

Universitetet i Tromsø

# Masteroppgave i Folkehelsevitenskap

---

Samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten i Nord Norge: en undersøkelse av forholdet mellom faglig forsvarlighet og svikt i behandlingen av eldre med hjerneslag

Lars Røslie

01.05.2012

Veileder: Ph.d Mette Bech Risør  
Institutt for samfunnsmedisin Universitetet i Tromsø

# Innholdsfortegnelse

<i>Kapitel 1 Innledning</i>	<i>2</i>
<i>Kapitel 2 Forskningsspørsmål</i>	<i>11</i>
<i>Kapitel 3 Metode</i>	<i>12</i>
<i>Kapitel 4 Resultat</i>	<i>17</i>
<i>Kapitel 5 Diskusjon</i>	<i>34</i>
<i>Kapitel 6 Konklusjon</i>	<i>45</i>
<i>Kapitel 7 Referanser</i>	<i>46</i>

## *Sammendrag*

Etter å ha gjennomført tilsynet med UNN HF Harstad og UNN HF Tromsø samt Tromsø- og Harstad kommune er oppfatningen at pasientene som får hjerneslag blir godt ivaretatt i overgangen mellom tjenestenivåene i Troms. Og informasjonsflyten mellom tjenestenivåene er systematisert slik at viktig pasientinformasjon følger med pasienten ved utskrivning. Som der igjennom sikrer en forsvarlig behandling og oppfølging av pasienter med hjerneslag. Under tilsynet brukte tilsynslaget Questback spørreskjema som informasjonskilde i tillegg til dokumentgransking. Vår erfaring var at intervju med ansatte kan erstattes med elektronisk spørreskjema som verifiserings metode av øvrige revisjonsfunn.

## Kapitel 1.

### 1.1. Innledning

Hjerneslag er en av de hyppigste årsaker til død og funksjonshemning og er en stor utfordring både for den enkelte som rammes, de pårørende, helsetjenesten og for samfunnet. Hvert år rammes ca. 15 000 personer i Norge av hjerneslag. Antallet hjerneslag vil anslagsvis øke med 50 prosent de neste 20 årene fordi demografien forandrer seg mot flere eldre. I Nord-Norge vil det årlig være ca. 1200-1400 nye slagtilfeller (1).

Hjerneslag (apopleksi) er plutselig innsettende tap av kroppsfunksjoner på grunn av forstyrrelser i hjernens blodsirkulasjon. Hjerneblødning er årsak i 10-15 % av tilfellene, mens blodpropp i blodårer i hjernen (trombose) er årsaken i 80-85 % av tilfellene. Går symptomene tilbake i løpet av 24 timer, kalles det et transitorisk ischemisk atakk/TIA (1).

Innsidens av hjerneslag i Norge er 3,00 per 1000 i aldersgruppen over 15 år (3,36 per 1000 for kvinner og 2,65 per 1000 for menn). Av alle de som får slag i løpet av ett år er 65 % over 75 år (2).

Når pasienter skal overflyttes fra spesialisthelsetjenesten og tilbake til hjemkommunen for videre behandling og rehabilitering er det viktig med gode rutiner for informasjonsutveksling mellom tjenestene. Her vet en både fra erfaring og risiko- og sårbarhetsanalyser at det er fare for svikt (3). Eldre pasienter som skal overføres til kommunale tjenester omfattes i for liten grad av gode dokumentasjons- og informasjonsinnhentings rutiner. I sin risiko- og sårbarhetsanalyse som Statens helsetilsyn utarbeidet som en forberedelse til eldresatsingen innen tilsyn med spesialisthelsetjenesten, utpekte det seg flere områder der det viste seg at faren for svikt var stor. Det er innen aktivisering/mobilisering/rehabilitering - tverrfaglig tidlig aktivisering, mobilisering og rehabilitering under og etter sykehusopphold. Innen kommunikasjon kom det frem at det både internt i sykehuset, ved overflytting mellom sengeavdelinger og ved overføring til den kommunale helsetjeneste var fare for svikt i informasjonsflyten. (3)

”Samhandling mellom ulike tjenester og nivå er eit område med fare for svikt. Vi ser ut i frå eksisterande internasjonal forskning at pasientovergangar, der ansvar for pasient eller brukar skal overførast frå ein stad til ein annan, kan føre med seg ei fare for uønska hendingar. Det kan til dømes gjelde overgangar frå sjukehus til sjukeheim eller frå sjukeheim til heim. Slike overgangar byr på utfordringar, blant anna knytt til informasjonsoverføring. Viktig informasjon som gjeld symptom, medikament, behandling og oppfølging skal følgje med pasienten.” (3)

For at svikt ikke skal skje i overflytting av pasienter fra et nivå til et annet, eller mellom avdelinger på samme nivå, må det hensiktsmessige for å sikre en god praksis å utarbeides skriftlige rutiner på hvordan informasjons utveksling skal organiseres. I mange tilfeller har ikke avdelingen eller institusjonen dette skriftliggjort, men det eksisterer en praksis for hvordan denne informasjonsflyten skal ivaretas. Fra et tilsynsperspektiv kan dette være tilstrekkelig, men faren for svikt er stor. I store avdelinger med mange ansatte og til dels stor utskiftning av helsepersonell vil skriftlige prosedyrer kunne? være godt nok for å sikre at informasjons utveksling blir god.

I forhold til behandling og rehabilitering ved hjerneslag sier de faglige nasjonale retningslinjer, at alle akutte slagpasienter bør behandles i en slagenhet som kombinerer akutt behandling og rehabilitering med sterkt fokus på tidlig mobilisering. Alle slagpasienter bør vurderes av et tverrfaglig team som tidlig starter utredning, definerer mål i samarbeid med pasient og pårørende, og som utarbeider og gjennomfører en plan for rehabiliteringen (4).

Pasienter med hjerneslag som har behov for videre rehabilitering i sykehus etter akuttfasen bør få tilbud om innleggelse i en rehabiliteringsavdeling. Pasienter med mild og moderat funksjonssvikt bør bli utskrevet direkte til hjemmet med oppfølging av ambulerende team og eventuelt gis et rehabiliteringstilbud i hjemmet og/eller i dag-avdeling der dette er mulig. God samhandling og informasjonsutveksling mellom sykehus og kommunehelsetjeneste er en viktig forutsetning. Rehabilitering i kommunene bør skje i nært samarbeid med foregående ledd i behandlingsskjeden (slagenhet eller rehabiliteringsavdeling) slik at en koordinert oppfølging og rehabilitering kan tilbys. Kommuner bør ha et eget rehabiliteringsteam som har ansvaret for hjemmebasert rehabilitering. Ved slagrehabilitering bør internasjonalt anerkjente og vanlig brukte tester både for kartlegging og evaluering av tiltak benyttes (4).

Alle pasienter som har hatt hjerneslag og som vil ha behov for langvarige og koordinerte helse- og/eller sosialtjenester skal informeres om retten til individuell plan. Arbeidet med En individuell plan bør påbegynnes så tidlig som mulig. (4)

Helsetilsynet skal føre tilsyn med alt helsepersonell og alle virksomheter som yter helsetjenester, herunder vurdere svikt og faglig forsvarlighet. Når en skal utføre en slik lovlighetskontroll med virksomhetene er det systemrevisjon som er metoden som benyttes. Helsetilsynet ønsker å utvikle metoder for tilsyn der det brukes mindre ressurser enn det gjøres i dag.

Som en del av eldresatsingen til Helsetilsynet og ønske om å utvikle ny tilsynsmetode ble det gjort en pilot der tilsynsystema var samhandling rundt eldre pasienter med hjerneslag og der en skulle bruke elektronisk spørreskjema og dokumentgransking som kilde for lovlighetskontrollen.

