

Catherine Lorentzen

# Samarbeid og kompetanseutveksling mellom sykehus og kommune

## Evaluering av prosjektet "Ambulant team"

HENÆR



Geriatrisk seksjon  
Klinikk Medisin  
Avdeling for geriatri og medisin Larvik



Tønsberg, Høgskolen i Vestfold  
Rapport nr 3 / 2008

Rapport nr 3 / 2008 Høgskolen i Vestfold  
Copyright: Høgskolen i Vestfold / Catherine Lorentzen  
Isbn: 82-7860-209-3 / 978-82-7860-209-6

## FORORD

Prosjektet "Samarbeid og kompetanseutveksling mellom sykehus og kommune" er formelt eid av Sykehuset i Vestfold (SiV), Klinikk Medisin, Geriatrisk seksjon og finansiert av Helse Sør. Evalueringen av prosjektet er bestilt av førstnevnte institusjon. Evalueringen skal sikre at kunnskap og erfaring oppnådd i prosjektet skal komme SiV og enkeltkommuner til gode (Sandmoe, 2007). Astrid Sandmoe ved Høgskolen i Vestfold (HVE) utformet prosjektplanen på oppdrag fra Klinikk Medisin og i samarbeid med avdelingssykepleier Karina Hansen og seksjonsoverlege Niels Espeland.

Undertegnede har gjennomført datainnsamling og –analyse samt skrevet rapporten. Førstemanuensene Kjell Kristoffersen og Steffen Torp (begge HVE) har veiledet undertegnede i dette arbeidet. En stor takk rettes disse for gode råd og oppmuntring. Likeledes ønsker jeg å takke gode kolleger ved HVE for engasjement, litteraturtips og støtte underveis i evalueringsarbeidet. En stor takk rettes også til alle prosjektinvolverte ved SiV og i kommunene Horten, Sandefjord og Nøtterøy som har bidratt med verdifull informasjon i fokusgruppeintervjuene.

Catherine Lorentzen

Førstemanuensis,  
Avdeling for helsefag,  
Høgskolen i Vestfold

## SAMMENDRAG

Eldre pasienter utgjør en sårbar gruppe som er avhengig av omfattende og sammensatte helsetjenester fra både 1. og 2. linjetjenesten. Overgangssituasjoner, som når en pasient skrives ut fra sykehuset for å viderebehandles i kommunehelsetjenesten (KHT), karakteriseres som spesielt sårbare for disse. God kvalitet og effektivitet i viderebehandlingen i KHT forutsetter god samhandling mellom behandlingsnivåene og nødvendig kompetanse blant personalet. Det er bl.a. essensielt at informasjon fra sykehuset knyttet til videre behandling er av god kvalitet og overføres KHT tidsnok. Det er også av stor betydning for samarbeidsrelasjonene mellom behandlingsnivåene at de kjenner til og respekterer hverandres arbeidsforhold og forventninger. Videre er det viktig at de ansatte i KHT har den nødvendige kunnskap om hvordan behandle geriatriske pasienter. Ett tiltak som vil kunne bidra til å øke/bedre samhandlingen og kompetanseoverføringen mellom behandlingsnivåene er etableringen av en Ambulant team-ordning. Ambulerende virksomhet fra sykehuset og ut i KHT i forbindelse med hjemsending av pasienter har vært utprøvd i både inn- og utland og synes lovende. Et slikt Ambulant team ble opprettet våren 2007 ved Geriatrisk seksjon ved Sykehuset i Vestfold. Teamet fikk i oppgave, sammen med en sykepleier fra KHT, å besøke utskrevde pasienter fra pilotkommunene Horten, Sandefjord og Nøtterøy enten i sine hjem eller på institusjon. Ett av målene med dette møtet var for Ambulant team å vurdere hvorvidt KHT ble tilsendt tilstrekkelig med informasjon fra Geriatrisk seksjon til å kunne følge opp behandlingen av pasienten på en kvalitativt god og effektiv måte. Ett annet mål var kompetanseutveksling. Prosjektperioden varte til våren 2008. Hovedmålet med innværende undersøkelse har vært å evaluere effekten av den ambulerende virksomheten på samhandlingen og kompetanseutvekslingen behandlingsnivåene imellom. Et annet mål for evalueringen har vært å ta stilling til prosjektets videre- og overføringsverdi.

Data til undersøkelsen ble innhentet via syv fokusgruppeintervjuer; ett med initiativtakerne til prosjektet (2 personer), ett med prosjektlederne (2 personer), ett med prosjektmedarbeidere i kommunene (2 personer), ett med ansatte i Ambulant team (3 personer), samt tre med sykepleiere fra hver av de tre samarbeidende kommunene som hadde møtt Ambulant team hos pasienten (henholdsvis 1, 3 og 4

personer). Intervjuene ble hovedsakelig gjennomført like etter prosjektslutt i mars 2008.

Analysene av intervjuene indikerer at prosjektet til en viss grad lyktes i å oppnå målet om å øke og forbedre samhandlingen mellom Geriatrisk seksjon og KHT om utskrevde pasienter. To forhold ble fremhevet i denne forbindelse; Bedre epikriser og kortere epikrisetid, samt hyppigere kontakt mellom nivåene grunnet en lavere terskel for ansatte i KHT for å kontakte ansatte på Geriatrisk seksjon. Resultatene antyder videre at målet om økt kompetanseutveksling mellom nivåene til en viss grad også ble oppnådd. Forhold som ble fremhevet her er; Større kunnskap og forståelse for det andre nivåets arbeidsforhold og –kultur som igjen syntes å bidra til et lettere samarbeid, samt en større bevissthet og forståelse for kompleksiteten rundt den geriatriske pasienten for ansatte i KHT. Det fremkom videre at disse endringene i samhandling og kompetansenivå medførte en økt kvalitet og effektivitet i videreføringen av behandlingen av pasientene i KHT.

På grunnlag av slike oppfattede gunstige effekter ønsket de fleste informanter å videreføre prosjektet, men flerparten påpekte samtidig en rekke andre forhold ved prosjektet som har forbedringspotensiale. Forslagene til prosjektmodifisering omfattet

- en sterkere grad av involvering av medarbeidere i KHT i utformingen av prosjektet for å sikre mer passende tiltak og en eierskapsfølelse til prosjektet og derigjennom motivasjon til å implementere det lokalt
- en tidligere og bedre informering til de ulike involverte parter i KHT om prosjektets og hjemmebesøkets formål for å sikre forståelse for og dermed en positiv holdning og motivasjon til å delta
- en større grad av tverrfaglig jobbing ved hjemmebesøkene, med tverrfaglig deltakelse fra både fra 1. og 2. linjetjenesten, for å sikre ulike sider av pasientenes viderebehandling
- større fokus på pasientrelaterte enn på systemiske forhold ved hjemmebesøkene, inkludert en større grad av inkludering av pasienten i møtet
- tiltak for å sikre videre oppfølging av "kompliserte" pasienters behandling eller nyoppdagede problemstillinger etter hjemmebesøket, for eksempel ved flere besøk fra Ambulant team

- større grad av involvering i prosjektet av færre ansatte i KHT for å sikre utvikling av et eierforhold til det og motivasjon til å utføre tildelte prosjektoppgaver
- hjemmebesøk etter morgenstellet for å unngå tidspress i KHT

Disse funn antyder at det kunne vært fordelaktig om tiltaket fortsatte i involverte kommuner og at det ble implementert i andre Vestfold-kommuner som likner de tre pilotkommunene slik de var ved prosjektstart med hensyn til samhandlingsmønsteret med Geriatrisk seksjon og kompetansenivå på geriatri-feltet. Resultatene antyder videre at det bør vurderes å modifisere prosjektets tiltak i tråd med informantenes tilbakemeldinger. Slik medvirkning fra involverte parter i utviklingen av tiltak vil øke sjansen for å lykkes. Det anbefales likevel å gjennomføre mer omfattende undersøkelser av tiltakets effekt, bl.a. ved å kombinere inneværende med andre evalueringsmetoder.

Nøkkelord: Ambulant team, sykehus, kommunehelsetjeneste, geriatiske pasienter, samarbeid, kompetanseutveksling

# INNHOOLD

1. INNLEDNING .....	1
1.1 Problemstillinger.....	3
2. MATERIALE OG METODER.....	6
2.1 Intervensjonen .....	6
2.2 Metode for datainnsamling.....	8
2.3 Utvalg av informanter .....	8
2.4 Prosedyre for datainnsamling og -analyse .....	9
3. RESULTAT .....	12
3.1 Informantene og deres involvering i prosjektet.....	13
3.2 Effekt på samhandling.....	13
3.2.1 Epikrisen.....	13
3.2.2 Å møtes ansikt til ansikt.....	15
3.3 Effekt på kompetanseutveksling .....	16
3.3.1 Faglig.....	17
3.3.2 Arbeidsforhold .....	18
3.4 Utfordringer og forslag til forbedring.....	20
3.4.1 Prosjektutforming.....	20
3.4.2 Prosjektgjennomføring.....	21
3.5 Videre- og overføring .....	29
4. DISKUSJON .....	30
4.1 Metode .....	30
4.2 Resultater.....	32
4.2.1 Effekt på samhandling .....	32
4.2.2 Effekt på kompetanseutveksling .....	33
4.2.3 Effekt på kvalitet og effektivitet i videreføring av behandlingsplan.....	34
4.2.4 Videre- og overføringsverdi av prosjektet .....	35
5. AVSLUTNING.....	38
REFERANSER .....	40

# 1. INNLEDNING

Vi opplever i dag en tydelig endring i den norske befolkningens alderssammensetning. Andel eldre er økende. Da helsetilstand og sykkelighet er sterkt relatert til alder, forventes det et større press på helse- og omsorgstjenestene i årene som kommer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2005). Eldre pasienter er en spesielt sårbar gruppe. De har ofte flere sykdommer samtidig, er dermed i behov av betydelig behandling, og utvikler ofte midlertidig eller kronisk funksjonsvikt. Denne pasientgruppen er derfor avhengig av omfattende og sammensatte helsetjenester fra både 1. og 2. linjetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2004). For at disse pasientene skal kunne oppleve et kvalitetsmessig godt og sammenhengende tjenestetilbud er det avgjørende med en tett samhandling mellom de to tjenestenivåene. Et slikt tverrsektorielt samarbeid er spesielt viktig i overgangssituasjoner, som når pasienten skal hjem etter et sykehusopphold og det forventes viderebehandling fra KHTs side (Helse- og omsorgsdepartementet, 2004). En av forutsetningene for kvalitet og effektivitet i denne viderebehandlingen er at epikrisen inneholder nødvendig informasjon og at den blir sendt KHT tidsnok. I NOU 2005:3 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2005) påpekes det nettopp svikt i informasjonsflyten knyttet til pasientens overgang mellom forvaltningsnivåene.

Et kvalitativt godt og sammenhengende behandlingstilbud forutsetter også at helsepersonell har nødvendig kompetanse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2005). Man har bl.a. gjennom Nasjonalt geriatriprogram avdekket et behov for faglig styrking av eldreomsorgen på alle nivåer i helsetjenesten (Hviding et al., 2004). Slik faglig kunnskap kan overføres mellom behandlingsnivåene. Det er også av stor betydning for samarbeidsrelasjonene mellom behandlingsnivåene at de kjenner til hverandres arbeidsforhold, kompetanse, behov og forventninger (Helse- og omsorgsdepartementet, 2005).

Ett tiltak som vil kunne bidra til å øke/bedre samhandlingen og kompetanseoverføringen mellom behandlingsnivåene er etableringen av en ambulerende gruppe ved sykehuset som har ansvar for å følge opp utskrevde pasienter ute i KHT (Helse- og omsorgsdepartementet, 2005). Slike tiltak har vært utprøvd både i Norge (Garåsen og Johnsen, 2005; Mesteig, 2003) og i utlandet



(Bjørnsson, 2007; Parker et al., 2002). Foreløpige evalueringer av disse, utført med både kvantitative og kvalitative tilnærminger, viser lovende resultater. En stor internasjonal meta-analyse viste størst effekt på overlevelse og bedret funksjonsnivå når behandling i en geriatrisk sykehusenhet ble kombinert med ambulerende oppfølging av pasienten etter utskrivning, i nært samarbeid med KHT (Stuck et al., 2003). Parker og medarbeidere (2002) fant i en internasjonal oversiktstudie av 71 publiserte og upubliserte vitenskapelige dokumentasjoner fra intervensjoner for å forbedre utskrivingspraksis av eldre pasienter fra sykehus at intervensjoner som innbefattet hjemmebesøk av geriatrisk team hadde best effekt sammenlignet med andre typer intervensjoner mht redusert sannsynlighet for å bli innlagt på nytt. Samsvarende viser foreløpige erfaringer fra ambulant geriatrisk virksomhet i KHT etter utskrivning fra St. Olavs hospital i Trondheim at slike team kan bidra til å høyne kvaliteten og effektiviteten på den videre behandlingen (Garåsen og Johnsen, 2005; Mesteig, 2003).

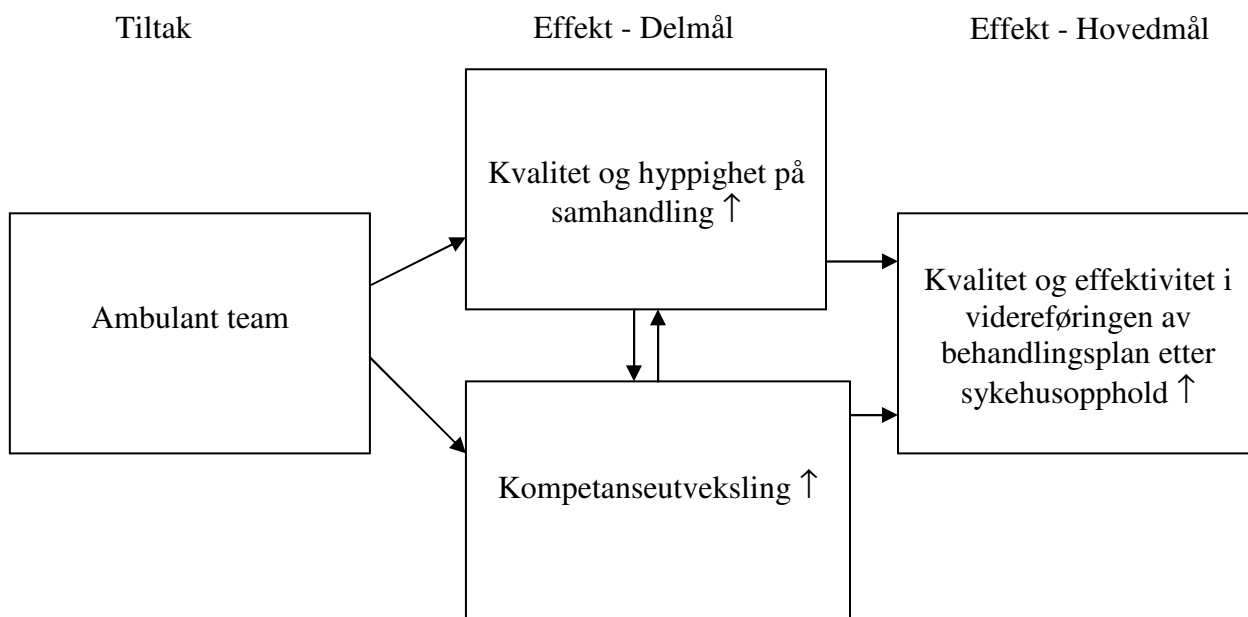
Klinikk Medisin ved SiV søkte i 2005 om midler til å opprette et geriatrisk senter med senger og poliklinikk som ledd i en utvidelse av det sykehusbaserte geriatri-tilbudet. Det ble vurdert at et nært samarbeid med førstelinjetjenesten var en forutsetning for at et slikt tilbud skulle fungere optimalt. Videre ble en god samhandling mellom tjenestenivåene vurdert til å kreve kompetanseoverføring mellom nivåene, både knyttet til å høyne det faglige nivået på geriatrifeltet og knyttet til at partene utviklet en gjensidig forståelse for hverandres arbeidsforhold og -oppgaver. Det ble derfor samtidig søkt om midler til å planlegge og implementere et pilot-prosjekt med mål å styrke samhandlingen og kompetanseoverføringen mellom den kommende geriatriske avdelingen og KHT. Da de største kommunikasjonsproblemene ble oppfattet å være i pasientens overgang fra sykehuset til KHT, ble fokuset satt på denne fasen. Basert på nevnte oppløftende resultater fra andre ambulerende virksomheter ble det bestemt at prosjektet skulle omfatte hjemmebesøk av et ambulant team etter utskrivning fra avdelingen. Målet var at pasienten skulle oppleve en helhetlig og sammenhengende linje i behandlingsopplegget.

