få tilsendt epikrise for pasienten som nylig var overført. Senterlegen hadde brukt ca ½ time på å få kontakt med sykehuslegen, men fikk ikke tak i fullstendige opplysninger. Opplysninger om medisinering var overlevert via pasientens kone. Etter 3 ukers opphold ved senteret skulle pasienten skrives ut. Først da fikk senterlegen fullstendig informasjon fra sykehuset om eksakt diagnose av pasienten.

I et annet tilfelle tok sykehuset kontakt med hjemmetjenesten og meldte ut en hjerteoperert bruker. Hjemmetjenesten prøvde å få oversikt over tilstanden ved å stille spørsmål til vedkommende som ringte. Mange av spørsmålene ble ikke besvart, men helhetsinntrykket av svarene var at dette var en bruker som ville ha behov for hjemmehjelp til praktiske oppgaver i hjemmet en periode. Hjemmetjenesten ba om at det ble ordnet med evt. resepter og medisin dersom det var aktuelt med nye medikamenter. Denne koordineringen tok ca 1 time. Hjemmetjenesten valgte å sende kveldsvakta innom bruker for å se hvordan det stod til, og for å kunne vurdere hvor mye hjemmehjelp som evt. trengtes fra neste uke. Det viste seg da at bruker trengte assistanse til personlig hygiene, matlaging m.m Det forelå ikke et eneste dokument fra

sykehuset, og heller ingen resept eller medisiner. Hjemmetjenesten brukte 1,5 timer på telefonering, faxing og leting for å skaffe tilveie nødvendig informasjon. I tillegg måtte de hente medikamenter på apoteket, samt gi ekstra tilsyn og pleie hele helga.
Konsekvensen ble økt belastning både for bruker og hjemmetjenesten hele helga.
Historiene er to blant flere som er plukket ut for å illustrere problemer knyttet til manglende og ufullstendig overlevering av informasjon. Historiene synliggjør behovet for en bedre koordinert innsats overfor brukerne.

4.2 Kommunikasjon med legekontor, apotek og lab

Det er registrert totalt 571 telefonsamtaler i de 25 sonene inklusiv servicekontoret . Høyest antall samtaler hadde en sone i Tromsø med 61 registrete samtaler i løpet av perioden, dvs. vel 4 per dag. Lavest antall hadde en sone i Bærum med to registrete samtaler i løpet av perioden, dvs. en samtale per uke.
De 571 samtalene fordelte seg på samtalepartnerne som i tabellen under.

Lege	262	46 %
Sykehus	175	31 %
Apotek	77	13 %
Lab	33	6 %
Andre	3	1 %
Manglende info	21	3 %
SUM	**571**	**100 %**

Tabell : Samtalepartnere etter hyppighet

For å dokumentere hensikten med henvendelsen som var foretatt, hadde vi en åpen kategori i spørreskjema (vedlegg 8). Fordelen var at vi på den måten ville finne de egentlige årsakene til henvendelsene. Ulempen ved åpne kategorier er de ulike benevnelsene som kan være gitt på samme type henvendelse. Vi har i systematiseringen lagd kategorier utfra hva folk har skrevet ned.

Hensikt med disse telefonhenvendelsene ble oppgitt å være ”*spørsmål angående pasient*” i 199 tilfeller (35 % av henvendelsene). Andre årsaker ble oppgitt å være ”*medisinering*” i 70 tilfeller, ”*legetilsyn/konsultasjon*” i 61 tilfeller, ”*resept*” 85 tilfeller og ”*prøvesvar*” i 51 tilfeller. Medisinering, resept og labsvar utgjør til sammen 36 % av henvendelsene. Vi hadde til sammen

9 tilfeller hvor det eksplisitt ble gitt uttrykk for behov for veiledning/opplæring. I 39 tilfeller var det andre årsaker til kontakt. Hovedsakelig dreide det seg om varebestilling fra apotek.

4.2.1 Bruk av tid til telefonsamtaler

Samlet tid brukt i 560 av de 571 telefonsamtalene er 6862 min., eller nærmere 114 timer. Gjennomsnittlig taletid er ca 12 min. Ti av registreringene er over 120 minutter og den lengste på 180 min[3]. Hyppigst forekommende rapporterte samtalelengde er på 5 minutter.
Det var svært stor forskjell på sonene både i forhold til total samtaletid, gjennomsnittlig samtaletid, samtaletid per ansatt og samtaletid per klient. Lengst samlet tid brukte en sone i Bærum med 1281 minutter fordelt over perioden. Dette innebærer omlag 1 time og 30 minutters telefonering per dag. Den enheten i Bærum med nest høyest samlet tidsbruk hadde registrert 1140 minutter. Dette er omlag tre ganger så lang total tid som de neste på listen. Minst tid brukte en sone i Tromsø med 10 minutter i samme periode, dvs, litt i overkant av et halvt minutt per dag. I gjennomsnitt brukte enhetene (soner og institusjoner) 260 min til telefonering i perioden. Dette utgjør vel 18 minutter per dag per enhet.

4.3 Hjelpemiddelsentral

Tabellene nedenfor viser antall bestillinger foretatt i perioden 1. august til 1. desember 2001. I tillegg presenteres samlet ventetid for de ulike hjelpemidlene. Omgivelseskontroll skiller seg ut som særlig vanskelig å få tak i. I snitt tar det ca 125 dager før hjelpemidlet er skaffet til veie. Dette gjelder både Tromsø og Bærum. Omgivelseskontroll er også den type hjelpemiddel som har mest sammenheng med omsorgsbehov, dvs at mangel på denne typen hjelpemidler medfører ekstra pleiebehov for brukeren.

Hjelpemidler	Antall bestillinger	Samlet ventetid i dager
Trykkavlastning	7	180
Forflytningshjelpemidler	7	241
Omgivelseskontroll	4	500
Dusjkrakk	10	143

Tabell 6: Ventetid på hjelpemidler Bekkestua

[3] Det var kun ett tilfelle hvor det er registrert 180 minutters varighet. Dette gjaldt kontakt med legevakt vedrørende vurdering av innleggelse av pasient.

Hjelpemiddeltype	Antall bestillinger i perioden	Samlet ventetid i dager
Trykkavlastning	6	189
Forflytning	14	515
Omgivelseskontroll	3	370
Dusjkrakk	7	217

Tabell 7: Ventetid på hjelpemidler Tromsø

5 Diskusjon og konklusjon

Under diskuteres resultatene. Først gis noen kommentarer til datakvaliteten og muligheten for å generalisere resultatene ut over de undersøkte kommunene. Deretter drøftes betydningen av funnene innen de tre hovedområdene. Tilslutt gis en anbefaling til videre arbeid.