## *1.2. Kostnader*

I en randomisert studie fra St. Olavs Hospital i 2008 ble 142 pasienter over 60 år fulgt i forbindelse med innleggelse på sykehus. Årsaken til innleggelse var enten akutt sykdom eller en forverring av kroniske sykdom. Pasientene ble delt inn i to grupper. Den ene gruppen av pasienter ble slutt- og etterbehandlet i en intermediæravdeling på sykehjem. Den andre gruppen ble ferdig behandlet på det sykehuset hvor de var innlagt. Pasientene ble deretter fulgt i ett år etter innleggelsen eller frem til de døde.

Behandlingskostnadene for aktuell sykdom var i gjennomsnitt kr 39 650 i sykehjems gruppe sammenliknet med kr 73 417 i sykehusgruppen. Gjennomsnittlige behandlings- og omsorgskostnader per pasient per døgn for hele observasjonsperioden var kr 606 i sykehjems gruppe sammenliknet med kr 802 i sykehusgruppen (3).

Estimater fra Slagenheten i Trondheim indikerer at behandling i slagenhet koster om lag kr 7 000 mer per pasient sammenliknet med behandling i en ordinær sengepost. Kostnadene ved å organisere slagbehandlingen i egne definerte avdelinger mer enn oppveies av redusert behov for liggedøgn i sykehus, rehabiliteringsavdelinger og sykehjem. Ved optimal

slagenhets behandling kan det opp nås innsparinger i størrelsesorden opp mot kr 50 000 per pasient for et behandlingsforløp (5).

Slagbehandling er en disiplin som krever samarbeid mellom flere nivåer i helsetjenesten. Fra spesialisthelsetjenesten til rehabilitering i kommunehelsetjenesten. I akuttfasen er det akuttmottaket hvor pasienten blir vurdert og videre behandling blir bestemt før pasienten flyttes videre i systemet. Erfaringen i dag er at akuttbehandling i slagenhet etterfulgt av en systematisk oppfølging i samarbeid med primærhelsetjenesten er tiltaket hvor ressursbruken kan forsvares både ut ifra helseøkonomi og helsegevinst (5).

Helsetjenesten har et stort fokus på å effektivisere behandlingen av pasienter, og der igjennom redusere utgiftene både for spesialist- og kommunehelsetjenesten. I denne søken etter effektivisering har også behandlingen av pasienter med hjerneslag blitt revidert i den hensikt å endre behandlingsforløpet. Selv om det gjøres endringer i strukturen i behandlingen av hjerneslag, er det poengtert både fra politisk hold og ledelsen av sykehusene at det ikke skal gå på bekostning av kvaliteten i tilbudet.

Helse Nord RHF har i sine retningslinjer for behandling av hjerneslag bestemt at pasienter med lette til moderate skader skal utskrives tidlig fra sykehus og til hjemmet eller kommunal helseinstitusjon. Skal det være mulig å gjennomføre en slik tidlig utskrivning fra spesialisthelsetjenesten uten at det går på bekostning av kvaliteten i tilbudet, kreves det goderutiner for videre formidling av informasjon mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten (6).

I 2009 kom en rapport "Rett behandling - på rett sted - til rett tid" som var en del av St.meld.nr.47 Samhandlingsreformen -, hvor det er poengtert at nytten av samhandling mellom den kommunale pleie- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten er betydelig og godt dokumentert (7).

For kommunene sin del er det bedre økonomi å holde pasientene utenfor institusjonene og heller gi den slagrammede et tilbud i hjemmet med hjemmesykepleie og opp trening med fysioterapeut. Prisen for en somatisk langtids plass i 2009 i Oslo kommune er på 627 000 Nkr per år.

<b>Priser for de ulike sykehjems plasser</b>	<b>Vekt</b>	<b>Pris 2008</b>	<b>Pris 2009</b>	<b>Prisøkning</b>	<b>%</b>
Somatisk langtids plass	1,00	592,1	627,4	35,3	5,96
Korttids plass	1,10	651,3	690,1	38,8	5,96
Aldershjems plass	0,75	444,1	470,6	26,5	5,97
Plasser i skjermet avdeling	1,18	698,7	740,3	41,6	5,95
Forsterket plass - psykiatri	1,35	799,4	847	47,6	5,95
Forsterket plass - annet	1,70	1006,6	1066,6	60,00	5,96
Rehabiliterings plass	1,24	734,2	778,0	43,80	5,97
Dagsenterplass	0,15	89,5	94,1	4,60	5,14

Alle priser er helårspris angitt i hele 1000

En dagsenterplass har en pris på 941 000 Nkr per år. Det vil være en helse økonomisk gevinst ved å tilby pasientene å være hjemme med mulighet for å komme til et dagsenter hvor pasienten vil kunne tilbys rehabilitering samt sosialt samvær med andre eldre.

### *1.3 Behandling av slag*

Slagbehandlingen er i dag fokusert mot en så tidlig utskrivning som mulig ut fra spesialisthelsetjenesten og over til kommunehelsetjenesten eller hjem. Dette kan medføre en risiko for at pasienten ikke får den opptrening han har krav på og behov for, etter gjennomgått hjerneslag. Et annet moment er ventetiden pasienten har fra utskrivelse i spesialisthelsetjenesten til treningen/behandlingen påbegynnes i ute i kommunen. Ventetiden kan bli uforsvarlig lang fra utskrivelse til rehabilitering i kommunen kan starte. I verste fall kan dette resultere i at pasienten blir ”glemt” og dermed ikke får noe tilbud om rehabilitering.

En forskyvning fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten kan bli problematisk enten de mangler kapasitet innen rehabilitering eller at sykehjems plasser ikke er ledig. Utfordringene blir da hvorvidt det er mulighet å etablere et tilbud til denne pasientgruppen med de ressurser som kommunehelsetjenesten har til disposisjon. Slik situasjonen er i dag for mange av kommunene kan det være problematisk å finne finansiering for et ekstra løft innen eldre omsorgen

Selv om det ligger føringer for at kommunen skal få tilført mer økonomiske ressurser er behovet for fagfolk også en utfordring kommunene står ovenfor. Slik som det er i dag sliter kommunen tungt med å hente kvalifisert helsepersonell.

Helse Nord hadde i 2005 en gjennomgang av sin behandling av slagrammede. I den rapporten konkluderte Helse Nord med at rehabilitering hjemme var effektiv, men det var usikkerhet rundt hvordan dette skulle gjennomføres og organiseres (1).

I 2009 ble det gjort en Cochrane review som omfattet sykehus i Norge, Sverige, England, USA og Thailand der de så på sammenhengen mellom tidlig utskrivelse og i hvor stor grad pasienten som var rammet av hjerneslag klarte seg selv samt om pasienten fremdeles bodde hjemme seks måneder etter utskrivelse fra sykehus. Det de fant ut var at gruppen med pasienter som ble skrevet ut tidlig fra sykehuset og som i tillegg hadde støtte fra et dedikert rehabiliterings team. Hadde en større tilfredshet med livssituasjonen og flere bodde hjemme etter 6 måneder en de som fulgte et mer tradisjonelt løp med flere dager innlagt på sykehus og mindre oppfølging etter utskrivelse (8).