Klinikk Medisin fikk i 2006 midlene til å opprette den akutte/subakutte geriatriske sengeposten, daghospital og poliklinikk. Sengeposten fikk 15 plasser og pasienters innleggelse ble ofte relatert til multifarmasi, akutt funksjonssvikt, akutt forvirring samt

falltendens (Langedrag, 2007). Det ble samtidig bevilget midler til å planlegge og gjennomføre Ambulant-team-prosjektet. Prosjektet ble organisert med en styringsgruppe bestående av representanter fra faglig administrativt nivå i Klinikk Medisin og fra Helse- og omsorgsseksjonen i de tre kommunene som ble involvert, prosjektledelse, Ambulant team og prosjektmedarbeidere fra kommunene. Den videre, mer konkrete planleggingen av prosjektet ble utført av prosjektleder, Ambulant team og prosjektmedarbeiderne i kommunene, og fant sted hovedsakelig fra sommeren 2006 til prosjektstart våren 2007.

### **1.1 Problemstillinger**

Ambulant team-prosjektet fikk tittelen: "Kompetanseoverføring og samhandling mellom sykehus og kommune" (Sandmoe et al., 2006). Det står videre i prosjektdokumentene at prosjektet skulle arbeide for at helsetjenestene har den nødvendige kvalitet og effektivitet når en pasient skrives ut fra Geriatrisk seksjon for videre behandling og oppfølging i KHT. "Nødvendig kvalitet og effektivitet i videre behandling" oppfattes å være hovedmålet med prosjektet, og at det ville kunne oppnås gjennom økt/bedret samhandling og økt kompetanseoverføring mellom behandlingsnivåene. Dette er illustrert i Figur 1. Det er i figuren tegnet piler mellom samhandling og kompetanseoverføring da det forventes at disse forhold vil kunne påvirkes gjensidig. For eksempel vil økt samarbeid mellom behandlingsnivåene (gjennom felles hjemmebesøk hos pasient) kunne føre til en større kunnskap om og forståelse for hverandres oppgaver, som igjen vil kunne resultere i hyppigere og bedre samarbeid.



Figur 1. Forventede effekter av Ambulant team-prosjektet

I evalueringsplanen for prosjektet er målsettingen for evalueringen formulert slik: "Evalueringen gjennomføres for å ta stilling til om prosjektets hensikt, kunnskapsdeling mellom tjenestenivåer mellom oppdragsgiver og de tre samarbeidende kommuner, er oppnådd. Videre skal evalueringen ta stilling til prosjektets overføringsverdi til øvrige kommuner i Vestfold." Målet har også vært formulert som "å få kunnskap og erfaring i hvorvidt det ambulante teamet bidrar til økt samhandling og kompetanseutveksling mellom behandlingsnivåene". Formuleringen "kunnskapsdeling mellom tjenestenivåer" i førstnevnte målsettingsformulering oppfattes å omfatte både kunnskap om hvordan den enkelte pasient skal viderebehandles (for eksempel formidlet gjennom epikrise = samhandling), kunnskap om hverandres arbeidsforhold, behov og forventninger, samt faglig kunnskap knyttet til behandling av geriatriske pasienter (= kompetanseoverføring). Det stemmer dermed overens med den andre målsettingsformuleringen. I tråd med overforstående illustrasjon av forventede effekter (Figur 1) vil evalueringsrapporten derfor kunne ut i en vurdering av hvorvidt det ambulante teamet har resultert i

- økt og bedret samhandling mellom geriatrisk seksjon ved SiV og de samarbeidende kommunene
- økt kompetanseutveksling mellom geriatrisk seksjon ved SiV og de samarbeidende kommunene

Det vil videre vurderes

- om evt. endringer i samhandling og kompetanseutveksling har bidratt til økt kvalitet og effektivitet i videreføringen av behandlingsplanen etter sykehusoppholdet for den aktuelle pasientgruppen.

Basert på overnevnte funn og andre utsagn fra informantene vil det vurderes

- hvorvidt og evt. hvordan dette prosjektet bør videreføres og hvorvidt det bør utvides til andre kommuner i Vestfold.

Rapporten starter med en beskrivelse av materialet og metodene benyttet i evalueringsarbeidet. Deretter presenteres undersøkelsens funn. I det påfølgende kapitlet vil disse funn og metodiske forhold ved undersøkelsen drøftes. Avslutningsvis presenteres en oppsummering av funnene og drøftingen.

## **2. MATERIALE OG METODER**

Kapitlet starter med en presentasjon av prosjektgjennomføringen (intervensjonen). Denne presentasjonen er basert på samtaler med en av prosjektlederene, informasjon funnet i prosjekt-dokumenter (Langedrag, 2007; Sandmoe, 2007; Sandmoe et al., 2006) samt informasjon gitt under intervjuene for evalueringsarbeidet. Det vil så bli redegjort for metodene benyttet i evalueringsarbeidet. I denne del vil en presentasjon av utvalget og metoder og prosedyrer for datainnsamling og –analyse bli gitt.

### ***2.1 Intervensjonen***

Prosjektperioden var fra 1. mars 2007 til 1. mars 2008 (Sandmoe et al., 2006). Hovedtiltaket i prosjektet var opprettelsen av et tverrfaglig Ambulant team i Geriatrisk seksjon som fikk i oppgave å følge opp pasienter fra 3 av Vestfoldkommunene etter utskrivelse fra avdelingen. Pilotkommunene i prosjektet, Horten, Sandefjord og Nøtterøy, ble valgt ut på bakgrunn av momenter knyttet til høyt forbruk av sykehus tjenester, høye rater av utskrivingsklare døgn, samt tidligere initiativtaking for samarbeid med Geriatrisk seksjon.

Ambulant team var sammensatt av en sykepleier, en fysioterapeut og en ergoterapeut. Alle pasienter tilhørende overnevnte kommuner som hadde vært innlagt på Geriatrisk seksjon og som var i behov av tjenester fra KHT fikk tilbud om hjemmebesøk av Ambulant team. Besøket fant sted ca. 1 uke etter utskrivelse, enten i pasientens hjem eller på institusjonen pasienten var utskrevet til. Til stede var én (enkelte ganger to eller alle tre) fra Ambulant team og én sykepleier fra hjemmebasert omsorg eller fra institusjonen. Prosjektleder har anslått at mellom 40 og 60 sykepleiere fra de 3 kommunene har deltatt på møtene med Ambulant team. Det ble til sammen gjennomført 123 hjemmebesøk.

Det ble et bevisst valg i den detaljerte utformingen av prosjektet å beholde fokuset på pasienten hovedsakelig gjennom tiltak på prosedyre- og systemnivå. Hovedmålet med det ambulerende arbeidet ble derfor å vurdere hvorvidt rutinene knyttet til utskriving av pasienter fra Geriatrisk seksjon var hensiktsmessige og tidseffektive. Bl.a. ble KHTs representant på møtene forespurt om å fylle ut et skjema som kartla deres opplevelse av kvalitet og effektivitet rundt Geriatrisk seksjon sine prosedyrer

ved utskrivning av pasienten, for eksempel om epikrisen (behandlingsplanen) kom raskt nok og om den inneholdt nok informasjon til at KHT på en tilfredsstillende måte kunne ivareta den videre behandlingen av pasienten (se vedlegg 1). Bl.a. var ett av målene for prosjektet en epikrise-tid på 3 dager (sammenlignet med 7 dager som var målet for hele sykehuset), samt utsendelse av epikrise også til hjemmetjenesten ved pasientens tillatelse. Det var videre lagt vekt på at Ambulant team ikke skulle viderebehandle pasientene eller utrede nye problemstillinger, men, i samarbeid med representanten fra KHT følge opp den behandlingen som ble igangsatt under sykehusoppholdet. En sjekklister over ulike områder som skulle undersøkes under besøket ble utviklet og tatt i bruk. Dette omfattet bl.a. oppfølging av medikamentbruk, ernæring/væske, eliminering, ADL-vurdering, balanse og forflytning, fall, kognitiv/mental fungering, sosialt nettverk, sikkerhet i hjemmet, samt syn og hørsel (se vedlegg 2). En annen oppgave for Ambulant team var å synliggjøre områder med behov for kompetanseheving som grunnlag for å implementere kompetansehevende tiltak (Sandmoe, 2007). Teamet gjennomførte ca. 2 hjemmebesøk i uken. I forkant av besøkene møttes hele teamet for å forberede kommende møte(r). Her diskuterte de pasientene og hjalp hverandre med faglige utfordringer knyttet til pasientens situasjon.

Hver av pilotkommunene fikk frikjøpt tid til en prosjektmedarbeider som fikk ansvar for å informere om prosjektet i KHT i egen kommune, inkludert informasjon om gangen i gjennomføringen av et møte med Ambulant team. Prosjektmedarbeiderne virket også som bindeledd mellom Ambulant team og sykepleierne teamet møtte, bl.a. ved å følge opp og rapportere til prosjektleder om praktiske problemer i gjennomføringen av prosjektet, samt videreformidle til prosjektledelsen aktuelle temaer for kompetansehevingstiltak. De tre prosjektmedarbeiderne hadde alle en form for lederstilling innenfor KHT i sin kommune.

På bakgrunn av tilbakemeldinger fra Ambulant team og fra prosjektmedarbeiderne i kommunen angående behov for kompetanseheving blant ansatte i KHT implementerte Geriatrik seksjon flere kompetansehevende tiltak, inkludert ett seminar om geriatri og ett om ernæring.

I tillegg til oppfølging av Ambulant team fikk prosjektpasienter tilbud om geriatrisk poliklinisk oppfølging på sykehuset ca. 4-6 uker etter utskrivelse, med utgangspunkt i den behandlingen som ble igangsatt under innleggelse på Geriatrisk avdeling. Enkelte fikk også tilbud om videre oppfølging på seksjonens daghospital.

For mer detaljert redegjørelse for de ulike praktiske aktiviteter som ulike involverte personer eller grupper av personer i prosjektet hadde ansvar for, henvises det til prosjekt- og aktivitetsplanen (Langedrag, 2007).

## ***2.2 Metode for datainnsamling***

Formålet med denne undersøkelsen var å evaluere hvorvidt det ambulerende teamet bidro til økt/bedret samarbeid og økt kompetanseutveksling mellom Geriatrisk seksjon ved SiV og KHT i tre utvalgte Vestfold-kommuner, samt vurdere videre- og overføringsverdien av prosjektet. Føringene for evalueringsarbeidet var lagt i evalueringsplanen (Sandmoe, 2007). Det var valgt å innhente data gjennom fokusgruppeintervjuer. I et fokusgruppeintervju bringer man sammen et lite antall mennesker for å diskutere et bestemt tema med forskeren som ordstyrer (Halvorsen, 2008). Intervjuet baseres på en forhåndsutviklet intervjuguide med temaer og spørsmål som forventes å gi svar på problemstillingen (Malterud, 1999). Fokusgruppeintervju oppfattes som en anerkjent forskningsmetode og evalueringsform som gir mye data på forholdsvis kort tid. En årsak til det er at samhandlingen mellom menneskene i gruppen gjerne bidrar til at ideer, tanker og minner stimuleres (Halvorsen, 2008). Det er vanlig å sette gruppene sammen så homogent som mulig fordi man ønsker å vektlegge felles erfaringsgrunnlag for samtalen (Malterud, 1999).

## ***2.3 Utvalg av informanter***

Det var valgt å basere evalueringen av prosjektet på informasjon fra grupper av ansatte ved SiV og i de tre pilotkommunene som på ulike måter hadde vært involvert i prosjektet. Følgende grupper ble invitert til intervjuer:

- Ansatte ved Klinikk Medisin som tok initiativ til prosjektet (2 personer)
- Prosjektledere (2 personer)

- Ambulant team (3 personer)
- Prosjektmedarbeidere fra kommunene (3 personer)
- Et utvalg av sykepleiere i hver av de tre pilotkommunene som hadde møtt Ambulant team. Prosjektmedarbeiderne i kommunene foreslo henholdsvis 4, 7 og 7 potensielle informanter på bakgrunn av disse sykepleiernes involveringsgrad i prosjektet.

Dette utgjorde til sammen 7 fokusgrupper.

## ***2.4 Prosedyre for datainnsamling og -analyse***

På bakgrunn av undersøkelsens formål utviklet undertegnede i samarbeid med en av prosjektlederne 3 intervjuguidere, én for intervjuet med initiativtakerne til prosjektet (se vedlegg 3), én for intervjuene med prosjektledere, Ambulant team og prosjektmedarbeidere i kommunene (se vedlegg 4) og én for intervjuene med sykepleierne i KHT (se vedlegg 5) (Kvale, 2002). Da personene i de ulike fokusgruppene hadde ulike roller i prosjektet ble ulike temaer vektlagt i de ulike intervjuguidene. Initiativtakerne til prosjektet ble ikke i stor grad med i driften av prosjektet, og ble derfor hovedsakelig forespurt om forhold knyttet til bakgrunnen for at prosjektet ble initiert, valgte mål for prosjektet og prosessen fra initiativtakingen til prosjektstart. Dvs. at det først og fremst er data fra de 6 andre intervjuene som bidrar til å belyse undersøkelsens problemstilling knyttet til effekt av prosjektet. I disse intervjuene ble det hentet inn informasjon om informantenes rolle i prosjektet, deres erfaringer fra prosjektgjennomføringen knyttet til effekt og prosess samt deres tanker rundt videre- og overføringsverdi. Ambulant team, prosjektmedarbeiderne fra kommunene og prosjektledelsen ble også forespurt om deres erfaringer fra prosjektutformingsfasen.

