

2014

Prosjektrapport

Oppfølging av helsetilstand og legemiddelbehandling hos multisyke eldre

-implementering av modell for samhandling mellom fastleger og hjemmetjenesten i Sandefjord kommune

Sandefjord kommune oktober 2011- desember 2013



**Utviklingscenter for
sykehjem og hjemmetjenester**
Vestfold



Forord

Sandefjord kommune og Utviklingscenteret for sykehjem og hjemmetjenester i Vestfold gjennomførte i perioden oktober 2011 – desember 2013 et implementerings- og kvalitetsforbedringsprosjekt med fokus på bedre samhandling mellom hjemmetjeneste og fastleger om multisyke hjemmeboende eldre.

Modellen som ble implementert bygger på en samhandlingsmodell utarbeidet av Høgskolen i Vestfold ved høgskolelektor Gro Næss.¹ Sandefjord kommunen deltok som en av to kommuner i pilotstudien for utarbeidelse av modellen. På bakgrunn av de gode erfaringene med pilotstudien ønsket Sandefjord kommunen å innføre en tilpasset og utvidet versjon av modellen som fast samhandlingsmodell.²

Denne rapporten gir en kort oversikt over bakgrunnen for at Sandefjord kommunen ønsket å innføre en ny samhandlingsmodell, samhandlingsmodellens ulike elementer, implementeringsstrategi og erfaringer så langt.

Beskrivelse av prosjektets bakgrunn og målsetning er i sin helhet hentet fra prosjektbeskrivelsen.²

*Mette Fagernes, prosjektleder USHT
Ellinor Bakke – Aasen, prosjektkoordinator USHT
Sandefjord, mai 2014*



Innhold

1.	BAKGRUNN	1
2.	MÅLSETTING	3
3.	FORANKRING, AKTØRER, ORGANISERING	4
	3.1 Involverte aktører	4
	3.2 Prosjektorganisering.....	5
	3.3 Prosjektforankring.....	6
	3.4 Finansiering.....	6
4.	BESKRIVELSE AV SAMHANDLINGSMODELLEN	6
	4.1 Kort, trinnvis beskrivelse	6
	4.2 Kompetansehevende tiltak.....	7
	4.2.1 Kurs i geriatrikisk vurderingskompetanse	7
	4.2.2 Månedens tema.....	7
5.	IMPLEMENTERINGSSTRATEGI, TRINN FOR TRINN.....	8
	5.1 Forankring	8
	5.2 Kartlegging av barrierer	8
	5.3 Informasjon	9
	5.4 Spørreundersøkelse.....	9
	5.5 Utarbeidelse og utprøving av maler for dokumentasjon	9
	5.6 Inkludering av pasienter	10
	5.7 Markering av oppstart	10
	5.8 Jevnlig tilbakemelding om fremdriften i prosjektet	10
	5.8.1 Tilbakemelding om fremdrift til avdelingene	10
	5.8.2 Tilbakemelding om fremdrift til fastlegene	10
	5.8.3 Tilbakemelding om fremdrift til styringsgruppen	10
6.	EVALUERING.....	11
	6.1 Prosjektets effekt på samhandling	12
	6.1.1 Samarbeid	12
	6.1.2 Ansvarsavklaring	14
	6.1.3 Oppfølgingsplan	15
	6.1.4 E-meldinger	16
	6.2 Samstemming av legemiddellister	18
	6.3 Sykehusinnleggelses	18
	6.4 Dokumentasjon.....	18
	6.5 Kompetansehevende tiltak.....	19
	6.6 Implementeringsstrategi.....	21
	6.7 Nytte	23
7	OPPSUMMERING/KONKLUSJON	24
	7.1 Veien videre i Sandefjord	24
	7.2 Endringsforslag til modellen	25
	REFERANSER.....	26
	VEDLEGG	

1. BAKGRUNN

Kommunale omsorgstjenester - sterk vekst og nye oppgaver

De kommunale omsorgstjenestene har de siste 20 årene fått tilført mange nye oppgaver og hatt en stor tilvekst av nye brukergrupper. Det er nå i overkant av 200 000 personer i Norge som mottar omsorgstjenester i form av hjemmetjenester eller tilbud i alders- og sykehjem, hvorav vel 160 000 som mottar hjemmetjenester.³

Denne utviklingen er forventet å bli ytterligere forsterket med innføringen av Samhandlingsreformen³ og tilhørende intensjoner om at kommunene skal ta et større ansvar i behandlingen og oppfølgingen av pasientene.⁴ Ut fra Samhandlingsreformens intensjoner skal kommunene sørge for en helhetlig tenkning med forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging slik at helhetlige pasientforløp i størst mulig grad kan ivaretas innenfor beste effektive omsorgsnivå (BEON).³

Veksten i antall eldre er en av de største utfordringene vi har innen helse- og omsorgstjenesten.⁵ Fram mot 2050 vil vi få en fordobling i antall eldre over 67 år. Beregninger gjort av Statens Helsetilsyn viser at vi, samtidig med den sterke veksten i antall eldre, vil få en reduksjon i antall sykdommer man dør av og en økning i antall sykdommer man lever med. Dette vil føre til at flere eldre vil ha et økt antall år med sykdom og funksjonssvikt, og en sterk økning i behovet for helsehjelp.⁶

Multisyke eldre

Forekomsten av sammensatte og kroniske sykdommer øker i takt med alder. Innlagte pasienter over 75 år har i gjennomsnitt tre diagnoser samtidig, 25 prosent har minst seks diagnoser.³ Det vil bli flere eldre og flere med kroniske og sammensatte sykdomstilstander. Kols, diabetes, demens, kreft og psykiske lidelser er sykdommer som er i sterk vekst, og utgjør samtidig grupper med store omsorgsbehov og dermed økende behov for samhandling.³

Multisyke eldre er av de som er mest utsatt for bivirkninger og andre legemiddelrelaterte problemer. Legemidler gir ofte sterkere effekt hos eldre, eldre får bivirkninger som er sjeldne hos yngre samtidig som bivirkningene hos eldre kan ofte ha et mer diffust og uspesifikt uttrykk.⁷ Identifisering av legemiddelrelaterte problemer hos eldre krever derfor at helsepersonellet har god vurderingskompetanse og god kjennskap til pasienten og pasientens sykdomshistorie og medikamentelle behandling.

Unødvendige sykehusinnleggelser

Omfanget av unødvendige innleggelser i sykehus er betydelig, og det anslås at 400 000 somatiske liggedøgn i sykehus kunne vært unngått dersom det fantes et alternativt tilbud i kommunene. I 2007 var det 415 000 øyeblikkeligjelp innleggelser i norske sykehus.³ St. melding 47 (Samhandlingsreformen) refererer til en norsk studie fra 2007 som fant at inntil 50 prosent av øyeblikkeligjelp innleggelsene kunne ha vært unngått hvis det hadde vært bedre tilgjengelig informasjon i kommunen om pasienten og det hadde vært alternativer på kommunalt nivå. Den viser også til studier fra en medisinsk avdeling i Tromsø fra 1999 som konkludert med at 24 prosent av innlagte pasienter ved avdelingen ikke hadde medisinsk nytte av oppholdet.³

St.meld. nr. 18 (2004-2005), *Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk*, viser igjen til at undersøkelser fra Norge og Sverige indikerer at så mye som 5–10 prosent av alle sykehusinnleggelses på indremedisinske avdelinger kan tilbakeføres til feilaktig legemiddelbruk, og at forekomsten av legemiddelrelaterte innleggelses trolig er enda høyere for den eldre delen av befolkningen.⁸

Manglende samhandlingen mellom fastleger og kommunehelsetjenesten

Helsedirektoratets gjennomgang viser at det systematiske og formaliserte samarbeidet mellom fastleger og kommuner ofte er mangelfullt. Direktoratet anbefaler at det utvikles standarder for fastlegens oppfølging av brukere med store og sammensatte behov og standarder for samhandling med omsorgstjenesten om felles pasienter.^{9,10}

Legemiddelbruken blant eldre hjemmeboende som mottar sykepleietjenester er omfattende. Gruppen er av de mest sårbare og av de som er mest utsatt for bivirkninger og andre legemiddelrelaterte problemer. Undersøkelser både i Norge og internasjonalt viser klare indikasjoner på kvalitetssvikt knyttet til legemiddelbehandling av denne gruppen.¹¹ Et eksempel som blir gitt er mangelfulle rutiner for oppdatering mellom fastleger og kommunene i forhold til endringer på medisinalister.^{9,10}

Norsk forskningsråd konkluderer i sin evaluering av fastlegeordningen¹² med at samarbeidet mellom fastleger og omsorgstjenestene er svært varierende fra kommune til kommune. De viser til to studier som har analysert samarbeidet mellom fastleger og hjemmesykepleie når det gjelder medikamentbruken hos deres felles pasienter. Studiene fant at det bare i knapt halvparten av tilfellene var fullt samsvar mellom opplysningene om faste medisiner i fastlegens journal og i hjemmesykepleiens medisinalister. Medikamenter som var ordinert av fastlegen ble ofte ikke gitt til pasientene, og mange pasienter mottok legemiddelbehandling som fastlegen ikke var kjent med. Evalueringen konkluderer med at gode rutiner er svært mangelfulle, til dels fraværende, i mange kommuner og da spesielt i store kommuner og at det finnes et åpenbart behov for bedre samarbeid og kommunikasjon mellom fastleger og hjemmesykepleie.¹²

Sosial- og helsedirektoratet konkluderer også i sin rapport "Respekt og kvalitet: rapport om styrking av spesialisthelsetjenester for eldre" at det er sviktende rutiner for samarbeid og kommunikasjon mellom fastlegen og den kommunale omsorgstjenesten, og at dette medfører tilfeller av innleggelses i sykehus som kunne vært unngått.¹³

Prosjekt for bedre samhandling om og oppfølging av multisyrke eldre

Eldre pasienter med akutt sykdom og samtidig akutt funksjonssvikt har behov for rask diagnostikk og behandling. Rask intervensjon ved endring i helsetilstand er avgjørende for å sikre optimal oppfølging av pasientene og for å forhindre unødvendige sykehusinnleggelse. En slik oppfølging krever formalisert samarbeid mellom fastleger og hjemmetjenestene.

Evalueringer av helsetjenesten slik det fungerer i dag viser store svakheter i samarbeidet mellom fastleger og hjemmetjenester, spesielt i forhold til legemiddelbehandlingen til multisyrke eldre.

Det ble i 2010 gjennomført en større pilot i Vestfold med utarbeidelse og implementering av en modell for økt samhandling mellom fastleger og hjemmetjenesten. Piloten hadde hovedfokus på samstemming av legemiddellister og oppfølgingsplaner for samarbeid rundt multisyke eldre.¹ Piloten viste at den nye samhandlingsmodellen med tilhørende verktøy sikret en felles forståelse for situasjon til syke hjemmeboende gamle hos de to sentrale aktørene i helsehjelpen og bedre oppfølging av helsetilstand og legemiddelbehandling hos multisyke eldre som er utsatt for subakutt og akutt funksjonssvikt. Dette øker igjen muligheten til tidlig intervensjoner.

På bakgrunn av overnevnte erfaringer fra pilotstudien ønsket Sandefjord kommune å implementere modellen til bruk for alle fastleger og hjemmesykepleiedistrikt i kommunen.

2. MÅLSETTING

Prosjektet var et implementerings- og kvalitetsforbedringsprosjekt med fokus på bedre samhandling mellom hjemmetjeneste og fastleger om multisyke hjemmeboende eldre.

Prosjektets primære hensikt var å sikre oppfølging av helsetilstand og legemiddelbehandling hos multisyke eldre som er utsatt for subakutt og akutt funksjonssvikt. Ved å formalisere samarbeidet søkte man å øke kvaliteten på tjenestene som ytes, redusere pasientens sykdomsbyrde og redusere antall unødvendige sykehusinnleggelse.

Prosjektet inkluderte videreutvikling og implementering av Næss modell for kvalitetssikring av medikamentell behandling og vurdering av helsetilstand i primærhelsetjenesten, med tilhørende verktøy.¹

Tiltak for å heve den geriatrike vurderingskompetansen hos kommunens pleiepersonell, samt tilretteleggelse for bedre elektronisk samhandling mellom fastleger og hjemmetjenesten inngikk også i prosjektets målsetting.

Det er et stort behov for dokumentasjon av erfaringer fra gjennomføring av samhandlingsprosjekter og implementeringsprosjekter i kommunene. Det var derfor en målsetting å gjennomføre prosjektet med målinger av prosess- og effektmål som åpnet for grundig evaluering av både nytten av samhandlingsmodellen og av implementeringsstrategiene som ble benyttet.

Prosjektets hovedmål

1. Ved hjelp av oppfølgingsplan, sikre oppfølging av helsetilstand og legemiddelbehandling hos multisyke eldre som er utsatt for subakutt og akutt funksjonssvikt
2. Ved hjelp av oppfølgingsplan, formalisere ansvar og rutiner for oppfølging av helsetilstand og iverksatt behandling hos multisyke hjemmeboende eldre med utstrakt legemiddelbruk

3. Oppnå samstemte legemiddellister hos fastleger, hjemmetjeneste og pasient for gruppen multisyke hjemmeboende eldre i kommunen
4. Øke bruk av kvalitetssikrede, elektroniske meldesystem mellom fastlege og hjemmesykepleie

Prosjektets delmål

- a. Kartlegge frekvens og årsak til innleggelse i sykehus blant multisyke hjemmeboende eldre i kommunen
- b. Videreutvikle mal for datainnsamling og oppfølgingsplan slik at det blir et enkelt og presist verktøy for samhandling
- c. Integrere hjelpemidlene (mal for datainnsamling/ oppfølgingsplan) i kommunens EPJ system (Cos Doc)
- d. Bidra til økt kunnskap blant deltagende pleiepersonell om legemiddelhåndtering og nødvendig observasjon og vurdering hos multisyke hjemmeboende eldre med utstrakt legemiddelbruk (geriatrikisk vurderingskompetanse)
- e. Implementere samhandlingsmodell for samstemming av legemidler og opprettelse og oppfølging av individuelle oppfølgingsplaner, mellom fastleger og hjemmesykepleie
- f. Kartlegge fastleger og sykepleieres oppfattelse av dagens praksis knyttet til samhandling rundt multisyke hjemmeboende eldre samt opplevelse av ansvarsforhold rundt oppfølging av legemiddelbehandling
- g. Kartlegge prosjektets effekt med tanke på:
 1. Samstemthet i legemiddellister
 2. Kvalitet på medisinjournal (indikasjon etc.)
 3. Kvaliteten på pleieplan og oppfølging av tiltak
 4. Sykehusinnleggelser
 5. Bruk av elektronisk meldesystem
 6. Legers og sykepleieres opplevelse av samhandling og arbeidsfordeling

3. FORANKRING, AKTØRER, ORGANISERING

3.1 Involverte aktører

Sandefjord kommune har rundt 45 000 innbyggere, hvorav ca. 1200 mottar helsetjenester i hjemmet. Av disse ble 277 definert som "multisyke eldre" ved prosjektets oppstart.

Hjemmetjenesten i kommunen er organisert med åtte avdelinger samt en felles natt-tjeneste og en felles sykepleietjeneste på kvelder og i helgene. Det er knyttet totalt ca. 200 årsverk til kommunen (hjemmesykepleie og praktisk hjelp), hvorav ca. 60 sykepleiere ansatt i hjemmetjenesteavdelingene.

Det er 14 fastlegekontor i kommunen, med totalt 35- 42 fastleger. Antallet varierer noe på grunn av permisjoner med mer. Alle ansatte i hjemmesykepleiene og alle kommunens fastleger (med unntak av en), er involvert i prosjektet.

3.2 Prosjektorganisering

Prosjektet var organisert med en styringsgruppe, en prosjektgruppe og en ressurspsykepleiegruppe, samt tilknyttet flere ressurspersoner. Styringsgruppen bestod av øverste ledere innen helse og sosial sektoren i Sandefjord kommune (se tabell 1). Gruppen som helhet møttes to ganger sammen med prosjektgruppen. I tillegg fikk de tilsendt statusrapport fra prosjektleder ved årsskifte.

Prosjektgruppen bestod av representanter fra utviklingscenteret/ kommunen, kommuneoverlege og en fastlege. I tillegg var en fastlege tilknyttet prosjektet som ressursperson, som ble invitert på noen møter og til å komme med innspill på aktuelle saker. Prosjektgruppen som helhet hadde 4 møter i løpet av prosjektperioden. Ved flere av møtene deltok også kommuneoverlege og/ eller leder av seksjon for senter og hjemmetjeneste. I tillegg til møtene ble elektronisk kontakt hyppig benyttet for meningsutveksling og statusoppdateringer.

Høgskolen i Vestfold ved Gro Næss kom med nyttige innspill ved oppstarten til prosjektet. Hun bidro også med undervisning av kommunens sykepleiere i geriatrisk vurderingskompetanse (se 4.2.1).

For å styrke forankringen ut i avdelingene ble det dannet en ressurspsykepleiegruppe bestående av en sykepleier fra hver av de 8 avdelingene. Gruppen møtte prosjektledelsen hver 1-2 måned og spilte en avgjørende rolle både i utformingen, implementeringen og oppfølgingen av prosjektet.