5.1 Datakvalitet og generaliseringsmuligheter

5.1.1 Utvalg

Statistisk generalisering forutsetter at alle enhetene i populasjonen det generaliseres til har lik sannsynlighet for å komme med i utvalget. I denne undersøkelsen er først to kommuner valgt uten at andre har anledning til å delta, deretter er enheter innen kommunen valgt på en ikke-tilfeldig måte. Funnene kan derfor ikke generaliseres ut over de valgte soner i disse kommunene ved hjelp av et statistisk redskap.
Det betyr at når resultatene brukes i en argumentasjon om omsorgstjenesten i alminnelighet, må argumentasjonen støtte seg til et annet grunnlag enn statistikk, for eksempel påpekninger gjort i samtaler, diskusjoner og historier som er blitt oss fortalt.

Det er likevel viktig å påpeke at omsorgstjenesten i norske kommuner er organisert relativt likt, er underlagt det samme lovverk, utfører de samme oppgaver og har omtrent den samme bemanning. Det samme gjelder for de samarbeidspartene som er inkludert i denne undersøkelsen. Dermed er det ingen gode grunner til å tro at det skulle være store forskjeller i resultatene om undersøkelsen ble gjort i andre kommuner. De sammenligninger som ble gjort av kommunene, utvalget og resten av landet, mhp. klienttetthet, ansatte per klient og fordelig av klient i institusjon og hjemmeomsorg, understøtter dette.

På bakgrunn av overstående mener vi det er forsvarlig å benytte resultatene i argumentasjon om meldingsformidling i omsorgstjenesten.

5.1.2 Registreringsmetodikk

Undersøkelsen er basert på en kombinasjon av intervju, registreringsskjema og arkivstudie. Intervjuene ble utført av representanter fra de respektive kommuner. Informantene var først og fremst personer med sonelederansvar (bortsett fra en sykepleier i utøvende tjeneste i Bærum kommune) og personer med ansvar for kontakt med hjelpemiddelsentral. Metoden fanger derved ikke godt nok opp erfaringer fra personer som ikke har leder-ansvar.
Registreringsskjemaet var kun knyttet til telefonsamtaler. Annen form for kommunikasjon som brev, faks, personlig frammøte og lignende ble dermed ikke registrert. I utgangspunktet er det kun utgående samtaler som er registrert. Av skjemaene fremgår likevel at det i noen tilfeller er registrert inngående samtaler. Dette er ikke et mål på antallet inngående samtaler i perioden, men heller uttrykk for enkeltpersoners usikkerhet rundt hva som skulle registreres. Videre er registreringene knyttet til frekvens og varighet av hendelser, og ikke i hvilken grad hendelsene er belastende for helsearbeideren, klienten eller samarbeidspartneren. Det kan tenkes at enkelte hendelser er belastende for helsearbeideren for eksempel gjennom usikkerheten knyttet til hvilke avgjørelser som skal tas, og at dette oppleves som ekstra belastende over tid inntil det oppnås kontakt med for eksempel lege.
Arkivstudien baserer seg utelukkende på omsorgstjenestens dokumentasjon av kontakten med hjelpemiddelsentralen. Ved å inkludere data fra hjelpemiddelsentralene ville den kunne avdekket andre momenter ved den enkelte sak, og eventuelt hvilke faktorer som har hatt innvirkning på saksgangen og ventetiden.

5.1.3 Manglende data og eventuelle feilregistreringer

På to områder er det grunn til å stille spørsmålstegn ved kvaliteten på dataene i undersøkelsen. Det ene gjelder den store variasjonen i samtalelengder som ble rapportert. Variasjon fra 1 til 180 minutter kan tyde på ulik tolkning for når en oppgave er avsluttet. Det kan være telefontid som er registrert i noen tilfeller, mens det i andre tilfeller er registrert hvor lang tid det tar å gjennomføre et "informasjonssøk". Det andre gjelder utskrivning fra sykehus i Bærum. Her kan tenkes at både servicekontor og soner har vært i kontakt med sykehus vedrørende samme pasient (dobbelregistrering). Potensielt manglende data (at ikke all kommunikasjon mot eksterne ble registrert), feil i data (jfr de lange hendelsene som ble registrert på 120-180 minutter, samt at kjøring med levering og henting av ustyr ble registrert enkelte steder).

5.1.4 Prosjektdeltaker og informantrollen

Tre av prosjektdeltakerne har sitt daglige arbeid innefor pleie og omsorgstjenesten. Disse har bidratt på flere måter. I tillegg til selve prosjektarbeidet har de fungert som veivisere, rådgivere, døråpnere til tjenesten og vært prosjektets barometer i valgsituasjoner. Alle disse må sees som viktige informanter i prosjektet. De har, understøttet av sine erfaringer, bekreftet relevansen av

våre funn. Således vil ”svakhetene” i vårt datamateriale i noen grad oppveies av at informantene har lang erfaring og god kjennskap til ulike deler av pleie og omsorgstjenesten. På den andre siden skal man være klar over forskningseffekten som ligger i å innta ulike roller som her. Ønsket om å synliggjøre utfordringer i en tjeneste man selv er del av vil alltid være en viktig drivkraft.

5.2 Utskriving fra sykehus

Totalt var det 175 henvendelser til sykehus (30 %) av de 571 rapporterte hendelsene. Kommunikasjons- og informasjonsflyt mellom pleie og omsorgstjenesten og sykehus er en relativt stor del av den totale samhandlingspraksis. Det er spesielt i forbindelse med utskrivninger fra sykehus at informasjonsbehovet oppstår, men også i forbindelse med veiledning, råd og spesiell behandlingsoppfølging. Datamaterialet viser at pleie og omsorgstjenestens behov for *veiledning* fra sykehussiden, etter at pasienten er overført til omsorgstjenesten, er spesielt stor når det gjelder psykiatriske problemstillinger.

Tidsmessig viser ikke resultatene at omfanget av informasjon som etterspørres er veldig stort. Telefonsamtalene avsluttes relativt raskt, noe som tyder på at det er små, men avgjørende opplysninger som er nødvendig i oppfølgingen av brukerne.
Det brukes i gjennomsnitt 6.95 min på telefonhenvendelser til sykehus. Totalt er det registrert 140 sykehushenvendelser som har til hensikt å *fremskaffe informasjon* om pasientene. I de resterende 35 tilfeller (totalt 175) er det laboratorieprøver, timebestilling og annet som er årsaken.