Alle potensielle informanter ble muntlig informert av prosjektledelsen eller av prosjektmedarbeidere i kommunene om at de ville bli forespurt om å delta i et fokusgruppeintervju med mål å evaluere prosjektet. Undertegnede fikk av prosjektledelsen og prosjektmedarbeidere i kommunene kontaktinformasjon til de aktuelle informantene. En forespørsel om deltakelse i fokusgruppeintervju (se vedlegg 6) ble tilsendt aktuelle informanter pr. e-post med informasjon om intervjuets formål, temaområder som var ønsket skulle bli diskutert, praktiske forhold ved et slikt



intervju samt at deltakelse var frivillig og at det ikke ville fremkomme navn på informantene ved referering til deres uttalelser i rapporten. Da responsen på denne første forespørselen var dårlig fikk de fleste potensielle informantene minst én puring pr. e-post. Telefonkontakt ble opprettet med de som ikke besvarte e-post-henvendelsene. Det var spesielt vanskelig å få tilbakemelding fra sykepleierne i KHT. En av de tre prosjektmedarbeiderne møtte ikke opp til avtalt intervju, og til sammen 10 av 18 forespurte kommunesykepleiere ønsket ikke å delta eller møtte ikke opp til avtalt intervju. I fokusgruppene med sykepleiere fra Horten, Sandefjord og Nøtterøy var det dermed henholdsvis 1, 3 og 4 informanter. De som oppga grunn for ikke å delta pekte på en følelse av manglende vurderingsgrunnlag p.g.a. liten grad av involvering i prosjektet. For eksempel ga en sykepleier tilbakemelding om at hun hadde vært i kontakt med Ambulant team kun to ganger 10 minutter og følte dermed at hun hadde lite å bidra med i en slik evaluering.

Initiativtakerne til prosjektet ble intervjuet i desember 2007, mens de resterende gruppene ble intervjuet etter prosjektslutt, i april og mai 2008. Etter ønske fra forespurte grupper, ble fokusgruppemøtene gjennomført henholdsvis ved SiV for initiativtakerne til prosjektet og prosjektledelsen, ved HVE for Ambulant team og prosjektmedarbeiderne fra kommunene, og ved en arbeidsplass i deres respektive kommune for sykepleierne i de tre pilotkommunene.

Undertegnede startet fokusgruppemøtet med å fortelle litt om seg selv og sin rolle i prosjektevalueringen og gjentok informasjon om formålet med intervjuet og om bruk av diktafon. Det ble også gjentatt at informantens navn ikke ville bli benyttet i rapporten, men at gruppetilhørighet ville kunne bli referert til. Informantene ble videre informert om at de ville få mulighet til å lese igjennom og korrigere egne utsagn i et foreløpig utkast av rapporten, og for å sjekke at anonymiteten var opprettholdt, og evt. reservere seg mot bruk av visse utsagn. De fleste ga i denne sammenheng uttrykk for at de ikke oppfattet at den informasjonen de ville oppgi var av en sensitiv type, og kun 3 takket ja til tilbudet. Informantene ble også gitt mulighet til å komme med spørsmål før oppstart av intervjuet. Det ble på intervjumøtene servert kaffe, kjeks og frukt.

Underveis i intervjuene ble tvetydige svar forsøkt oppklart ved å benytte tilleggsspørsmål (Kvale, 2002). Intervjuene ble videre avsluttet ved å oppsummere de viktigste punktene fra intervjuet for å få en bekreftelse/avkreftelse på undertegnedes tolkning av informantenes utsagn. Før diktafonen ble slått av fikk informantene mulighet til å komme med spørsmål og kommentarer. Etter intervjuene brukte undertegnede litt tid på å tenke gjennom intervjuet og notere ned kroppsspråk (bl.a. nikking og risting på hodet) og andre momenter som kunne være relevante for evalueringen (Kvale, 2002).

Intervjuene varte fra 34 minutter til 1 time og 58 minutter. De ble fortløpende transkribert, tilnærmet ordrett, og ga til sammen et materiale på 109 sider. Analysen av transkripsjonene ble gjennomført i mai og juni 2008. Meningsfortettingsmetoden ble benyttet til dette formål (Kvale, 2002). Denne tilnærmingen innebærer en prosess der man først trekker ut sentrale tema i meningsenheter, og uttrykker temaet som dominerer meningsenheten så enkelt og klart som mulig, slik at lange uttalelser blir fortettet til kortere formuleringer. I tråd med Kvale (2002) leste undertegnede først gjennom transkripsjonene for å få et helhetsinntrykk. I neste omgang ble transkripsjonene lest over på nytt og relevante deler ble markert og kategorisert i meningsenheter. I neste runde ble dette organisert inn i en tabell som inkluderte fortattede setninger og eksemplifiserende sitater. I siste runde ble disse meningsenheter undersøkt i lys av undersøkelsens problemstillinger. Arbeidet med å skrive rapporten ble deretter påbegynt og pågikk t.o.m. september 2008.

### 3. RESULTAT

Analysen av intervjuene ledet frem til følgende hoved- og undertemaer:

- Involvering i prosjektet
- Effekt på samhandling
  - Epikrise
  - Å møtes ansikt til ansikt
- Effekt på kompetanseutveksling
  - Faglig
  - Arbeidsforhold
- Utfordringer / forslag til forbedringer ved prosjektet
  - Involvering i prosjektutformingsfasen
  - Informasjonsmengde
  - Tidsbegrensning i KHT
  - Grad av tverrfaglighet
  - Pasienten i fokus
  - Videre oppfølging av behandling etter Ambulant team-besøket
  - Involveringsgrad for ansatte i KHT
- Videreførings- og overføringsverdi

Funn relatert til disse temaene vil bli presentert i dette kapitlet. Første del av kapitlet vil dermed omfatte en beskrivelse av informantene og deres involvering i prosjektet. I neste del presenteres funn knyttet til undersøkelsens første problemstillinger, henholdsvis hvorvidt prosjektet har bidratt til økt/bedret samhandling og økt kompetanseutveksling mellom Geriatrisk seksjon og KHT i de tre pilotkommunene. Deretter presenteres funn relatert til informantenes opplevde utfordringer knyttet til prosjektutforming og -gjennomføring. Kapitlet avsluttes med funn knyttet til siste problemstilling; informantenes vurdering av hvorvidt prosjektet bør videreføres og eventuelt implementeres i de andre Vestfoldkommunene. Utvalgte sitater fra intervjuene benyttes for å eksemplifisere funn; noen vil være ordrette, andre vil ha mindre endringer for å sikre anonymitet eller for å presentere budskapet mer presist.

### **3.1 Informantene og deres involvering i prosjektet**

Det totale utvalget besto av 15 kvinner og 2 menn. De to mannlige informantene tilhørte henholdsvis initiativtakergruppen og Ambulant team. Informantene ble rekruttert inn i prosjektet på forskjellige måter og til forskjellige tidspunkter. Prosjektlederne ble involvert i prosjektet i løpet av sommeren/høsten 2006. Personene i det ambulerende teamet ble rekruttert i slutten av 2006. Medarbeiderne i kommunene ble involvert i begynnelsen av 2007 etter forespørsel fra sine ledere. Sykepleierne i KHT i de tre kommunene ble involvert i løpet av våren/sommeren/høsten 2007, alle etter forespørsel eller beskjed fra sine ledere. Sykepleierne i KHT hadde fra ett til fire møter med Ambulant team fordelt utover de ca. 6-12 månedene de var involvert i prosjektet.

### **3.2 Effekt på samhandling**

Et hovedmål med evalueringen av prosjektet var å undersøke hvorvidt det påvirket mengden og kvaliteten på samhandlingen mellom Geriatrisk seksjon og KHT om utskrevde pasienter. Resultater fra analysene av intervjuene antyder at Ambulant team-prosjektet på flere måter har påvirket disse forhold. I det følgende vil resultater knyttet til epikrisetid- og innhold, samt effekter av å treffe det andre behandlingsnivået ansikt til ansikt, bli presentert.

#### **3.2.1 Epikrisen**

Målet med hjemmebesøket var først og fremst for Ambulant team og ansatte i KHT å vurdere den kvaliteten og effektiviteten på informasjonen gitt til KHT om pasienters videre behandling etter utskrivning fra Geriatrisk seksjon. Målet med en slik vurdering var kvalitetssikring av viderebehandlingen. Ved mangelfull informasjon ville man innhente nødvendig informasjon samt utbedre prosedyrer for fremtidig informasjonsformidling.

Informanter fra Ambulant team og fra prosjektmedarbeidergruppen samt sykepleiere fra KHT uttalte alle at mangler og avvik i informasjonsformidlingen ble avdekket på møtet, både knyttet til utskrivings- og mottaksprosedyrer. Avvikene i utskrivningsprosedyrene var bl.a. relatert til manglende informasjon om medisiner. Disse informantene ga uttrykk for at Ambulant team-tiltaket var nyttig da slike

opdagelser bidro til å kvalitetssikre pasientens behandling etter hjemkomst. En av sykepleierne i KHT formulerte det slik:

*Den opplevelsen jeg har er at det er blitt oppdaget småfeil her og der, både fra vår side og fra sykehusets side. Som du (en av de andre informantene i fokusgruppen) sier, også i forhold til epikriser som ikke kommer frem, medisiner som ikke er ført opp som de kanskje skulle hatt og litt sånne ting. Og også hva de har tenkt av videre behandling når pasienten kommer hjem, som da kanskje ikke står oppført i de papirene vi har fått, og som da ikke er blitt satt i gang. For eksempel fysioterapi eller ergoterapi eller hjelpemidler i hjemmet ... har blitt oppdaget på de møtene... Og det har jo på en måte blitt en kvalitetssikring på ting som på en måte har vært planlagt skal skje, som ikke er blitt gjort fordi det har vært mangel på informasjon. Så sånn sett så synes jeg det har vært nyttig.*

Prosjektledelsen uttrykte også klart at prosjektet hadde hatt en svært gunstig effekt i forhold til å nå målet om kvalitetssikring av pasienters utskrivings situasjon. De la i den forbindelse stor vekt på forhold knyttet til epikrisen; både at den ble sendt ut hyppigere og tidligere enn fra andre avdelinger på sykehuset og at den var mer utfyllende. En av prosjektlederne poengterte videre at epikrisetiden ideelt skulle ha vært enda kortere, men at det sannsynligvis ville gått utover dens kvalitet:

*...Man burde kanskje ha komprimert det og gjort det enda kjappere etter utskrivningen, men jeg vet ikke om det har noen hensikt, for det som er hensikten er jo å kvalitetssikre papirene som pasienten har fått med seg hjem...*

Prosjektledernes uttalelser knyttet til kvalitet og effektivitet på epikrisene som sendes ut fra Geriatrisk seksjon støttes både av Ambulant team og av de fleste kommunearbeiderne som var involvert i prosjektet. En av sykepleierne i KHT ordla seg slik:

*Og det må jeg si, de (Geriatrisk seksjon) skriver veldig gode epikriser, som de sender med pasienten i fra Geriatrisk avdeling. Det gjør de. Det er de beste vi får, for å si det sånn, fra sykehuset, de epikrisene...*

Flere vektla betydningen av at epikrisen nå også ble sendt til hjemmetjenesten. En av prosjektmedarbeiderne formulerte det slik:

*Det er jo noe vi har savna innimellom... at vi har stått som noen spørsmålstegn, altså: "Hvorfor er disse medisiner seponert? Hvorfor har de gjort sånn og slik?" Nå fikk vi vite det i forbindelse med epikriser, og da var det mye lettere å forstå hva det er det egentlig dreier seg om...*

Noen av informantene poengterte at de gode epikrisene fra Geriatrik seksjon gjorde det lettere å viderebehandle pasienten etter utskrivning da det sto helt konkret hva som hadde vært gjort på sykehuset og hva som måtte følges opp videre.

En sykepleier i KHT sa hun opplevde det som positivt at Ambulant team ga tilbakemelding til ansvarlige leger på Geriatrik seksjon om epikriser som var vanskelige å tolke. De positive funnene knyttet til kvalitet og effektivitet på epikrisene tyder på at slike tilbakemeldinger er blitt tatt til etterretning. Derimot ga to av sykepleierne i en av kommunene uttrykk for at oppdagede svikt i rutiner knyttet til epikriser ikke ble forbedret til de neste gangene de mottok pasienter fra Geriatrik seksjon, og at de derfor ikke så poenget med det ambulerende teamet. De opplevde at det fortsatt var mangler ved epikrisene eller at epikrisen ikke kom de i hende. En av de ordla seg på følgende måte:

*Jeg synes kanskje ikke det har vært sånn veldig forbedring. Det er stadig vekk noe som mangler. Men det går mye på epikriser. Det er der det ofte sitter litt.*

### **3.2.2 Å møtes ansikt til ansikt**

Et gjennomgående tema i fokusgruppemøtene var effekten av å treffe ansatte fra det andre behandlingsnivået ansikt til ansikt. Bl.a. mente en av prosjektlederne at ansatte i KHT gjennom møtene med Ambulant team fikk personer på sykehuset å forholde seg til og som kunne kontaktes ved behov. Uttalelser fra Ambulant team og fra enkelte ansatte i KHT styrker bildet av at den direkte kontakten mellom behandlingsnivåene har bidratt til å lette samhandlingen. En informant fra Ambulant team formulerte det slik:

*Jeg trur at det er blitt en mykere overgang mellom sykehus og kommune i de kommunene som har vært med. Jeg trur at vi har sett noen ansikter og de har sett noen ansikter, som gjør at det kanskje blir lettere å ha en kontakt.*

Likeledes uttrykte en sykepleier i KHT at terskelen for å kontakte de ansatte på sykehuset var redusert etter å ha møtt representanter fra sykehuset hos pasienten:

*Men jeg føler at det er lettere å samarbeide når man har vært i fysisk kontakt. Det er lettere å ta en telefon... Altså, en av pasientene mine, det var også en Parkinson pasient, han hadde de lagt en helt ny medisinregime på som ikke fungerte i det hele tatt. Og når du har vært i et møte med noen, og sett et ansikt, så er det mye lettere å ringe opp. For vi har jo litt respekt da, oppover i systemet. De er jo eksperter...*

Et par av sykepleierne i KHT pekte på at det å ha kontakt med, og mulighet til å få hjelp av ekspertisen, i tillegg til forbedrede epikriser, virket motiverende i forhold til deres arbeid med å videreføre pasientenes behandling. Disse forhold førte til at de ble skjerpet mht å innhente nødvendig informasjon for å kvalitetssikre den videre behandlingen. Den ene uttrykte det slik:

*Jeg føler i hvertfall at det har ført til en bevisstgjøring, at vi blir skjerpa i det vi holder på med. At det er viktige ting som kan glippe, og det er jo pasienten vi må ha i fokus. Og det kan jo være ganske fatalt hvis det er feil medisinering eller feil...at pasienten får beskjed om at det skal være sengeliggende, og så tar vi pasienten opp, la oss si etter et brudd. Altså, det er sånne viktige opplysninger som blir borte, og da er det noe med å skjerpe og tenke "hvor kan jeg finne de opplysningene?"*

Dette resultatet samsvarer med en av prosjektledernes opplevelse av at prosjektet hadde trigget sykepleiere i KHT til i større grad etterspørre epikrise fra Geriatrik seksjon når denne manglet.