Tabell 1: Prosjektorganisering

Styringsgruppe	
Lise Tanum Aulie	Helse- og sosialsjef
Tine Luberth	Seksjonsleder, Seksjon for helse og oppvekst
Ole-Henrik Augestad	Kommuneoverlege
Anne Kirkebø Rosslund	Seksjonsleder, Seksjon senter og hjemmetjeneste
Prosjektgruppe	
Mette Fagernes	Prosjektleder, USHT
Ellinor Bakke-Yddal	Prosjektkoordinator, USHT
Anne Øksendal	Rådgiver, Seksjon senter og hjemmetjeneste
Are Austnes	Fastlege, Sandefjord
Ressurspersoner	
Gro Næss	Høgskolelektor, Høgskolen i Vestfold
Ragnar Sundby	Fastlege, Sandefjord
Linda Halvorsen Botten	Fagsykepleier, Seksjon senter og hjemmetjeneste
Ressurssykepleiere	
Ranveig Kronstad	Kontaktsykepleier avd. Kilen
Eva Nordin	Kontaktsykepleier avd. Bugården
Gerd-Tove Eikaas	Kontaktsykepleier avd. Hvidtgården
Anita Lie- Haugen	Kontaktsykepleier avd. Forsmann
Donate Aashildrød	Kontaktsykepleier avd. Framnes
Elisabeth Hermansen	Kontaktsykepleier avd. Parken
Anette Mørk	Kontaktsykepleier avd. Solvang
Bitte Foss Evensen	Kontaktsykepleier avd. Solvang
Hege Johansen	Kontaktsykepleier avd. Ranvik

3.3 Prosjektforankring

Prosjektet ble i perioden ansett som et av de viktigste satsningsområdene innen kommunens helse – og sosial etat, seksjon for senter og hjemmetjenester. Det var før oppstart godt forankret i kommunens ledelse innen helse og sosial, samt blant lederne i seksjon for senter og hjemmetjeneste. To av kommunens fastleger deltok i pilotstudien gjennomført fra Høgskolen i Vestfold. Begge disse hadde gode erfaringer med pilotprosjektet, og begge var involvert i kommunens implementeringsprosjekt. En som deltager i prosjektgruppen, og en som ressursperson (se tabell 1).

3.4 Finansiering

Prosjektet fikk tildelt midler fra Helsedirektoratet samt og Fylkesmannen i Vestfold. Midlene ble benyttet til å dekke lønn til prosjektleder, godtgjøring til fastlegene, vikarer i hjemmetjenesten, utgifter til kurs, pasientbrosjyre, spredningsseminar for kommunene i Vestfold med mer.

4. BESKRIVELSE AV SAMHANDLINGSMODELLEN

Samhandlingsmodellen består av flere elementer. Hovedtiltaket består av en modell hvor samarbeidet styrkes ved at det gjennomføres faste møter mellom kontaktsykepleier og fastlege. På møtet gjennomgår man medisiner og helsetilstand, og legger en plan for videre behandling og oppfølging av pasienten.

Resterende tiltak kan betegnes som støttetiltak i den forstand at de legger til rette for god gjennomføring av møtene og oppfølging av avtalene som ble inngått. Støttetiltakene består i ulike former for systematisk kompetanseheving blant kommunens helsepersonell, utarbeidelse av funksjonelle maler til bruk før, under og etter møtene, utbedring av elektroniske hjelpemidler inkludert e-meldinger mellom hjemmetjeneste og fastleger, og hyppig oppdatering og feedback vedrørende fremdrift ved de ulike avdelingene.

4.1 Kort, trinnvis beskrivelse

1. Hjemmesykepleieavdelingene identifiserer alle pasienter som faller inn under inklusjonskriteriene (multisyke eldre ≥ 75 år som mottar hjemmesykepleie minimum fem dager per uke, inkludert hjelp til legemiddelhåndtering).
2. Oppfølgingsansvaret fordeles mellom avdelingens sykepleiere med utgangspunkt i hvilke fastlege pasientene har. Hver fastlege får på denne måten en kontaktsykepleier å forholde seg til ved hver avdeling.
3. Sykepleieren samler inn informasjon om aktuelle pasienter (gjennom CosDoc, samtale med primærkontakt, observasjon og samtale med pasienten).
4. Sykepleieren bestiller time hos pasientenes fastlege, og sender legen innhentede opplysninger på standardisert skjema via e-melding.
5. Sykepleier og fastlege gjennomfører møte på legens kontor for samstemming av legemiddellister, diskusjon rundt pasientens funksjonsnivå og utarbeidelse av

oppfølgingsplan. Møte gjennomføres ved oppstart og deretter ganger 1 per år. De årlige oppfølgingsmøtene kan vurderes å tas over telefon/ e-post når dette oppleves som tilstrekkelig. Det samhandles om mulig om flere pasienter (1-4) per møte. Pasientene deltar ikke på møtet.

6. Sykepleieren skriver inn opplysninger i pasientjournalen og utarbeider pleieplan etter avtalene i oppfølgingsplanen.
7. Sykepleieren og lege rapporterer til hverandre via e-melding i samsvar med avtaler gjort i oppfølgingsplanen.

4.2 Kompetansehevende tiltak

4.2.1 Kurs i geriatrik vurderingskompetanse

Pasientene som mottar tjenester i hjemmet har ofte et kompleks sykdomsbilde. Oppfølging, observasjon og pleie av denne pasientgruppen krever god kompetanse og årvåkenhet blant personellet. Tilstrekkelig kompetanse er også viktig med tanke på samhandling med fastleger og andre aktører. Undersøkelser viser at det er behov for økt kompetanse blant kommunalt pleiepersonell, og at kommuner ofte i for liten grad er opptatt av å sikre at de ansatte har tilstrekkelig kompetanse til å yte forsvarlige tjenester.¹⁴

For å bidra til en generell kompetanseheving og tilrettelegge for bedre samarbeid med fastlegene, ble det gjennomført obligatorisk kurs i geriatrik vurderingskompetanse.

Det ble arrangert tretimers teorikurs med høgskolelektor Gro Næss (Høgskolen i vestfold) for alle sykepleierne våren 2012. Kurset ble gjennomført tre ulike dager så alle skulle ha mulighet til å delta. Det ble deretter arrangert et mer praktisk kurs for resterende pleiepersonell. Også dette varte i tre timer og ble gjennomført tre ulike dager. Dette kurset bestod av en time teori med geriater Marte Wang Hansen (Sykehuset i Vestfold) eller sykehjemslege Bjørn Schreiner (Sandefjord kommune), og deretter "sirkeltrening" med praktiske øvelser på ulike poster med temaene; blodsukker/ diabetes, urinprøvetaking, blodtrykk/ puls måling, respirasjon/o₂ metning, hjertesvik/ ødemer. Ressurssykepleierne stod for undervisningen på postene.

Alt klinisk personell i hjemmesykepleien i Sandefjord kommune, med noen få unntak, deltok på kursene. For de som ikke fikk deltatt arrangerer vi et siste kurs 12. februar 2013.

4.2.2 Månedens tema

"Månedens tema" ble inkludert i prosjektet som en oppfølging av kurset i geriatrik vurderingskompetanse, og som et tiltak for å bidra til generell kompetanseheving blant pleiepersonellet. Hensikten var blant annet å sørge for at de ansatte har nødvendig kompetanse med tanke på nye faglige utfordringer i kjølevannet av samhandlingsreformen.

Hver annen måned lages det kortfattet undervisningsmaterieell om et klinisk tema (4-8 sider). Tema velges i samarbeid mellom avdelingsledere, prosjektgruppe og ressurspsykepleiere. Materiellet utarbeides av deltagere fra prosjektgruppen og ressurspsykepleiere i samarbeid med andre fagpersoner i kommunen.

Ordningen startet opp november 2012. Tema som er tatt opp var; "diabetes og blodsukker" (inkludert nytt skjema for insulin/ blodsukker), håndhygiene, bakteriologisk prøvetaking av urin (inkludert nye prosedyrer), observasjon (ABCDE) og rapportering (ISBAR) ved akutt forverret allmenntilstand, hjertesvikt og basale smittevernrutiner.

Hver avdeling får to eksemplarer på tykt papir som settes inn i egen perm. Det levers samtidig ut en liste over alle ansatte med plass for signering. Målsetningen er at alle ansatte skal ha lest gjennom dokumentet innen en gitt dato (2 mnd), og signert for dette. Avdelingen som først kan dokumentere at alle ansatte har lest premieres.

Ressurspsykepleiere tilknyttet prosjektet følger sammen med avdelingsleder opp fremdriften ved egen avdeling. Dersom det er behov for oppdatering av prosedyrer på området utgis dette samtidig. Dette bidrar til lik praksis og like prosedyrer på tvers av avdelingene i kommunen. Månedens tema kommer ut sammen med en veggplakat. Her beskrives fremdriften i selve prosjektet ved den enkelte enhet (blant annet hvor mange samhandlingsmøter med fastleger som er gjennomført), hvor mange som leste månedens tema sist uke, nyheter med mer.

Det gis en påskjønnelse til den avdelingen som først kan rapportere om at alle er ferdig å lese og har signert for dette.

5. IMPLEMENTERINGSSTRATEGI, TRINN FOR TRINN

Implementering av nye tiltak er krevende. Vellykket implementering avhenger av mange faktorer, både blant ledelse og ikke minst blant aktørene som skal utføre handlingene i praksis. Det ble ved prosjektets oppstart arbeidet med å utforme en implementeringsstrategi som skulle sikre god informasjon og deltagelse blant alle involverte aktører.

5.1 Forankring

Som nevnt under punkt 3 var prosjektet før oppstart godt forankret i ledelsen innen Helse- og sosialtjenestene i Sandefjord kommune. Prosjektet grunnet i gode erfaringer med pilotprosjekt, og vurderingen om en generell innføring i kommunen ble tatt av seksjonsleder for Seksjon senter og hjemmetjeneste og seksjonens avdelingsledere i fellesskap, med støtte fra helse og sosialsjef og kommuneoverlege.

5.2 Kartlegging av barrierer

Alle sykepleierne i kommunens hjemmetjeneste ble tidlig i prosessen kalt inn til møte. Hensikten var å kartlegge eventuelle barrierer mot implementering av modellen, slik at man lettere kunne skreddersy tiltak for å møte barrierene på en god måte.

De mest sannsynlige barrierene, slik sykepleierne oppfattet det i forkant av prosjektet, var; tid, mangel på midler til ev. å kjøpe seg tid (sette inn vikarer etc.), manglende interesse til å delta i prosjektet fra fastlegenes side, problemer med å få ført inn resultatene fra møtene i CosDoc, mangel på rutiner for å følge opp eventuelle avtaler, å få engasjert resterende pleiepersonell i prosjektet.

5.3 Informasjon

For å sikre god forankring av blant alle involverte aktører, samt at alle involverte aktører skulle ha mulighet til å komme med innspill, ble det lagt vekt på å nå ut med informasjon til alle i god tid før oppstart.

Det ble gjennomført informasjonsmøter for hjemmesykepleiens avdelingsledere i februar 2012, for kommunens sykepleiere på fellesmøte i mai 2012 (beskrevet under punkt 5.2.) og avdelingsvis for alt pleiepersonell (april - juni 2012).

Det ble i april - mai 2012 gjennomført lunsjmøter ved alle legekantor i Sandefjord kommune (med unntak av ett kontor med en fastlege). Det ble gitt muntlig og skriftlig informasjon om prosjektet, samtidig som det ble tydeliggjort at dette var en prosjektskisse som det var fullt mulig å komme med endringsforslag til. Prosjektet ble også presentert ved allmennlegeutvalgmøtet ved to anledninger, hvorav den ene før oppstart.

For å nå ut til pasienter og pårørende ble det utarbeidet en egen informasjonsbrosjyre for prosjektet. Denne ble levert ut til brukerne av helsetjenester i hjemmet i november 2012. Det ble benyttet navnlister og utkryssing for å sikre at brosjyren ble levert til alle brukere.

5.4 Spørreundersøkelse

Det ble ved årsskifte 2012-2013 gjennomført en spørreskjemaundersøkelse (elektronisk) blant kommunens fastleger og sykepleiere i hjemmetjenesten. Hensikten var å kartlegge i hvilken grad de opplevde seg informert om prosjektet, samt erfaringer og eventuelle "knuter" knyttet til samarbeid mellom hjemmetjenesten og fastlegene, inkludert bruk av e-meldinger. Man ønsket også ved å gjennomføre spørreundersøkelsen minne på at man innen kort tid ville starte opp med samhandlingsmøter.

5.5 Utarbeidelse og utprøving av maler for dokumentasjon

En av barrierene sykepleierne forventet var problemer med å få til en effektiv overføring av data fra observasjoner før samhandlingsmøtene med fastlegene og fra tiltaksplanene som ble utarbeidet på møtene. Det ble derfor lagt ned mye arbeid i å utarbeide gode og enkle maler. Det ble utarbeidet mal for hvilken informasjon som skulle hentes inn og hvordan denne skulle registreres i CosDoc (vedlegg x), samt mal til bruk ved samhandlingsmøtene, inkludert samstemming av legemidler (vedlegg x).

Malene ble utarbeidet av prosjektgruppen og prøvd ut av ressurspsykepleierne.

5.6 Inkludering av pasienter

Inkludering av pasienter ble gjennomført av ressursykepleierne i samarbeid med deres ledere og kollegaer. For å få en oversikt over antall pasienter ble det gjennomført en prøverunde i juni 2012. Det ble deretter gjennomført ny inkludering i desember 2012. Totalt ble da 277 pasienter inkludert i prosjektet.

I forkant av inkluderingen ble det utarbeidet maler for inkludering av pasienter i prosjektet i CosDoc, samt Excel maler for lister over inkluderte pasienter ved det enkelte sted. Det ble også utarbeidet maler for fremdriftsstatistikk til å ha som veggplakater ved den enkelte enhet, og forslag til avdelingsvise utrullingsplaner med avsatt tid til å planlegge og gjennomføre møter for den enkelte sykepleier.

5.7 Markering av oppstart

For å bidra til en god start på prosjektet ble kick off markert samtidig som første månedens tema ble levert ut. Dette ble blant annet markert ved at deltager fra prosjektgruppen reiste rundt og med "oppstartskake" til hver avdeling, samtidig som de kort repeterte innholdet i prosjektet. Tidspunktet var på forhånd avtalt med ledere og ressursykepleiere slik at man kom på et tidspunkt hvor det var mange tilstede på avdeling, og slik at de også kunne bidra til oppmerksomhet rundt oppstart.

5.8 Jevnlig tilbakemelding om fremdriften i prosjektet

For å opprettholde oppmerksomhet rundt prosjektet ble det jevnlig sendt oppdatering om fremdrift til involverte aktører.

5.8.1 Tilbakemelding om fremdrift til avdelingene

Som nevnt under punkt 4.2.2 ble det levert ut en ny veggplakat til alle avdelingene i hjemmetjenesten med hvert nye "Månedens tema", ca. hver annen måned. I forkant hentet prosjektleder inn opplysninger om fremdrift i prosjektet ved hver avdeling – hvor mange pasienter det var utført samhandlingsmøter for, hvor mange ytterligere møter er avtalt med mer. Målet ved oppstart av møtene (januar 2013) var at det skulle være gjennomført møter for alle inkluderte pasienter (277) innen juli 2013.

5.8.2 Tilbakemelding om fremdrift til fastlegene

Det ble sendt oppdatering om fremdrift til fastlegene ved to anledninger. I januar 2013, ble det sendt brev med oppsummering av modellen som skulle implementeres, fremdriftsplan, detaljer rundt bruk av e-meldinger knyttet til prosjektet, samt en individuell del til hver fastlege som beskrev hvor mange av deres pasienter som var inkludert ved hver avdeling, savn navnet på den kontaktsykepleieren de var tilknyttet ved hver avdeling. I oktober ble det igjen sendt en oppdatering som beskrev erfaringene så langt, fremdriften i møtevirksomheten, og planen for veien videre. I tillegg ble det informert om fremdriften i prosjektet ved et møte i allmennlegeutvalget høsten 2013.

5.8.3 Tilbakemelding om fremdrift til styringsgruppen

Som nevnt under punkt 3.2 ble det gjennomført 2 møter i styringsgruppen, samt at flere av deltagerne i styringsgruppen deltok på flere møter i prosjektgruppen. Det ble også

sendt skriftlig oppdatering til styringsgruppen i desember 2012 og desember 2013, med detaljert beskrivelse av gjennomførte aktiviteter og fremdrift i forhold til oppsatt prosjektplan.

6. EVALUERING

Som beskrevet i andre kapittel hadde prosjektet flere definerte hovedmål knyttet til bedre oppfølging av helsetilstand og legemiddelbehandling hos multisyke eldre, samt styrket samhandling mellom hjemmetjenesten i Sandefjord kommune og kommunens fastleger. Det var videre definert en rekke delmål og effektmål.

Flere metoder er benyttet for å sikre en grundig evaluering av prosjektet.

Det ble som tidligere nevnt sendt ut elektronisk spørreundersøkelse til sykepleiere ved de 8 avdelingene i hjemmetjenesten samt til kommunens fastleger.

Hensikten med spørreundersøkelsen som ble sendt ut i forkant av studien var blant annet å klarlegge erfaringer med samarbeidet mellom fastlegene og hjemmetjenesten, erfaringer med bruk av elektronisk e-melding, samt i hvilken grad den enkelte opplevde seg informert om prosjektet og dets hensikt. Ved prosjektslutt ønsket man primært å kartlegge prosjektets innvirkning på samhandlingen samt erfaringer med bruk av e-meldinger.

Av totalt 44 sykepleiere som fikk tilsendt spørreskjema ved oppstart besvarte 30 skjemaet, mot 13 av 40 ved prosjektslutt. Av totalt 29 fastleger ved oppstart besvarte 16 spørreskjema, mot 12 av 31 ved prosjektslutt. Det ble sendt purring to ganger ved hver utsendelse. Kommunen gjennomførte en større omorganisering i perioden sykepleierne mottok siste spørreskjema. Omorganiseringen medførte at mange av sykepleierne byttet avdeling. Dette antas å ha vært en medvirkende årsak til den lave svarresponsen.

Det ble også gjennomført evalueringsmøte for henholdsvis ressursykepleiere og avdelingsledere, samt for pleiepersonellet ved tre av åtte avdelinger. Alle avdelingsledere deltok på møtet, og samtlige fylte ut et kort evalueringskjema. På møtet for ressursykepleierne deltok alle med unntak av en som var på ferie. På møtene ved avdelingene deltok henholdsvis 8, 17 og 15 pleiepersonell.