Vi antar informasjonsutvekslingen (i 140 tilfeller) til å være hovedsakelig forbundet med utskrivning av pasienter. Tidsmessig er det brukt totalt 974 min på dette. Bærum har foretatt 80 henvendelser med samlet tidsbruk på 556 min. Det er kun servicekontoret som står for denne kontakten. Servicekontoret bruker da ca 55 min pr dag (målt i 14 dager) på telefonsamtaler med sykehus. Tromsø har registrert 58 henvendelser fordelt over 7 soner/avdelinger. Samlet tidsbruk er 403 min, i overkant av 4 min pr sone pr dag.

På bakgrunn av dette er det ikke grunnlag for å foreslå effektivitetsforbedrende tiltak. Til det er den *generelle* tidsbruken for liten. Dersom man vektlegger historier og hendelser beskrevet i intervju har bildet et litt annet preg. Store frustrasjoner over oppgaver som ikke kan avsluttes fordi man ikke får tak på rett person, riktig opplysning etc. preger hverdagen til flere i omsorgstjenesten. Ansvaret føles stort, tendensen til brukere med større pleiebehov er økende,

rekrutteringsproblemer medfører tidvis marginal bemanning. Hva som kan bidra til en bedre tjeneste er ikke nødvendigvis den mest effektiviserende løsning.

5.3 Legekontor, apotek og lab

Vi har registrert stor variasjon i de enkelte sonenes frekvens på kommunikasjon med andre. I snitt brukes overkant av 12 min pr telefonhenvendelse. Hver sone bruker i snitt ca 20 min pr dag på telefonhenvendelser til ulike parter. Når det gjelder kontakt med fastlege utgjør dette mesteparten av telefonhenvendelsene. Fornying av resept, spørsmål om resultat av prøver, timebestilling er ikke enkeltvis registrert som tidkrevende handlinger. Når manglende dokumentasjon foreligger og ansvaret for å innhente nødvendige opplysninger føles frustrerende, må vi anta at det ikke er tidsaspektet som er det viktigste argument for å etablere elektronisk samhandling. I beskrivelse av arbeidsdagen omtales samhandling med eksterne parter i helsevesenet som frustrerende på grunn av vanskelig tilgjengelighet. Vanskelig tilgjengelighet til pasientinformasjon er antakelig ikke synonymt med tidkrevende tilgjengelighet, men heller et uttrykk for følelsen av å ikke være godt nok inkludert. Erfaringene fra Alta- prosjektet er at (sitat):

> *"For sykepleierne kan det både være vanskelig og tidkrevende å innhente relevant informasjon på pasientens vegne. Det er derfor ønskelig med et system som ivaretar skriftlig tilbakemelding til hjemmetjenesten. E- post forenkler kommunikasjon og kan derfor bidra til å styrke en utvikling hvor alle aktører får viktig og relevant informasjon. Sykepleierne ønsker at spesialisten sender tilbakemeldingen til fastlege med kopi til hjemmetjenesten." (Krogh, Lars et.al 2002)*

I Alta prosjektet brukes argumentet med "tidkrevende" som begrunnelse for å legge til rette for elektronisk meldingsutveksling. Det var ikke gjort noen konkret tidsstudie rundt forsøkene i Alta, til tross for dette fremheves tidsaspektet som en flaskehals. Igjen tror vi det er grunnlag for å anta at opplevelsen av tidspress og stress henger sammen med at det til stadig akkumuleres oppgaver som ikke blir avsluttet pga ventetid i telefon, at man ikke kommer igjennom til legekontor fordi pleie og omsorgstjenesten er henvist til å vente i telefonen på lik linje med andre pasienter. Dette har ingen gunstig effekt på omsorgstjenestens integrasjon med resten av helsevesenet. Dersom pleie og omsorgstjenesten får tilgang til elektronisk samhandling vil dette bidra til sterkere

integrasjon med resten av helsevesenet. Gevinstene av dette kan vanskelig måles og må sees i et helhetsperspektiv.

5.4 Hjelpemiddelsentral

Hjelpemidler som ble kartlagt ble plukket ut fordi de har særlig betydning for pleiebehovet. Det er ikke uten videre gitt hva som er en "akseptabel" ventetid. En enkel fortolkning av dataene er altså at det her er snakk om et snitt på 125 dager med forhøyet pleiebehov. Antar vi at datagrunnlaget er representativt for landet innebærer dette at organiseringen av hjelpemiddelsentralen påfører omsorgstjenesten forhøyet pleiebehov tilsvarende 300 slike dager i løpet av året. Dette er betydelige størrelser både i personlig lidelse og i kostnader for tjenesten. Dette har lite med meldingsformidling å gjøre, og en løsning krever antagelig drastisk omorganisering av tjenesten. For å kunne avdekke dette nærmere vil det være behov for å gå nærmere inn på hvordan hjelpemiddelsentralen er organisert og hvordan denne kommuniserer med eksterne leverandører. Dette ligger utenfor rammene for dette prosjektet.

5.5 Oppsummering og anbefaling

Vår undersøkelse har kun tatt utgangspunkt i pleie og omsorgstjenesten. Vi har ikke hatt fokus på legekontor, sykehussiden eller hjelpemiddelsentralen. Konklusjonene må sees i lys av dette.

5.5.1 Pleie og omsorgstjenestens behov for meldingsutveksling

Undersøkelsen viser at pleie og omsorgstjenesten har daglig telefonisk kontakt med resten av helsevesenet. Behovet for kontakt varierer mellom de ulike sonene og avdelingene. Tidsbruken for telefonisk kontakt med resten av helsevesenet er ikke alarmerende høy. De vanligste samarbeidsparter er legekontor, sykehus, apotek og laboratorium.

Frustrasjoner knyttet til innhenting av informasjon om pasienter og brukere er høy. Tidsbruken oppleves som mer omfattende enn våre faktiske målinger viser. Rutineoppgaver må kunne avsluttes fortløpende. Basert på samtaler og intervju er det grunn til å tro at elektronisk samhandling vil kunne medføre trygghet for helsepersonell og integrasjon til resten av helsevesenet. Dette er sentrale faktorer som har betydning for pleie og omsorgstjenestens kvalitet. Elektroniske meldinger vil bidra til å formalisere informasjonsutvekslingen mellom helsepersonell. Det ligger også en viss kvalitetssikring i skriftlig dokumentasjon ved at det er mulig å gå tilbake og sjekke, at det er tilgjengelig for andre. Elektronisk dokumentasjon og

informasjonsoverføring vil være mindre utsatt for misforståelser og vil lettere kunne loggføres og redusere dobbeltføringer. Dette vil igjen forebygge feil og bidra til effektiv informasjonsoverføring.