### *1.4 Risiko og sårbarhetsanalyse*

Som nevnt har Statens helsetilsyn gjort en risiko- og sårbarhetsanalyse av tilbudet til eldre personer i spesialisthelsetjenesten i forbindelse med planlegging av tilsyn der eldre personer var i fokus. I denne analysen ble det identifisert 13 ulike temaer som ble ansett som de viktigste områdene i forhold til fare for svikt. Det var følgende temaer helsetilsynet konkluderte var de viktigste:

1. Skrøpelige eldre med akutt sykdom eller skade får ikke tilstrekkelig rask og kyndig hjelp det vil si: ventetid før innleggelse, ventetid i mottakelsen og kyndig hjelp under oppholdet, manglende tverrfaglig akuttgeriatrike tiltak, suboptimal slagbehandling, bruddbehandling.
2. Legemiddelrelaterte problemer. Manglende rutinemessig gjennomgang av legemiddelbruken, polyfarmasi, over- og underbehandling, behandling med risiko for interaksjonen, uhensiktsmessig legemiddelbruk.
3. Mangelfulle rutiner og kompetanse hos personell i somatiske spesialavdelinger om utredning, behandling og oppfølging av geriatrike pasienter og personer med demens. Manglende helhetlig, tverrfaglig geriatrik kartlegging (comprehensive geriatric assessment=CGA).

4. Mangelfull tverrfaglig tidlig aktivisering, mobilisering og rehabilitering under og etter sykehusopphold fører til mentalt og fysisk funksjonstap og redusert evne til egenomsorg.
  5. Manglende kompetanse og kapasitet i det psykiatriske behandlingstilbudet til eldre
  6. Nedprioritering av eldre på operasjonsprogrammet. Utsettelse av planlagt operasjon, f.eks. ved hoftebrudd. Belastende preoperative prosedyrer må gjentas
  7. Manglende kartlegging av ernæringsstatus hos pasientene
  8. Kommunikasjonssvikt.
    - Internt i sykehuset ved overflytting mellom sengeavdelinger. Rutiner for informasjonsinnhenting,
    - Ved overføring til den kommunale helsetjeneste. Eldre som skal overføres til hjemmebaserte tjenester omfattes i for liten grad av gode dokumentasjonsrutiner.
  9. Det legges for lite vekt på å forebygge komplikasjoner og påførte hendelser som delirium, ernæringsvikt, depresjon, infeksjoner, trykksår og fall.
  10. Akutt forvirring (delirium) blir ikke erkjent/diagnostisert og behandlet.
  11. Manglende bruk av pårørende som samarbeidspartner ved informasjonsinnhenting og ved planlegging av videre tiltak
  12. Manglende kapasitet/tilbud i slagenheter, de eldste pasientene blir nedprioritert
  13. Omsorg ved livets slutt: Manglende kartlegging av den eldre sitt ønske og behov ved innkomst i sykehus. Unødvendige livsforlengende tiltak. Mangelfulle palliative tiltak.
- (3)

Ut fra risiko- og sårbarhetsanalysen ble det lagt en plan for landsomfattende tilsyn der eldre personer skulle være hovedfokus. Tilsynsplanen som ble utarbeidet skulle pågå fra 2009 til 2012 og omfatte hele tjenestetilbudet til eldre fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten. Det var planlagt å gjennomføre landsomfattende tilsyn på følgende områder:

- 2010: kommunale sosial- og helsetjenester
- 2011: spesialisthelsetjenestetilbudet til eldre
- 2012: samhandlingen mellom nivåene.

I og med at samhandlingsreformen er igangsatt fra 1. januar 2012 har Statens helsetilsyn bestemt at samhandling mellom tjeneste nivåene ikke skal være en del av det landsomfattende tilsynet i 2012. Kommunene og spesialisthelsetjenesten skal få arbeidsro for å implementere denne store endringen i helsetjenesten før det blir gjennomført tilsyn med dette som tilsystema.

### *1.5 Faglig forsvarlighet – et fokus for helsetilsyn*

Ved gjennomføring av tilsyn er det en lovlighetskontroll av virksomheten helsetilsynet utfører. Endel av denne lovlighetskontrollen er vurderingen av den faglige forsvarligheten som virksomheten utøver når de gir helsehjelp til pasientene. Vurderingen av hva som er faglig forsvarlig vil alltid variere ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen helsepersonellet befinner seg i. I hovedsak vil det i en tilsynssammenheng bli en vurdering av hvorvidt den behandling som er gitt kan anses å oppfylle de til enhver tid gjeldende faglige krav. Vurderingen av hva som er faglig forsvarlig må gjøres ut i fra de omstendigheter som råder på det gjeldende tidspunkt, og ut fra de handlingsalternativer som foreligger på det aktuelle tidspunktet. Når det skjer en svikt i rutiner kan dette medføre at pasienten påføres en skade. Det er ikke nødvendigvis et resultat av at praksisen er uforsvarlig eller at kvaliteten på tjenesten er dårlig.

Tjenesten blir først uforsvarlig dersom virksomheten ikke tar uheldige hendelser til etterretning og gjør endringer i rutiner og prosedyrer for å hindre at lignende hendelsen skal skje igjen. Kvaliteten på den helsehjelpen som ytes er summen av helsepersonellens kunnskap, etiske normer og faglige retningslinjer som til enhver tid gjelder.

Sykehuset Virginia Mason har laget en ligning som skal forsøke å forklare hva kvalitet er:

The Virginia Mason QUALITY EQUATION :

$$Q = \frac{A \times (O + S)}{W}$$

Q: QUALITY = kvalitet

A: APPROPRIATENESS= hensiktsmessig behandling

O: OUTCOMES= resultat

S: SERVICE= service fra personellet i tjenesten

W: WASTE= uheldige hendelser

(9)

Forklaring på denne ligningen er at kvalitet eller faglig forsvarlig er resultatet av en hensiktsmessig behandling av aktuelle sykdom. Hensiktsmessig behandling er resultatet av behandlingen – medisinske tiltak og vurderinger og hvordan pasienten opplever omsorgen fra helsepersonell. Den totale kvaliteten på behandlingen, men ikke nødvendigvis faglig uforsvarlig, forringes dersom det har vært en uheldig hendelse med pasienten underveis i forløpet. At det er uheldige hendelser i virksomheten er ikke nødvendigvis et resultat av faglig uforsvarlighet. Det blir faglig uforsvarlig dersom virksomheten ikke har internkontroll rutiner som skal fange opp de uheldige hendelser og ta dem til etterretning for å lære av dem.

Det å definere handlingen som faglig forsvarlig er ikke nødvendigvis synonymt med beste praksis, en faglig forsvarlig behandling i forhold til loven kan defineres som ett minimumskrav. At kravet til faglig forsvarlighet er regulert i lovverket er ikke dermed ensbetydende med at dette er ”beste praksis”. Dette er mere hva som regnes som et minimum for hva tjenesten må inneholde for ikke å være i strid med loven. Forsvarlighetskravet er et uttrykk for en minstestandard for det nivået som aksepteres. Det er ikke en standard for hvordan optimal helsehjelp skal gis. Dette minimumskravet er regulert ved lov. Kravet til faglig forsvarlighet reguleres av helsepersonelloven § 4 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 annet ledd.