Det ble ved oppstart og prosjektslutt gjennomført en sammenligning av medisinalister hos fastleger og hos hjemmetjenesten. Ved hjelp av en elektronisk uttrekksliste ble det trukket ut to tilfeldige pasienter blant de inkluderte pasientene hos hver fastlege. Fastlegene fikk deretter forespørsel per e-melding om å sende over pasientenes medisinalister. Listene til pasientene som ble trukket ut ble også sendt fra apoteket (for de som benytter multidose).

Det ble ved oppstart (januar 2013) sendt ut forespørsel om totalt 59 lister fra 32 fastlegene, hvorav 41 lister ble returnert. Av disse hadde 26 multidoselister hos apoteket. Ved prosjektslutt (november 2014) ble det sendt ut forespørsel om totalt 61 lister fra 34 fastleger, hvorav 43 lister ble returnert. Det ble denne gangen ikke hentet inn lister fra apoteket.

Ved oppstart ble det deretter gjennomført en enkel samstemming med registrering av avvik mellom listene. Arbeidet med samstemming ved prosjektslutt inngår i en masteroppgave. Resultatene fra denne er forventet publisert i løpet av 2014.

Det ble ved prosjektslutt gjennomført en enkel gjennomgang av dokumentasjonen i CosDoc for å se om prosjektet hadde ført til endringer i dokumentasjonen. Det ble også gjort en enkel gjennomgang av antall sykehusinnleggelser og årsaker gjennom prosjektperioden.

Det blir nedenfor gitt en kort beskrivelse av funnene fra evakueringstiltakene, med en kort diskusjon. Resultatene fra spørreundersøkelsen gjennomført ved prosjektslutt ligger vedlagt i sin helhet (med unntak av kommentarer og noen demografiske data).

6.1 Prosjektets effekt på samhandling

6.1.1 Samarbeid

Både sykepleiere og fastleger ble ved prosjektstart bedt om å beskrive samarbeidet mellom fastleger og hjemmetjeneste. Spørsmålet ble kun gjentatt til sykepleierne ved prosjektslutt:

Generelt, hvor godt eller dårlig opplever du samarbeidet med fastlegene/hjemmesykepleien?

Besvarelse ved prosjektstart

Sykepleiere (N=30):

Svar	Prosent
Meget bra	6,7%
Bra	70,0%
Verken bra eller dårlig	26,7%
Dårlig	0,0%
Svært dårlig	0,0%
N	30

Fastleger (N=16):

Svar	Prosent
Meget bra	37,5%
Bra	62,5%
Verken bra eller dårlig	0,0%
Dårlig	0,0%
Svært dårlig	0,0%
N	16

Besvarelse ved prosjektslutt

Sykepleiere (N=13):

Svar	Prosent
Meget bra	46,2%
Bra	46,2%
Verken bra eller dårlig	7,7%
Dårlig	0,0%
Svært dårlig	0,0%
N	13

De ble videre spurt i hvilken grad de opplevde at prosjektet hadde hatt effekt på samhandlingen:

I hvilken grad opplever du at prosjektet og innføringen av samarbeidsmodellen har påvirket det generelle samarbeidsklimaet mellom fastleger og hjemmesykepleien i Sandefjord kommune?

Besvarelse sykepleier ved prosjektslutt (N= 13):

Svar	Prosent
Samarbeidet var godt før prosjektet, ingen endring	7,7%
Samarbeidet var godt før prosjektet, har blitt enda bedre	76,9%
Samarbeidet var ikke godt før prosjektet, ingen endring	0,0%
Samarbeidet var ikke godt før prosjektet, har blitt bedre	15,4%
N	13

Besvarelse fastleger ved prosjektslutt (N= 12):

Svar	Prosent
Samarbeidet var godt før prosjektet, ingen endring	25,0%
Samarbeidet var godt før prosjektet, har blitt enda bedre	75,0%
Samarbeidet var ikke godt før prosjektet, ingen endring	0,0%
Samarbeidet var ikke godt før prosjektet, har blitt bedre	0,0%
N	12

Kommunens sykepleiere formidlet i prosjektets planleggingsfase at de ofte syntes det var vanskelig å komme i kontakt med fastlegene. Likeledes opplyste enkelte fastleger under informasjonsmøtene at de kunne oppleve det vanskelig å komme i kontakt med sykepleiere som kunne svare på spørsmål vedrørende pasientene. Spørsmål vedrørende hvor enkelt/vanskelig de opplever det er å komme i kontakt ble derfor inkludert i spørreskjemaet:

Ved prosjektstart:

Når du ønsker kontakt med fastleger/ hjemmesykepleien: hvor lett/ vanskelig opplever du det er å komme i kontakt med en som kan besvare spørsmålene dine?

Svar fra sykepleiere ved prosjektstart
(N= 30):

Svar	Prosent
Svært lett	0,0%
Lett	60,0%
Verken lett eller vanskelig	43,3%
Vanskelig	6,7%
Svært vanskelig	3,3%
N	30

Svar fra fastleger ved prosjektstart
(N= 16):

Svar	Prosent
Svært lett	18,8%
Lett	50,0%
Verken lett eller vanskelig	31,3%
Vanskelig	0,0%
Svært vanskelig	0,0%
N	16

Ved prosjektslutt:

Sykepleiere: Når du ønsker kontakt med fastlegen (telefon eller e-melding), hvor lett/vanskelig opplever du det er å komme i kontakt?

Svar fra sykepleiere ved prosjektslutt (N=13):

Svar	Prosent
Svært lett	23,1%
Lett	46,2%
Verken lett eller vanskelig	23,1%
Vanskelig	7,7%
Svært vanskelig	0,0%
N	13

Fastleger: Når du ønsker kontakt med hjemmesykepleien: Hvor lett/vanskelig opplever du det er å komme i kontakt med en som kan svare på din henvendelse via e-melding?

Svar fra fastleger ved prosjektslutt (N=12):

Svar	Prosent
Svært lett	50,0%
Lett	33,3%
Verken lett eller vanskelig	16,7%
Vanskelig	0,0%
Svært vanskelig	0,0%
N	12

Når du ønsker kontakt med hjemmesykepleien: Hvor lett/vanskelig opplever du det er å komme i kontakt med en som kan svare på din henvendelse via telefon?

Svar fra fastleger ved prosjektslutt (N=12):

Svar	Prosent
Svært lett	0,0%
Lett	41,7%
Verken lett eller vanskelig	33,3%
Vanskelig	16,7%
Svært vanskelig	8,3%
N	12

Resultatene viser at både sykepleiere og fastleger opplevde at det var et godt samarbeid i forkant av prosjektet, men at samarbeidet er ytterligere forsterket gjennom prosjektet. De opplever også at det er enklere å komme i kontakt med noen som kan svare på spørsmål.

Avdelingslederne og ressursykepleierne konkluderte også i sine evalueringer at samarbeidsklimaet var tydelig forbedret gjennom perioden, også for de pasientene som ikke er inkludert i prosjektet.

6.1.2 Ansvarsavklaring

Ett av prosjektets hovedmål var å formalisere ansvar og rutiner for oppfølging av helsetilstand og iverksatt behandling hos multisyke hjemmeboende eldre med utstrakt legemiddelbruk. For å kartlegge eventuell effekt på ansvarsfordeling ble sykepleiere og fastleger bedt om å vurdere følgende spørsmål:

I hvilken grad opplever du at prosjektet og innføring av modellen har bidratt til tydeligere ansvarsfordeling mellom fastlege og hjemmetjenesten?

Besvarelse sykepleier ved prosjektslutt (N= 13):

Svar	Prosent
Ansvarsfordelingen var tydelig før prosjektet startet opp, ingen endring	30,8%
Ansvarsfordelingen var tydelig før prosjektet, har blitt enda tydeligere.	15,4%
Ansvarsfordelingen var ikke tydelig nok før prosjektet startet opp, ingen endring	0,0%
Ansvarsfordelingen var ikke tydelig nok før prosjektet startet opp, prosjektet har bidratt til en tydeligere avklaring	53,8%
N	13

Besvarelse fastleger ved prosjektslutt (N= 12):

Svar	Prosent
Ansvarsfordelingen var tydelig før prosjektet startet opp, ingen endring	8,3%
Ansvarsfordelingen var tydelig før prosjektet, har blitt enda tydeligere.	41,7%
Ansvarsfordelingen var ikke tydelig nok før prosjektet startet opp, ingen endring	16,7%
Ansvarsfordelingen var ikke tydelig nok før prosjektet startet opp, prosjektet har bidratt til en tydeligere avklaring	33,3%
N	12

Resultatene viser at sykepleierne og fastlegene som besvarte spørreskjemaet ved prosjektslutt opplever at modellen bidrar til tydeligere ansvarsfordeling mellom gruppene.

Av de 25 respondentene opplevde 18 (72 %) at prosjektet hadde ført til en tydeligere ansvarsfordeling. Fem oppgav at ansvarsfordelingen hadde vært tydelig før oppstart og at det ikke hadde blitt noen endring som følge av prosjektet, mens kun to opplevde at ansvarsfordelingen ikke var tydelig og at fordelingen heller ikke var blitt tydeligere ved implementeringen av modellen.

6.1.3 Oppfølgingsplan

Mal for oppfølgingsplan (vedlegg 2) ble tatt i bruk som et redskap for å systematisere samarbeidsmøtene og samarbeidet i etterkant. Nyten ble evaluert gjennom spørreskjemaet:

I hvilken grad opplever du at utarbeidelse av oppfølgingsplaner (plan for tiltak ved endring i helsetilstand, eks. forverring av kjent hjertesvikt) er nyttig?

Besvarelse sykepleier ved prosjektslutt (N= 13):

Svar	Prosent
I meget stor grad	7,7%
I stor grad	61,5%
Verken mye eller lite	30,8%
I liten grad	0,0%
I meget liten grad	0,0%
N	13

Besvarelse fastleger ved prosjektslutt (N= 12):

Svar	Prosent
I meget stor grad	16,7%
I stor grad	66,7%
Verken mye eller lite	16,7%
I liten grad	0,0%
I meget liten grad	0,0%
N	12

Resultatene viser at både sykepleierne og fastlegene opplevde tiltaksplanen som et nyttig hjelpemiddel. Av 25 respondenter oppgav 19 (76 %) at de opplevde planen til å være nyttig i stor eller meget stor grad.

6.1.4 E-meldinger

Ett av prosjektets målsettinger var å kvalitetssikre og øke bruken av det elektroniske meldesystemet mellom fastleger og hjemmesykepleie (e-meldinger).

Ett av spørsmålene som ble stilt i spørreskjemaene gikk på funksjonaliteten til e-meldingssystemet:

Rent teknisk sett, hvordan opplever du at e-meldingssystemet fungerer nå?

Besvarelse ved prosjektstart

Sykepleiere (N=30):

Svar	Prosent
Meget bra	43,3%
Bra	56,7%
Verken bra eller dårlig	3,3%
Dårlig	0,0%
Svært dårlig	0,0%
N	30

Fastleger (N=16)

Svar	Prosent
Meget bra	37,5%
Bra	50,0%
Verken bra eller dårlig	6,3%
Dårlig	6,3%
Svært dårlig	0,0%
N	16

Besvarelse ved prosjektslutt

Sykepleiere (N=13):

Svar	Prosent
Meget bra	61,5%
Bra	38,5%
Verken bra eller dårlig	0,0%
Dårlig	0,0%
Svært dårlig	0,0%
N	13

Fastleger (N= 12):

Svar	Prosent
Meget bra	50,0%
Bra	33,3%
Verken bra eller dårlig	16,7%
Dårlig	0,0%
Svært dårlig	0,0%
N	12

Respondentene ble også bedt om å vurdere hvor ofte de sendte e-meldinger.

Sykepleierne ble spurt om:

Hvor ofte sender du spørsmål på e-melding?

Besvarelse sykepleier ved prosjektstart (N= 30):

Svar	Prosent
Flere ganger hver arbeidsdag	50,0%
3-4 ganger pr arbeidsuke	23,3%
1-2 ganger pr arbeidsuke	20,0%
1-2 ganger pr måned	3,3%
Sjeldnere enn 1 gang pr mnd	6,7%
N	30

Besvarelse sykepleier ved prosjektslutt (N= 13):

Svar	Prosent
Flere ganger hver arbeidsdag	46,2%
3-4 ganger pr arbeidsuke	38,5%
1-2 ganger pr arbeidsuke	15,4%
1-2 ganger pr måned	0,0%
Sjeldnere enn 1 gang pr mnd	0,0%
N	13

Fastlegene fikk spørsmål både om hvor ofte de sendte og hvor ofte de mottok e-melding:

Hvor ofte mottar du spørsmål på e-melding fra hjemmesykepleien?

Besvarelse fastleger ved prosjektstart
(N= 16):

Svar	Prosent
Flere ganger hver arbeidsdag	31,3%
3-4 ganger pr arbeidsuke	68,8%
1-2 ganger pr arbeidsuke	6,3%
1-2 ganger pr måned	0,0%
Sjeldnere enn 1 gang pr mnd	0,0%
N	16

Besvarelse fastleger ved prosjektslutt
(N= 12):

Svar	Prosent
Flere ganger hver arbeidsdag	25,0%
3-4 ganger pr arbeidsuke	58,3%
1-2 ganger pr arbeidsuke	8,3%
1-2 ganger pr måned	0,0%
Sjeldnere enn 1 gang pr mnd	8,3%
N	12

Hvor ofte starter du en e-meldings korrespondanse til hjemmesykepleien? (sett bort fra svar på spørsmål fra hjemmesykepleien)

Besvarelse fastleger ved prosjektstart
(N= 16):

Svar	Prosent
Flere ganger hver arbeidsdag	6,3%
3-4 ganger pr arbeidsuke	43,8%
1-2 ganger pr arbeidsuke	25,0%
1-2 ganger pr måned	12,5%
Sjeldnere enn 1 gang pr mnd	12,5%
N	16

Besvarelse fastleger ved prosjektslutt
(N= 12):

Svar	Prosent
Flere ganger hver arbeidsdag	0,0%
3-4 ganger pr arbeidsuke	58,3%
1-2 ganger pr arbeidsuke	33,3%
1-2 ganger pr måned	0,0%
Sjeldnere enn 1 gang pr mnd	8,3%
N	12

Resultatene viser at majoriteten av både sykepleiere og fastleger opplevde at e-meldingssystemet fungerte bra før prosjektstart. Resultatene indikerer imidlertid også at begge grupper opplevde en klar forbedring i løpet av prosjektperioden.

Praksis rundt bruk av e-meldinger ble diskutert i prosjektgruppen, hvor også fastlegen var representert. Man så også, etter prosjektets oppstart, en sterk økning i henvendelser fra fastlegene vedrørende ulike detaljer knyttet til bruk av e-meldingene. Innspillene som kom inn ble tatt opp videre med avdelingsledere og pleiepersonell.

E-meldingssystemet ble tatt i bruk i Sandefjord kommune i 2010. Alle kommunens fastleger var koblet opp mot systemet i 2011.

Ettersom e-meldingssystemet var relativt nytt i kommunen ved prosjektstart er det grunn til å tro at man ville ha sett en forbedring i bruk som følge av mer av erfaring, uavhengig av prosjektet. Det er imidlertid allikevel grunn til å tro at prosjektet hadde en betydelig innvirkning på forbedringene som kom under prosjektperioden, grunnet flere kontaktpunkter mellom aktørene.

6.2 Samstemming av legemiddellister

Som tidligere nevnt ble det gjort en samstemming av legemiddellister ved prosjektstart. Det blir gjennomført en masteroppgave på datagrunnlaget fra prosjektet. I dette arbeidet samstemmes legemiddellistene fra fastleger og hjemmetjenester ved prosjektstart og prosjektslutt. Oppgaven er forventet publisert inne 2014. På bakgrunn av dette er det kun gjennomført en midlertidig samstemming av legemiddellistene ved oppstart (januar 2013).

Av 39 lister var det kun 11 som hadde fullt samsvar på de faste medisinene, 8 på eventuelt medisiner. Kun fire lister var 100 % samstemte.

Antall avvik knyttet til fastemedisiner varierte fra 0 til 13, antall totale avvik inkludert eventuelt medisiner fra 0 til 15. Mange av avvikene var av mindre alvorlig grad, men en andel var også av høy alvorlighetsgrad.

For 26 av pasientene finnes også multidoselister fra apoteket. Multidoselistene var i stor grad samstemt med de faste medisinene som var oppført i CosDoc.

Resultatene bekrefter at det er store avvik mellom medisinlistene hos fastlegene og hos hjemmesykepleien. Det er behov for et ytterligere samarbeid mellom hjemmetjeneste, fastleger og kommune for å kartlegge årsakene til avvikene.

6.3 Sykehusinnleggelser

Ett av studiens delmål var å kartlegge frekvens og årsak til innleggelse i sykehus blant multisyke hjemmeboende eldre i kommunen. Erfaringene fra kartleggingsarbeidet viste imidlertid at det måtte utføres mye manuell telling og kontroll for å sikre valide data. Det ble derfor ikke prioritert å gjennomføre detaljerte registreringer i denne omgang.

6.4 Dokumentasjon

For å kartlegge om prosjektet hadde hatt effekt på dokumentasjonen i CosDoc ble mål og tiltaksplan for 65 av de inkluderte pasientene gjennomgått. Alle var "tildelt" deltagelse i prosjektet i CosDoc ved årsskifte 2012/ 2013.

Ved gjennomgangen så man blant annet på om det var dokumentert datainnsamling i forkant av møtet, om det var utarbeidet og registrert en tiltaksplan under møtet og om avtalene som ev. var gjort ble fulgt opp.

For åtte av de 65 av pasientene var det ennå ikke gjennomført møte. For 47 av de 57 pasientene det var gjennomført møte var det dokumentert datainnsamling i riktig mal i forkant av samhandlingsmøtet. For 10 pasienter var det avholdt møte uten at det var dokumentert datainnsamling i forkant.

Under møte mellom fastlege og sykepleier skal det etter modellen utarbeides en tiltaksplan som skal dokumenteres i CosDoc. Av 57 pasienter var det dokumentert plan

for 39, samt at det var påbegynt seks ytterligere planer som ikke var fullført. For 11 pasienter var det ikke dokumentert noen plan.