Det er videre rimelig å forvente at det organisatorisk vil være riktig at pleie- og omsorgstjenesten benytter samme system som resten av helsevesenet (elektroniske helsenett). Dette er imidlertid en argumentasjon som knytter seg til i hvilken grad man ønsker å benytte elektroniske løsninger i forbindelse med kvalitetssikring av tjenester i helsevesenet, samt generelle spørsmål knyttet til organisering av helsevesenet. Sikker e-postforbindelse mellom pleie og omsorgstjenesten er ett minimum. Dette vil legge til rette for spørsmål og svar, veiledning. Vi har vist at det foregår svikt i rutinene og vi har vist at det tar tid å rette opp feil. Når det gjelder tidsgevinst for selve overføringen og registrering av informasjonen, så er det vanskelig å si noe om det nå. Pr i dag registreres all informasjon manuelt. Dersom man skal effektivisere informasjonsflyten er utvikling av standard meldinger løsningen innefor spesifikke områder.

5.5.2 Forslag til standard meldinger

Selv med et elektronisk system ville det være behov for mulighet for kommunikasjon mellom pleie- og omsorgstjenestens system og det formatet informasjonene kom i, altså et "mellomprogram". Med et slikt mellomprogram ville man også kunne oppnå at legeinformasjonen kan gå inn i pasientsystemet slik at vi kan oppfylle forskriften om felles journal. I Alta- prosjektet ble det utviklet løsninger for kommunikasjon for ulike typer henvendelser som ble drøftet med testgruppen og legene før testperioden startet:
Timebestilling
Konsultasjon (med mulighet for lyd- og bildevedlegg)
Reseptbestilling
”Second opinion” (avklaring av fagspørsmål)

Denne typen meldingsutveksling krever vanlig e-postforbindelse. For at det skal være effektivt og minst mulig ressurskrevende, bør det etableres standard bestillingsskjema med avkryssingsalternativer. Veiledning fra lege til omsorgstjenesten i åpent tekstfelt kan fungere godt dersom det lages gode oppfølgingsrutiner. Som nevn under pkt 5.2 tror vi på kort sikt at det er stort potensial for dette innenfor psykiatri. Våre løsningsforslag kan oppsummeres som følgende:

Kontakten med legekontor

Standardskjema for meldinger mellom pleie og omsorgstjenesten og legekontor vedrørende rutinemessige medikamentendringer, prøvesvar eller endringer på grunnlag av prøvefunn. Et slikt skjema bør inneholde opplysninger om pasientens/brukerens personalia, problemstilling m/felt for kommentarer, spesielle opplysninger og resultater. Et eksempel er skjema med bestilling av fornyet resept. Kommentarfelt kan fylles ut, lege returnerer skjema med blodprøvebestilling. Når prøve er tatt returneres skjema igjen til legen som når han får svar på prøven, angir dosering av medisin på samme skjema som så sendes til pleie og omsorgstjenesten. Resultatet er at alt dokumenteres på samme sted.

Dagens situasjon hvor helsepersonell i hjemmetjenesten ikke har egen informasjonskanal for kontakt med legetjenesten gjør informasjonsutvekslingen tidkrevende. Ansatte i hjemmetjenesten står i telefonkø på lik linje med pasienter. Det bør etableres rutiner for utveksling av informasjon ved bruk av e-post. Sikker e-post i helsenett for timebestilling vil gi mulighet for asynkron kontakt. Dette vil også gi muligheter framover med tanke på forsendelser av digitale bilder og lyd. Utvikling av standarder er en tidkrevende prosess og vi vil anbefale at pleie og omsorgstjenesten tilbyes oppkobling tilkobles til helsenett som et første steg. Gevinstene taes ut fortløpende og man bør ta høyde for utvidet funksjonalitet underveis.

Kontakten med sykehus

Pleie og omsorgstjenesten er i dag ikke berettiget epikrise eller utskrivingsmelding ved utskriving av pasienter. Epikrise sendes til fastlegen, og det kan i mange tilfeller ta 2-3 uker før epikrisen foreligger. Utskrivingsmeldingen følger pasienten. Det bør etableres en formell informasjonsoverføring mellom sykehus og pleie og omsorgstjenesten. Tydeligere regler eller endring i lovverket hvor pleie og omsorgstjenesten blir berettiget informasjon direkte, vil antakelig ha en symbolsk effekt, men det er tvilsomt om det er noen garanti for raskere informasjonstilgang. Epikrisetiden må ned og må sammen med utskrivningsmeldingen som inneholder sykepleiedokumentasjon bør gjøres elektronisk. Et "medikamentkort" og linker til elektroniske prosedyrer kan være en naturlig del av dette. Opplysninger om pasientens personalia, medikamenter, prosedyrer og behandlingsoppfølging anses som mest vesentlig i behandlingsoppfølgingen. Informasjonen bør komme foran pasienten og ikke omvendt.

Det bør også etableres sikker epost mellom pleie og omsorgstjenesten og sykehus. Sikker epost muliggjør en fleksibel samarbeidsform. Spesielt fra sykehjem er det uttrykt behov for veiledningsmuligheter innefor områdene psykiatri og demens.

Kontakt med hjelpemiddelsentralen

Hjelpemiddelsentralen har ikke vært hovedfokus i prosjektet, men viser et stort forbedringspotensial med elektronisk system. Funnene våre tyder på lang ventetid for hjelpemidler, noe som medfører økt pleiebehov i påvente av disse. Derfor kan det også være fornuftig å se på muligheten for å innføre søknadsskjemaet i elektronisk form, og ha et innebygdt kvitteringssystem som gir tilbakemelding til søker hver gang om status i saksbehandlingen og antatt ventetid. På denne måten vil pleie og omsorgstjenesten kunne ha oppfølging med prosessen og muligheter for å påvirke tempo. Vi understreker samtidig at vi ikke har vært i dialog med hjelpemiddelsentralen om dette. Vår innfallsvinkel er å se på pleie og omsorgstjenestens behov for samhandling. En annen mulighet kan være et oppsporingssystem som likner på det posten har for pakker. På denne måten er det mulig å ha oversikt over hvor en søknad befinner seg, og det er enklere å få tak på informasjon.

5.5.3 Er et elektronisk system effektiv?

Registreringene viser at gjennomsnittlig daglig tidsbruk på telefon er relativt liten. Informasjonssøking er samtidig sagt å være en vesentlig del av pleie og omsorgstjenestens hverdag. Frustrasjoner over manglende informasjon er stort, det er muligens behov for mer informasjon enn det man faktisk får tilgang til. Utveksling av informasjon som i dag sendes skriftlig har vi ikke grunnlag for å si noe om utfra vårt datamateriale. Uformelt rapporteres det imidlertid om skriftlig informasjon og dokumentasjon som en betydelig feilkilde, og som igjen fører til behov for telefonisk å innhente riktig informasjon.