I helsepersonelloven § 4 står det: *”Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.*

*Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell.” (10)*

I spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 står det videre: *Helsetjenester som tilbys eller ytes i henhold til denne loven skal være forsvarlige.”*

(11)



Forsvarlighetskravet har som hovedformål å bidra til en viss kvalitetsstandard på helsehjelpen. Skal man vurdere om ytelsen er forsvarlig, kan man stille seg spørsmålet: «Kunne vi eller burde vi handlet annerledes?». Hvis svaret er «ja», kan det tale for at man har brutt kravet til faglig forsvarlighet (12). Hovedhensikten med å definere krav om forsvarlighet er å beskytte pasienter mot behandling som ikke er i tråd med normen som er beskrevet som faglig forsvarlig. Helsepersonell skal ikke med sine handlinger påføre pasienter unødig lidelse, smerter eller uforsvarlig behandling i form av at helsepersonell ikke utfører de handlinger pasienten har krav på. Ansvar er todelt. Det ene aspektet er det individuelle ansvaret den enkelte har i utøvelse av helsehjelp. De som utøver helsehjelp skal ikke begi seg inn i situasjoner som de ikke er kvalifisert for. Med andre ord skal ikke helsepersonell undersøke, diagnostisere eller behandle pasienter på mangelfullt grunnlag. Det andre aspektet er arbeidsgivers og leders ansvar for å legge forholdene til rette slik at det er mulig å utøve faglig forsvarlig helsehjelp. Uansett hvor god kunnskapen til helsepersonellet er, må forutsetningene være til stede for å kunne være i stand til å utøve faglig forsvarlig praksis. Det vil si at arbeidsmengden ikke er uforholdsmessig stor, at det er egnede lokaler å jobbe i og behandle pasienter, nødvendig medisin teknisk utstyr til disposisjon, internopplæring og muligheter for faglig oppdatering. Dette ansvaret er regulert i helsepersonelloven § 16 (13).

Helsetilsynet har som oppgave å drive tilsyn med alle virksomheter som utøver helsehjelp til befolkningen. Grunnlaget og mål for helsetilsynet sitt mandat for å føre tilsyn, er hentet fra Statens helsetilsyn sin hjemmeside, der står det som følger:

Tilsynsmyndighetene skal ha oversikt over sosiale forhold, befolkningens helsetilstand og behov for tjenester, følge med på hvordan tjenestene og personellet utøver sin virksomhet og gripe inn overfor virksomheter og helsepersonell som utøver virksomhet i strid med lovgivningen. Klagebehandling, tilsyn og rådgivning basert på erfaringer fra tilsyn skal medvirke til at

- befolkningens behov for tjenester ivaretas
- tjenestene drives på en faglig forsvarlig måte
- svikt i tjenestene forebygges
- ressursene i tjenestene brukes på en forsvarlig og effektiv måte
- befolkningen har tillit til helsepersonell og tjenesten

Prioritering av tilsynsområder bygger på vurderinger av fare for svikt i tjenestene og de verdier og mål som er nedfelt i lover, forskrifter og nasjonal politikk. I risikovurderingene inngår kunnskap fra klagesaker, tilsynssaker (enkeltsaker), tilsyn med virksomhetene, områdeovervåkning og eventuelt andre kilder. Tilsynsressursene styres mot områder:

- av stor betydning for enkeltmenneskers rettssikkerhet
- der sannsynlighet for svikt er stor
- der konsekvensene av svikt for brukere og pasienter er alvorlige, eller
- der brukere og pasienter ikke selv kan forventes å ivareta egne interesser (13)

Det benyttes generelt ulike metoder for tilsyn herunder systemrevisjon, sjølmeldingstilsyn, stikkprøvekontroller, uanmeldte tilsyn og områdeovervåkning/ kartlegging.

Formål med tilsynet er:

- å se til at virksomheten utøver i samsvar med de krav som er stilt i lover og forskrifter
- å bidra til kvalitetsutvikling

Oppmerksomheten til tilsynet er rettet mot hvordan virksomheten (en kommune, en kommunal tjeneste eller et helseforetak) arbeider for å sikre at nærmere angitte krav blir

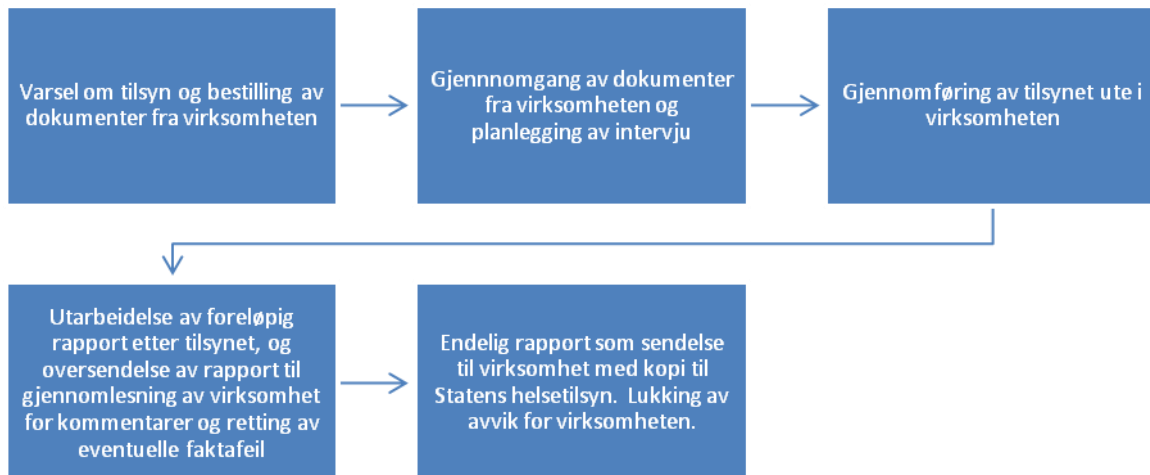
overholdt (14). For å få et bilde av hvorvidt og på hvilken måte virksomheten har innrettet seg for å etterleve kravene, gjennomgås skriftlig dokumentasjon, og ledere og ansatte intervjues. Tilsynet vil også, gjennom stikkprøver (verifikasjoner) avklare om rutiner og prosedyrer er kjent og etterleves i praksis, og om de er effektive i forhold til oppgaven eller problemet som skal løses. I tillegg til å avdekke svikt på tilsynstidspunktet, kan tilsynet avdekke uheldige forhold som på sikt kan medføre et problem for rettssikkerhet eller forsvarligheten i tjenesten, og dermed forebygge brudd på lover og forskrifter (14).

Hovedtyngden av tilsynene som utføres er systemrevisjoner. En system revisjon vil si noe om hvordan situasjonen er ved tilsynstidspunktet ved den tilsette virksomhet. Gjennomføring av en systemrevisjon går over flere måneder fra varsel om tilsyn er sendt ut og til endelig tilsynsrapport foreligger. Varsel om tilsynet blir sendt til virksomheten 2-3 måneder før tilsynsbesøket det vil da også bli bedt om styrende dokumenter. Program for tilsynsbesøket blir sendt ut 2-3 uker før selve tilsynsbesøket. Under forberedelse til tilsynsbesøket blir det utarbeidet spørsmål til intervjuet, plukke ut intervjuobjekter, gjennomført en dokumentgransking av styrende dokumenter (målsetting for virksomheten, rutine beskrivelser for områdene som tilsynet omfatter, kompetanse og opplæringsplan og organisasjonskart, registrerte avviksmeldinger og oversikt over ansvar og myndighet). Under tilsynet blir det gjort intervjuer og dokumentgjennomgang samt befaring av lokalitetene. Umiddelbart etter blir foreløpigrevisjonsrapport utarbeidet og sendt ut for kommentarer før endelig tilsynsrapport offentliggjøres (14).

Overordnet målsetting for tilsynet er å se til at virksomheten utøves i samsvar med de krav som er stilt i lover og forskrifter og å bidra til kvalitetsutvikling i helsetjenesten.