Hos 12 av pasientene var det også gjort endringer i den ordinære pleieplanen som følge av samhandlingsmøtet.

Gjennomgangen viser at selv om implementeringen av modellen har bidratt til bedre dokumentasjon i CosDoc er det behov for ytterligere tiltak for å sørge for at malene for dokumentasjon blir benyttet og fulgt opp ved alle møter.

6.5 Kompetansehevende tiltak

6.5.1 Geriatrisk vurderingskompetanse

For å heve den geriatiske vurderingskompetansen hos kommunens pleiepersonell ble det som nevnt under punkt 4.2.1 gjennomført obligatorisk kurs for henholdsvis sykepleier og annet pleiepersonell. Det ble gjennomført kursevaluering etter hvert kurs. Evalueringene var svært gode for. Alle kursene fikk en samlet vurdering på 4.3 eller mer av totalt 5 oppnåelige. Både sykepleiere og pleiepersonell meldte tilbake at kursene opplevdes som meget nyttig og læringsrike. Undervisningsformen med "sirkeltrening" kombinert med teori fungerte også veldig godt.

Fastlegen ble i spørreundersøkelsen ved prosjektslutt forespurt om opplevd kompetanse hos sykepleierne de hadde møtt i samhandlingsmøter. Tilbakemeldingen var at de opplevde at sykepleierne hadde høy kompetanse:

Hvordan opplever du vurderingskompetansen til sykepleierne du har hatt samhandlingsmøte med?

Besvarelse fra fastleger ved prosjektslutt (N= 12):

Svar	Prosent
Meget bra	41,7%
Bra	58,3%
Meget variabel	0,0%
Dårlig	0,0%
Svært dårlig	0,0%
N	12

6.5.2 Månedens tema

"Månedens tema" ble som nevnt under punkt 4.3.3 inkludert i prosjektet som en oppfølging av kurset i geriatrisk vurderingskompetanse, og som et tiltak for å bidra til generell kompetanseheving blant pleiepersonellet. Samlet etterlevelse (andel som leste gjennom sidene og signerte for dette i løpet av de to månedene temaet var aktivt) var samlet, for hele hjemmetjenesten gjennom hele perioden, på over 90 %.

Løsningen ble evaluert ved prosjektslutt. Tilbakemeldingen fra avdelingslederne og ressurspsykepleiere var at ordningen i all hovedsak var godt mottatt i avdelingen, men at det krevde oppfølging fra ledere/ ressurspsykepleiere å få alle til å lese igjennom. De fleste mente at det hadde klart kompetansehevende effekt, at det skapte faglig engasjement og diskusjon i avdelingene. Ved flere avdelinger arbeidet man for å også systematisere at temaene ble tatt opp til diskusjon ved avdelingsmøter el.lign., da man erfarte at dette bidro til bedre forståelse for materiellet og bedre læringseffekt. Flere kom også med innspill om at temaene burde repeteres. Alle mente at ordningen burde fortsette.

Pleiepersonellet ved de tre avdelingene hvor det ble gjennomført evaluering gav også tilbakemelding om at ordningen i stor grad opplevdes som nyttig og relevant, at temaene som var valgt så langt var nyttige og at det var en passe frekvens. Noen få oppgav at de opplevde liten nytte, men at de leste gjennom for å signere.

Ordningen ble også tatt opp på det elektroniske spørreskjemaet som ble sendt ut til sykepleierne ved prosjektslutt:

Sandefjord kommune jobber systematisk med kompetansehevende tiltak blant pleiepersonellet. Hvordan blir "Månedens tema" mottatt i din avdeling?

Besvarelse sykepleier ved prosjektslutt (N= 13):

Svar	Prosent
Meget bra	38,5%
Bra	53,8%
Verken bra eller dårlig	7,7%
Dårlig	0,0%
Svært dårlig	0,0%
N	13

I hvilken grad tror du "Månedens tema" bidrar til økt kompetanse?

Besvarelse sykepleiere ved prosjektslutt (N= 13):

Svar	Prosent
I meget stor grad	0,0%
I stor grad	61,5%
Verken mye eller lite	38,5%
I liten grad	0,0%
I meget liten grad	0,0%
N	13

Både kursene i geriatrikisk vurderingskompetanse og månedens tema ble godt mottatt av personalet, og opplevdes læringsrike og nyttige. Evalueringen konkluderer med at kursene bør repeteres med jevne mellomrom og ordningen med månedens tema beholdes.

Fastlegene oppfatter at sykepleierne de møter på samhandlingsmøtene er godt forbedret og har høy kompetanse.

6.6 Implementeringsstrategi

Forankring i alle ledd og skreddersydde implementeringstiltak som tar hensyn til identifiserte barrierer er to faktorer som er forventet å være avgjørende for å lykkes med implementering.

Som nevnt under kapittel 5 ble det gjennomført en rekke tiltak for å sikre forankring og engasjement hos alle involverte aktører.

6.6.1 Forankring, organisering, informasjon

Prosjektet var godt forankret og godt kjent blant alle avdelingsledere i hjemmesykepleien i Sandefjord kommune. De var aktivt involvert i både planlegging og gjennomføring.

Organiseringen med ressursykepleiere oppleves som svært vellykket. Gruppen bestod av godt motiverte og faglig sterke sykepleiere. De var aktivt deltagende i utformingen av prosjektet og beslutninger som ble tatt. De fungerte som bindeledd mellom prosjektgruppen og praksisfeltet, rollemodeller, veiledere, superbrukere, og "fremdriftskontrollører". Fra prosjektgruppens side oppleves deres innsats og rolle som avgjørende for at prosjektet kunne implementeres så bred som det ble gjort (ved alle avdelinger samtidig).

Tilbakemeldingene fra spørreundersøkelsene som ble gjennomført ved prosjektstart viser at de fleste av sykepleierne og fastlegene som besvarte skjemaet opplevde seg godt informert om prosjektet:

Hvor godt opplever du at du er informert om samhandlingsprosjektet mellom hjemmesykepleien og fastlegen?

Sykepleiere ved prosjektstart (N=30):

Svar	Prosent
Meget godt	23,3%
Godt	53,3%
Verken godt eller dårlig	20,0%
Dårlig	3,3%
Svært dårlig	0,0%
N	30

Fastleger ved prosjektstart (N=16):

Svar	Prosent
Meget godt	43,8%
Godt	43,8%
Verken godt eller dårlig	12,5%
Dårlig	0,0%
Svært dårlig	0,0%
N	16

En mulig barriere som ble identifisert av sykepleierne ved oppstart var vanskeligheter med å få involvert pleiepersonell ut over sykepleiere. Pleiepersonellet ved de tre avdelingene hvor det ble gjennomført evalueringsmøte oppgav at de følte seg godt informert om selve prosjektet.

Ved evalueringen oppgav en del at de opplevde det som et "sykepleieprosjekt", hvor de som øvrig pleiepersonell i liten grad var involvert. Noen opplevde at sykepleierne tok kontakt før møter om pasienter hvor de var primærkontakt, andre ikke. Noen opplevde at sykepleierne tok kontakt med dem etter møtet og informerte, andre ikke.

Majoriteten syntes ordningen fungerte bra, og at de fikk den informasjonen de ønsket blant annet ved å lese i CosDoc, og at det ikke var behov for endring. Andre ønsket at sykepleierne rutinemessig tok kontakt med dem før møte for pasienter de var primærkontakter med, og at man også rutinemessig tok en kort prat i etterkant.

6.6.2 Maler

En annen mulig barriere sykepleierne identifiserte før oppstart var problemer med å legge inn informasjon på rett sted i CosDoc. Det ble som nevnt lagt ned mye tid i å utarbeide funksjonelle maler og beskrivelser før oppstart. Malene ble evaluert i evalueringsmøtet med ressurspsykepleierne. De konkluderte med at malen og informasjonen som var laget for innføring i CosDoc var god og enkel å følge, og at det ikke var behov for endringer.

Når det gjaldt malen for innhenting av informasjon i forkant av møtet ble den opplevd som noe omfattende. Erfaringene deres var at sykepleierne i oppstarten av prosjektet hadde brukt mye tid på innhenting av informasjon, og at mye av det de hadde kartlagt ikke ble diskutert i samarbeidsmøtene med legene. De opplevde at sykepleierne etterhvert som de fikk mer erfaring hadde redusert mengde informasjon de hentet i forkant, og at de i større grad vurderte hva som var nødvendig informasjon knyttet til den enkelte pasient. Denne konklusjonen kom også frem i evalueringsmøtet med lederne.

Det ble konkludert med at malen er grei å ha blant annet som en påminnelse om hvilke faktorer man bør vurdere, men at man nødvendigvis ikke behøver å innhente opplysning om punkter som ikke oppleves relevant for den aktuelle pasienten.

Fremdriftsplanen til å henge på veggen opplevdes som et nyttig hjelpemiddel for å følge fremdriften i møtevirksomheten.

6.6.3 Fremdrift

En målsetning var at alle møter for pasientene som ble inkludert ved oppstart skulle være gjennomført innen 1. juli 2013. De første møtene startet opp januar 2014. Det var stor variasjon i fremdriften ved de 8 avdelingene. Erfaringene viste at de fleste brukte noe tid på å komme i gang, og at planleggingen av møtene i oppstarten opplevdes som tidkrevende. Sykepleierne rapporterer imidlertid at de benyttet langt kortere tid på forberedelse og dokumentasjon når de hadde gjennomført noen møter.

To avdelinger nådde målet om å gjennomføre alle møter for den første gruppen med inkluderte pasienter før 1. juli 2013, mens ytterligere fire kun hadde noen få møter igjen som ble avholdt etter sommeren. De to siste avdelingene slet med å komme i gang blant annet på grunn av omorganiseringer og sykdom, og ble først ferdig med møtene rundt årsskifte 2013/2014.

Det var økonomi i prosjektet til å leie inn vikarer ved behov for å kunne sette av tid til å innhente informasjon og gjennomføre møtene. Ordningen ble benyttet i liten grad.

Tilbakemeldingen fra ledere var at det, i de tilfellene det var behov, kunne være vanskelig å finne tilgjengelig vikarer med rett kompetanse.

Fem av åtte avdelinger gjennomgikk store omorganiseringer høsten 2013. Omorganiseringen medførte endring i både pasientgrunnlag og ansatte. Den planlagte implementeringen av nye pasienter i september 2013 ble derfor utsatt til desember 2014.

Prosjektet synes å være godt forankret hos involverte aktører, og både sykepleiere, øvrig pleiepersonell og fastleger opplevde seg godt informert om prosjektet.

Malene som var utarbeidet opplevdes nyttige og enkle i bruk.

Planlegging, gjennomføring og dokumentasjon av møtene opplevdes tidkrevende i oppstarten. Sykepleierne rapporterte om langt mindre tidsbruk etter hvert som de ble kjent med modellen. De vurderte da i større grad mengden av informasjon de hentet inn ut fra den enkelte pasient, samt benyttet mindre tid på å legge opplysningene inn i dokumentasjonssystemet.

Fremdriften ble forsinket ved flere avdelinger blant annet grunnet omorganiseringer og sykdom.

6.7 Nytte

Alle avdelingslederne og ressursykepleiere rapporterte tilbake at prosjektet opplevdes bra og nyttig. Syv av åtte ledere besvarte at modellen bør videreføres, en besvarte ikke spørsmålet.

Bedre oppfølging av de inkluderte pasientene, sikrere legemiddelhåndtering og et langt tettere og bedre samarbeid med fastlegene ble trukket frem som det mest positive.

Øvrig pleiepersonell som var tilstede på de tre evalueringsmøtene var også positive til modellen og opplevde den nyttig, likeledes sykepleierne og fastlegene som besvarte spørreskjemaet ved prosjektslutt:

Generelt sett, opplever du nytte av prosjektet/ implementeringen av samarbeidsmodellen?

Besvarelse sykepleier ved prosjektslutt
(N= 13):

Svar	Prosent
Meget nyttig	23,1%
Nyttig	69,2%
Verken nyttig eller unyttig	7,7%
Lite nyttig	0,0%
Meget lite nyttig	0,0%
N	13

Besvarelse fastleger ved prosjektslutt
(N= 12):

Svar	Prosent
Meget nyttig	50,0%
Nyttig	41,7%
Verken nyttig eller unyttig	8,3%
Lite nyttig	0,0%
Meget lite nyttig	0,0%
N	12

Modellen opplevdes som nyttig av alt involvert helsepersonell.

Bedre oppfølging av de inkluderte pasientene, sikrere legemiddelhåndtering, og langt tettere og bedre samarbeid med fastlegene ble trukket frem som positive endringer som følge av implementeringen.

7 OPPSUMMERING/KONKLUSJON

Sandefjord kommune implementerte i perioden oktober 2011 til desember 2013 en ny modell for samhandling mellom fastleger og hjemmetjenesten i kommunen. Modellen bygger rundt samhandlingsmøter mellom sykepleier fra hjemmetjenesten og fastlege på legens kontor, uten at pasienter er tilstede. Under møtet gjennomføres det blant annet samstemming av legemiddellister samt at det utarbeides tiltaksplan for videre oppfølging av pasienten. Modellen bygger på modell utarbeidet av Høgskolen i Vestfold ved Gro Næss. Sandefjord kommune deltok i 2010 i pilotstudien hvor modellen ble utarbeidet.

Prosjektets primære hensikt var å sikre oppfølging av helsetilstand og legemiddelbehandling hos multisyke eldre som er utsatt for subakutt og akutt funksjonssvikt. Ved å formalisere samarbeidet søkte man å øke kvaliteten på tjenestene som ytes, redusere pasientens sykdomsbyrde og redusere antall unødvendige sykehusinnleggelse. Tiltak for å heve den geriatriske vurderingskompetansen hos kommunens pleiepersonell, samt tilretteleggelse for bedre elektronisk samhandling mellom fastleger og hjemmetjenesten inngikk også i prosjektets målsetting. Modellen er implementert ved alle åtte avdelinger i hjemmetjenesten i Sandefjord kommune og ved alle legekontor med unntak av ett (med en lege hvor e-melding ikke var etablert ved prosjektstart).

Erfaringene med modellen er gode, og alle involverte aktører (ledere, sykepleiere, øvrig pleiepersonell og fastleger) opplever nytte og ønsker videreføring av ordningen. Bedre oppfølging av de inkluderte pasientene, sikrere legemiddelbehandling, og langt tettere og bedre samarbeid mellom hjemmetjenesten og fastlegene blir trukket frem som de viktigste endringene som følge av implementeringen.

Det er ikke undersøkt hvilke erfaringer/ meninger pasientene har vedrørende innføring av modellen.

Prosjektet var ved oppstart godt forankret i ledelsen i alle ledd, og organisert med en styringsgruppe, en prosjektgruppe og en gruppe bestående av en ressurspsykepleier fra hver avdeling. Deltagelse av engasjerte fastleger i prosjektgruppen var av stor betydning for implementeringen av prosjektet blant fastlegene. Organiseringen med ressurspsykepleiere antas å ha hatt stor betydning for vellykket implementering og fremdrift i prosjektet.

7.1 Veien videre i Sandefjord

Hjemmetjenesten i Sandefjord kommune har gjennomgått store organisatoriske endringer i prosjektperioden. Endringene medførte at både pasienter og personell ble flyttet mellom avdelinger, og også skifte blant ressurspsykepleierne. For å sikre god fremdrift i pasientmøtene i en litt urolig tid, samt videreføring av ordningen med månedens tema, har kommunen besluttet å opprettholde en prosjektlederfunksjon (20 %) ut 2014.

Funksjonen vil innehas av en tidligere avdelingsleder i hjemmetjenesten. Hennes oppgave vil være å koordinere utarbeidelsen av månedens tema og utarbeide veggplakater, etterspørre fremdrift i pasientmøter fra de ulike avdelingene, kalle inn til og lede ressurspsykepleiemøter.

Kommunen vil sammen med apoteket og representanter fra fastlegene arbeide videre med å kartlegge årsaker til at legemiddellisten ikke er samstemt, samt andre forhold knyttet til legemiddelhåndteringen i kommunen.

7.2 Endringsforslag til modellen

De opprinnelige inklusjonskriteriene var: multisyke eldre ≥ 75 år som mottar hjemmesykepleie minimum fem dager per uke, inkludert hjelp til legemiddelhåndtering.

I Sandefjord kommune har man ved siste inkludering valgt å ta bort aldersperspektivet da man har erfart at man ellers ekskluderer pasienter man antok ville ha god nytte av ordningen. Det er også åpnet for større bruk av skjønn blant de som inkluderer med tanke på de to andre inklusjonskriteriene. Man vil også vurdere å inkludere modellen i en større del av helse- og sosialtjenestene.

Malen som er laget for å hente inn opplysninger i forkant av samhandlingsmøte oppleves som noe omfattende. Den bør forenkles, ev. presiseres at den enkelte sykepleier kan vurdere hvilke opplysninger som er relevante å hente inn for den enkelte pasient.