Tidsmessig effektiviseringspotensial ved elektronisk meldingsutveksling må sees i sammenheng med tid brukt i telefonen, tid brukt på registrering og dokumentering og tid på henting og bringing av pasienter som har vært til legekonsultasjoner. Tidsaspektet må også sees i sammenheng med faktorer som innføringen av et elektronisk system medfører; eks endring i rutiner og organisering. Muligens vil innføringen av et elektronisk system bidra til at man utveksler *mer* informasjon enn dagens ordninger fremmer. Barrierer med dagens ordning kan

tyde på dette. Et elektronisk system vil legge til rette for mer rutinemessig informasjonsutveksling, noe som øker omfanget av dokumentasjon. I så fall vil man oppnå redusert tidsbruk til etterlysning og registrering av informasjon. I tillegg vil man kunne oppnå kvalitative gevinster i form av raskere informasjonsoverføring som igjen fører til raskere og bedre koordinert oppfølging av pasienten.

Referanser

Bach,Grethe (2001) *Meldalsprosjektet* Rapport 8/01 Kompetansesenteret for IT I helsevesenet AS ISBN:82-7846-111-2

Edvardsen, D.f., Førsund, F.R., Aas, E. (2000) *Effektivitet i pleie og omsorgsektoren*. Rapport 2/2000 Stifteslen Fishersenteret for samfunnsøkonomisk forskning. Fishersenteret, april 2000.

Krogh, L., Line.N.,Abrahamsen,L.,Nyheim,B.,Thorstensen,B.,Ørnes,H.(2002) *Bredbåndsteknologi I hjemmetjenesten.*Evaluering av et prosjekt i Alta kommune. Norut Finnmark ,rapport 2002:1

Langørgen, A. (2000) *En analyse av kommunenes hjelp til mottakere av hjemmetjenster*. Rapport 2000/3, Statistisk sentralbyrå, februar 2000.

Rundskriv om kvalitet i pleie og omsorgstjenestene. Sos. Dep. 13/97, mars 1997:

http://odin.dep.no/sos/norsk/publ/rundskriv/030005-994088/index-dok000-b-n-a.html

Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene. :
http://www.lovdata.no/for/sf/hd/hd-19970227-0358.html
Lov om helsetjenesten i kommunene:
http://www.lovdata.no/all/nl-19821119-066.html
Try it and Se. *The Economist Mach 2nd, 2002*, pp 77-78

6 Vedlegg

6.1 Vedlegg 1: Oppsummering fra forundersøkelsene

FOR- UNDERSØKELSEN TROMSØ

STED: Hjemmetjenesten
HOVEDSAMARBEIDSPARTNER*:*
Fastlege: Dreier seg først og fremst om resepter og blodprøvesvar. Hjemmetjenesten tar et ansvar som legene skulle ha hatt og de tar et ansvar som egentlig er brukers. Sparer også bruker for penger.

RITØ: Gjelder spes. ved utskriving, men også litt ved innskriving. Hovedproblemet er overføring av medikamentopplysninger, men også annen type informasjon. Epikriser kommer for sent og resepter/ medikamenter følger ikke bruker. Hjemmetjenesten føler at de ensidig tar ansvar for kvaliteten av opplysningene som gis.

Har også en del å gjøre med prøvesvar, spesielt INR og CRP.

Savner også tilgang på spesialprosedyrer.

Hjelpemiddelsentralen: Mest forespørsler om saksgang og purringer. Litt behov for hjelp til reparasjon/ service.

ØVRIGE SAMARBEIDSPARTNERE: Apotek, Medi-Nord, Private legespesialister, Dagsenter m.m samt sykehjemmene i forb. med korttidsplasser.

UNNTAK: Psykiatrisk sone
Her er det andre samarbeidspartnere som Psykiatrisk senter, Åsgård, sosialkontoret, SMS, barnevern, trygdekontor osv. i tillegg til fastlegene. Hjemmetjenesten fungerer ofte som koordinatorer og nettverksbyggere

PRAKTISK GJENNOMFØRING:
Det meste av informasjonsutveksling skjer til/ fra sonekontorene pr. telefon, evt. via vaktmobil. Stort sett begrenset antall personer.

STED: Sykehjemmene

HOVEDSAMARBEIDSPARTNER:
Tilsynslege Dette er mye person- og stedsavhengig. Der det er korttidsplasser er det egentlig fastlegene som skal ta ansvaret, men det skjer skjeldent. Tilsynslegen kan være i en helt annen bydel.

RITØ Gjelder spes. ved utskriving, men også litt ved innskriving. Hovedproblemet er overføring av medikamentopplysninger, men også annen type informasjon. Epikriser kommer for sent. Sykehjemmene føler at de ensidig tar ansvar for kvaliteten av opplysningene som gis.

Har også en del å gjøre med prøvesvar, spesielt INR og CRP.

Savner også tilgang på spesialprosedyrer.

Legevakt Gjelder ved medikamentdoseringer og evt ved besøk. Alle medikament-doseringer er stort sett muntlige.

ØVRIGE SAMARBEIDSPARTNERE:
Apoteket, Medi-Nord, Hjelpemiddelsentralen (økende) fysioterapeut/ ergoterapeut.
Åsgård.
Hjemmetjenestesonene ved korttidsopphold.

Trygdekontor – aktiv sykemelding.

UNNTAK: Rehabiliteringsavdelinga.
Her er det stort sett bare RITØ utenom kommunen. Er tilgjengjeld avhengig av mange avdelinger på sykehuset samtidig først ved søknad og siden ved overføring. Har også mer med hjelpemiddelsentralen å gjøre.

PRAKTISK GJENNOMFØRING:
Det meste av informasjonsutveksling skjer til/ fra avdelingskontorene pr. telefon. Stort sett begrenset antall personer.
Også her skiller rehabiliteringen seg ut.

FORUNDERSØKELSEN BÆRUM

Det ser ut til at fokus for kartleggingen i Bærum Kommune (BK) bør legges til disse områdene:

- Servicekontoret
- Rehabiliteringsavdelingen
- Avdeling psykisk helse
- 2-3 soner innenfor ambulerende tjenester og miljøarbeider tjenesten
- Lønnås bo- og opptrenings senter
- Dønski bo- og behandlings senter

Forundersøkelsen bekrefter mine antagelser og supplerer med flere opplysninger.
Prioriteringene vi gjorde i møte 29/11 –01 i Tromsø stemmer.