Tids- og ressursbruken er relativt stort ved en systemrevisjon. Tilsynslaget består vanligvis av 3 personer, men kan enkelte ganger bestå av opptil 5 personer, dersom det er behov for en eller flere fagrevisor under tilsynet. Fra tilsynet starter med utsendelse av varsel til systemrevisjonen gjennomføres går det 6 til 8 uker. I denne perioden skal det utpekes en kontaktperson i den virksomheten som det skal føres tilsyn med. Styrende dokumenter, prosedyrer, bemannings oversikt, eventuelt andre dokumenter skal sendes til helsetilsynet, hvor tilsynslaget skal lese gjennom alle dokumenter. Det skal utarbeides spørsmål til intervjuet og velges ut ansatte i virksomheten som skal intervjues. Selve tilsynet varer 2 til 3 dager når tilsynslaget er ute i virksomheten.

Fig.1 Systemrevisjon



### 1.6 Gjennomførte tilsyn i Helse Nord

For å si noe om hvordan de eldre med hjerneslag blir behandlet i Helse Nord er det vises det til tilsyn som ble gjennomført i 2010 og 2011, der behandlingen av eldre med hjerneslag var tilsynstema.

Helsetilsynet i Nordland, Troms og Finnmark har i 2010 og 2011 ført tilsyn med fem sykehus i Helse Nord RHF der tilsynstema har vært slagbehandling til eldre personer med akutt hjerneslag.

Dette har vært en del av et landsomfattende tilsyn i regi av Statens helsetilsyn hvor en har ønsket å sette fokus på hvordan de eldre blir ivaretatt i spesialisthelsetjenesten. Formålet med disse tilsynene har vært å vurdere om virksomheten ivaretar ulike krav i lovgivningen gjennom sin internkontroll. Tilsynene omfattet:

- hvilke tiltak virksomheten har for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av lovgivningen innenfor de tema tilsynet omfatter
- om tiltakene følges opp i praksis og om nødvendig korrigeres
- om tiltakene er tilstrekkelige for å sikre at lovgivningen overholdes

Tilsynet undersøkte styring, organisering og tilrettelegging for forsvarlig pasientforløp i behandling av pasienter med truende eller manifest hjerneslag. Revisjonen omfattet rutiner, organisering og praksis for:

- Mottak og respons i AMK ved melding om pasient med mistanke om akutt hjerneslag
- Transport til sykehus av pasient med mistanke om akutt hjerneslag
- Respons på henvendelser til sykehuset om pasienter med forbigående og/eller tilbakevendende forstyrrelser i hjernens blodsirkulasjon
- Mottak i sykehuset av pasient med mistanke om akutt hjerneslag
- Primær diagnostikk ved mistanke om truende eller manifest akutt hjerneslag
- Akutte behandlingstiltak ved truende eller manifest akutt hjerneslag
- Oppstart og gjennomføring av mobilisering og rehabilitering ved akutt hjerneslag

- Sekundær utredning av tilgrunnliggende årsak for hjerne- og karsykdom, videre behandlingsbehov, og indikasjonsvurdering, oppstart og gjennomføring av sekundærforebyggende behandlingstiltak, og overlevering av behandlingsansvaret ved utskrivelse
- Kartlegging av videre omsorgs-, opptrenings og hjelpebehov

Tilsynet omfattet de avdelinger i sykehuset som er rutinemessig involvert i utredning og behandling av slagpasienter, de arbeidsprosesser som rutinemessig inngår i pasientforløp, og hvordan samarbeidet om disse styres og gjennomføres med hensyn til:

- Organisering og fordeling av ansvar, oppgaver og myndighet
- Kompetanse- og personellstyring
- Tiltak for tilrettelegging for god praksis og for å forebygge svikt
- Ledelsens oppfølging (15)

Av de fem sykehusene i Helse Nord som hadde tilsyn, var det tre som fikk avvik hvor de ikke sikrer faglig forsvarlig helsetjenester til pasienter med hjerneslag på bakgrunn av de kriterier som er listet opp ovenfor.

De tre helseforetakene fikk pålegg om å rette avvik innen angitt tidsfrist. Alle tilsynene er nå lukket det vil si at avvik som ble påpekt under tilsynene er rettet.

## Kapitel 2.

### 2.1 Forskningsspørsmål

Helsetjenesten er hele tiden i endring der målsettingen er å effektivisere driften og på den måten gjøre helsevesenet ytterligere kostnads effektivt – mere helse for hver krone, men uten at dette skal gå på bekostning av forsvarligheten i tjenesten. Den demografiske endringen i samfunnet innebærer at det blir flere eldre og som en konsekvens av denne endringen også flere pasienter som får hjerneslag. Majoriteten av pasienter som får hjerneslag er over 75 år (2).

Kostnadene for helsevesenet vil derfor øke innen behandling og rehabilitering av pasienter med hjerneslag. Et av tiltakene for å redusere kostnader for behandling og rehabilitering pasienter med hjerneslag er å redusere antall dager pasienter med hjerneslag er innlagt på sykehus eller i en kommunal institusjon. Desto tidligere pasienten kan overføres, enten direkte hjem eller til den kommunehelsetjenesten, jo mindre vil den totale kostnadene være for helsevesenet være. Skal tidlig overføring skje med minst mulig risiko for svikt, kreves det gode rutiner i virksomhetene for informasjonsutveksling mellom de ulike nivåer i helsetjenesten. Dersom informasjonsflyten svikter vil dette medføre en risiko for at pasienten ikke får den optimale behandlingen eller rehabilitering. Eller det kan medføre at medikamenter blir utelatt i den videre oppfølgingen. Pasient og pårørende vil miste tilliten til helsetjenesten og oppleve stor usikkerhet rundt behandlingen dersom viktig informasjon ikke videre formidles.

Helsetilsynet i Troms ønsket derfor å gjennomføre et tilsyn der tema for tilsynet gikk på samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten og hvor ny tilsynsmetoden skulle utprøves. Tema for tilsynet med bruk av spørreskjema og dokument granskning som tilsynsmetode var: Samhandling mellom spesialist- og

kommunehelsetjenesten med fokus på overganger internt i tjenesten eller mellom de ulike nivåer i tjenesten.

Det er ressurskrevende både for tilsynsmyndighet og revidert virksomhet når det gjennomføres systemrevisjon. Som en del av Statens helsetilsyn sin metodeutvikling Helsetilsynet i Troms fikk etter søknad tildelt midler til et prosjekt hvor det skulle undersøkes hvorvidt elektronisk spørreskjema samt dokumentgransking er egnet som alternativ tilsynsmetode i forhold til systemrevisjon.

I denne oppgaven er det to spørsmål jeg ønsker å finne svar på:

1. Er det mulig ved bruk av Questback elektronisk spørreskjema og dokumentgransking å erstatte systemrevisjon som tilsynsmetode?
2. Kan man ved hjelp av Questback elektronisk spørreundersøkelse og dokumentgransking si noe om helsetjenesten sikrer faglig forsvarlig tjeneste til eldre med akutt hjerneslag med særlig fokus på overganger/samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten og i forhold til rehabilitering og informasjonsutveksling?