REFERANSER

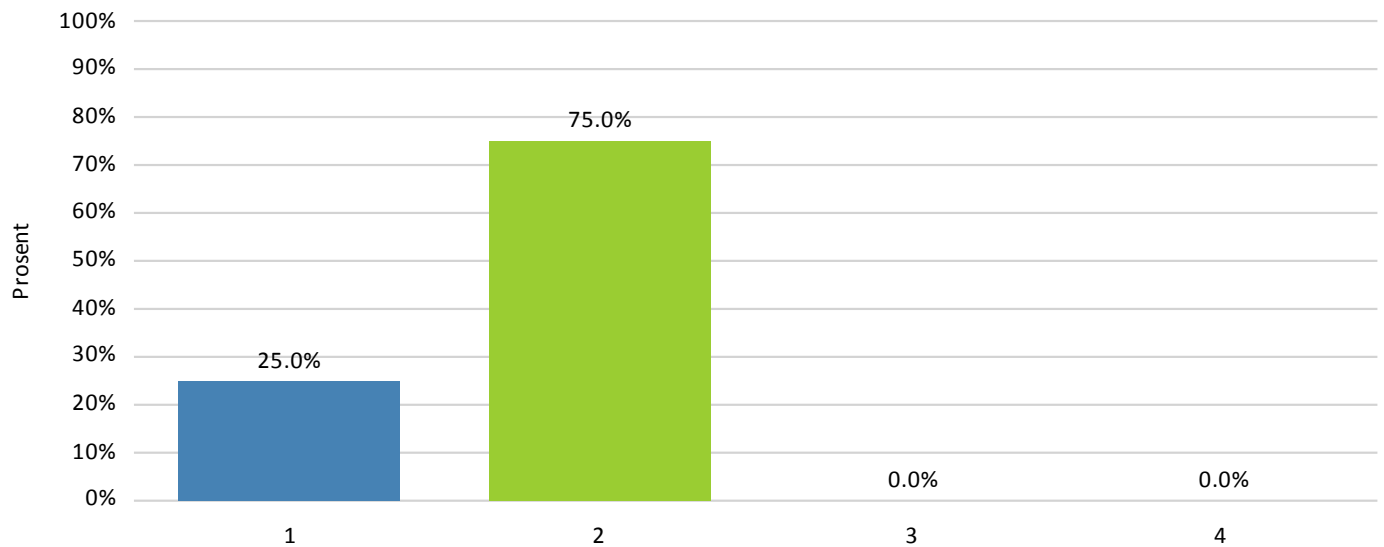
1. Næss G, Bing-Jonsson P, Østbye K.A. 2011. Bedre samhandling om multisyke eldre. Høgskolen i Vestfold. Rapport 3/2011.
2. Fagernes M. 2011. Oppfølging av helsetilstand og legemiddelbehandling hos multisyke eldre - implementering av modell for samhandling mellom fastleger og hjemmetjenesten i Sandefjord kommune. Prosjektplan. Utviklingscenteret for sykehjem og hjemmetjeneste, Vestfold.
3. Helse- og omsorgsdepartementet. 2009. St.meld. nr. 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid.
<http://lovdata.no/cgi-wift/wiftldrens?/app/gratis/www/docroot/all/hl-20110624-030.html>
4. Grimsmo A. 2012. Veien frem til helhetlig pasientforløp.
<http://www.nhn.no/samhandling/helhetlig-pasientforloep>
5. Fosse A, Sparr S, Pedersen E.B, Albrigtsen E, Lund H.A. 2008. Samhandling om skrøpelige eldre i nord. Rapport til Helse Nord fra arbeidsgruppe.
<http://www.helse-nord.no/kronikersatsingen/rapport-om-skrøpelige-eldre-klar-article55801-11090.html>
6. Statens helsetilsyn. 1999. Scenario 2030. Sykdomsutvikling for eldre frem til 2013. IK – 2696.
http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/utredningsserien/2030_sykdomsutvikling_eldre_ik-2696.pdf
7. Legemiddelhåndboka. Eldre og bivirkninger. Elektronisk versjon 19.03.12.
<http://legemiddelhandboka.no/>
8. Helse – og omsorgsdepartementet. St.meld. nr. 18.(2004-2005). Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk.
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/20042005/stmeld-nr-18-2004-2005-.html?id=406517>
9. Helsedirektoratet. 2011. Riktig legemiddelbruk til eldre pasienter/ beboere på sykehjem og i hjemmesykepleien. Forslag til tiltak. Helsedirektoratet, Avdeling for medisinsk utstyr og legemidler. November 2011. IS – 1887

10. Sosial- og helsedirektoratet. 2006. Legetjenester til personer med kommunale omsorgstjenester utenfor institusjon. IS – 1420.
<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/legetjenester-til-personer-med-kommunale-omsorgstjenester-utenfor-institusjon/Sider/default.aspx>
 11. Statens helsetilsyn. 2009. Veileder for tilsyn med legemiddelbehandling i sykehjem.
http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/internserien/veileder_til_syn_legemidellbehandlsykehjem_internserien3_2009.pdf
 12. Sandvik H. 2006. Evaluering av fastlegereformen 2001 – 2005. Sammenfatning og analyse av evalueringens delprosjekter. Norges forskningsråd.
 13. Helsedirektoratet. 2008. Respekt og kvalitet - rapport om styrking av spesialisthelsetjenester for eldre. IS-nummer: IS-1498.
<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/respekt-og-kvalitet-rapport-om-styrking-av-spesialisthelsetjenester-for-eldre/Sider/default.aspx>
 14. Helsetilsynet. 2011. Krevende oppgaver med svak styring. Samlerapport fra tilsyn i 2010 med kommunens sosial- og helsetjenester til eldre.
- 

Vedlegg 1

Oppfølging av helsetilstand og legemiddelbehandling - fastleger ved prosjektslutt

5. I hvilken grad opplever du at prosjektet og innføringen av samarbeidsmodellen har påvirket det generelle samarbeidsklimaet med hjemmetjenesten?



Navn

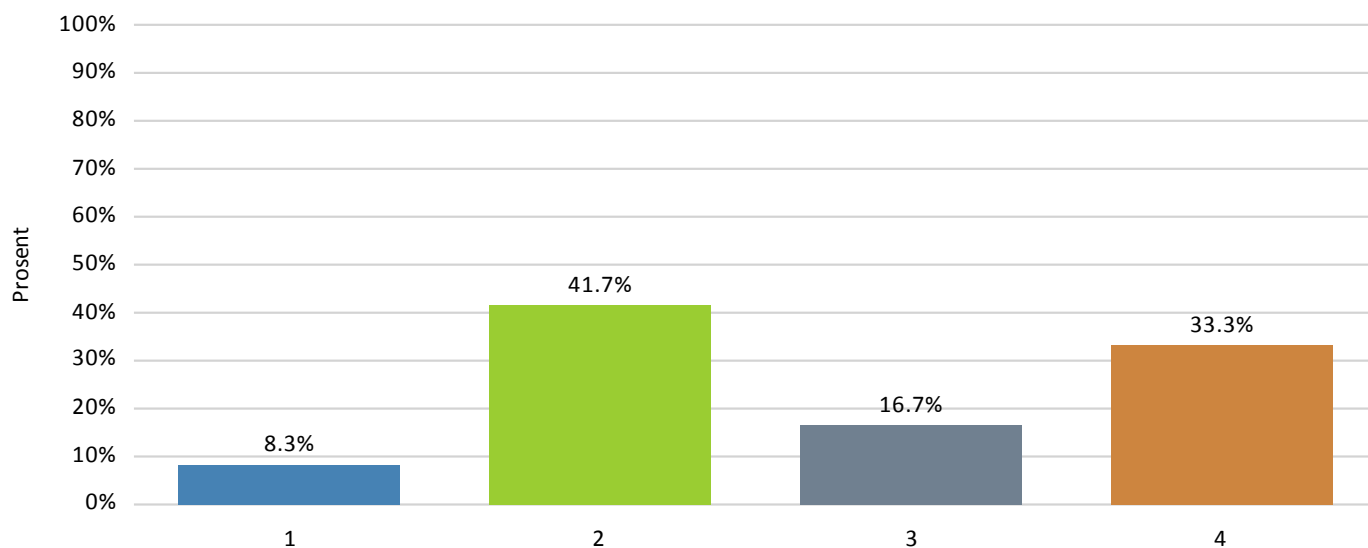
1	Samarbeidet var godt før prosjektet, ingen endring
2	Samarbeidet var godt før prosjektet, har blitt enda bedre
3	Samarbeidet var ikke godt før prosjektet, ingen endring
4	Samarbeidet var ikke godt før prosjektet, har blitt bedre

Navn

Prosent

Samarbeidet var godt før prosjektet, ingen endring	25,0%
Samarbeidet var godt før prosjektet, har blitt enda bedre	75,0%
Samarbeidet var ikke godt før prosjektet, ingen endring	0,0%
Samarbeidet var ikke godt før prosjektet, har blitt bedre	0,0%
N	12

7. I hvilken grad opplever du at prosjektet og innføring av modellen har bidratt til tydeligere ansvarsfordeling mellom fastlege og hjemmetjenesten?



Navn

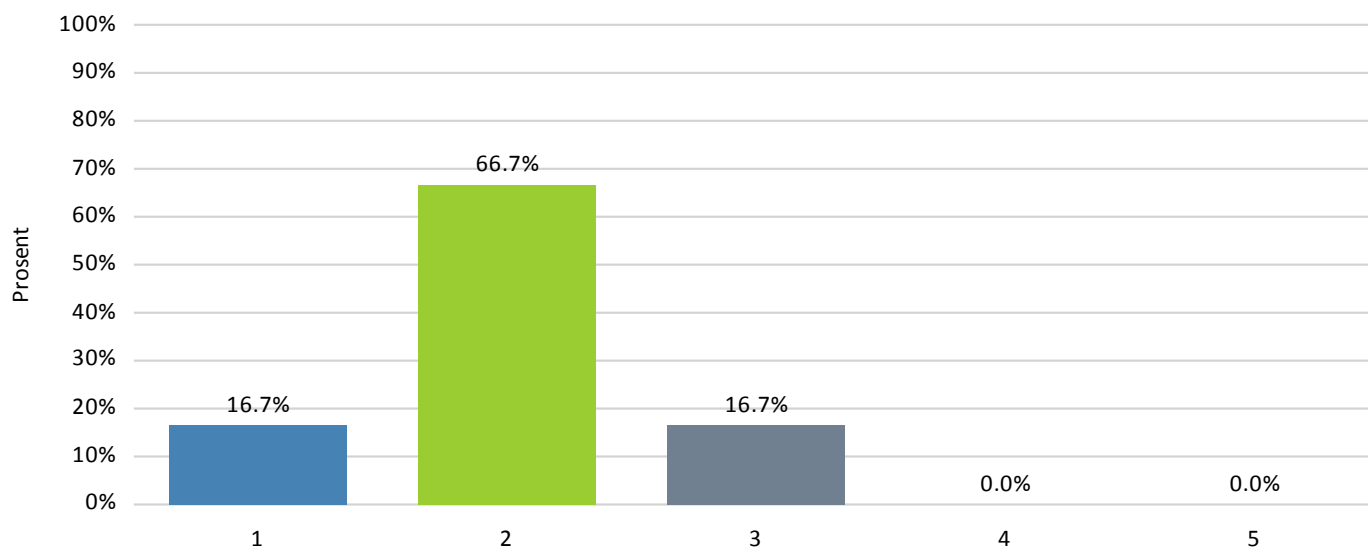
1	Ansvarsfordelingen var tydelig før prosjektet startet opp, ingen endring
2	Ansvarsfordelingen var tydelig før prosjektet, har blitt enda tydeligere.
3	Ansvarsfordelingen var ikke tydelig nok før prosjektet startet opp, ingen endring
4	Ansvarsfordelingen var ikke tydelig nok før prosjektet startet opp, prosjektet har bidratt til en tydeligere avklaring

Navn

Prosent

Ansvarsfordelingen var tydelig før prosjektet startet opp, ingen endring	8,3%
Ansvarsfordelingen var tydelig før prosjektet, har blitt enda tydeligere.	41,7%
Ansvarsfordelingen var ikke tydelig nok før prosjektet startet opp, ingen endring	16,7%
Ansvarsfordelingen var ikke tydelig nok før prosjektet startet opp, prosjektet har bidratt til en tydeligere avklaring	33,3%
N	12

10. I hvilken grad opplever du at utarbeidelse av oppfølgingsplaner (plan for tiltak ved endring i helsetilstand, eks. forverring av kjent hjertesvikt) er nyttig?



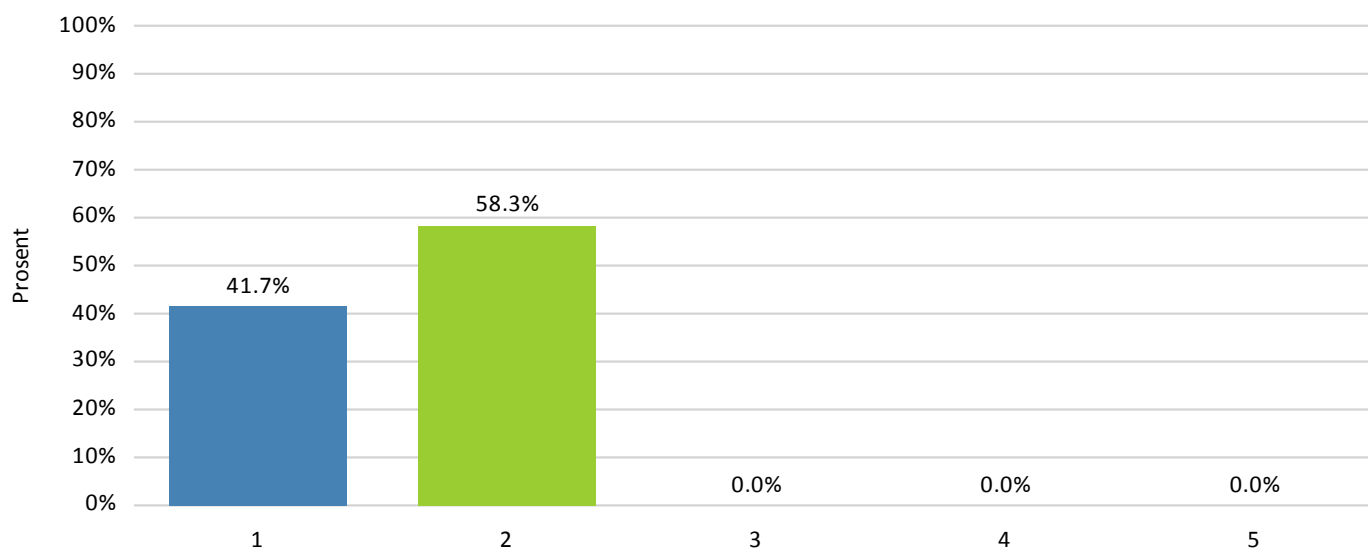
Navn

1	I meget stor grad
2	I stor grad
3	Verken mye eller lite
4	I liten grad
5	I meget liten grad

Navn

Prosent

I meget stor grad	16,7%
I stor grad	66,7%
Verken mye eller lite	16,7%
I liten grad	0,0%
I meget liten grad	0,0%
N	12

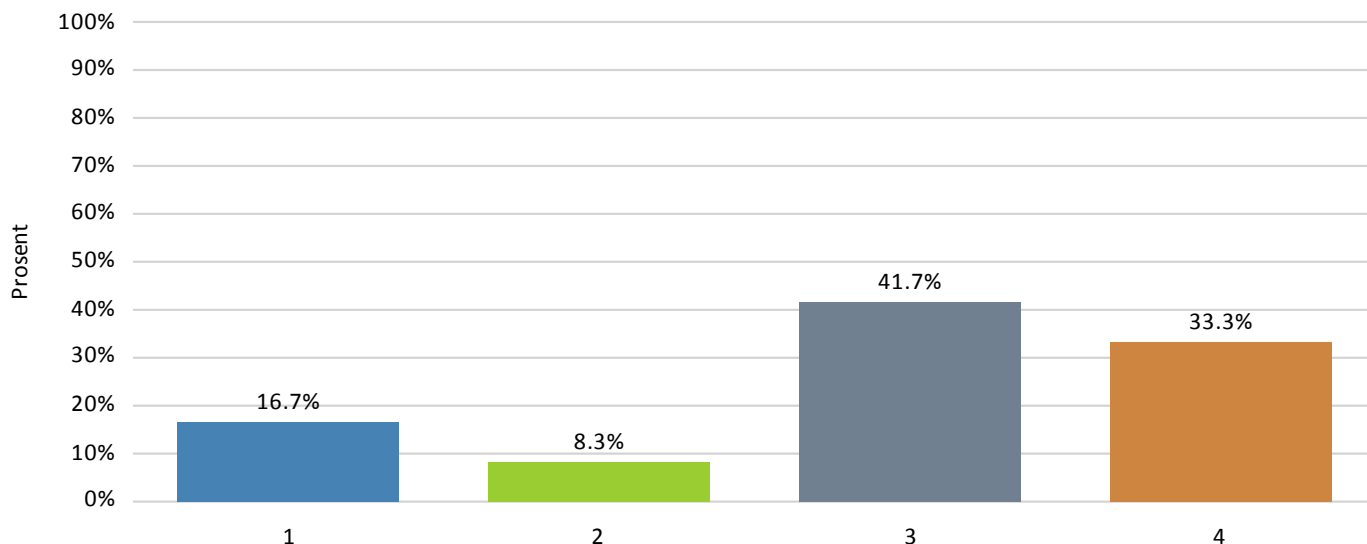
13. Hvordan opplever du vurderingskompetansen til sykepleierne du har hatt samhandlingsmøter med?

	Navn
1	Meget bra
2	Bra
3	Meget variabel
4	Dårlig
5	Svært dårlig

Navn	Prosent
Meget bra	41,7%
Bra	58,3%
Meget variabel	0,0%
Dårlig	0,0%
Svært dårlig	0,0%
N	12

15. I hvilken grad ønsker du å bli oppdatert på e-melding om forverring i helsetilstand når hjemmetjenesten iverksetter tiltak som allerede er avklart i oppfølgingsplanen (eks. gir diuretika ved forverring av kjent hjertesvikt)

Det er ulik praksis blant sykepleierne med tanke på hvor mye informasjon de sender fastlegene per e-melding utenfor konsultasjoner ved endret helsetilstand, når tiltak er avklart i oppfølgingsplanen.