### **3.3 Effekt på kompetanseutveksling**

Et annet hovedmål med evalueringen var å undersøke hvorvidt prosjektet bidro til å øke kompetanseutvekslingen mellom Geriatrik seksjon og KHT i de tre involverte kommunene. En faglig kompetanseheving hos ansatte i KHT ville kunne bidra til økt kvalitet på den videre behandlingen av pasienter etter utskrivelse fra Geriatrik seksjon, mens en kunnskapsutveksling vedrørende det andre behandlingsnivåets arbeidsforhold ville kunne bidra til en økt og bedre samhandling mellom nivåene, som igjen ville kunne påvirke effektiviteten og kvaliteten på viderebehandlingen i KHT. Intervjuanalysene antyder at selve møtet mellom behandlingsnivåene samt andre kompetansehevende tiltak i prosjektet har medvirket til kompetanseutveksling. Det vil i den følgende presentasjonen av disse funn skilles mellom faglig kompetanseoverføring og kunnskapsoverføring knyttet til det andre behandlingsnivåets arbeidsforhold.

### 3.3.1 Faglig

#### *Fra 2. til 1. linjetjeneste*

Prosjektledelsen og prosjektmedarbeiderne i kommunene opplevde at prosjektet hadde ført til en økt bevissthet blant ansatte i KHT omkring kompleksiteten i behandlingen av geriatriske pasienter, inkludert en erkjennelse på at de manglet kunnskap på dette feltet. Dette kom, i følge prosjektlederne, bl.a. til uttrykk gjennom en økt etterspørsel etter kompetansehevingstiltak på temaet "Den geriatriske pasient". De ansatte i KHT ønsket seg både undervisning om temaet og hospitering på Geriatrisk seksjon. I tråd med dette opplevde prosjektlederne i løpet av prosjektperioden en utvikling blant ansatte i KHT der arbeidet med geriatriske pasienter opplevdes som mer spennende og ble mer verdsatt. Disse funn eksemplifiseres av følgende utsagn fra en av prosjektmedarbeiderne:

*Det å fokusere på den geriatriske pasienten, det å heve kompetansen og skape engasjement og interesse, det har dette (prosjektet) absolutt vært med på å få fram, opplever jeg.*

To fagseminarer, med fokus på henholdsvis den geriatriske pasient og ernæring, ble arrangert av Geriatrisk seksjon for ansatte i KHT for å dekke noe av deres kompetansehevingsbehov. To fra Ambulant team, flere prosjektmedarbeidere og én sykepleier fra KHT uttalte seg om disse seminarene. Samtlige omtalte de som gode og kompetanseøkende. En av prosjektmedarbeiderne i kommunene formulerte seg slik:

*Med tanke på kompetanseutvikling så har det vært noen sånne seminarer som har vært veldig bra, og det er og tilbakemeldingen fra de som har vært der fra kommunen, at det har vært veldig positivt.*

Sykepleieren fra KHT hadde følgende å si om undervisningen om den geriatriske pasienten:

*Jeg syntes det var veldig bra. Jeg følte jeg fikk mye råd om den geriatriske pasient.*

Derimot hadde flertallet av informantene fra KHT ikke blitt informert om disse kompetansehevende tiltak og dermed ikke fått deltatt.



I følge prosjektlederne bidro også forbedrede epikriser til økt faglig kompetanseoverføring fra 2. til 1. linjetjenesten. En av prosjektlederne uttalte følgende om reaksjonen fra en av fastlegene i KHT om det å motta gode epikriser:

*Han (fastlegen) sa jo det at: "Få med det, det er så viktig med behandlingsplan. Den er så kompetanseoverførende til oss. Det er så fin informasjonen den gir oss om hvordan vi skal viderebehandle pasienten, hvordan vi skal tenke, om hvordan sykehuset har tenkt."*

*Fra 1. til 2. linjetjeneste*

En av prosjektmedarbeiderne svarte følgende på spørsmål om hun hadde opplevd at det hadde funnet sted kompetanseoverføring fra 1. til 2. linjetjenesten:

*Lite, egentlig...Det at viljen til å gå ut og se hvordan hjemmetjenesten håndterer en situasjon...At man hadde forventa en større delaktighet i det. Og engasjement i det å gå ut og se hva det er hjemmetjenesten kan bidra med, hvordan det står til ute i kommunene, hva de kan forvente.*

Denne informanten ga bl.a. uttrykk for at hennes forventninger til i hvilken grad Geriatrisk seksjon skulle involvere hjemmetjenesten i arbeidet rundt pasienten ikke ble innfridd og at det dermed i liten grad kunne ha funnet sted kompetanseoverføring fra hjemmesykepleien til sykehuset. Uttalelser fra tre sykepleiere i KHT samsvarer med prosjektmedarbeiderens utsagn angående grad av kompetanseoverføring fra dem til Geriatrisk seksjon. Den manglende kompetanseoverføringen ble av disse forklart med at møtene med Ambulant team var få og svært kortvarige (10 minutter).

### **3.3.2 Arbeidsforhold**

*Fra 2. til 1. linjetjenesten*

En annen form for kompetanseoverføring fra 2. til 1. linjetjenesten som synes å ha funnet sted gjelder kunnskap om Geriatrisk seksjon og deres arbeidsforhold og -metoder. En av informantene i det ambulerende teamet, prosjektmedarbeiderne og prosjektledelsen uttrykte alle en opplevelse av at ansatte i KHT og på Geriatrisk avdeling på sykehuset hadde fått større forståelse og dermed respekt for hverandres arbeidssituasjon som resultat av dialogen på hjemmebesøkene. Følgende utsagn fra en informant i Ambulant team eksemplifiserer det:

*Der trur jeg at vi har hatt en misjon... At vi har fått større respekt for hverandres arbeidssituasjon. Det trur jeg at prosjektet har bidratt til. Jeg trur nok kanskje at vi som har jobbet på sykehuset trur at kommunen kan utrette undere, at de får beskjed ganske seint for eksempel, at de ikke har fått tid nok til å områ seg til å få satt inn rett personell på rett sted. Og de kan ikke skjønne hvorfor ikke vi kan få pasientene så tidlig ut at de rekker å komme fram før dagvaktene går av vakt. Sånne ting trur jeg har vært positivt med prosjektet.*

Siste del av denne uttalelsen antyder at prosjektet har bidratt til en kunnskapsøkning i KHT vedrørende arbeidsforhold ved geriatrisk seksjon, som vil kunne lette videre samhandling i pasientenes overgangssituasjon til KHT.

Fra 1. til 2. linjetjenesten

Disse utsagn fra en av prosjektlederne viser at en tilsvarende kunnskapsøkning om arbeidsforhold i KHT har funnet sted blant ansatte ved Geriatrisk seksjon:

*Noe av det vi har fått tilbakemelding på fra vår avdeling (Geriatrisk seksjon), det er at "Nå skjønner vi hjemmetjenesten bedre". Vi er jo blitt kjent med kommunehelsetjenesten på en annen måte enn det vi var før... Altså den kompleksiteten de har i det arbeidet de gjør er jo blitt mye klarere i avdelingen. Og vi har fått mye respekt for det arbeidet de faktisk gjør.*

*Men vi har også en større forståelse for, når vi ringer hjemmetjenesten, hvorfor ting kan være litt vanskelig. At ikke vi kan sende hjem pasienten akkurat den dagen, selv om det kanskje er fullt her. At vi må vente til dagen etterpå. Vi skjønner litt mer hvilke problemer de har ute, og har gjennomgående fått følelsen, har jeg i hvert fall, mer respekt for det arbeidet de gjør. For det er ikke bare våre pasienter de tar seg av, de tar også vare på andre. Og at ting kan ta litt tid, og at de har problemer med å organisere ute. At vi skjønner mer av måten de jobber på. Det trur jeg vi trygt kan si for avdelingen sin del.*

Bl.a. vektla flere informanter betydningen av at sykehusansatte gjennom hjemmebesøkene fikk oppleve pasienten i hjemlige omgivelser. En av informantene fra det ambulerende teamet ga uttrykk for at han hadde innsett at hjemmesituasjonen er annerledes enn det man klarer å forestille seg når man er på sykehuset, og at denne bevisstgjøringen hadde vært nyttig. Denne form for kunnskapsoverføring ble trukket frem som et viktig utfall av prosjektet også av flere sykepleiere i KHT. To av sykepleierne i en av kommunene uttalte det slik:

*De (representantene fra Ambulant team) skjønte nok litt mer hvordan det var praktisk vanskeligere i hjemmet enn det de kanskje hadde sett for seg i utgangspunktet.*

*Og så oppfører man seg annerledes når man er hjemme enn når man er på en institusjon, enten man er en geriatrisk pasient eller man er en annen slags pasient. Man blir litt mer underdanig når man kommer på sykehus.*

Overnevnte sitater antyder at den økte kjennskapen blant ansatte på Geriatrisk seksjon til KHTs utfordringer har ført til en økt respekt for det arbeidet de utfører og et grunnlag for en bedre samhandling om pasienters utskrivningssituasjon.

### **3.4 Utfordringer og forslag til forbedring**

Informantene fremhevet under intervjuene en rekke forhold ved prosjektet som opplevdes utfordrende og satte i den forbindelse frem mange forslag til forbedring, knyttet både til utformings- og gjennomføringsfasen av prosjektet. Disse funn presenteres i det følgende:

#### **3.4.1 Prosjektutforming**

Ett tema som prosjektmedarbeiderne i kommunene la stor vekt på i intervjuet var deres involveringsgrad i utformingen av prosjektet. Prosjektlederne formidlet i deres intervju at prosjektmedarbeiderne tidlig ble involvert i utviklingen av prosjektplanen for at de skulle få et eierforhold til prosjektet. Derimot ga begge intervjuede prosjektmedarbeidere i kommunene uttrykk for at de opplevde at prosjektplanen i stor grad var lagt på det tidspunktet de ble involvert i prosjektet og at de hadde liten innflytelse på utformingen av tiltakene. En av dem formulerte seg på følgende måte:

*Ja, samtidig som jeg også fikk en forståelse for at dette var et prosjekt i regi av sykehuset... At kommunen var nødvendigvis en samarbeidspartner fordi det var der pasienten bodde, men at det i utgangspunktet var eid, og fokuset var fra sykehusets sin side...Og det spurte jeg også: "I hvilken grad kan vi påvirke?" Og det var i liten grad.*

De ga videre uttrykk for at det hadde vært en fordel om kommunene i større grad hadde vært involvert i prosjektutformingen, med følgende begrunnelse, uttalt av en av dem:

*Ja, fordi man ser ulike problemstillinger. Man har ulikt fokus. Og det som sykehuset opplever som en utfordring, det er ikke nødvendigvis det for kommunene. At kommunene har andre behov kanskje, og ser ting på en annen måte. Det er jo nettopp det - hvor godt kjenner man til hverandre? Og*

*hva forventer man av hverandre? Og at kompetansenivået kanskje er høyere ute enn det sykehuset forventet.*

### **3.4.2 Prosjektgjennomføring**

Flere forhold knyttet til prosjektgjennomføringen ble trukket frem som utfordrende, inkludert informasjonsformidling om prosjektet til ansatte i KHT, tidsbegrensninger hos ansatte i KHT, grad av tverrfaglig jobbing i prosjektet, i hvilken grad fokuset skulle være på pasient versus system, grad av videre oppfølging av behandlingsplanen etter hjemmebesøket samt involveringsgrad i prosjektet for sykepleierne i KHT. Disse utfordringene, inkludert informantenes forslag til løsninger, presenteres i det følgende.

#### *Informasjonsmengde*

Både prosjektledelsen, informanter fra Ambulant team og prosjektmedarbeiderne i kommunene fremhevet utfordringen med å utvikle en forståelse for, og dermed en positiv holdning til prosjektet blant ansatte i KHT. De antydte at det skyldtes mangel på kunnskap om prosjektet og dets formål, grunnet vanskeligheter med å spre informasjon om det. Deres utsagn støttes av sykepleiernes uttalelser om at mengden informasjon de fikk om prosjektet og hjemmebesøkets formål før sitt første møte med Ambulant team varierte sterkt. Et par sykepleiere ga uttrykk for at de fikk utfyllende informasjon, mens flere andre opplevde å gå til sitt første møte uten å vite noe om innholdet i eller formålet med det. En av prosjektlederne trakk frem turnusarbeidsordningen som en mulig årsak til problemer med informasjonsspredningen:

*Så det ser vi, altså at informasjonen vi trudde hadde vært nok, ikke var det. Og det er vel noe med det at vi jobber turnus hvor vi jobber, noen i perioder, veldig mange går ikke i 100% stilling, de er ute i arbeidsperioder og de har fri i perioder. Så det var vanskelig å treffe alle de som skulle bli involvert etter hvert i prosjektet.*

Tidlig i prosjektperioden hadde bl.a. Ambulant team blitt misoppfattet til å være en kontrollinstans for sykehuset i forhold til om ansatte i KHT fulgte opp pasientenes behandlingsplan. En av prosjektlederne beskrev det slik:

*... vi har nok slitt med at de ikke har skjønt hva det er. Og de sier at: "Har ikke skjønt budskapet i prosjektet", og jeg ser at det virkelig er en læring i hvor mye man skal kunne informere... Fordi at man følte ..."Skal dere kontrollere oss?"*

*Hva er det vi har gjort gæærnt nå?”. Men det var egentlig tvert imot. Det var at de (Ambulant team) som skulle kontrollere sykehuset, at sykehuset hadde sendt ut nok informasjon.*

Et annet forhold ved prosjektet som forutsatte god kommunikasjon var valg av målgruppe i prosjektet. En prosjektmedarbeider fortalte at hun opplevde det som utfordrende å få ansatte i KHT til å forstå og akseptere at det ambulerende teamet kun besøkte pasienter fra Geriatrisk seksjon, da pasienter som ble utskrevet fra andre avdelinger ofte kunne ha større behov for oppfølging. Hun ordla seg bl.a. slik:

*Og så kom forespørselen fra hjemmetjenesteavdelingen i forhold til andre pasienter som hadde vært innom sykehuset, og hvor man opplevde stor svikt i samme situasjon. Så ble det å presentere dette prosjektet, det var interessant, ja, men det hjalp jo ikke for pasientene på medisinsk avdeling. Sånn at vi måtte jobbe litt for å forsvare deltakelsen og det å prioritere tid på det...*

Også en av prosjektmedarbeiderne i kommunen ga uttrykk for at hun til å starte med hadde vanskeligheter med å forstå prosjektets innhold. Hun formulerte det slik:

*... men fortsatt var det for meg ganske utydelig hva målsettingen med prosjektet var, og hva som skulle måles, og i hvilken grad vi kom til å oppleve samarbeidet... Jeg skjønnte ikke helt omfanget av prosjektet – hvem det skulle gjelde, hvor tett vi skulle følge pasientene, og over hvor lang tid. Så det tok litt tid for meg før jeg liksom oppfatta oppgaven, rett og slett.*

Generelt ga prosjektlederne likevel uttrykk for at det løsnet noe etter at prosjektmedarbeiderne ble mer involvert i informasjonsspredningen, men at det først var på slutten av prosjektperioden at mange forsto hensikten med prosjektet, og dermed endret holdning og prioriterte oppgaven. En av prosjektlederne uttrykte det slik:

*...når folk kom litt under huden på prosjektet, så fikk vi jo veldig mye positiv tilbakemelding: "Dette er så viktig! Skal det slutte? Ikke slutt! Jobb videre med dette her!". Det har vi fått veldig mange sånne positive tilbakemeldinger på.*

### *Tidsbegrensning i KHT*

I tillegg til en negativ innstilling til prosjektet grunnet mangel på forståelse for dets innhold ble en tidspresset arbeidssituasjon for ansatte i KHT av en av prosjektlederne trukket frem som en mulig medvirkende årsak til at de ikke prioriterte informasjonsmøter om prosjektet. I tråd med dette formulerte en av

prosjektmedarbeiderne følgende om tidsfaktoren sin betydning for sykepleiernes prioritering av møtet med Ambulant team:

*Og problemet i daglig drift er at man plutselig har manko på en vaktliste, og det er vanskelig da å prioritere et hjemmebesøk som tar en times tid.*

Et par av sykepleierne i KHT ga også uttrykk for at møtene med Ambulant team hadde en stressende virkning på dem da det resulterte i mindre tid til andre vanlige arbeidsoppgaver. En av dem ordla seg på følgende måte:

*Men jeg ble litt stressa, for jeg kjente at jeg hadde så mange andre ting jeg skulle gjøre, men jeg måtte være i situasjonen da. Det var veldig tidkrevende.*

Et par andre sykepleiere opplevde det vanskelig å gjennomføre hjemmebesøkene før kl. 12 da det kolliderte med morgenstellet, og pekte på at det kunne påvirke samhandlingen på møtet. Følgende utsagn reflekterer dette:

*Det kan også bli en sånn negativ faktor: "Åh herlighet, kommer de nå midt i morgenstellet?". Sånt ligger og ulmer... Og da møter vi opp kanskje med en sånn negativ innstilling i utgangspunktet. Vi prøver jo å ikke være negative, så det er jo ikke det, men tidspunktet er nok viktig, for vi skal få hverdagen til å gå i hop.*

#### *Grad av tverrfaglighet*

Prosjektledelsen poengterte at den tverrfaglige sammensetningen av det ambulerende teamet var vesentlig for å få en helhet i oppfølgingen av den geriatriske pasienten, og at det forberedende møtet til hjemmebesøkene derfor opplevdes som veldig nyttig. En av dem uttalte følgende:

*Tverrfagligheten er nettopp det som vi bruker previsittene våre på her, så det å sitte og se på pasienten med forskjellige øyne og ulik tilnærming... Da blir det en helhet rundt det som er grunnleggende for geriatrisk tenkning.*

Medlemmene av Ambulant team ga også uttrykk for at den tverrfaglige tilnærmingen er avgjørende i møtet med den geriatriske pasienten. De uttalte, i likhet med prosjektlederne, at det tverrfaglige arbeidet i de forberedende møtene til hjemmebesøkene hadde vært nyttig, men uttrykte gjentatte ganger et ønske om større grad av tverrfaglighet også i den ambulerende virksomheten. For eksempel fortalte en av dem at hjemmebesøkene fungerte bedre de gangene flere fra teamet reiste ut enn når vedkommende var der alene, fordi de ulike medlemmene av teamet

fokuserte på forskjellige sider av pasientens helse. Denne informanten la spesielt vekt på at fokuset på medisiner ble mer balansert med fokuset på andre forhold bl.a. knyttet til funksjon når terapeutene var tilstede på møtene. Derfor ønsket de mulighet til å dra flere faggrupper ut sammen på hjemmebesøkene når dette ble vurdert nødvendig. Prosjektledelsen formidlet samsvarende tanker om ønsket grad av tverrfaglighet i den utadgående ambulerende virksomhet, men poengterte at det ikke lot seg gjennomføre av ressursmessige årsaker. Prosjektlederne uttalte imidlertid at sjekklisten som ble benyttet til å undersøke ulike forhold knyttet til pasientens utvikling i funksjon og helse etter sykehusbesøket var svært nyttig i så måte, ved at den sikret en gjennomgang av ulike sider ved pasientens helse uavhengig av hvilken faggruppe fra Ambulant team som var på hjemmebesøket. Dette ble formidlet slik av en av prosjektlederne:

*Og selv om sykepleieren ikke er så opptatt av det (funksjonsnivå), i hvertfall sånn yrkesmessig, så ble du jo det, fordi du hadde et skjema som gikk på dette her, og at dette kanskje var viktig å følge opp. Og likedan for fysioterapeuten, at han kunne sjekke opp dette med medisiner. Selv om han ikke var noe drilla på det, så kunne han klare å få til en viss standard.*

I likhet med fokuset på tverrfaglighet fra sykehusets side, uttalte flere sykepleiere fra KHT at det ville vært gunstig om KHT møtte Ambulant team med representanter fra flere faggrupper. Det ble begrunnet i at man vanligvis jobbet tverrfaglig også i KHT nettopp fordi man måtte ha fokus på ulike sider av pasientens helse. En av sykepleierne fremstilte det slik:

*At det kanskje kunne vært ålraight at vi hadde samla, si fysio, ergo, sammen med sykepleier... At det ikke hadde vært bare én fra avdelingen. Fordi fysio og ergo er veldig tette med pasientene her de og, så det hadde kanskje vært gunstigere.*

To av medlemmene i det ambulante teamet uttrykte videre at sykepleieren fra KHT som møtte Ambulant team ikke alltid kjente så godt til pasientens daglige rutiner, og at tilstedeværelse også av for eksempel pasientens hjemmehjelper ville forenkle oppfølgingen i forhold til andre enn de medisinske forhold.

### *Pasienten i fokus*

Prosjektlederne tok i utviklingen av prosjektet en beslutning om at prosjektets fokus først og fremst skulle være på prosedyrer og rutiner knyttet til samhandlingen mellom

behandlingsnivåene om den videre behandlingen av pasientene i KHT etter utskrivning fra Geriatrisk seksjon. Et viktig moment i hjemmebesøkene skulle være en vurdering av kvaliteten og effektiviteten i informasjonsformidlingen fra seksjonen til KHT om pasientens plan for videre behandling.

Medlemmene i Ambulant team ga derimot alle uttrykk for et ønske om at fokuset i hjemmebesøket ble forflyttet fra system til pasient. Et mer pasientrettet fokus innebar, i følge de, å legge større vekt på forhold som pasientens funksjonsnivå, kosthold, ernæring, vekt og lignende, samt å legge en plan for videre behandling etter hjemmebesøket. De uttalte videre at man ved å ha et slikt fokus naturlig ville ivareta kvaliteten og effektiviteten på systemnivå, for eksempel ved at ansatte i KHT ville bli påmint om at dokumenter fra sykehuset måtte etterspørres og leses.

Som et viktig bidrag til å få større fokus på pasienten fremfor rutiner og systemiske forhold ble det av både Ambulant team og flere sykepleiere i KHT foreslått å i større grad involvere pasienten i møtet mellom de to nivåene, spesielt på institusjonene, der pasienten ofte ikke ble inkludert. Pasientene ville slik fått anledning til selv å formidle sine opplevelser knyttet til utskrivingsfasen, som for eksempel hvordan behandlingen fungerte. En av sykepleierne sa følgende om det å involvere pasienten i møtet:

*Jeg følte at det ble ... ja, gå igjennom epikrisen og et annet skjema som de hadde med seg, og det ble vi som på en måte svarte for de. Ikke alle pasienter kan sikkert svare for seg, men noen kan jo svare for seg om hvordan de føler at det går, og at man burde kanskje hatt den samtalen med pasienten og.*

Det ble videre foreslått at det kunne løses ved at møtet ble delt i to, med en del uten og en del med pasienten.

#### *Videre oppfølging av pasienters behandling*

Hovedmålet med hjemmebesøket var som tidligere nevnt for Ambulant team å sikre at informasjonsflyten fra Geriatrisk seksjon til KHT var god og rask nok til å kvalitetssikre utskrevde pasienters videre behandling i KHT. Det var altså relatert til prosedyrer på systemnivå. Videre gjennomførte Ambulant team på hjemmebesøket ulike tester for å undersøke pasientens utvikling på forhold knyttet til behandlingen som ble påbegynt på sykehuset. Det var ikke et mål at Ambulant team skulle behandle pasientene eller undersøke nye problemstillinger. Et gjennomgående tema



hos alle fokusgruppene unntatt prosjektinitiativtakerne og prosjektlederne var likevel knyttet til videre oppfølging av behandlingsplanen etter hjemmebesøket for "kompliserte" pasienter som trengte videre og sammensatt behandling, samt for pasienter der det i tiden fra utskrivning til hjemmebesøk var blitt oppdaget nye problemstillinger. Til tross for at de fleste anså hjemmebesøket som et godt tiltak, mente de at effekten likevel var begrenset da "kompliserte" pasienter ikke ble videre fulgt opp. Flere påpekte at manglende oppfølging førte til at helsemessige forhold ofte gled inn i samme mønster som før sykehusoppholdet. En av prosjektmedarbeiderne i kommunen uttrykte det slik:

*Og jeg vet på en måte ikke hva slags effekt det hadde. Jo, man var hjemme og så at "Det fungerte greit" og "Det fungerte ikke fullt så greit". Men resultatene av de funnene man gjorde da, hva som skjedde videre, den er litt uklar. Om det skjedde noe. Eller om man bare konstaterte og sa at "Det må vi prøve å gjøre noe mer med", eller "Det fungerer greit, fortsatt sånn". For den biten, så er det jo greit. Men der hvor ting ikke fungerte...*

*Altså, det er på en måte et kjempe bra opplegg, men jeg føler at det stopper litt for tidlig opp. Vi blir hengende igjen med "og så da?"*

Prosjektmedarbeiderne i kommunene trakk spesielt frem det forholdet at innleggelsesdiagnosen eller utskrivningsdiagnosen ofte ikke lenger var problemet på det tidspunktet Ambulant team kom på besøk, og det at nyoppdagede problemstillinger ikke ble videre fulgt opp skapte frustrasjon og mangel på forståelse for prosjektet hos sykepleierne i KHT. De la videre vekt på at en slik oppfølging var spesielt viktig i hjemmetjenesten, da man der ikke har de samme rammene rundt pasientene som på en institusjon. Dette ble formidlet slik av en av prosjektmedarbeiderne:

*Fordi spørsmålet var jo ofte "Ja, og så da?" fra sykepleierne som gikk der. Fordi det var jo begrensa sånn i forhold til at man ikke skulle ta opp nye problemstillinger... Altså, det var det de var innlagt for og utskrevet med som var fokus, og da ble det litt sånn "Ja, nå har vi konstatert at dette funker ikke helt greit, men hva skjer da?"... Så jeg trur det var vanskelig for de som jobba ute å få en forståelse av hva dette fører til.*

I følge informanter fra Ambulant team og prosjektmedarbeidergruppen hadde også pasienter og pårørende ulike og uklare forventninger til hvilken rolle Ambulant team skulle ha på hjemmebesøkene. Flere forventet at Ambulant team skulle viderebehandle pasienten, og evt. ta tak i nye problemstillinger, som igjen skapte

frustrasjon da det ikke ble innfridd. Dette ble formidlet slik av en av prosjektmedarbeiderne:

*Og det er vel en forventning om at når det da var ambulanseteam, så kunne de da gå inn og gjøre noe med situasjonen hvis situasjonen ikke var bra hjemme. Og det kunne de jo ikke...Og pårørende, i hvertfall helt klart i ett tilfelle, sa "Altså, de gjør jo ingenting allikevel!". Om de altså kommer hjem og ser at situasjonen ikke er noe bra, men det skjer ikke noe mer, så liksom "hva er hensikten?", er en tilbakemelding fra en av de pårørende.*

Som løsning på dette problemet foreslo flerparten av sykepleierinformantene fra KHT å utvide den Ambulerende virksomheten til flere oppfølgingsbesøk for de pasientene som ble vurdert til å ha behov for det. En av sykepleierne svarte følgende på et oppfølgingsspørsmål om hva hun syntes om at det kun var ett oppfølgingsbesøk fra Ambulant team:

*Altså, på de pasientene som på en måte kommer som man ser at her går det rett vei, så synes jeg kanskje det er greit. Men vi har jo de pasientene som ikke kommer seg, som de (Geriatrisk seksjon) kanskje har redusert en del medisiner på, som kanskje vi må begynne å sette på igjen fordi det ikke fungerer... Da kunne oppfølgingen kanskje vært litt mer hyppig, eller litt mer tett. At man kunne jobba litt mer sammen på de pasientene som er vanskeligere på en måte å...*

En annen sykepleier fra KHT foreslo at hjemmebesøket kunne funnet sted raskere etter utskrivning slik at man kunne unngå at den helsegunstige utviklingen som startet opp på sykehuset stagnerer når pasienten kom hjem. Følgende utsagn eksemplifiserer det:

*Det kunne kanskje vært et møte tidligere. Ofte så er det gått ganske mange uker før de (Ambulant team) kommer ut. Det kunne kanskje vært litt tidligere, ganske tidlig når pasienten kommer hjem. For ellers så går det ganske lang tid og så har man fått mye fysioterapi på sykehuset og så kommer de hjem og så stagnerer det helt. Og da må man på en måte begynne på nytt igjen. Særlig da for slagpasienter og sånne ting. Det er kjempe viktig.*

En av sykepleierne i KHT foreslo at noe av den tidlige oppfølgingen av behandlingsplanen til "kompliserte" pasienter kunne tas over telefon. Hun uttalte følgende:

*Og ved sånne urolige, vanskelige pasienter da, at man har litt raskere oppfølging og kanskje hyppigere oppfølging. Det kan være nok at de tar en tlf*

*og hører hvordan det går etter noen dager ... Det behøver ikke være samtaler og møter hver gang. Det går an å ta litt over tlf...*

Prosjektmedarbeiderne i kommunen og én av sykepleierne i KHT uttalte videre at daghospitalet hadde fungert veldig godt i forhold til å følge opp behandlingsplaner og avdekke nye problemstillinger for de som fikk, og benyttet seg av tilbudet. Følgende utsagn fra en av prosjektmedarbeiderne underbygger dette funn:

*Men de som var i daghospitalet, og kanskje var der maks av det de kunne i 8 uker, der så vi mye større framgang, hvor man på en måte tok tak i disse problemstillingene som ble avdekket. Man fikk en gjennomgang på medikamentene... Likedan på trening, på det å observere spising, matinntak og sånne ting. Så de som var i daghospitalet synes jeg nok at hadde større mulighet for å lykkes og har fått pasienten inn i en bedre situasjon og kan gå lettere ut derifra.*

Imidlertid fortalte informanter både fra sykehuset og fra KHT at transporten til og fra daghospitalet opplevdes lang og komplisert for mange pasienter, og at tilbudet dermed ikke i stor grad ble benyttet.