## Kapitel 3.

### 3.1 Metode

Det overordnede formål med denne oppgaven er å finne svar på om bruk av elektroniskspørreskjema og dokumentgransking er egnet til å bruke som metode for tilsyn med helsetjenesten. For å kunne si noe om egnetheten til spørreskjema og dokumentgransking som tilsynsmetode var det nødvendig å gjøre et tilsyn der metoden ble brukt. For å kunne effektivisere i forhold til ressursbruk hos revidert virksomhet og tilsyns myndigheter har det vært et ønske fra Statens helsetilsyn å utvikle andre tilsynsmetoder som kan erstatte eller supplere systemrevisjon som metode. Helsetilsynet i Troms ønsket å prøve elektronisk spørreskjema/Questback hvor en innhenter informasjon om virksomheten i tillegg til dokument- og journalgranskning, som et alternativ til systemrevisjon. En ny tilsynsmetode, dersom den viser seg å gi tilstrekkelig beviser til å konkludere, kan være arbeids- og ressurs besparende både for tilsynsmyndigheten og tilsynsobjektet. Elektronisk spørreskjema er brukt i andre sammenhenger med suksess, slik som markedsundersøkelser, produktundersøkelse og spørreundersøkelser. Bruk av spørreskjema er valgt fordi dette gir mulighet for å nå ut til mange respondenter til en lav kostnad. For at det skal være mulig å trekke konklusjoner etter en spørreundersøkelse må det være tilstrekkelig med respondenter til at det er mulig generalisere svarene til en populasjon. Det å benytte elektroniskspørreskjema er derfor et godt egnet redskap. Å bruke spørreskjema kalles deskriptivt design eller beskrivende design. Formålet med et beskrivende design er å gi svar på spørsmål som hva, hvilke, hvordan, hvem og hvorfor. Designet benyttes derfor når vi ønsker å beskrive eller finne sammenhengen mellom en eller flere begreper eller variabler (16).

Bruk av spørreskjema er en kvantitativ metode for innsamling av data. En kvantitativ undersøkelsesmetode har sin styrke ved at den i høyere grad enn den kvalitative gir en større oversikt og klarer å gripe fatt i det som er representativt og gjennomsnittlig for den gruppen av mennesker som det forskes på. Man får få opplysninger om mange undersøkelsesenheter og man kan derfor lettere danne seg en forstilling om for eksempel generelle holdninger i en

større andel av en befolkningsgruppe. Ved en kvantitativ undersøkelse blir spørsmålene standardisert slik at alle undersøkelsesenheter blir stilt ovenfor de samme spørsmålene i form av et spørreskjema. Det innebærer en stor grad av styring av datainnsamlingen fra forskeren som åpner for at man kan generalisere og få en helhetlig oversikt, og se sammenhenger og mønstre som går igjen på det man forsker på (16).

Svakheter med spørreskjema er at respondenten ikke kan utdype sine svar i særlig grad selv om det er muligheter for kommentarer. utfordringer for den som skal lage spørsmål til undersøkelsen er å kunne lage så gode spørsmål at de gir svar på det en som en mener er viktig å få svar på. Blir spørreskjema for langt kan respondenten miste interessen og unnlater å gjøre ferdig spørreundersøkelsen. Det krever også kjennskap til den virksomheten som en skal undersøke for å være i stand til å lage relevante spørsmål. Ved å publisere spørreskjema til mange respondenter er det vanskelig å få tilstrekkelig med spørreskjema tilbake og dermed kan det bli en utfordring å få konkludert på et tilstrekkelig grunnlag. Når en velger å bruke e-post som distribusjons måte er en avhengig av at de som skal delta har egen e-post konto. Det ble ikke diskutert eller problematisert at ansatte ikke hadde tilgang til en e-postkonto der de arbeidet. Bakgrunnen for at dette ikke ble noe tema for gjennomføringen av den elektroniske spørreundersøkelsen var at kontaktpersonene ute i tjenesten selv hadde selektert respondentene og det ville være lite hensiktsmessig for kontaktpersonen å plukke ut ansatte som ikke hadde tilgang på e-post. Da de var innforstått med at spørreundersøkelsen skulle gjøres elektronisk. Blant de respondentene som deltok i spørreundersøkelsen var det ingen nyansatte slik at problemer med nyansatte som ikke hadde fått tilgang til e-postkonto var eliminert.

Det å få respondentene til å svare på spørreundersøkelsen mente vi ville bli fulgt opp av de respektive kontaktpersoner i virksomhetene. Fordi vi gav virksomhetene et eierforhold til prosjektet ved og involverte tjenesten i arbeidet med å utforme spørsmålene til spørreundersøkelsen.

Det å kunne sammenligne de forskjellige virksomhetene er ikke mulig ut i fra at alle virksomheter er forskjellig organisert både i antall pasienter som blir innlagt, antall ansatte i virksomheten, antall innbyggere som sogner til sykehusene og antall innbyggere i kommunene. Det som er fellesnevneren er at alle virksomhetene-både de kommunale og spesialisthelsetjenesten må forholde seg til de lover og forskrifter som regulerer tjenesteytingen i forhold til kravet om forsvarlighet utover det er de fri til å organisere sin virksomhet slik de finner det mest hensiktsmessig.

I forhold til det spesifikke formål i forskningsspørsmål 1, var hensikten å vurdere ombruken av Questback elektronisk spørreskjema og dokumentgranskinger godt nok i forhold til den tradisjonelle metoden for tilsyn som er systemrevisjon. Det ble brukt to spørreskjema, et til spesialisthelsetjenesten og et spørreskjema til kommunehelsetjenesten. Informantene er ansatte i virksomhetene som behandler pasienter med hjerneslag. Hvem som skulle være deltager i spørreundersøkelsen ble valgt ut av kontaktpersonen i virksomheten, det var på forhånd enighet mellom tilsynsmyndigheten og helsetjenesten om at respondentene skulle være i direkte pasientkontakt. Det ble i tillegg bedt om pasientjournaler og styrende dokumenter fra virksomhetene som ble gransket i den hensikt å finne dokumentert samhandling mellom tjenesten og arenaer for tverrfaglig samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

Da tilsynet var gjennomført ble det invitert til dialogmøte med de virksomheter som hadde deltatt i prosjektet for å presentere de funnene vi hadde gjort i forhold til risiko for svikt og for å få en tilbakemelding om dette stemte med det de opplevde som sårbare områder i sin virksomhet. I dialogmøtene med virksomhetene ble det også bedt om tilbakemelding om denne tilsynsformen var ressursbesparende i forhold til systemrevisjon.

Etter at tilsynet med bruk av elektronisk spørreskjema var gjennomført ble det gjort en intern evaluering av helsetilsynet om dette var en hensiktsmessig metode for å føre tilsyn med en virksomhet. Evalueringen ble gjort av tilsynslaget og prosjektgruppen ved at en diskuterte de funn og tilbakemeldinger som vi fikk fra de reviderte virksomheter. I tillegg ble det debattert om informasjonen vi fikk ved dette tilsynet var like pålitelige som om det hadde vært en systemrevisjon. For å kunne konkludere om den informasjonen vi har er pålitelig må informasjonen verifiseres av to kilder. Ved gjennomgang av resultatdokumentasjon var det for å kunne verifisere de skriftlige prosedyrer som virksomheten har eller for å bekrefte de svar som respondentene gav i spørreundersøkelsen.

Helsetilsynet har eldre som fokus i sine valg av tema for tilsyn. Det var derfor naturlig å velge eldre som tema ved gjennomføringen av denne piloten der vi skulle bruke elektronisk spørreskjema og dokumentgransking. I tillegg var tema for det landsomfattende tilsynet med spesialisthelsetjenesten behandling av hjerneslag til eldre, noe som medførte at vi hadde god kjennskap til situasjonen for den akutte behandlingen ved hjerneslag. Det vi ønsket å få vite mer om var ivaretagelsen av pasienten når det ble aktuelt med overflytting, enten mellom avdelinger innad i spesialisthelsetjenesten eller ut til kommunehelsetjenesten.

Overganger menes her flytting av pasienter fra et behandlingsnivå til et annet, lavere nivå. Eller flytting av pasienter på samme behandlingsnivå, men mellom forskjellige avdelinger innen samme institusjon.