- Primærlegene
- Sykehuset
- Legevakt
- Hjelpemiddel lageret
- Hjemmebaserte tjenester kontra institusjonene og institusjonene mot de samme externe aktører er viktig også å få kartlagt.
- Apoteket i noe mindre grad.

Skjema – avkrysning er mulig å gjennomføre i ulike grupper. Hvor lenge?

- Rutiner innad i sykehuset og hjelpemiddel lageret er dårlig.

- Klarer den enkelte ansatte å tyde skjema, rapportere entydig på skjema? Eks A og B- skjema
- Det er mulig å registrere tid på A og B-skjema. Dato for skrevet skjema kontrolleres mot dato mottatt skjema.
- Inkludere sykehuset i undersøkelsen??
- Hva med medisineringen – registrerer sevicekontoret det i Helios?
- Boliger: se intervju m/Tore Egseth, siste del.
- Kan vi registrere hvor mye tid, hvor mange ledd som jobber rundt INR prøvetaking?
- Hvor ofte ringer sykepleierne?
- Rehabiliteringsavdelingen her kan vi registrere tidsbruk og hvor mange ledd rundt henvendelser til hjelpemiddel lageret.
- Avdeling psykisk helse: registrere kriser rundt brukere og henvendelser til psykiatriske sykehus (Blakstad) og legevakt.
- Institusjonene og samhandlingen med hjemmebaserte tjenester bør registreres på et vis.
- Institusjonene og samhandlingen med sykehuset, hjelpemiddel lageret og primærleger???

6.2 Vedlegg 2 : Informasjon om Bærum Kommune

BÆRUM KOMMUNE

Bærum har et areal på 191.3 kvadratkilometer og er nærmeste nabo til landets hovedstad, på vestsiden. Sandvika er kommunenes administrative sentrum. Ut fra Sandvika går hovedveien E16 til Vestlandet; landets mest trafikkerte hovedvei.
I april 1998 ble Bæring nr. 100.000 født og arealet tatt i betraktning er det en befolkningstett kommune. Folkemengde år 2000: 101.494.

Den administrative styringen i Bærum kommune er etter omorganisering høsten 2001 organisert med Rådmann og to kommunesjefer på topp. Sentralt organisert støttefunksjoner i alt 13 enheter. Interne bedrifter i 6 enheter og 14 seksjoner med til sammen 169 tjenestesteder.

Seksjon hjemmebaserte tjenester og institusjonstjenesten er to av de 14 seksjoner som kan benevnes som pleie og omsorgstjenesten i kommunen. Hjemmebaserte tjenester er definert med 7 tjenestesteder og Seksjon institusjoner 11 tjenestesteder. Disse tjenestestedene har underliggende arbeidsenheter som benevnes som for eksempel soner, baser og arbeidsenheter i hjemmebaserte tjenester.

Servicekontoret er en egen enhet som ivaretar bestiller funksjonen for pleie og omsorgstjenestene i Bærum kommune. Det betyr i praksis at de fleste bestillinger kommer fra Bærum sykehus og primærlegene i kommunene. Men henvendelser skjer også i stor grad fra ulike andre sykehus, privatpersoner og andre instanser.

I 2001 hadde hjemmebaserte tjenester 5938 brukere, hvorav 1981 var hjemmesykepleie-, 2878 hjemmehjelp-, 530 psykiatri- og 321 miljøarbeider-tjeneste. Institusjonene hadde 994 registrert på langtidsplasser, 827 korttidsplasser, 82 akutt kriseplasser og 20 på avlastningsplass. Disse tall er basert på gerix tall og kan registrere en bruker flere ganger hvis vedkommende har mottatt flere tjenester eller ved gjentatte innskrivninger i tjenesten.

Årsverk i alt pr. 18.01. 2001 var 5944 hvorav 2805 servet pleie og omsorgstjenestene i kommunen.

6.3 Vedlegg 3: Informasjon om Tromsø Kommune

TROMSØ KOMMUNE

Tromsø er Nord- Europas nest største kommune i areal (2558 kvadratkilometer, hvorav 1434 på fastland og 1124 på øyer), og har ca.60500 innbyggere. Den kan med andre ord verken karakteriseres som en typisk landkommune eller typisk bykommune. Dette gir seg utslag i at vi både har storbyproblematikk og problemer med lange avstander og spredt bosetting. Ettersom vi befinner oss på 69° nord (på høyde med nordlige Alaska)er også klimaet en utfordring.

Kommunen er fra 01.01.02 organisert i to nivå, — Rådmannen (med tre kommunalsjefer og tre rådgivere) og 114 resultatenheter. I tillegg er det opprettet 13 støtteenheter som skal bistå de ulike resultatenhetene.

Pleie- og omsorgsdelen utgjør pr. i dag 22 resultatenheter. Disse er ulikt organisert i forhold til hvilke tjenester de gir, men de inkluderer totalt 25 hjemmetjenestesoner, 6 sykehjem med 345 plasser, 7 omsorgsboliger med 215 enheter, 7 boliger for psykisk utviklingshemmede, 9 dagsenter for eldre, 4 dagsenter for funksjonshemmede og 1 storkjøkken.

I 2001 hadde kommunen ca. 1500 brukere som fikk hjemmehjelp og/ eller hjemmesykepleie, ca.180 som hadde støttekontakt, ca.90 som hadde en eller annen form for avlastning, 11 som hadde brukerstyrt personlig assistent, samt at det ble gitt 260 korttidsopphold på sykehjem.

For å ivareta disse tjenestene hadde kommunen ca. 880 årsverk hvorav 125 sto ubesatt hovedsakelig på grunn av manglende tilgang på fagpersonell.