Informanter fra Ambulant team og i prosjektmedarbeidergruppen la også vekt på at KHT selv måtte ta et større ansvar i forhold til å følge opp den videre behandlingen av pasientene, og at det kunne skje ved at KHT fikk tildelt mer ressurser. Ansatte i KHT ville da kunne få mer tid til den enkelte pasient og et videre spekter av tiltak ville kunne bli igangsatt. En av informantene i Ambulant team formidlet tidsbegrensningen i KHT knyttet til oppfølgingen av behandlingsplanen slik:

*Det hadde jo vært det ideelle. ... det der med at hvis vi skriver i en rapport fra sykehuset at pasienten bør bruke morgenstellet til å trene mest mulig, eller gjøre mest mulig selv, at de (ansatte i KHT) kanskje kunne hatt mulighet til å følge opp sånne tiltak. Det har de ikke alltid. De har dårlig tid.*

#### *Involveringsgrad blant ansatte i KHT*

Et par ansatte i KHT signaliserte at deres involveringsgrad i prosjektet, med kun et par-tre møter med Ambulant team over en periode på et halvt til ett år, ble for liten til at de klarte å utvikle et eierforhold til prosjektet. En av kommunemedarbeiderne fastslo at det hadde vært en fordel om faste personer møtte Ambulant team og at disse møttes jevnlig for å utveksle erfaringer.

### **3.5 Videre- og overføring**

På spørsmål om de syntes prosjektet burde videreføres og evt. utvides til andre kommuner i Vestfold, svarte prosjektlederne at de oppfattet at prosjektet hadde så god effekt både på samhandling og kompetanseutveksling mellom behandlingsnivåene at de ønsket det utvidet til alle avdelinger på sykehuset og til de resterende kommunene i fylket, og så gjerne at det ble implementert i den daglige driften. Den ene prosjektlederen la i denne sammenheng spesiell vekt på at Geriatrisk avdeling besatt viktig kompetanse som bør spres til KHT. De fleste andre informantene, både fra Ambulant team og fra KHT, ga uttrykk for at de ønsket prosjektet videreført da det hadde flere nyttige sider som bidro til å kvalitetssikre oppfølgingen av pasientenes behandlingsplan etter utskrivning fra sykehuset. De la derimot også stor vekt på at det da måtte modifiseres i tråd med deres tidligere nevnte forbedringsforslag, inkludert en større grad av tverrfaglighet på hjemmebesøkene, større grad av involvering av pasienten i hjemmebesøks-møtet, samt tiltak for videre oppfølging av behandlingsplanen og evt. nyoppdagede problemstillinger etter hjemmebesøket. Flere informanter la også vekt på at prosjektet burde implementeres i den daglige drift om det skulle fortsette. Enkelte sykepleiere fra KHT poengterte i den forbindelse at begrepet "prosjekt" hadde en lite motiverende virkning på dem da de oppfattet tiltakene til å ha en begrenset varighet. En av sykepleierne i KHT som hadde vært mest negativt innstilt til prosjektets effekt signaliserte at hun hadde vært for lite involvert i prosjektet til å kunne ha noen formening om det burde videreføres.

Selv om prosjektlederne uttrykte at Ambulant team hadde en viktig funksjon også på sykehjemmene, uttalte flere av informantene i Ambulant team og i KHT at pasienter som skulle hjem til egen bolig burde prioriteres ved eventuelle ressursbegrensninger i en eventuell videreføring da rammene rundt dem var dårligere og at de derfor var mer sårbare i forhold til oppfølgingen av behandlingsplanen.

## **4. DISKUSJON**

Hovedmålet med prosjektet var å øke kvaliteten og effektiviteten i pasienters videre behandling i KHT etter opphold på Geriatrisk seksjon. En økt kvalitet og effektivitet i denne viderebehandlingen skulle oppnås ved en økt/forbedret samhandling og økt kompetanseoverføring mellom behandlingsnivåene. Dette skulle oppnås ved å implementere ambulant virksomhet fra seksjonen og ut i KHT. Hovedmålet med innværende undersøkelse har vært å evaluere effekten av denne ambulerende virksomheten på samhandlingen og kompetanseutvekslingen behandlingsnivåene imellom. Et annet mål for evalueringen har vært å ta stilling til prosjektets videre- og overføringsverdi.

Kapitlet starter med en drøfting av metodiske forhold som kan ha påvirket resultatenes troverdighet, gyldighet og generaliserbarhet. Deretter oppsummeres hovedpunktene i funnene og det drøftes hvordan de bidrar til å belyse problemstillingene.

### **4.1 Metode**

Flere forhold kan ha påvirket denne undersøkelsens funns troverdighet, gyldighet og generaliserbarhet (Kvale, 2002). For det første takket over halvparten av forespurte sykepleiere i KHT nei til å delta i fokusgruppeintervjuene eller de møtte ikke opp til avtalt intervju. I tillegg møtte én av kommunemedarbeiderne ikke opp til avtalt intervju. Det er mulig at disse skilte seg fra deltakende informanter fra KHT på viktige områder, slik at resultatene hva angår KHTs opplevelse av prosjektet og prosjekttiltak fremstår som enten mer positive eller mer negative enn de ville gjort om frafallet i utvalget ikke hadde oppstått. Noen få oppga som grunn til ikke å delta at de hadde vært så lite involvert i prosjektet at grunnlaget for å vurdere det i liten grad var tilstede. Om denne forklaringen også gjelder for de andre frafalte, ville det styrket gyldigheten av fremstilte funn. Videre utgjorde de intervjuede kun en liten andel av gruppen av sykepleiere som hadde vært i kontakt med Ambulant team. Man kan kun spekulere i hvorvidt andre ikke-forespurte ansatte i KHT som hadde vært involvert i prosjektet hadde andre opplevelser av prosjektet enn det de intervjuede formidlet.

Forhold som kan ha redusert troverdigheten til informantenes uttalelser inkluderer intervjuereffekt, påvirkning fra andre i fokusgruppen og hukommelse (Kvale, 2002). Bl.a. ble undertegnede under et intervju klar over at hun nikket gjenkjennende når hun fikk svar som samsvarte med utsagn fra tidligere intervjuer. Slik kan hun ha påvirket de videre svarene fra informantene. Dette ble forsøkt unngått i senere intervjuer. Det er også mulig at informanter ikke uttalte seg oppriktig om bestemte temaer for å unngå å skille seg ut eller fornærme noen. Førstnevnte ble forsøkt unngått ved å legge opp til en lett og ledig tone under intervjumøtene. Undertegnede opplevde stemningen som forholdsvis avslappet under de fleste intervjuene, men følte det likevel tungt å dra samtalen i ett av fokusgruppemøtene med sykepleiere fra KHT. Det virket derimot å ha sammenheng med at to av informantene hadde hatt svært lite med prosjektet å gjøre. Videre kan den lange avstanden i tid mellom sist møte med Ambulant team og intervjuet ha redusert troverdigheten til svarene fra flere av sykepleierne i KHT. Det hadde for enkelte gått et halvt år siden de sist var involvert i prosjektet, noe som kan ha påvirket deres hukommelse knyttet til deres opplevelse av tiltaket. Enkelte informanter i KHT påpekte også at det var vanskelig å skille inneværende prosjekt fra alle de andre prosjektene som pågikk samtidig. Det er vanskelig å uttale seg om i hvilken retning dette eventuelt ville ha påvirket resultatene.

Hvordan spørsmålene stilles kan også påvirke svarene man får (Kvale, 2002). Under transkriberingen av de første intervjuene oppdaget undertegnede at noen av spørsmålene kan ha virket ledende på informantene. Det kan bl.a. ha bidratt til at enkelte mindre viktige forhold for informantene ble mer vektlagt i intervjuene enn de ellers ville ha blitt og dermed av undertegnede tolket som mer betydningsfulle enn det de egentlig var. Dette ble forsøkt rettet opp i de etterfølgende intervjuene.

Tolkningen av informantenes uttalelser ble forsøkt validert ved å stille oppfølgingsspørsmål når disse opplevdes uklare (Kvale, 2002). De to prosjektlederne og én sykepleier fra KHT leste også over rapporten og bidro dermed til å validere sine utsagn. Undertegnede ser likevel i ettertid at enkelte av informantenes uttalelser knyttet til prosjektets effekt på samhandling og kompetanseutveksling mellom behandlingsnivåene var forholdsvis overfladiske og at flere oppfølgingsspørsmål kunne gitt et enda mer utfyllende bilde av disse forholdene.

Generelt styrkes resultatenes gyldighet likevel av at mange informanter fra ulike fokusgrupper hadde samsvarende oppfatninger om prosjektets effekt og dets utfordringer.

Alt i alt opplevde undertegnede at fokusgruppeintervjuer var en god metode for å innhente data for evalueringen av prosjektet. Det hadde likevel vært en fordel om også andre informantgrupper og andre metoder ble benyttet i evalueringsarbeidet. Pasienter og pårørende kunne for eksempel bidratt med nyttig informasjon knyttet til deres opplevelse av kvaliteten og effektiviteten på viderebehandlingen etter sykehusoppholdet. Man kunne også supplert evalueringen med kvantitative data knyttet til utfall som for eksempel dødelighet, oppholdslengde på sykehuset, reinnleggelse og pasientens helse (Parker et al., 2002). Bruk av et eksperimentelt design med sammenligning av effekter i intervensjonsgruppen opp mot en kontrollgruppe ville også gitt sikrere data knyttet til årsak-virkning (Jacobsen, 2003). En slik informant- og metodetriangulering ville dermed gitt et mer helhetlig bilde av prosjektets effekt, samt en større mulighet for å validere undersøkelsens resultater.

## **4.2 Resultater**

### **4.2.1 Effekt på samhandling**

Resultatene antyder at prosjektet til en viss grad har lyktes i å oppnå målet om økt og forbedret samhandling mellom Geriatrisk seksjon og helsetjenesten i de tre involverte kommunene vedrørende pasienters utskrivningssituasjon og viderebehandling. Det uttrykkes gjennomgående en tilfredsstillende med forhold knyttet til dagens epikrise, inkludert at den oftere enn tidligere blir tilsendt hjemmetjenesten, at den sendes ut raskere etter pasientens utskrivning samt at den er mer utfyllende enn før. Det poengteres fra flere at det er mye bedre kvalitet på epikrisen fra Geriatrisk avdeling sammenlignet med epikrisen fra andre avdelinger på sykehuset, og at den forbedrede epikrisen forenkler og kvalitetssikrer KHTs arbeid med den videre behandlingen av pasientene. Informantenes utsagn indikerer at denne forbedringen bl.a. skyldes at Ambulant team tilbakemelder mangler og feil ved epikrisene til Geriatrisk seksjon, og at disse i neste omgang forbedres.

Resultatene antyder videre at det fysiske møtet mellom behandlingsnivåene på hjemmebesøkene påvirket den videre samhandlingen mellom dem på en positiv måte. Effekter som informantene trakk frem omfattet en forhøyet motivasjon og ”skjerping” i forhold til å innhente nødvendig informasjon fra Geriatrik seksjon for å kvalitetssikre viderebehandlingen av pasienten, samt en lavere terskel for å ta kontakt med seksjonen. Disse funn indikerer at prosjektet har ført til en hyppigere kommunikasjon mellom nivåene om felles pasienter.

#### **4.2.2 Effekt på kompetanseutveksling**

Analysen av intervjuene antyder også at prosjektet til en viss grad har vært vellykket i forhold til å nå målet om økt kompetanseutveksling. Den største gevinsten synes å være knyttet til at de to behandlingsnivåene, i følge flerparten av informantene, har fått en bedre forståelse og respekt for det andre nivåets arbeidsforhold, noe som forventes å føre til en bedre samhandling mellom dem, som igjen forventes å bidra til en kvalitetssikring og effektivisering av pasientens viderebehandling i KHT (Helse- og omsorgsdepartementet, 2005). En annen gevinst som stadig ble fremhevet av prosjektledelsen og prosjektmedarbeiderne i kommunene var en økt bevissthet og forståelse blant ansatte i KHT for kompleksiteten rundt behandling av geriatriske pasienter. En slik faglig kompetanseheving omkring denne pasientgruppen synes å ha oppstått som resultat av selve dialogen mellom de to nivåene på hjemmebesøket, gjennom en forbedret epikrise, samt gjennom seminarene. Bortsett fra den ene sykepleieren i KHT som la vekt på at hun gjennom et av seminarene hadde lært mye om den geriatriske pasienten, var fokuset på en slik faglig kompetanseheving ikke i noen stor grad fremtredende hos de andre intervjuede sykepleierne. Disse hadde derimot ikke deltatt på noen av fagseminarene da de ikke var blitt informert om dem. I tillegg hadde flere av dem kun hatt et par raske møter med Ambulant team slik at grunnlaget for en faglig kompetanseoverføring fra Ambulant team til sykepleierne synes å ikke ha vært optimal. Det er mulig at andre intervjuede sykepleiere fikk hevet sin faglige kompetanse som resultat av prosjektet uten å være bevisst det. Der slik kompetanseheving har funnet sted er det sannsynlig at kvaliteten på viderebehandlingen av pasienten bedres (Helse- og omsorgsdepartementet, 2005).



Det synes å fremkomme av overnevnte funn at økt/forbedret samhandling og økt kompetanseutveksling har påvirket hverandre gjensidig. Et eksempel på dette er den påpekte kompetansehevingen vedrørende behandling av geriatriske pasienter som finner sted hos ansatte i KHT når de mottar godt skrevde og utfylte epikriser. Det fremkommer også av resultatene at en økt bevissthet og kompetanse vedrørende det geriatriske faget synes å trigge ansatte i KHT til å oppsøke mer informasjon fra Geriatrisk seksjon på sykehuset om pasientenes viderebehandling. En hyppigere kontakt mellom behandlingsnivåene vil igjen kunne være grobunn for videre kompetanseutveksling.