For å belyse problemstillingen var det valgt ut fire avdelinger i UNN HF som behandler pasienter med akutt hjerneslag. Siden det var spesielt ønskelig å se på overganger fra spesialisthelsetjenesten ut til primærhelsetjenesten ble det tatt kontakt med Tromsø kommune og Harstad kommune for å få kontakt med tjenester som tok i mot pasienter fra spesialisthelsetjenesten etter gjennomgått akutt hjerneslag. Tromsø og Harstad ble valgt fordi dette er de to største kommunene i Troms og har derfor flest personer over 67 år og derfor flere pasienter som er innlagt på grunn av hjerneslag.

For å kunne gjennomføre nevnte metode utprøving ble spørreundersøkelsen definert som et tilsyn forankret i Love om statlig tilsyn med helsetjenesten § 2.

Selv om det foreligger en lovhjemmel i forhold til det å be om dokumenter og pasientjournaler, ble det valgt å tone ned tilsynsdelen, og i stedet fokusere på samarbeid og ønske om å bidra til kvalitetsforbedring fremfor å påpeke brudd på lover og forskrifter. Det ble tatt kontakt med de utvalgte virksomhetene, og de ble bedt om å utnevne kontaktpersoner som kunne bidra med å selekttere respondenter for Questback undersøkelsen.

Kontaktpersonene var også sentrale i utvelgelsen av områder hvor det var mest sannsynlighet for svikt. Slik at det skulle bli lettere å lage spørsmål som var i stand til å avdekke de områdene hvor det er størst fare for svikt innen tjenesten.

Det ble bedt om pasientjournaler fra spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten ut fra følgende kriterier:

Pasienter med akutt hjerneslag som er utskrevet fra spesialisthelsetjenesten til hjemmet eller til rehabiliteringsopphold i spesialisthelsetjenesten/kommunen

- over 67 år
- pasienter som har hatt et lite bistandsbehov før hjerneslaget
- behov for oppfølging/rehabilitering etter utskrivning

Kommunene som deltok var

- Tromsø kommune ved Nordøya hjemmetjeneste og Seminaret døgnrehabilitering
- Harstad kommune ved Tildelingsenheten

Ved UNN Tromsø deltok

- Geriatrisk avdeling
- Slagenheten

Ved UNN Harstad deltok

- Fysikalsk og rehabiliteringsmedisin (rehabiliteringsavdelingen)
- Slagenheten

Det ble også etterspurte dokumenter som kunne si noe om virksomhetens styringssystem og internkontroll og det ble bedt om utskrift av relevante journalldokumenter ut fra ovennevnte kriterier.

Aktuelle styringsdokumenter det ble bedt om, var følgende: målsetting for virksomheten, organisasjonskart og oversikt over ansvar og myndighet for sentrale funksjoner, kopi av inngåtte samarbeidsavtaler, innholdsfortegnelse over internkontroll systemet, rutinebeskrivelser som omfattet, kompetanse- og opplæringsplan for nytilsatte og vikarer og registrering av avviksmeldinger.

### *3.2 Utvikling av spørreskjema*

I sin risiko- og sårbarhetsanalyse fra 2010 påpekte Staten helsetilsyn 13 tema der det var fare for svikt i forhold til skrøpelige eldre.. Ut fra de 13 temaene var det to tema som ble valgte ut i utarbeidelsen av spørreskjema til Questback undersøkelsen i forhold til at de spesielt omhandlet bekymring knyttet opp til problemstilling. Det var hvilke rehabilitering pasientene får tilbud om etter overflytting fra spesialisthelsetjenesten over til kommunehelsetjenesten, og hvordan informasjonsutvekslingen mellom nivåene i behandlingkjeden blir ivarettatt. De temaene ble rangert som nummer fire og som nummer åtte i alvorlighets grad.

Dette var følgende temaer:

Aktivisering/mobilisering/rehabilitering:

- Mangelfull tverrfaglig tidlig aktivisering, mobilisering og rehabilitering under og etter sykehusopphold fører til mentalt og fysisk funksjonstap og redusert evne til egenomsorg

Kommunikasjon:

- Internt i sykehuset ved overflytting mellom sengeavdelinger. Rutiner for informasjonsinnhenting og ved overføring til den kommunale helsetjeneste.
- Eldre som skal overføres til hjemmebaserte tjenester omfattes i for liten grad av gode dokumentasjonsrutiner.



Med dette som utgangspunkt skulle Helsetilsynet i Troms utarbeide en Questback spørreundersøkelse av med fokus på overganger/samhandling i tilbudet til eldre personer med hjerneslag.

Questbacken ble sendt ut for en prøvebesvarelse av ansatte i avdelingen. Det som er utfordringen i arbeidet med spørsmålene i Questbacken er å få dem så presise og entydige at respondentene forstår hva vi faktisk ønsker å få svar på i undersøkelsen. Det ble utarbeidet et spørreskjema på 40 spørsmål. Spørreskjema ble systematisert i temaer. Innledningen gikk på arbeidssted, utdanning, antall år arbeidserfaring, kjennskap til egen organisasjon – hvem var nærmeste overordnet. Bakgrunnen for disse spørsmålene var å danne oss et bilde av virksomheten i forhold til utdannings nivå, turnover blant ansatte, hvor godt ansatte er informert om egen struktur og hvorvidt det har vært noe internundervisning om egen organisasjon i forhold til hvordan arbeidet rundt pasientene er organisert. Antall år i en organisasjon gjenspeiler hvor godt ansatte har kjennskap til gangen i pasientbehandlingen, hvor de kan innhente informasjon om en pasient, hvordan det er mest hensiktsmessig å jobbe mot de forskjellige pasientene for å kunne yte best mulig helsehjelp. De innledende spørsmålene var identiske for spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Deretter ble de utformet spørsmål mer spesifikt mot henholdsvis spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. ( se vedlegg)

I utviklingen av spørreskjema var det satt sammen en gruppe i helsetilsynet som har som primæroppgave å drive med tilsyn av helsetjenesten. For å kvalitetssikre spørsmålene før undersøkelsen ble publisert, var det flere møter i avdelingen der spørsmålene ble diskutert i plenum. Ved gjennomgangen i avdelingen fikk vi avklart bruk av begreper, ord, rekkefølge på spørsmål og hva vi ville ha svar på ved å stille aktuelle spørsmål.

De ansatte hadde ulik erfarings grunnlag, noen hadde mange års erfaring fra tilsyn og andre hadde lite tilsynserfaring. I fellesskap utgjorde dette en gruppe med mye erfaring innen tilsyn og fra helsetjenesten. De som satt i prosjektgruppe var fagansvarlig for planlagte tilsyn, fylkeslegen og assisterende fylkeslege, som hadde erfaring innen for rehabilitering fra spesialisthelsetjenesten, juridiskrådgiver som også er utdannet ergoterapeut og helsefaglig rådgiver med lang erfaring fra spesialisthelsetjenesten. De tilbakemeldinger som de ansatte kom med etter publisering internt i helseavdelingen av spørreskjema gikk ut på at det måtte gjøres en spissing av enkelte spørsmål. Slik at det kom helt klart frem hva det var vi ønsket svar på med spørsmålene våre.