6.4 Vedlegg 4: Utvalgskarakteristikk Bærum kommune

BAKGRUNN FOR UTVALG AV TJENESTESTEDER TIL KARTLEGGING HJEMMEBASERTE TJENESTER OG AVDELING PSYKISK HELSE					
OMRÅDE	**SONE**	**ANTALL BRUKERE**	TYPE TJENESTE	**SNITT BEMANNING PÅ DAGTID** ST. HJEMLER	
SANDVIKA 4	Sone 1 og 5	63	MT*		
	Sone 2	118	HH,SPL*		
	Sone 3	207	HH,SPL		
	Sone 4	121	HH,SPL	1 SPL	12,75
	Avdeling psykisk helse	159		6 SPL	17
	Sone 6	4	MT		
SANDVIKA 3	Levrestien	9	MT	2 MT	13
	Vangkroken	5	MT		
	Lippestedvei	26	MT	4 MT	23
	Tokerudkollen	5	MT		
	Sone 3 & 4	182	HH,SPL	4 SPL	26,2
	Sone 1 & 2	231	HH,SPL	4 SPL	15
BEKKESTUA 5	Sone 1 Haslum	136	HH,SPL,(MT)	2 SPL	17
	Sone 2 Jar	158	HH,SPL,MT		
	Sone 3 Ekeberg	131	HH,SPL,MT		
	Sone 4 Stabekk	191	HH,SPL,(MT)	3 SPL	15,5
	RUBO	36	Botrening	2 MT	8,5
BEKKESTUA 6	Sone 1 Bekkestua	105	HH,SPL,MT		
	Sone 2 Øvrevoll	94	HH,SPL,MT		
	Sone 3 Hosle	78	HH,SPL,MT		
	Sone 4 Østerås	196	HH,SPL,MT		
	Avdeling psykisk helse	111			
RYKKINN	Sone 1 Skui	93	HH,SPL,MT		
	Sone 2 Gjettum	124	HH,SPL,MT		
	Sone 3 Berger	178	HH,SPL,MT		
	Sone 4 Belseth	140	HH,SPL,MT		
	Sone 5 Lommedalen	151	HH,SPL,MT		
	Bo og arb. kollektiv	11	MT		
	Avdeling psykisk helse	114			
BJØRNEGÅRD	Trygghetsavdeling	15	Psykisk helse		

* HH: hjemmehjelp. SPL: sykepleietjeneste. MT: miljøarbeidertjeneste

BAKGRUNN FOR UTVALG AV TJENESTESTEDER TIL KARTLEGGING **I INSTITUSJONENE**					
BO- OG BEHANDLINGS SENTRE	**NAVN PÅ AVDELING**	**ANTALL SENGER**	**TYPE AVDELING**	**SNITT BEMANNING PÅ DAGTID** ST. HJEMLER	
DØNSKI	Svingen	22	Somatisk	1,5 SPL	12,75
	Trygghetsavdeling	49	akutt	2 SPL	11,25
	(hele Dønski)	306			
BERGER	Avdeling 2	28	Demens	2,5 SPL	20
	(hele Berger)	221			
CAPRALHAUGEN		190			
KOLSÅS		56			
LØKKA OG RYKKINN		93			
LØNNÅS	Avd. rehabilitering	22	Rehabilitering	3 SPL	14,5
	(hele Lønnås)	378			
STABEKK		252			
STABÆKTUNET		422			
ØSTERÅS		130			
VALLERHJEMMET		371			
IKKE KOMMUNALE BO- OG BEHANDLINGSSENTERE					
GULLHAUG					
STIFTELSEN SOLVIK					
VILLA MARIA					
GRANLY DAGSENTER					

BAKGRUNN FOR UTVALG TIL KARTLEGGING			
SERVICE-KONTOR OMRÅDE **ANT. ANSATTE 18**	**ANSVARSOMRÅDE**	**ANTALL ANSATTE**	**ANTALL SOM DELTAR I KARTLEGGINGEN**
SANDVIKA		6	
	Hjemmesykepleie		1
	Hjemmesykepleie/tiltaksteam*		1
	Tiltaksteam*		1
BEKKESTUA		7	
RYKKINN		5	
	Hjemmesykepleie		1

*Tiltaksteam: tildeler korttidsplasser og langtidsplasser på bo- og behandlingssentere.

6.5 Vedlegg 5 : Utvalgskarakteristikk Tromsø kommune

BAKGRUNN FOR UTVALG AV SONER TIL INTERVJU			
”TYPE” SONE	**SONE**	**ANTALL BRUKERE**	**SNITT**
Distriktssoner	Brensholmen	64	
	Sjursnes	*36*	41,33
	Lakselvbukt	24	
Sentrum(nære) soner	Sentrum sør	69	
	Sentrum nord	*77*	
	Bjerkaker	67	80,5
	Håpet	114	
	Stakkevollan	76	
	Guleng	80	
Inkl. miljøtjeneste	Jadeveien/ Planetv.	7	
	Kveldroveien	52	65,25
	Nansenveien	*64*	
	Sommereng	68	
Inkl. omsorgsbolig	Laureng	121	
	Seminaret	50	81,33
	Mortensnes/ Hamna	73	
”Drabantby”	*Fastlandet 1*	*87*	
	Fastlandet 2	81	
	Fastlandet 3	54	
	Fastlandet 4	56	78,14
	Fastlandet 5	54	
	Kvaløya nord	108	
	Kvaløya sør	107	
Psykiatri	*Psykiatriteamet*	*39*	
	Psyk. faggruppe	34	36,5
Totalsnitt			**66,48**
Snitt i utvalg			***62,66***

BAKGRUNN FOR UTVALG AV AVDELINGER TIL INTERVJU			
TYPE AVDELING	**SYKEHJEM**	**ANTALL SENGER**	**AVDELINGER**
Vanlige somatiske	Hvilhaug	58	3
	Mortensnes	45	5
	Kvaløysletta	68	4

	Tromsøysund	36	3
	Kroken	66	3
Skjermet	Mortensnes	9	1
	Kvaløysletta	8	1
	Kroken	14	2
Demens	Kroken	35	2
Rehabilitering	Seminaret	28 (8 tatt i bruk)	1
UTVALG			
Sykehjem	**Avdeling**	**Antall senger**	**”Begrunnelse”**
Kroken	Bukta*	30	Stor avdeling
Hvilhaug	1. etg (Bjerkaker)	8-10	Integrert m/ sone
Mortensnes	Solstua*	9	Skjermet
Kvaløysletta	Blåmann*	15	Nylig delt
Tromsøysund	2. etg.*	22	”Gjennomsnittlig”
Seminaret	Rehabilitering	28/ 8	Rehabilitering

Ansatte på dagtid i de utvalgte sonenene

Sone Sjursnes har 3

Sone Nord, Heracleum har 5

Sone Nansenveien har 6 + 2 på boligen

Sone Fastlandet 1 har 7

Sone Psykiatri har 7

Avdeling Bukta/ Minde har 10

Avdeling Bjerkaker har 4 inkl.

Avdeling Solstua (Skjermet) har 4

Avdeling Blåmann har 5

Avd. 2. etg Tromsøysund har 7

6.6 Vedlegg 6 : Intervjuguide ifm utskriving fra sykehus

Utskriving fra sykehus Intervjuguide/spørsmålsliste

- Beskriv hendelse og forløp
- Kontaktet sykehuset PLO før utskrivelse?
- Kontaktet dere sykehuset før utskrivelse?
- Ble det benyttet intervjumaler og huskelister for å stille spørsmål for å forhindre mangelfulle opplysninger?
- Hvilken informasjon manglet
- Hva skjedde når info manglet?
- Hvilke tiltak ble satt i verk (ringte sykehus, lege, ?…)
- Hvilke konsekvenser medførte manglende informasjon?
- Hvor lang tid tok det før opplysningene var på plass og hvor lang tid brukte du på å få dem på plass
- Ble problemet løst?
- Andre opplysninger/erfaringer som kan være relevante for undersøkelsen?