#### **4.2.3 Effekt på kvalitet og effektivitet i videreføring av behandlingsplan**

Nevnte resultater vedrørende prosjektets effekt på samhandling og kompetanseutveksling mellom nivåene indikerer en stor sannsynlighet for at mange involverte pasienter har fått en bedre kvalitet og effektivitet i sin behandlingsoppfølging i KHT enn om de ikke hadde vært del av prosjektet. Flertallet av informantene fra KHT uttrykte spesifikt at prosjektet bidro til å kvalitetssikre den videre behandlingen i KHT. Kortere epikrisetid og hyppigere kontakt mellom behandlingsnivåene indikerer at effektiviteten på den videre behandlingen også kan være økt.

Den positive vurderingen av dette Ambulant team-prosjektet støttes av evalueringer av andre liknende prosjekter, både fra inn- (Garåsen og Johnsen, 2005; Mesteig, 2003) og utland (Bjørnsson, 2007; Parker et al., 2002). Disse har i stor grad også benyttet seg av kvantitative datainnsamlingsmetoder og undersøkt effekter på andre mulige utfall enn det som er gjort i inneværende studie, for eksempel endringer i antall re-innleggelser. Bl.a. har flere prosjekter med oppfølgende hjemmebesøk etter sykehusopphold for geriatriske pasienter vært gjennomført i Danmark (Bjørnsson, 2007). Evalueringen av et randomisert kontrollert forsøk med oppfølgende hjemmebesøk til eldre medisinske og geriatriske pasienter viste et redusert forbruk av sykehustjenester pr. innbygger etter et halvt år. Det oppfølgende besøket ble utført av en lege og en kommunal hjemmesykepleier og fant sted umiddelbart etter utskrivning. Disse gjennomgikk der den medisinske behandlingen, sykehusets behandlingsplan og behovet for kommunale hjelpetiltak. I en annen kontrollert

randomisert undersøkelse av en tverrfaglig følge hjem-ordning til eldre medisinske pasienter ved utskrivning fra sykehuset fant man en reduksjon i antall re-innleggelse. Det ambulerende teamet bestod av en lege, en sykepleier, en fysioterapeut, en ergoterapeut og en sekretær, samt en ergoterapeut eller sykepleier fra en av de samarbeidende kommunene. Pasienten ble fulgt hjem fra sykehuset av en eller to fra teamet. I hjemmet gjennomgikk disse medisinbruk, fysisk funksjon, hjelpemidler, samt behovet for sosiale ytelser.

#### **4.2.4 Videre- og overføringsverdi av prosjektet**

Bortsett fra to av sykepleierne i KHT som uttrykte at de ikke hadde vært nok involvert i prosjektet til å kunne uttale seg om dets videreføringsverdi, mente samtlige informanter at prosjektet hadde mange positive sider, inkludert en kvalitetssikring av pasientenes videre behandling etter sykehusoppholdet, og derfor burde fortsette. Prosjektledelsen ga klart uttrykk for at prosjektets nåværende form var svært verdifull for å nå målet om økt samhandling og kompetanseutveksling mellom nivåene, og dermed også bedret kvalitet og effektivitet i pasientens viderebehandling etter utskrivning. Informantene i alle de andre fokusgruppene ga derimot uttrykk for at til tross for mange gode effekter så langt, hadde prosjektet på flere områder et forbedringspotensiale. Foreslåtte forbedringer inkluderte en høyere grad av involvering av medarbeidere i kommunen i utviklingen av prosjektet for å sikre mer passende tiltak og en eierskapsfølelse til prosjektet og derigjennom motivasjon til å implementere det lokalt; en tidligere og bedre informering til de ulike involverte parter i prosjektet om prosjektets og hjemmebesøkets formål for å sikre forståelse for og dermed en positiv holdning og motivasjon til å delta; større grad av tverrfaglig jobbing ved hjemmebesøkene, inkludert tverrfaglige representanter fra både Ambulant team og KHT ved behov, for å sikre ulike sider av pasientens viderebehandling; større fokus på pasientrelaterte enn på systemiske forhold ved hjemmebesøkene, inkludert en større grad av inkludering av pasienten i møtet; tiltak for å sikre videre oppfølging av "kompliserte" pasienters behandling eller nyoppdagede problemstillinger etter hjemmebesøket, for eksempel ved flere besøk fra Ambulant team; større grad av involvering i prosjektet av færre ansatte i KHT for å sikre utvikling av et eierforhold til det og motivasjon til å utføre tildelte prosjektoppgaver; samt hjemmebesøk etter morgenstellet for å unngå tidspress i KHT.

Noen av disse forbedringsforslagene, spesielt de som omhandler ønsker om større fokus på pasienten og tiltak for videre oppfølging av behandling eller nyoppdagede problemstillinger etter hjemmebesøket, var knyttet til Ambulant team sin funksjon i prosjektet. Slike utsagn kan tyde på at enkelte informanter ikke var godt nok kjent med at prosjektets hovedfokus var forhold på prosedyrenivå, der hovedmålet var å kvalitetssikre informasjonsflyten fra Geriatrisk seksjon til KHT for derigjennom å sikre en kvalitativt god og effektiv viderebehandling i KHT. En slik feiloppfatning av Ambulant team sin rolle henger sannsynligvis sammen med den generelle mangelen på informasjon om prosjektet til involverte parter, som også sterkt ble påpekt i de fleste intervjuene. Dette understreker betydningen av god og tidlig kommunikasjon og informasjonsflyt til involverte parter i et prosjekt for å lykkes med prosjektarbeid (Bartholomew et. al., 2001). Informantenes uttalelser knyttet til mangelfull videre oppfølging av de mest "kompliserte" pasientene antyder likevel at prosjektets mål om høynet kvalitet og effektivitet i den videre pasientbehandlingen i KHT kan optimaliseres ved å utvide prosjektet med tiltak som ivaretar den delen.

Det uttrykte ønsket fra mange i KHT om assistanse fra Geriatrisk seksjon i den videre behandlingen av "kompliserte" pasienter også etter Ambulant team-besøket, indikerer også at de ansatte i KHT opplever manglende ressurser til å mestre det alene. Dette funn støttes av at de i større grad enn tidligere etterspør kompetansehevende tiltak vedrørende geriatrisk omsorg. Det synes derfor også å være hensiktsmessig å fortsette å implementere kompetansehevende tiltak på dette fagfeltet for personalet i KHT.

Informantene som formidlet slike mangler ved nåværende prosjekt ønsket stort sett likevel at det ble videreført, og helst implementert i den daglige drift, men med foreslåtte modifiseringer.

Et siste mål for evalueringsarbeidet var å ta stilling til om prosjektet burde implementeres i de andre kommunene i fylket. Prosjektlederne uttrykte, basert på deres oppfatninger om prosjektets gode effekt på samhandlingen og kompetanseoverføringen mellom Geriatrisk seksjon og KHT, at de sterkt ønsket prosjektet implementert i de andre avdelingene på sykehuset og i de andre

kommunene i fylket. Et par av kommunemedarbeiderne som også uttalte seg om dette temaet sa de ikke følte de hadde godt nok grunnlag for å anbefale implementering i andre kommuner da de ikke kjente til status for deres samhandling med Geriatrisk seksjon. Gjennomgåtte resultater fra inneværende evaluering indikerer at et ambulerende geriatrik team utsendt fra sykehuset vil kunne ha en gunstig effekt både på samhandlingen og kompetanseoverføringen mellom 2. og 1. linjetjenesten, som i neste runde forventes å føre til en økt kvalitet og effektivitet i den videre behandlingen av geriatrike pasienter som sendes fra 2. til 1. linjetjenesten. Det er sannsynlig at et tilsvarende tiltak vil kunne gi tilsvarende effekter i andre kommuner i fylket. Det er også sannsynlig at implementering av et slikt tiltak også i andre avdelinger på sykehuset vil kunne være fordelaktig. Man kan likevel ikke uten videre generalisere inneværende funn til alle andre kommuner i Vestfold og avdelinger på SiV. For det første omfattet dette prosjektet kun geriatrike pasienter, og prosjektet ville ikke nødvendigvis opplevdes likt om det ble implementert i avdelinger på sykehuset med andre pasientgrupper. For det andre kan samhandlingsforholdet mellom de tre pilotkommunene og Geriatrisk avdeling ved prosjektstart ha skilt seg fra de andre kommunene i fylket, slik at prosjektet ikke ville hatt samme effekt om det ble implementert i de andre kommunene. På bakgrunn av disse forhold kan man argumentere for at tilsvarende ambulerende virksomhet kan vurderes implementert i andre sykehusavdelinger med liknende pasientgrupper og i kommuner som i likhet med de tre pilotkommunene har et behov for økt/bedret samhandling og kompetanseutveksling for å kvalitetssikre og effektivisere den videre behandlingen av utskrevde geriatrike pasienter til KHT. Det anbefales videre å vurdere å modifisere prosjektets tiltak i tråd med forbedringsforslagene fra denne studiens informanter da slik involvering av berørte parter i utformingen av tiltak synes å øke sjansen for at de vil lykkes (Bartholomew et al., 2001).

## 5. AVSLUTNING

Prosjektet Ambulant team ble igangsatt for å fremme økt og god samhandling og kompetanseutveksling mellom Geriatrik seksjon ved SiV og tre pilotkommuner i Vestfold for derigjennom å kvalitetssikre og effektivisere utskrevde pasienters videre behandling i KHT. Evalueringsarbeidet har hatt som mål å vurdere effekten av tiltaket på samhandlingen og kompetanseutvekslingen mellom disse to behandlingsnivåer, samt ta stilling til prosjektets videre- overføringsverdi.

Resultatene indikerer at prosjektet til en viss grad har lykket i å oppnå målet om å øke og forbedre samhandlingen mellom de to nivåene om pasienter som blir skrevet ut fra geriatrik seksjon til KHT. To forhold blir fremhevet i denne forbindelse; Bedre epikriser og kortere epikrisetid samt hyppigere kontakt mellom nivåene grunnet lavere terskel for ansatte i KHT for å kontakte ansatte på Geriatrik seksjon.

Resultatene antyder videre at målet om økt kompetanseutveksling mellom nivåene til en viss grad også er oppnådd. Forhold som blir fremhevet her er; Større kunnskap om, forståelse og respekt for det andre nivåets arbeidsforhold som igjen bidrar til et lettere samarbeid, samt en større bevissthet og forståelse for kompleksiteten rundt den geriatrike pasienten for ansatte i KHT. Det fremkommer videre av analysene at slike endringer i samhandling og kompetansenivå har medført en økt kvalitet og effektivitet i videreføringen av behandlingsplanen for pasientene i KHT. På grunnlag av slike gunstige effekter ønsket de fleste informanter å videreføre prosjektet, men mange påpekte samtidig en rekke andre forhold ved prosjektet som har forbedringspotensiale. Forslagene til prosjektmodifisering omfattet:

- en sterkere grad av involvering av medarbeidere i KHT i utformingen av prosjektet for å sikre mer passende tiltak og en eierskapsfølelse til prosjektet og derigjennom motivasjon til å implementere det lokalt
- en tidligere og bedre informering til de ulike involverte parter i KHT om prosjektets og hjemmebesøkets formål for å sikre forståelse for og dermed en positiv holdning og motivasjon til å delta
- en større grad av tverrfaglig jobbing ved hjemmebesøkene, med tverrfaglig deltakelse fra både fra 1. og 2. linjetjenesten, for å sikre ulike sider av pasientenes viderebehandling

- større fokus på pasientrelaterte enn på systemiske forhold ved hjemmebesøkene, inkludert en større grad av inkludering av pasienten i møtet
- tiltak for å sikre videre oppfølging av ”kompliserte” pasienters behandling eller nyoppdagede problemstillinger etter hjemmebesøket, for eksempel ved flere besøk fra Ambulant team
- større grad av involvering i prosjektet av færre ansatte i KHT for å sikre utvikling av et eierforhold til det og motivasjon til å utføre tildelte prosjektoppgaver
- hjemmebesøk etter morgenstellet for å unngå tidspress i KHT

Basert på disse funn anbefales en videreføring av tiltaket. Slik ambulant virksomhet bør også vurderes implementert i andre Vestfold-kommuner som likner de tre pilotkommunene ved prosjektstart med hensyn til samhandlingsmønsteret med Geriatrisk seksjon og kompetansenivå på geriatri-feltet. Det bør likevel vurderes å modifisere prosjektets tiltak i tråd med tilbakemeldinger fra denne undersøkelsens informanter da slik involvering av berørte parter øker sjansen for at prosjekter lykkes. En mer omfattende evaluering av prosjektet med supplerende andre metoder og informanter vil videre kunne gi et mer helhetlig bilde av dets effekt.

## REFERANSER

- Bartholomew, L., Parcel, G., Kok, G. & Gottlieb, N. (2001). *Intervention Mapping. Designing theory- and evidence-based health promotion programs*. Mountain View, California: Mayfield Publishing Company.
- Bjørnsson, K. (2007). Seks forebyggelsesprosjekter. Blad nr 12.  
Hentet 26.06.08 fra:  
<http://www.sygeplejersken.dk/sygeplejersken/default.asp?intArticleID=15459>
- Garåsen, H. & Johnsen, R. (2005). Samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjeneste – erfaringer fra Trondheim. *Tidsskr Nor Lægeforen*, nr 9; 125: 1198-1200.
- Halvorsen, K. (2008). *Å forske på samfunnet. En innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Hviding, K., Reinart, L.M., Mørland, B. & Buntz, E. (2004). Samhandling mellom første og andrelinjetjenester. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Arbeidsnotat.
- Jacobsen, D.I. (2003). *Forståelse, beskrivelse og forklaring. Innføring i samfunnsvitenskapelig metode for helse- og sosialfagene*. Kristiansand: Høgskoleforlaget AS.
- Kvale, S. (2002). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Langedrag, G. (2007). *Prosjekt- og aktivitetsplan "Samarbeid og kompetanseutveksling mellom sykehus og kommune"*. Sykehuset i Vestfold, Klinikk Medisin, Geriatrisk seksjon.
- Malterud, K. (1999). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring*. Aurskog: Tano Aschehoug.
- Mesteig, M. (2003). Ambulant geriatrisk team. *Geronius*, nr 2.  
Hentet 26.06.08 fra:  
<http://www.uib.no/isf/nfg/geronius/2003nr2/geroniu1.htm>
- Helse- og omsorgsdepartementet. NOU 2004:18. *Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene. Samordning og samhandling i kommunale sosial- og helsetjenester*. Kap. 11: Forholdet mellom første- og annenlinjetjenesten.
- Helse- og omsorgsdepartementet. NOU 2005: 3: *Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste*.
- Parker, S.G., Peet, S.M., McPherson, A. et. al. (2002). A systematic review of discharge arrangements for older people. *Health Technology Assessment*; Vol. 6: No. 4.  
Hentet 26.06.08 fra:  
<http://www.ncchta.org/fullmono/mon604.pdf>

Sandmoe, A. (2007). *Plan for evaluering av prosjektet "Samarbeid og kompetanseutveksling mellom sykehus og kommune"*. Sykehuset i Vestfold, Klinikk Medisin, Geriatrisk seksjon.