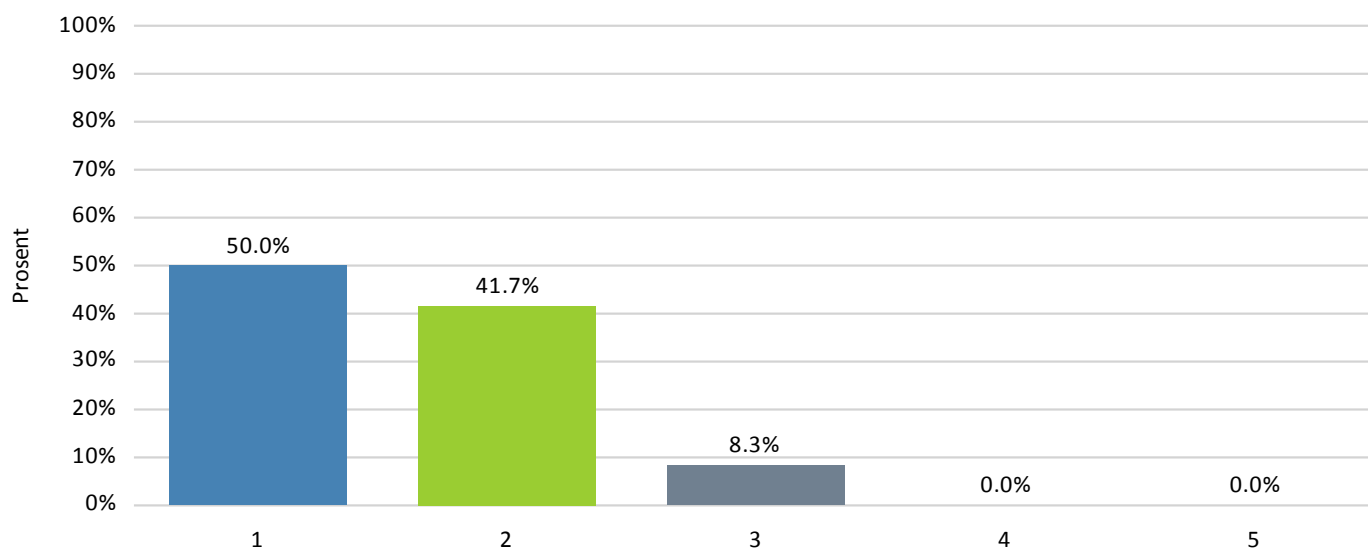


Navn

1	Jeg ønsker ikke informasjon utover konsultasjoner
2	Jeg ønsker informasjon om endring i helsetilstand kun når dette er avtalt i oppfølgingsplanen (på samhandlingsmøtet)
3	Jeg ønsker melding om forverring i helsetilstand når dette medfører tiltak fra hjemmesykepleien som er avklart i oppfølgingsplanen
4	Jeg ønsker melding om forverring i helsetilstand når dette medfører tiltak fra hjemmesykepleien utover daglig pleie

Navn

Navn	Prosent
Jeg ønsker ikke informasjon utover konsultasjoner	16,7%
Jeg ønsker informasjon om endring i helsetilstand kun når dette er avtalt i oppfølgingsplanen (på samhandlingsmøtet)	8,3%
Jeg ønsker melding om forverring i helsetilstand når dette medfører tiltak fra hjemmesykepleien som er avklart i oppfølgingsplanen	41,7%
Jeg ønsker melding om forverring i helsetilstand når dette medfører tiltak fra hjemmesykepleien utover daglig pleie	33,3%
N	12

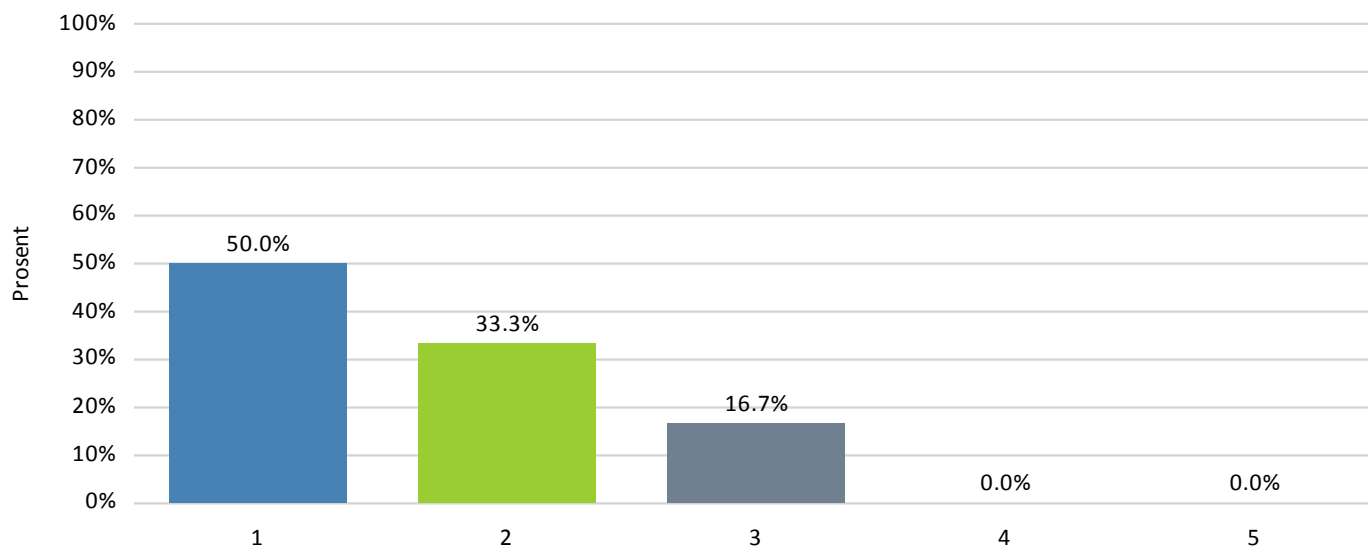
17. Generelt sett, opplever du nytte av prosjektet/ implementeringen av samarbeidsmodellen?**Navn**

1	Meget nyttig
2	Nyttig
3	Verken nyttig eller unyttig
4	Lite nyttig
5	Meget lite nyttig

Navn**Prosent**

Meget nyttig	50,0%
Nyttig	41,7%
Verken nyttig eller unyttig	8,3%
Lite nyttig	0,0%
Meget lite nyttig	0,0%
N	12

20. Rent teknisk sett, hvordan opplever du at e-meldingssystemet fungerer?



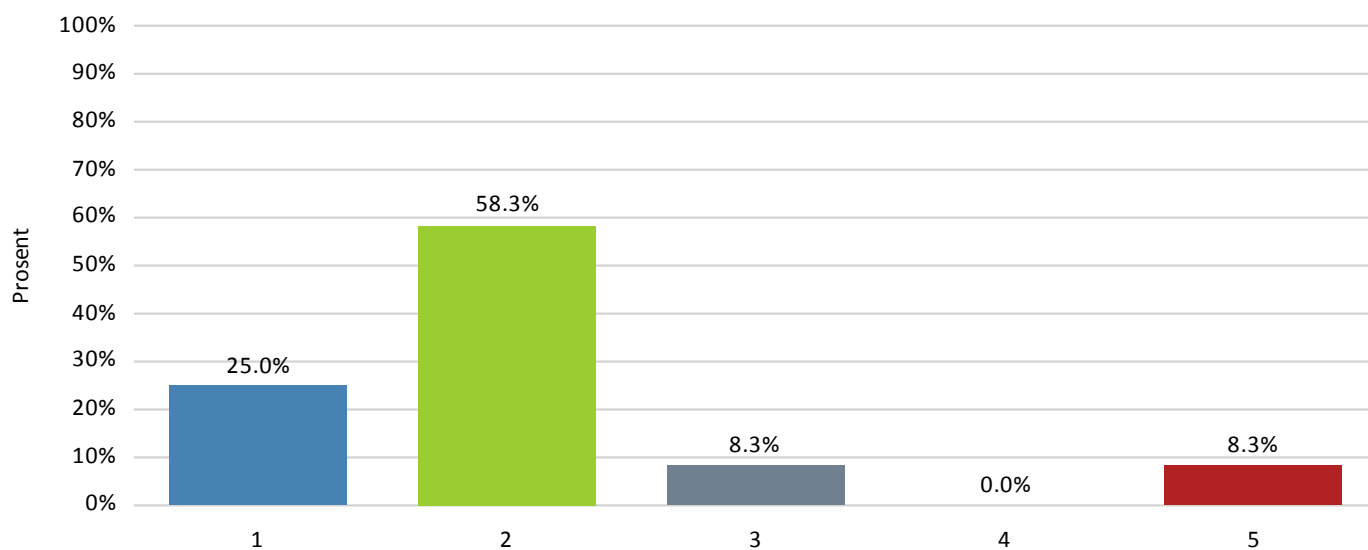
Navn

1	Meget bra
2	Bra
3	Verken bra eller dårlig
4	Dårlig
5	Svært dårlig

Navn

Prosent

Meget bra	50,0%
Bra	33,3%
Verken bra eller dårlig	16,7%
Dårlig	0,0%
Svært dårlig	0,0%
N	12

23. Hvor ofte mottar du spørsmål på e-melding fra hjemmesykepleien?**Navn**

1	Flere ganger hver arbeidsdag
2	3-4 ganger pr arbeidsuke
3	1-2 ganger pr arbeidsuke
4	1-2 ganger pr måned
5	Sjeldnere enn 1 gang pr mnd

Navn**Prosent**

Flere ganger hver arbeidsdag	25,0%
3-4 ganger pr arbeidsuke	58,3%
1-2 ganger pr arbeidsuke	8,3%
1-2 ganger pr måned	0,0%
Sjeldnere enn 1 gang pr mnd	8,3%
N	12

25. Hvor ofte starter du en e-meldings korrespondanse til hjemmesykepleien? (sett bort fra svar på spørsmål fra hjemmesykepleien)



Navn

1	Flere ganger hver arbeidsdag
2	3-4 ganger pr arbeidsuke
3	1-2 ganger pr arbeidsuke
4	1-2 ganger pr måned
5	Sjeldnere enn 1 gang pr mnd

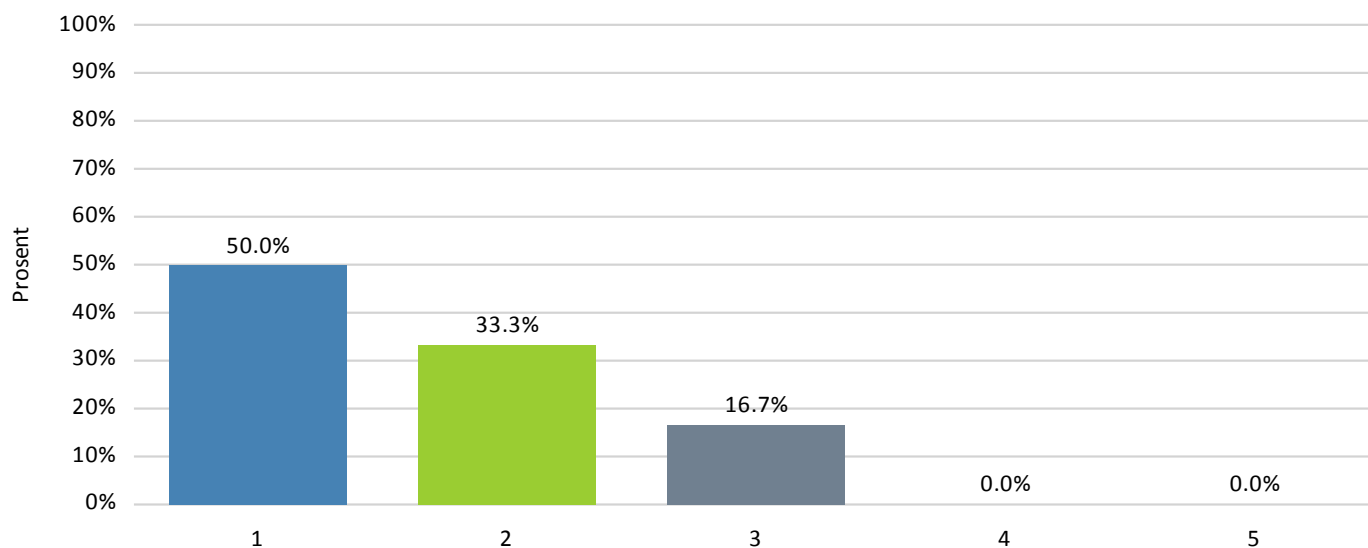
Navn

Navn	Prosent
Flere ganger hver arbeidsdag	0,0%
3-4 ganger pr arbeidsuke	58,3%
1-2 ganger pr arbeidsuke	33,3%
1-2 ganger pr måned	0,0%
Sjeldnere enn 1 gang pr mnd	8,3%

N

12

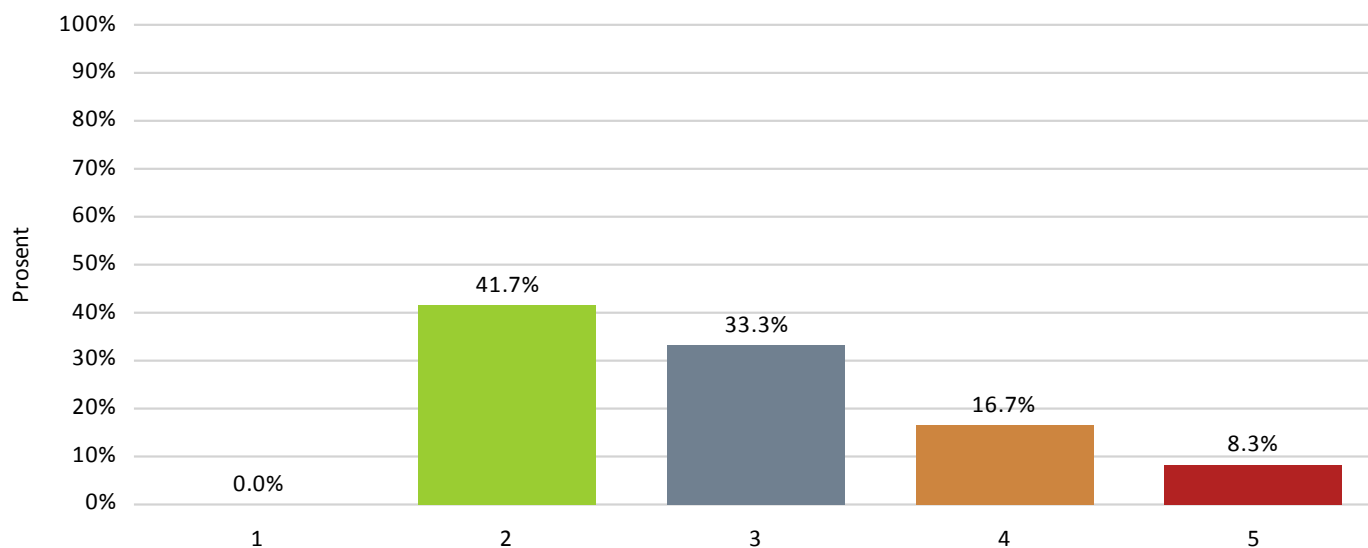
27. Når du ønsker kontakt med hjemmesykepleien: Hvor lett/vanskelig opplever du det er å komme i kontakt med en som kan svare på din henvendelse via e-melding?



	Navn
1	Svært lett
2	Lett
3	Verken lett eller vanskelig
4	vanskelig
5	Svært vanskelig

Navn	Prosent
Svært lett	50,0%
Lett	33,3%
Verken lett eller vanskelig	16,7%
vanskelig	0,0%
Svært vanskelig	0,0%
N	12

28. Når du ønsker kontakt med hjemmesykepleien: Hvor lett/vanskelig opplever du det er å komme i kontakt med en som kan svare på din henvendelse via telefon?