6.7 Vedlegg 7 : Informasjon om undersøkelsen

Informasjon om prosjektgjennomføring februar 2002.

Pleie og omsorgstjenestene har i dag samhandling og meldingsutveksling med andre helseinstitusjoner i stor skala. Samhandlingen mellom pleie- og omsorgstjenestene og andre helseorganisasjoner skjer i dag pr post, telefon, e-post eller direkte ved samtaler/møter. Samhandlingen gjelder både direkte pasient rettede oppgaver, kompetansetilførsel og annen administrativ informasjon. Utviklingen i helsevesenet og endring i oppgavefordeling mellom aktørene i helsevesenet tilsier at behovet for samhandling vil øke ytterligere. For å kunne formalisere og effektivisere meldingsutvekslingen, må de beskrives og standardiseres.

Kort om prosjektet

På oppdrag fra Sosial- og helsedepartementet skal Nasjonalt senter for telemedisin i samarbeid med Tromsø kommune og Bærum kommune

1) kartlegge pleie og omsorgstjenestens samhandling med andre helseinstitusjoner

2) se på effektiviseringspotensialet ved bruk av elektronisk meldingsutveksling innenfor et helsenett.

3) komme med forslag til standard på de viktigste meldingsutvekslingene. Disse skal bygge på allerede eksisterende standarder.

Kartleggingsperiode: 28.01.02 – 17.02.02

Hva skal kartlegges og hvordan?

Kontakt med fastlege/tilsynslege/+ apotek, sykehus, lab

Bakgrunn

Vår tjeneste har ofte behov for å kontakte lege, apotek, sykehus og laboratorium. Vi ønsker å vite noe om omfanget og erfaringene med henvendelser til disse instansene. Vår tjeneste mangler ofte pasient-opplysninger ved utskrivning av pasienter fra sykehus. Dette medfører oppsøkende kontakt mot disse instansene. De har utviklet uoffisielle systemer/rutiner for å sikre info. Et eksempel er lister med spørsmål når de ringer sykehus ved utskrivning. Et annet eksempel er ved blodprøver og labsvar på disse, der de ringer lab for å få resultatene og kontakter lege og formidler resultater fordi skriftlige resultater går for sakte. Videre er kontakt med lege og apotek hyppig for å sikre at medisiner og resepter ordnes raskt nok, samt ved fornyelse av resepter.

Formål

Registrere omfang av henvendelser til og fra de eksterne institusjonene lege, apotek, sykehus og laboratorium

Metode

Spørreskjema som legges ved hver telefon på sonen.

Legevakt

Bakgrunn

Hjemmebaserte omsorgstjenester har gitt signaler om at de har problemer med kommunikasjon mot lege. For hjemmetjenestene gjelder dette pasientens fastlege. For sykehjem kan det også gjelde institusjonens tilsynslege. Dette kan blant annet medføre at legevakt blir benyttet unødig. Med unødig forstår vi at problemet kunne vært løst uten bruk av legevakt hvis kommunikasjon med lege hadde fungert bedre.

Formål

Registrere unødig bruk av legevakt som følge av problemer med kontakt med lege.

Data

Antall henvendelser til legevakt med forhistorie hvor henvendelser til lege (fastlege/tilsynslege) ikke har resultert i kontakt eller ikke har medført at lege har fått den nødvendige forståelse for problematikken slik at man ikke har fått den hjelp som vurderes som nødvendig.

Metode

Intervju pr telefon 2-3 ganger pr. uke med soneleder.

Infoflyt utskrivning fra sykehus til sykehjem og hjemmebasert tjeneste.

Bakgrunn

Når pasienter utskrives fra sykehus oppleves det ofte at vi har mangelfulle opplysninger. Dette gjelder særlig i forhold til medisinering og pleie relatert til rehabilitering etter sykehusoppholdet. Dette oppleves som et problem og kan medføre feilbehandling. Det krever også ekstra arbeid for å skaffe tilveie korrekt info.

Formål

Registrere antall utskrivninger, antall tilfeller av disse med mangelfulle opplysninger, beskrivelse av hvilke tiltak som settes i verk for å løse problemet, samt erfaringer og opplevelse av hvilke konsekvenser dette medfører.

Metode

Intervju pr telefon 2-3 ganger pr. uke med sone-/ avdelingsleder i forhold til erfaringer med manglende opplysninger, tiltak og konsekvenser av dette. Sammen med intervju ang. legevakt.

Hjelpemidler (kartlegges 01.01.02 – 01.03 02)

Bakgrunn

Det tar ofte lang tid å skaffe hjelpemidler. Det kan være mange ulike årsaker til dette. En mulig årsak kan være problemer knyttet til kommunikasjon mellom PLO og hjelpemiddelsentral.

Formål

Vi ønsker å vite noe om hvor lang tid det går mellom bestilling og levering, samt hvilke konsekvenser lang leveringstid kan ha i forhold til ressurser og livskvalitet.

Metode

Registrere på eget skjema de hjelpemiddelsøknader som sendes/ er sendt innen utgangen av februar, samt tidspunkt for når hjelpemidlet er levert.

6.8 Vedlegg 8: Registreingsskjema for telefonhenvendelser

Kartlegging av kontakt til og fra lege, apotek, lab. og sykehus

Dato	Ditt navn	Tidsforbruk/ varighet	Hvem kontakter du/ kontakter deg?				Hensikt	Fått kontakt?	Oppnådd hensikt?	Annet
			Lege	Apotek	Lab	Sykehus				

Har du spørsmål? Ta kontakt med nn på tlf. nn eller nn

6.9 Vedlegg 9: Intervjuguide ifm legevaktskontakt

Kartlegging i hjemmebasert omsorgstjeneste

Legevakt Intervjuguide/spørsmålsliste

- Har legevakt blitt kontaktet og/eller benyttet siden sist vi snaktes?

- Hva var årsaken/grunnen for henvendelse?

    i. Ble det gjort forsøk på å få tak i primærlegen først?

    ii. Hvor lang tid brukte dere?

    iii. Fikk du kontakt?

    iv. Fikk du forståelse for problemet?

    v. Ble problemet løst/fikk dere tilstrekkelig hjelp?

- Er det andre opplysninger eller kommentarer til dette som du tror kan være av interesse for undersøkelsen?