Sandmoe, A., Hansen, K. og Espeland, N. (2006). *Prosjektplan "Kompetanseoverføring og samhandling mellom Seksjon for aldersrelaterte sykdommer og kommunehelsetjenesten. Tett samarbeid for å fremme effektivitet og kvalitet ved utskriving av pasienter fra Sekjsonen"*. Sykehuset i Vestfold, Klinikk Medisin, Seksjon for aldersrelaterte sykdommer.

Stuck, A.E., Siu, A.L., Wieland, G.D., Adams, J. & Rubenstein, L.Z. (1993). Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. *The Lancet*; 342, 1032-1036.



## Vedlegg 1

Til Hjemmesykepleier:

Som ledd i kvalitetsarbeidet ved pasienters hjemreise, ønsker vi i Prosjekt Ambulant team at du svarer på følgende spørsmål:

Oppfølging	Ja/nei	Kommentar
Hvordan fikk dere i hj.spl beskjed om at pasienten skulle komme hjem		Via inntaksenheten? Direkte fra sykehuset?
Fikk dere informasjon nok til å forberede hjemkomst?		
Hvor lang tid i forveien fikk dere vite at pasienten skulle komme hjem?  Fikk dere nok tid?		
Gir pasientens behandlingsplan deg nok informasjon til å ivareta pasienten etter utskriving?		
Er det noe informasjon du savner?  Papirer/terapeutrapporter?  Telefonisk?		
Er det samsvar mellom slik du opplever pasientens tilstand etter hjemkomst, og det som var meldt?		
Har du eller pasienten vært i kontakt med fastlege/ tilsynslege etter utskriving?		Hvis ja, hvorfor?
Synes du dette besøket har vært nyttig for videre oppfølging av pasienten?		
Har dette besøket gitt deg større innblikk i geriatrisk post arbeidsmetoder rundt den geriatriske pasienten?		

SGer/kommuneprosjekt/prosjektperm/spørreskjema hjemmesykepleier/  
15.11.07/GL/heh

## Vedlegg 2

Navnelapp:

### Huskeliste ved hjemmebesøk Ambulant team

Diagnose v/ innleggelse \_\_\_\_\_ Tidligere diagnoser: \_\_\_\_\_

Innlagt dato: \_\_\_\_\_

Bolig: \_\_\_\_\_

Aktuelle problem område	Aktuelt	Kommentarer	Skjema
Medikament Oppdatert medisinliste			Medikam. sjekkliste
Ernæring / væske			"Ernærings journal"
Eliminasjon Urin/Avføring			Inkontinenssp ørreskj. Barthel
ADL-vurdering			
Balanse og forflytning			
Fall Safe-hip			Fall- skjema
Kognitiv/mental fungering			
Sosialt Nettverk Dagsenter			
Sikkerhet i hjemmet			Sjekkliste bolig/hjem
Syn Hørsel			

Fil: MedGer/Kommuneprosjekt/verktøykasse/Huskeliste hjemmebesøk Ambulant team.doc Utarbeidet: 15.03.07 Revidert: 19.07.07 (GML)

### Vedlegg 3

#### Intervjuguide for 1. fokusgruppeintervju (Geriatrisk team/prosjektutformer) i evalueringen av prosjektet ”Samarbeid og kompetanseutveksling mellom sykehus og kommune”.

Forskningsspørsmål/Tema	Intervjuspørsmål
Bakgrunn for prosjektet	<p>Hvem tok initiativ til prosjektet?</p> <p>Hvorfor? / Hva var bakgrunnen for at prosjektet ble initiert? Var egne eller andres erfaringer knyttet til samhandlingsrutiner mellom sykehuset og kommunene sentrale årsaker til initiativtakingen? Evt. hvem sine erfaringer? Personer på sykehuset? Personer i kommunehelsetjenesten? Pasienters eller pårørendes erfaringer? Og hva slags erfaringer?</p>
Hensikt/mål med prosjektet	<p>Hva ble målet/målene med prosjektet? Hovedmål – delmål? Hvilke konkrete forbedringer ønsket man å oppnå, både når det gjelder samhandlingsrutiner og kompetanseutveksling/-heving?</p> <p>Hvorfor ble disse målene valgt?</p>
Valg og utforming av tiltak	<p>Hvilke konkrete tiltak ble planlagt for å nå målet/målene?</p> <p>Hva var bakgrunnen for valg av tiltakene i prosjektet? Var valg av tiltak basert på kunnskap fra andre liknende prosjekter?</p> <p>Hvem tok initiativ til spesifikke tiltak i prosjektet? Hvem var med i utviklingen av de spesifikke tiltakene?</p> <p>Hva var deres (informantenes) rolle i valg og utforming av tiltak? Var det enighet blant involverte aktører om valg og utforming av tiltak? Evt. hvilke uenigheter? Hvordan løste dere de?</p>
Prosess fra initiativtaking til prosjektstart	<p>Erfaringer knyttet til prosessen mellom første initiativ til å utvikle et prosjekt og prosjektstart kan være nyttig kunnskap å viderebringe til personer som skal utvikle liknende prosjekter andre plasser.</p> <p>Hva har deres (informantenes) rolle vært i prosessen fra initiativtaking til prosjektet og frem til prosjektstart? Hvordan opplevde dere denne prosessen? Hvordan var responsen fra ledere/kolleger på sykehuset på forslag til endring? Hvordan var responsen fra sentrale personer i</p>

	<p>kommunehelsetjenesten? Var det enighet om nødvendigheten av å få til endringer? Hvordan har interessen til å bidra inn mot prosjektet fra viktige aktører på sykehuset og i kommunehelsetjenesten vært? Hvordan har prosessen med innhenting av økonomisk støtte vært?</p> <p>Hvilke var de største utfordringene knyttet til prosessen med utvikling av prosjektet? Hvilke barrierer møtte dere? Hvordan ble de løst? Ser dere i dag at dere kunne ha gjort ting annerledes? Suksess-kriterier? Hvilke ressurser var nødvendige i denne fasen?</p>
--	--

## Vedlegg 4

### Intervjuguide for fokusgruppeintervju av Ambulant team, Prosjektmedarbeidere fra kommunene og Prosjektledelsen i evalueringen av prosjektet "Samarbeid og kompetanseutveksling mellom sykehus og kommune"

Forskningsspørsmål/Tema	Intervjuspørsmål
Oppfatninger om prosjektmål	Hvilke mål oppfattet dere at prosjektet hadde (før det startet)?  Hvilke konkrete forbedringer ønsket man å oppnå, både når det gjelder samhandlingsrutiner og kompetanseutveksling/-heving?
Erfaringer fra prosjektutforming	Var dere involvert i valg og utforming av prosjekttiltak?  Eventuelt fra hvilket tidspunkt, i hvor stor grad og på hvilken måte?  Hvordan opplevde dere denne prosessen? (Stikkord: Medvirkningsgrad? utfordringer? Suksesskriterier?)
Forventninger	Hvilke forventninger hadde dere til prosjektet?  Hvilke forventninger hadde dere til dere selv i prosjektet?
Rolle i prosjektgjennomføring	Hva har deres rolle vært i prosjektgjennomføringen?
Erfaringer fra prosjektgjennomføring – <u>Effekt</u> og <u>Prosess</u>	Hvilke konkrete prosjekttiltak ble gjennomført?  Hvordan opplever dere at disse tiltakene har påvirket prosjektets mål om kvalitetssikring av prosedyrene ved utskriving?  Hvilke erfaringer knyttet til samhandlingsrutiner mellom sykehuset og kommunene hadde dere før prosjektet ble startet? Hvilke erfaringer knyttet til samhandlingsrutiner mellom sykehuset og kommunene hadde dere etter at prosjektet ble startet?  Har dere fått tilbakemelding fra andre involverte (ansatte på sykehuset, ansatte i kommunehelsetjenesten, pasienter eller pårørende) om erfaringer knyttet til slike endringer? Konkrete eksempler?

	<p>Har noen av tiltakene fungert bedre enn andre? Evt. hvilke? Hva mener dere ligger til grunn for det?</p> <p>Evt. hvilke tiltak har ikke fungert så bra? Hva mener dere ligger til grunn for det?</p> <p>Ble dine (personlige) forventninger innfridd? Evt. hvorfor ikke? Hva kunne hver enkelt av dere gjort for at de skulle bli innfridd?</p> <p>Møtte dere på noen utfordringer i gjennomføringen av prosjektet (stikkord: arbeidskultur, tidspress kunnskapsgrunnlag, roller i 1. og 2.linjetjenesten)? Hvordan ble utfordringene eventuelt løst?</p> <p>Har dere noen tanker om hvilke forutsetninger som bør være tilstede/utvikles for at et slikt prosjekt skal bli vellykket? Hvilke ressurser var nødvendige? Suksess-kriterier?</p>
Tanker rundt overføringsverdi	<p>Synes dere prosjektet bør videreføres, evt. utvides til også de andre kommunene i fylket? Hvorfor – hvorfor ikke?</p> <p>Hva ville dere gjort annerledes i forhold til dagens utforming og gjennomføring?</p>

## Vedlegg 5

### Intervjuguide for fokusgruppeintervju av Helsearbeidere i Horten, Nøtterøy og Sandefjord i evalueringen av prosjektet "Samarbeid og kompetanseutveksling mellom sykehus og kommune"

Tema	Intervjuspørsmål
Oppfatninger om prosjektmål	<p>Hvilke mål oppfattet dere at prosjektet hadde (før det startet)?</p> <p>Hvilke konkrete forbedringer ønsket man å oppnå, både når det gjelder samhandlingsrutiner og kompetanseutveksling/-heving?</p>
Forventninger	<p>Hvilke forventninger hadde dere til prosjektet?</p> <p>Hvilke forventninger hadde dere til dere selv i prosjektet?</p>
Rolle i prosjektet-gjennomføring	<p>Hva har deres rolle vært i prosjekt-gjennomføringen?</p>
Erfaringer fra prosjektgjennomføring – Effekt og Prosess	<p>Hvilke konkrete prosjekttiltak ble gjennomført?</p> <p>Hvordan opplever dere at disse tiltakene har påvirket prosjektets mål om kvalitetssikring av prosedyrene ved utskriving?</p> <p>Hvilke erfaringer knyttet til samhandlingsrutiner mellom sykehuset og kommunene hadde dere før prosjektet ble startet? Hvilke erfaringer knyttet til samhandlingsrutiner mellom sykehuset og kommunene hadde dere etter at prosjektet ble startet?</p> <p>Har dere fått tilbakemelding fra andre involverte (ansatte på sykehuset, ansatte i kommunehelsetjenesten, pasienter eller pårørende) om erfaringer knyttet til slike endringer? Konkrete eksempler?</p> <p>Har noen av tiltakene fungert bedre enn andre? Evt. hvilke? Hva mener dere ligger til grunn for det?</p> <p>Evt. hvilke tiltak har ikke fungert så bra? Hva mener dere ligger til grunn for det?</p> <p>Ble dine (personlige) forventninger innfridd? Evt. hvorfor ikke? Hva kunne hver enkelt av dere gjort for at de skulle bli innfridd?</p>

	<p>Møtte dere på noen utfordringer i gjennomføringen av prosjektet? (stikkord: arbeidskultur, tidspress kunnskapsgrunnlag, roller i 1. og 2.linjetjenesten)          Hvordan ble utfordringene eventuelt løst?</p> <p>Har dere noen tanker om hvilke forutsetninger som bør være tilstede/utvikles for at et slikt prosjekt skal bli vellykket? Hvilke ressurser var nødvendige?          Suksess-kriterier?</p>
<p>Tanker rundt overføringsverdi</p>	<p>Synes dere prosjektet bør videreføres, evt. utvides til også de andre kommunene i fylket? Hvorfor – hvorfor ikke?</p> <p>Hva ville dere gjort annerledes i forhold til dagens utforming og gjennomføring?</p>



## Vedlegg 6

Hei!

Jeg heter Catherine Lorentzen og skal som del av jobben min ved avdeling for Helsefag ved Høgskolen i Vestfold evaluere prosjektet "Samarbeid og kompetanseutveksling mellom sykehus og kommune" (Ambulant team- prosjektet). Evalueringen tar sikte på å oppnå kunnskap omkring effekten av prosjektet, og skal baseres på informasjon som innhentes gjennom gruppeintervjuer av personer som på ulike måter har vært involvert i prosjektet. Resultatene vil oppsummeres i en rapport som oversendes SiV, geriatrisk avdeling. Alle involverte parter vil få tilgang til rapporten.

Det er i denne forbindelse ønskelig å få til et gruppeintervju med dere i ..... Det er ønskelig å få til en diskusjon rundt følgende temaer; deres erfaringer fra prosjektutformingen, deres forventninger til prosjektet, deres rolle i prosjektgjennomføring, deres erfaringer fra prosjektgjennomføringen (knyttet både til selve prosessen og til deres oppfatning om effekt), og deres tanker rundt videreføring og overføringsverdi av prosjektet.

Jeg anslår at et slikt intervju vil kunne ta 45 min. – 1 ½ time. Det er derfor ønskelig å sette av 1 ½ time til formålet. Intervjuet vil bli tatt opp på diktafon for å lette analyseringsarbeidet i etterkant. Dere kan selv bestemme hvor intervjuet skal gjennomføres. Vi vil trenge et stort nok (lukket) rom til det antall personer intervjugruppen vil bestå av, der støynivået er lavt og der det er liten sannsynlighet for forstyrrelser. Vi har slike lokaliteter her på Høgskolen (Bakkenteigen), men jeg kommer gjerne til dere.

Deltakelse er frivillig og det vil ikke bli oppgitt navn ved referering til uttalelser fra intervjuet i rapporten.

Jeg ønsker i første omgang å få tilbakemelding på om du er interessert i å delta på et slikt gruppeintervju. Om du er interessert i å delta, er det fint om du kan gi tilbakemelding på hvilke tidspunkter som passer for deg blant foreslåtte tidspunkter nedenfor. Jeg skal på bakgrunn av deres tilbakemeldinger finne et tidspunkt som passer alle i gruppen som ønsker å delta.

Mandag 21/4 (etter 11.00)  
Tirsdag 22/4 (frem til 12.00)  
Onsdag 23/4  
Torsdag 24/4  
Fredag 25/4  
Mandag 28/4  
Tirsdag 29/4 (før 11.00 og etter 14.30)  
Onsdag 30/4

Det er ønskelig å gjennomføre intervjuet i tiden mellom 9.00 og 16.00.

Jeg venter spent på svar!

Mvh  
Catherine Lorentzen  
Førsteamanuensis  
Avdeling for helsefag  
Høgskolen i Vestfold