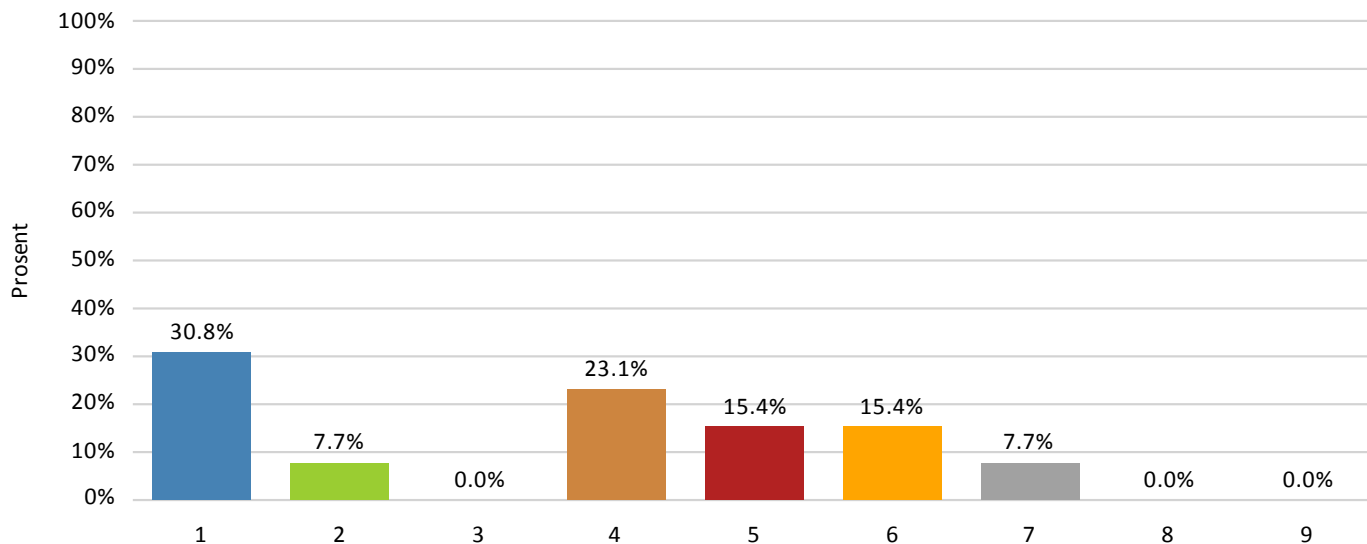


	Navn
1	Svært lett
2	Lett
3	Verken lett eller vanskelig
4	vanskelig
5	Svært vanskelig

Navn	Prosent
Svært lett	0,0%
Lett	41,7%
Verken lett eller vanskelig	33,3%
vanskelig	16,7%
Svært vanskelig	8,3%
N	12

Oppfølging av helsetilstand og legemiddelbehandling - sykepleiere ved prosjektslutt

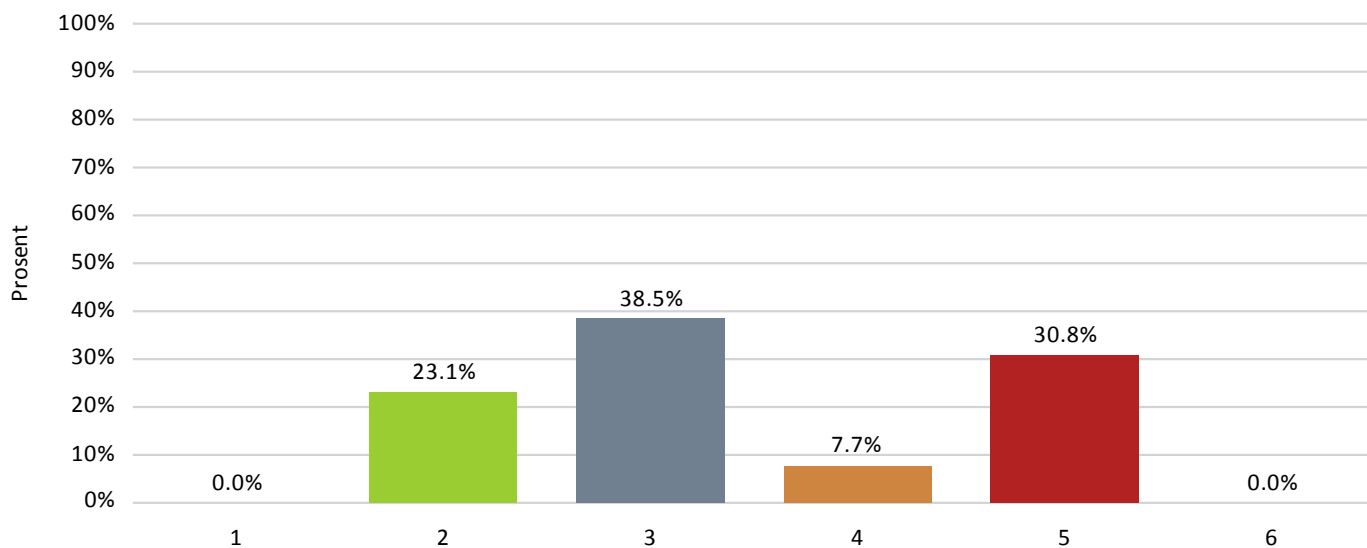
1. Avdeling:



	Navn
1	Forsmann
2	Parken
3	Bugården
4	Ranvik (og Solvang)
5	Kilen
6	Framnes
7	Sentrum (Hvidtgården)
8	Parken bofelleskap og natt-tjenesten
9	Hvidtgården somatisk avdeling og BPA

Navn	Prosent
Forsmann	30,8%
Parken	7,7%
Bugården	0,0%
Ranvik (og Solvang)	23,1%
Kilen	15,4%
Framnes	15,4%
Sentrum (Hvidtgården)	7,7%
Parken bofelleskap og natt-tjenesten	0,0%
Hvidtgården somatisk avdeling og BPA	0,0%
N	13

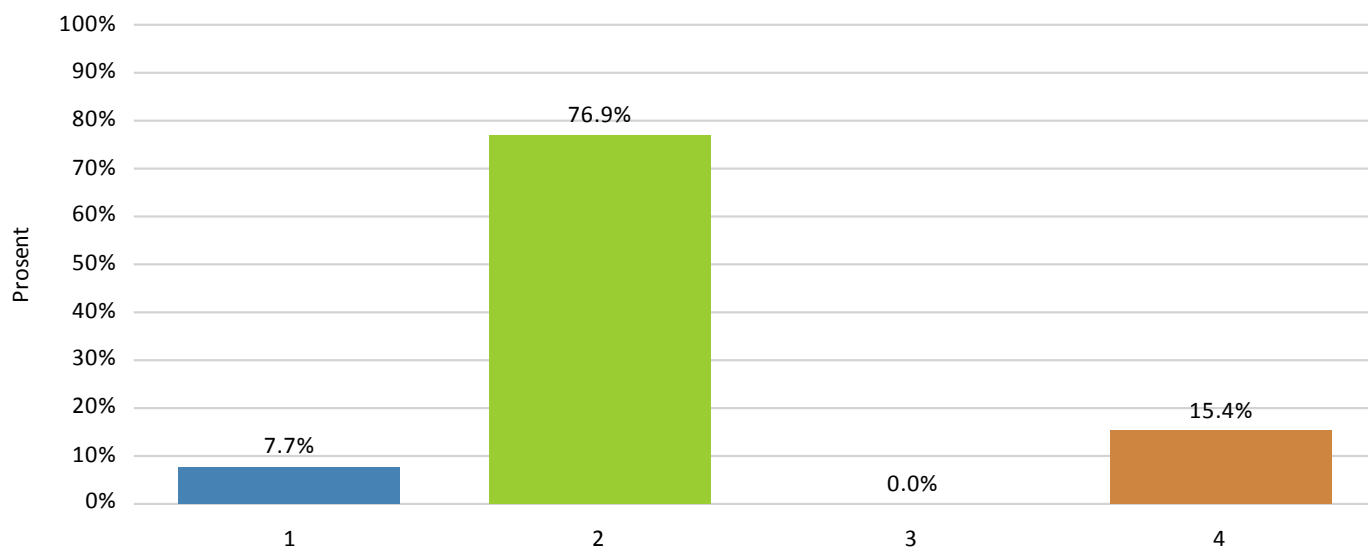
2. Ansettelsestid i hjemmesykepleien i Sandefjord kommune



Navn	Prosent
1	<12 mnd
2	1-2 år
3	3-5 år
4	6-10 år
5	>10 år
6	Ønsker ikke å oppgi opplysninger om dette

Navn	Prosent
<12 mnd	0,0%
1-2 år	23,1%
3-5 år	38,5%
6-10 år	7,7%
>10 år	30,8%
Ønsker ikke å oppgi opplysninger om dette	0,0%
N	13

3. I hvilken grad opplever du at prosjektet og innføringen av samarbeidsmodellen har påvirket det generelle samarbeidsklimaet med fastlegene?



Navn

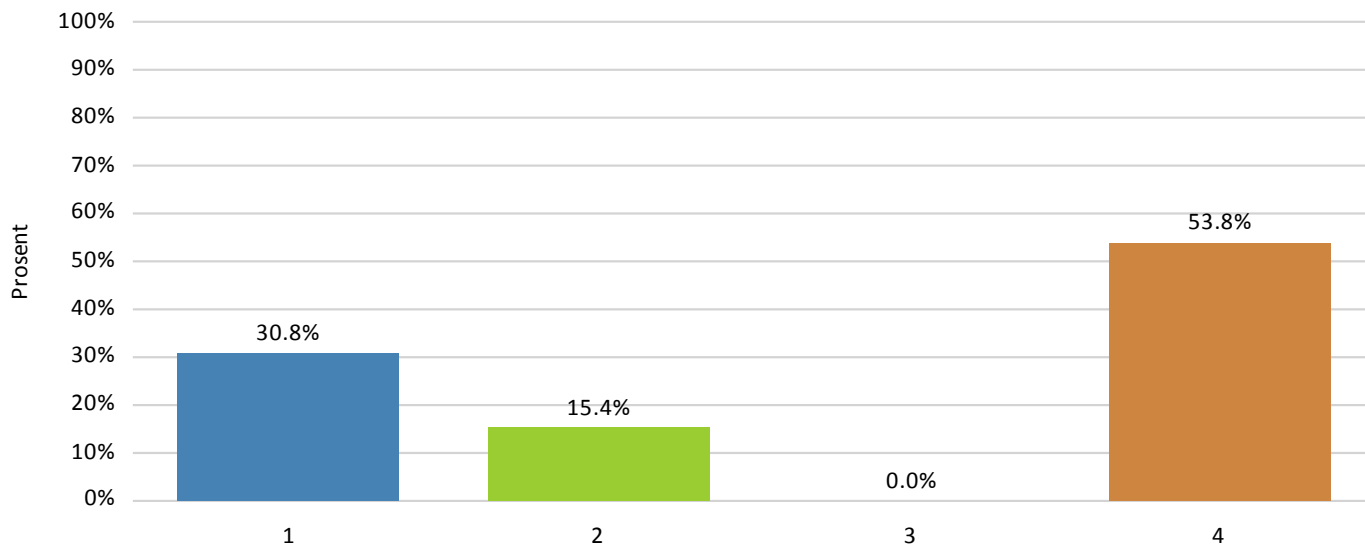
1	Samarbeidet var godt før prosjektet, ingen endring
2	Samarbeidet var godt før prosjektet, har blitt enda bedre
3	Samarbeidet var ikke godt før prosjektet, ingen endring
4	Samarbeidet var ikke godt før prosjektet, har blitt bedre

Navn

Prosent

Samarbeidet var godt før prosjektet, ingen endring	7,7%
Samarbeidet var godt før prosjektet, har blitt enda bedre	76,9%
Samarbeidet var ikke godt før prosjektet, ingen endring	0,0%
Samarbeidet var ikke godt før prosjektet, har blitt bedre	15,4%
N	13

5. I hvilken grad opplever du at prosjektet og innføring av modellen har bidratt til tydeligere ansvarsfordeling mellom fastlege og hjemmetjenesten?



Navn

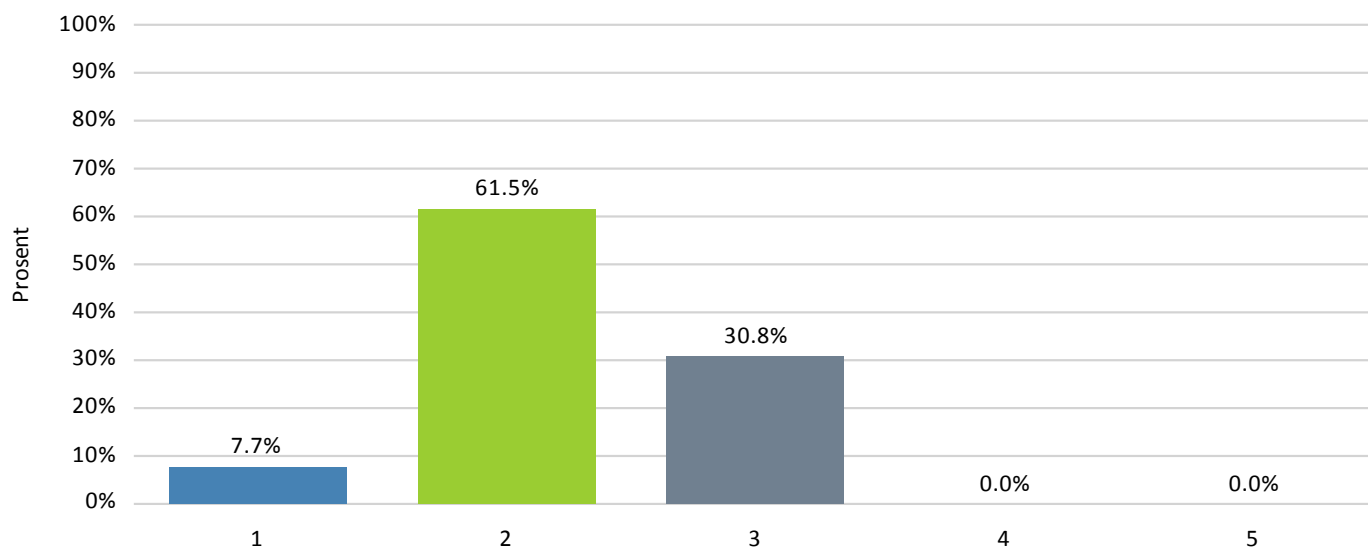
1	Ansvarsfordelingen var tydelig før prosjektet startet opp, ingen endring
2	Ansvarsfordelingen var tydelig før prosjektet, har blitt enda bedre
3	Ansvarsfordelingen var ikke tydelig nok før prosjektet startet opp, ingen endring
4	Ansvarsfordelingen var ikke tydelig nok før prosjektet startet opp, prosjektet har bidratt til en tydeligere avklaring

Navn

Prosent

Ansvarsfordelingen var tydelig før prosjektet startet opp, ingen endring	30,8%
Ansvarsfordelingen var tydelig før prosjektet, har blitt enda bedre	15,4%
Ansvarsfordelingen var ikke tydelig nok før prosjektet startet opp, ingen endring	0,0%
Ansvarsfordelingen var ikke tydelig nok før prosjektet startet opp, prosjektet har bidratt til en tydeligere avklaring	53,8%
N	13

7. I hvilken grad opplever du at utarbeidelse av oppfølgingsplaner (plan for tiltak ved endring i helsetilstand, eks. forverring av kjent hjertesvikt) er nyttig?



Navn

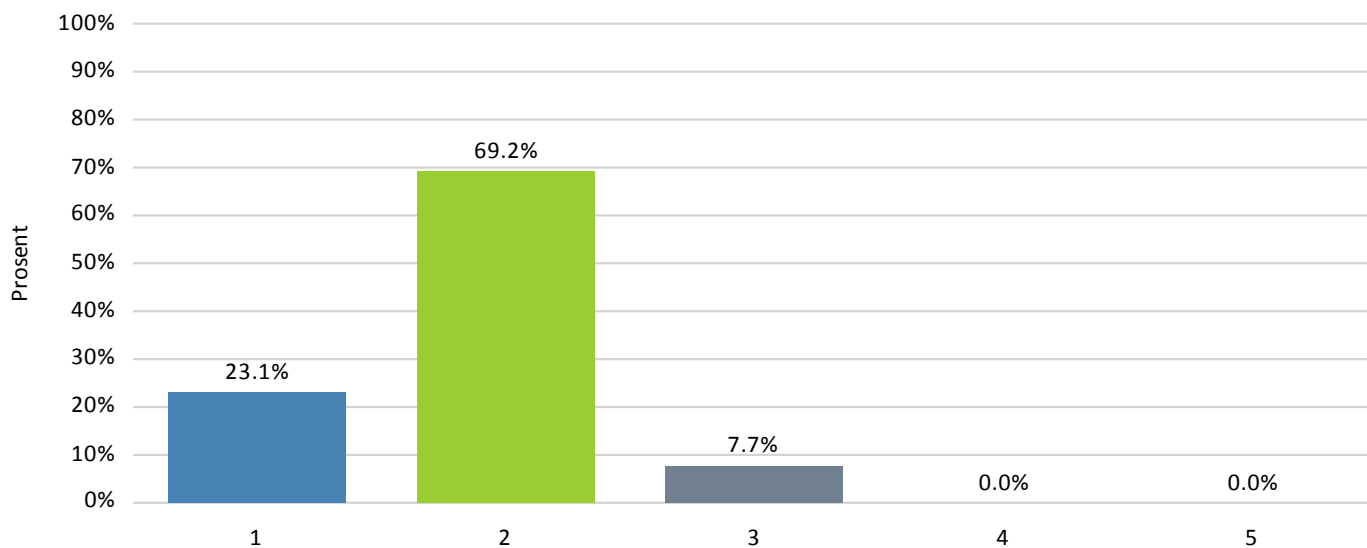
1	I meget stor grad
2	I stor grad
3	Verken mye eller lite
4	I liten grad
5	I meget liten grad

Navn

Prosent

I meget stor grad	7,7%
I stor grad	61,5%
Verken mye eller lite	30,8%
I liten grad	0,0%
I meget liten grad	0,0%
N	13

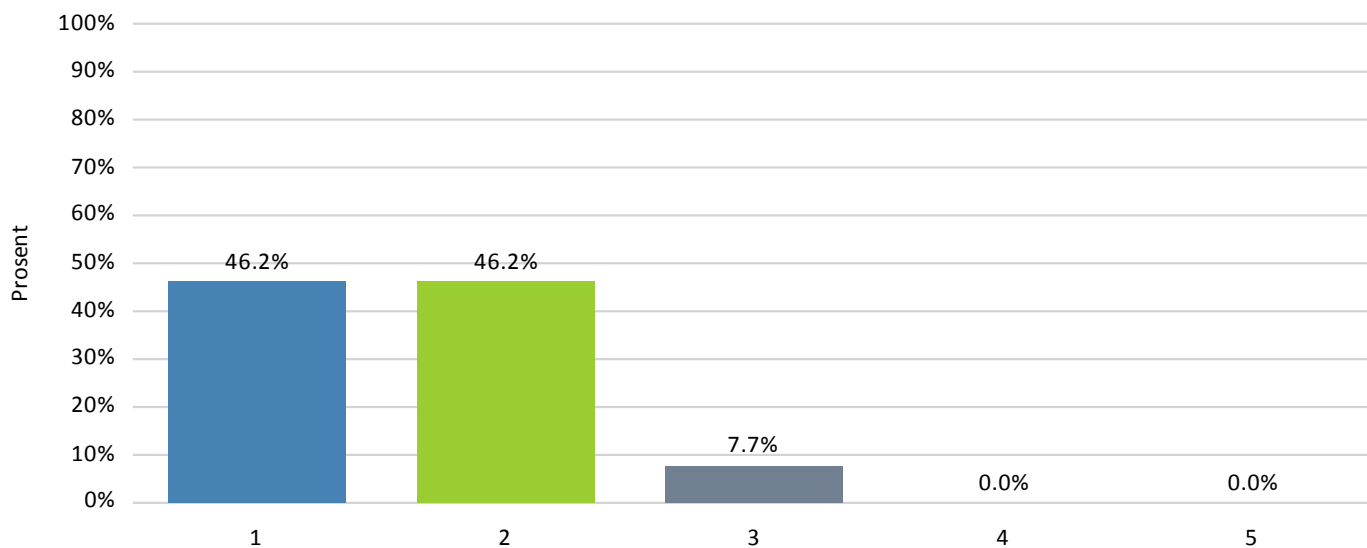
10. Generelt sett, opplever du nytte av prosjektet/ implementeringen av samarbeidsmodellen?



	Navn
1	Meget nyttig
2	Nyttig
3	Verken nyttig eller unyttig
4	Lite nyttig
5	Meget lite nyttig

Navn	Prosent
Meget nyttig	23,1%
Nyttig	69,2%
Verken nyttig eller unyttig	7,7%
Lite nyttig	0,0%
Meget lite nyttig	0,0%
N	13

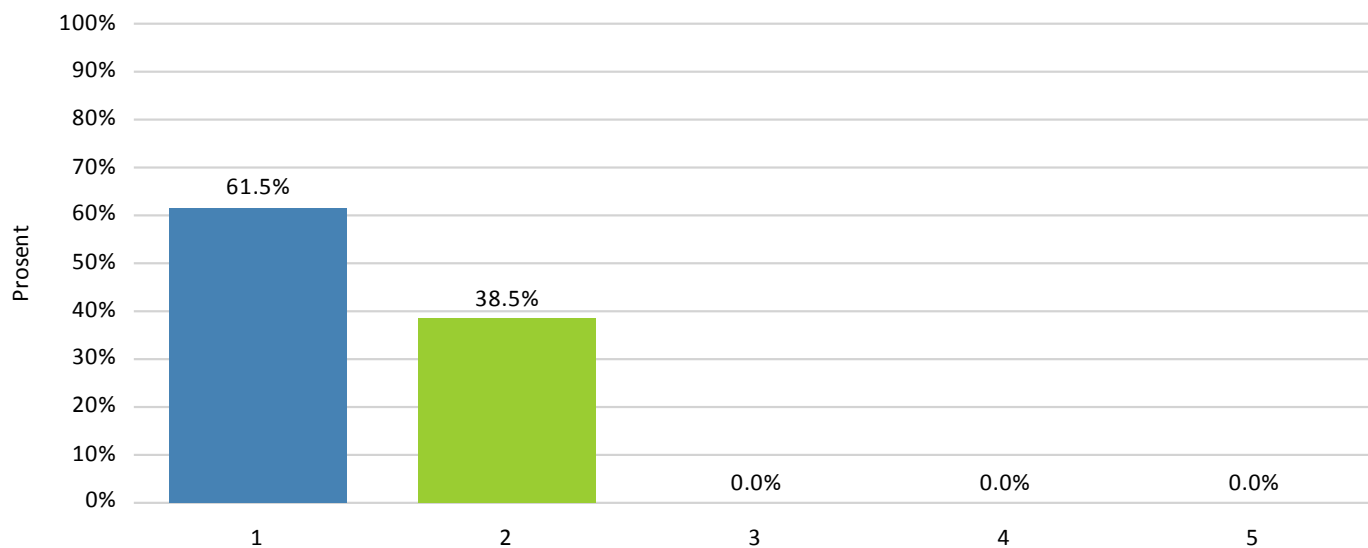
13. Generelt sett, hvor godt eller dårlig opplever du samarbeidet med fastlegene?



	Navn
1	Meget bra
2	Bra
3	Verken bra eller dårlig
4	Dårlig
5	Svært dårlig

Navn	Prosent
Meget bra	46,2%
Bra	46,2%
Verken bra eller dårlig	7,7%
Dårlig	0,0%
Svært dårlig	0,0%
N	13

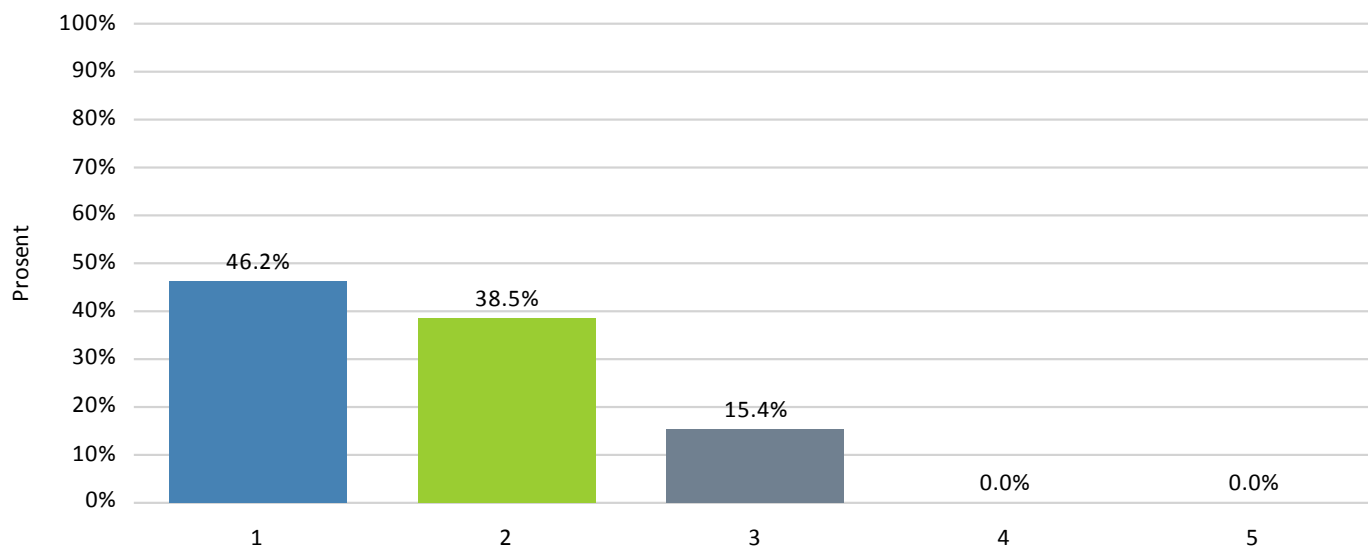
15. Rent teknisk sett, hvordan opplever du at e-meldingssystemet fungerer?



	Navn
1	Meget bra
2	Bra
3	Verken bra eller dårlig
4	Dårlig
5	Svært dårlig

Navn	Prosent
Meget bra	61,5%
Bra	38,5%
Verken bra eller dårlig	0,0%
Dårlig	0,0%
Svært dårlig	0,0%
N	13

17. Hvor ofte sender du spørsmål på e-melding?



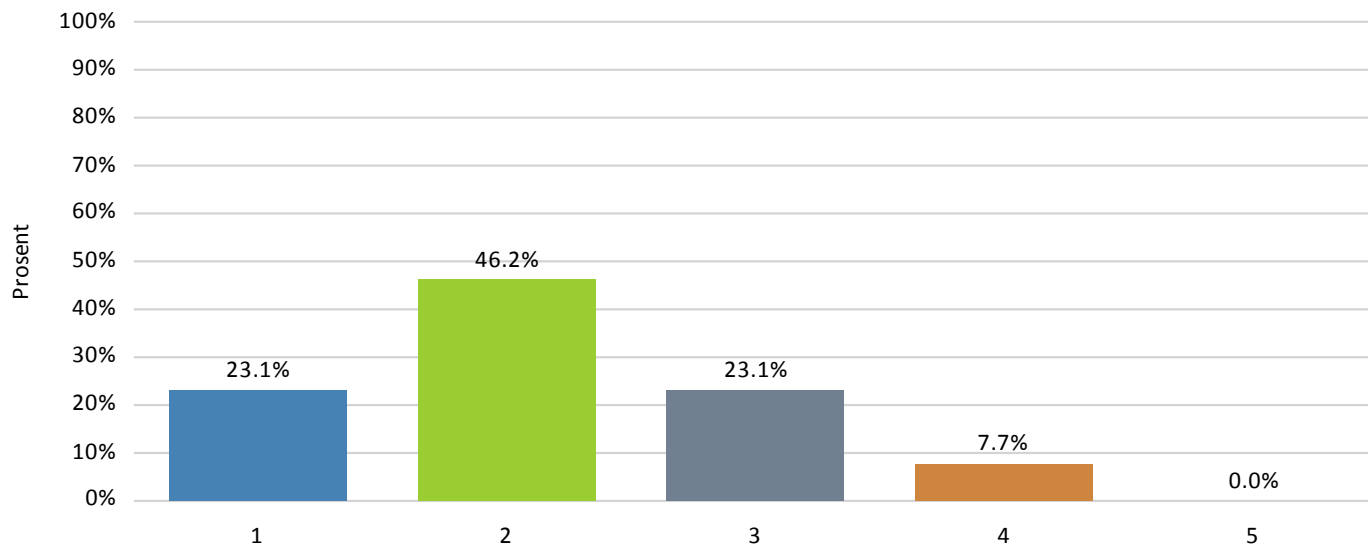
Navn

1	Flere ganger hver arbeidsdag
2	3-4 ganger pr arbeidsuke
3	1-2 ganger pr arbeidsuke
4	1-2 ganger pr måned
5	Sjeldnere enn 1 gang pr mnd

Navn

Navn	Prosent
Flere ganger hver arbeidsdag	46,2%
3-4 ganger pr arbeidsuke	38,5%
1-2 ganger pr arbeidsuke	15,4%
1-2 ganger pr måned	0,0%
Sjeldnere enn 1 gang pr mnd	0,0%
N	13

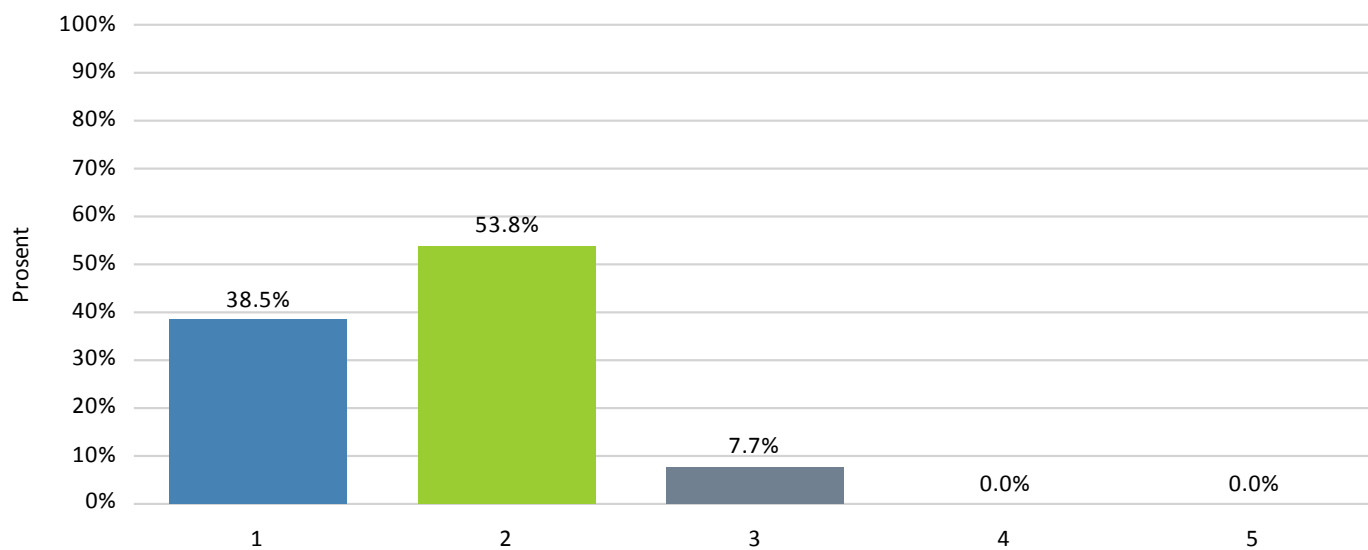
20. Når du ønsker kontakt med fastlegen (telefon eller e-melding), hvor lett/vanskelig opplever du det er å komme i kontakt?



	Navn
1	Svært lett
2	Lett
3	Verken lett eller vanskelig
4	Vanskelig
5	Svært vanskelig

Navn	Prosent
Svært lett	23,1%
Lett	46,2%
Verken lett eller vanskelig	23,1%
Vanskelig	7,7%
Svært vanskelig	0,0%
N	13

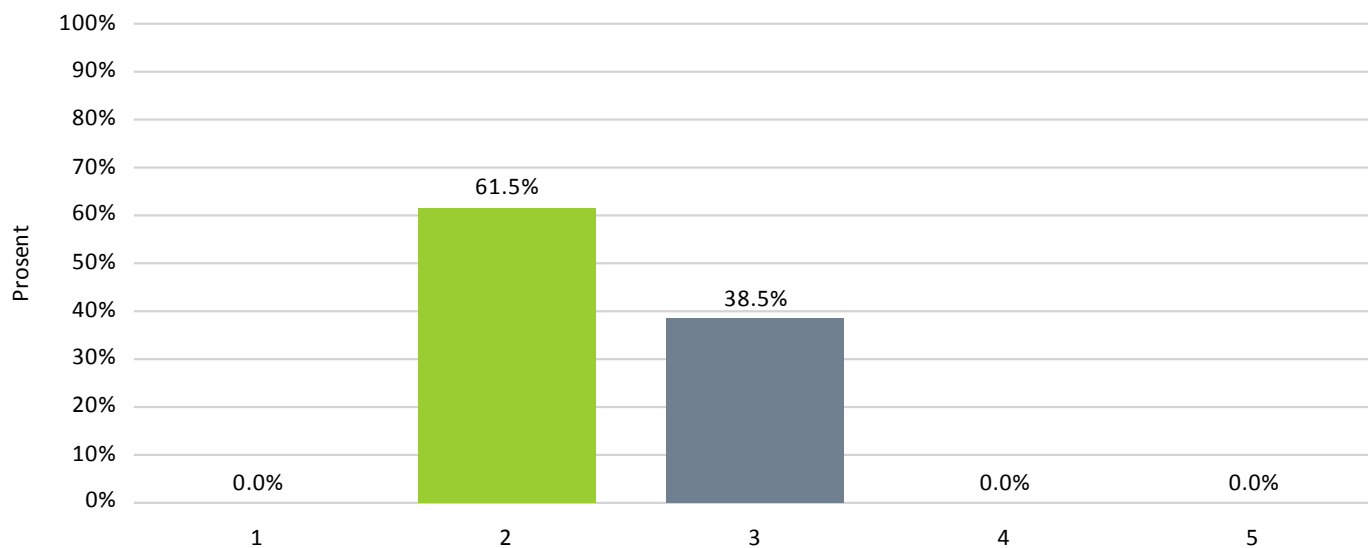
22. Sandefjord kommune jobber systematisk med kompetanseheving av pleiepersonellet. Hvordan blir ”Månedens tema” mottatt i din avdeling?



	Navn
1	Meget bra
2	Bra
3	Verken bra eller dårlig
4	Dårlig
5	Svært dårlig

Navn	Prosent
Meget bra	38,5%
Bra	53,8%
Verken bra eller dårlig	7,7%
Dårlig	0,0%
Svært dårlig	0,0%
N	13

24. I hvilken grad tror du at "Månedens tema" bidrar til økt kompetanse?



Navn

1	I meget stor grad
2	I stor grad
3	Verken mye eller lite
4	I liten grad
5	I meget liten grad

Navn

Prosent

I meget stor grad	0,0%
I stor grad	61,5%
Verken mye eller lite	38,5%
I liten grad	0,0%
I meget liten grad	0,0%
N	13

VEDLEGG 2

Plan for oppfølging av medisinsk behandling og vurdering av helsetilstand, Sandefjord kommune

Avdeling:	Kontaktspl:	Fastlege:	Møtetidspunkt:
------------------	--------------------	------------------	-----------------------

Pasientens navn:		Fødselsdato:	
Vedtak om helsehjelp:	Tidsbruk hos pasienten pr. i dag:	Bosituasjon:	Familie/ sosialt nettverk:

Sjekkliste før møtet med legen – utskrift tas med til møtet samt sendes fastlegen via e-melding (se egen mal) 4-10 dager før avtalt møte:	
Kjente diagnoser	Ok:
Legemiddelliste (Ev. kopi av blodsukkerskjema/ INR skjema tas med til møtet, sendes ikke elektronisk)	Ok:
Opphold i sykehus siste 12 mnd.	Ok:
Journalnotat 41/ 8 (helsetilstand, observasjoner av funksjonsnivå)	Ok:

Helsetilstand – kort redegjørelse	

Fylles inn av sykepleier før møte	Fylles inn under samhandlingsmøtet på legens kontor		
Observasjoner av funksjonsnivå	Avtale om videre observasjon	Hyppighet	Rapport til fastlege
Respirasjon: (respirasjonsfrekvens, dyspnoe, hoste, ekspektorat)			
Sirkulasjon: (BT/P, ødemer, sårhendens, ortostatisk blodtrykk)			
Ernæring: (vekt/BMI, ernæringsstatus, diett)			
Eliminasjon: (diurese, avføring, inkontinens)			
Smerter/ velvære: (smerter – hvor/ når, effekt av smertestillende)			
Hygiene: (personlig stell, hva gjør pas. selv)			
Fysisk funksjon: (bevegelighet/ aktivitet, falltendens)			
Kognitiv funksjon: (tegn til kognitiv svikt e.li.)			
Psykisk funksjon: (eks. humør, nedstemthet, angst, tegn til annen psykisk lidelse)			
Søvn:			

Rapport fra Samstemming av legemiddelliste, fastlege/ hjemmesykepleie

Avdeling:	Kontaktspl:	Fastlege:	Møtetidspunkt:
-----------	-------------	-----------	----------------

Pasientens navn:	Fødselsdato:
------------------	--------------

	Legemiddel – hjemmesykepleiens liste	Legemiddel – fastlegens liste	Konklusjon
1			
2			
3			
4			
5			
6			

Beskrivelse: samstem hvert medikament med tanke på, styrke, mengde, tidspunkt, forordningsmåte og indikasjon. Før bare opp de medikamentene hvor det er avvik. Er det ingen avvik krysses det av for dette i boksen til høyre.	Ingen avvik:
--	--------------

Endringer på ordinerer av medisiner som følge av gjennomgang (andre enn registrerte avvik)

	Medikament	Endring
1		
2		
3		
4		