### *3.3 Gjennomføring av tilsynet*

Det ble sendt ut e-postinvitasjon om deltagelse i spørreundersøkelsen til 26 personer i kommunehelsetjenesten i to kommuner, og 35 personer ved 4 avdelinger i spesialisthelsetjenesten. Disse ble funnet ved at:

Kontaktpersonene i kommunehelsetjenesten ble bedt om å plukke ut følgende fagpersoner tilknyttet samme avdeling:

- 1 ansatt uten formell helse- og sosialfaglig utdanning
- 2 hjelpepleiere
- 2 sykepleiere
- 1 fysioterapeut
- 1 ergoterapeut
- 1 logoped

- enhetsleder

I spesialisthelsetjenesten ble kontaktpersonene i utvalgte avdelinger bedt om å plukke ut følgende fagpersoner tilknyttet samme enhet/avdeling:

- 1 ansatt uten formell helse- og sosialfaglig utdanning
- 2 hjelpepleiere
- 2 sykepleiere
- 1 fysioterapeut
- 1 ergoterapeut
- 1 logoped
- avdelingssykepleier
- avdelingsoverlege

De ansatte som deltok i spørreundersøkelsen skulle kunne svare på hvordan virksomheten driver sin praksis i behandlingen av eldre pasienter med hjerneslag. For å kunne være i stand til å svare på våre spørsmål var forutsetningen at de var i direkte pasientkontakt.

Både spesialist- og kommunehelsetjenesten ble bedt om å sende Helsetilsynet aktuelle pasientjournaler samt styrende dokumenter og prosedyrer for dokument granskning. Ved gjennomgang av pasientjournalene og styrende- og resultatdokumentasjon så vi etter spor etter samhandling og informasjonsutveksling mellom avdelinger og ulike nivåer i helsetjenesten. Eksempler på dette er referat fra tverrfagliginterne møter i aktuelle avdeling eller dokumentasjon på at kommunehelsetjenesten hadde vært på informasjonsmøte før utskrivelse av pasienten fra sykehus. Om det var dokumentert i pasientjournalen at det var gjennomført hjemmebesøk før utskrivelse fra kommunal helseinstitusjon til hjemmet.

## Kapitel 4.

### *4.1 Antall respondenter og pasientjournaler*

Antall svar på Questback spørreundersøkelsen fra kommunehelsetjenesten var 21. Totalt antall responser: 21 (21 unike respondenter) 21 av 26 e-postinvitasjoner har generert 21 responser. 0 andre respondenter har generert 0 responser (uten å følge e-postlinken). 1 invitert(e) har benyttet avmeldingslink i e-postinvitasjon. Dette gir en svarprosent på 80,77.

Fra spesialisthelsetjenesten totalt antall responser: 32 (32 unike respondenter) 31 av 35 e-postinvitasjoner har generert 31 responser. 1 respondenter har generert 1 responser (uten å følge e-postlinken). Dette gir en svarprosent på 88,57.

Harstad kommune ble bedt om å finne 20 pasientjournaler. Det var 10 journaler på pasienter som ble sendt direkte hjem etter behandling i spesialisthelsetjenesten og 10 journaler på pasienter som ble utskrevet til sykehjem før endelig overflytting til hjemmet. De sendte over 10 journaler fra gruppen som ble utskrevet direkte til hjemmet og 7 for dem som ble utskrevet til sykehjemmet før hjemsendelse. Grunnen de oppgav for at de bare fant 7 stykker i gruppe 2 var at prosessen var tidkrevende fordi den måtte gjøres manuelt slik at de ikke rakk tidsfristen, det ble lovet å etter sende de 3 resterende.

Tromsø kommune ved Nordøya hjemmetjeneste sendte 9 utskrifter av pasientjournaler. Rehabiliteringstjenesten/Seminaret i Tromsø kommune hadde ingen pasienter over 67 år i sine arkiver fra 2010 med diagnosen hjerneslag og som var aktuelle i forhold til utvelgelses av kriteriene.

Fra spesialisthelsetjenesten ved UNN HF Tromsø Nevrologisk avdeling - slagenheten fikk Helsetilsynet 20 pasientjournaler innenfor de kriteriene som var satt opp. Nevrologisk avdeling sendte oss navn og personnummer, slik at tilsynslaget dro ut til virksomheten og leste selv i elektronisk pasientjournal på de utvalgte pasienter. UNN Harstad Rehabiliteringsmedisinsk seksjon sendte utskrift av 20 pasientjournaler som falt innunder våre utvelgelses kriterier.

Etter at kontaktpersonen hadde rekruttert respondenter ble det sendt ut totalt 35 invitasjoner til ansatte i spesialisthelsetjenesten for å delta på Questback undersøkelsen, i fra responsloggen på Questback var det følgende antall som svarte fra spesialisthelsetjenesten:

Totalt antall responser: 32 (32 unike respondenter)

31 av 35 e-postinvitasjoner har generert 31 responser.

1 andre respondenter har generert 1 responser (uten å følge e-postlinken).

#### *4.2 Oversikt over når respondentene svarte på Questback undersøkelsen*

Fra spesialisthelsetjenesten var majoriteten av svarene fra respondentene kommet innen to uker etter publisering av Questback undersøkelsen. Publiseringen foregikk ved at kontaktpersonene sendte e-postadressene til respondentene til Helsetilsynet. Adressene ble deretter lagt inn i Questback slik at hver og en fikk tilsendt en link som de skulle bruke for å besvare Questback undersøkelsen. Dersom ikke respondenten svarte inne tidsfristen, fikk vedkommende en påminnelse automatisk tilsendt til sin e-postadresse. Alle respondentene var plukket ut av kontaktpersonen i virksomheten, respondentene var derfor informert om hensikten med Questback undersøkelsen og det er rimelig å anta at kontaktpersonen har motivert respondentene i tillegg var det få personer som skulle delta i hver enkelt virksomhet. Dette kan være forklaringen på den gode deltagelsen i denne undersøkelsen.

Fra kommunehelsetjenesten var totalt antall responser 21. Det ble sendt ut totalt 26 e-postinvitasjoner som generert 21 responser.

Alle svarte innen fristen som var 3.desember.

#### *4.3 Resultat fra Questback spørreundersøkelsen – kommunehelsetjenesten*

Hvilken kommune jobber du i?

Alternativer	Prosent	Verdi
1 Tromsø	60,0 %	12
2 Harstad	40,0 %	8
Total		20

Hvilken grunnutdanning har du?

Alternativer	Prosent	Verdi
1 Fysioterapeut	14,3 %	3
2 Ergoterapeut	14,3 %	3
3 Sykepleier	33,3 %	7
4 Vernepleier	4,8 %	1
5 Hjelpepleier/omsorgsarbeider	19,0 %	4
6 Ansatt uten formell helse- og sosialfaglig utdanning	4,8 %	1
7 Lege	0,0 %	0
8 Hvis annen faglig bakgrunn, spesifiser	9,5 %	2
Total		21

Hvor lenge har du vært ansatt i den stillingen du har nå?

Alternativer	Prosent	Verdi
1 Mindre enn 6 måneder	19,0 %	4
2 Fra 6 måneder til 1 år	0,0 %	0
3 Mellom 1 og 2 år	0,0 %	0
4 2 år eller mer	81,0 %	17
Total		21

Hvor er du ansatt?

Alternativer	Prosent	Verdi
1 Hjemmetjenesten	19,0 %	4
2 Ergoterapitjenesten	0,0 %	0
3 Fysioterapitjenesten	0,0 %	0
4 Tildelingskontor	4,8 %	1
5 Kommunal rehabiliteringstjeneste/institusjon/sykehjem	47,6 %	10
6 Kommunal rehabiliteringstjeneste utenfor institusjon	14,3 %	3
7 Annet, spesifiser her	14,3 %	3
Total		21

Jobber du tverrfaglig, det vil si sammen med personer med ulik fagbakgrunn?

Alternativer	Prosent	Verdi
1 Ja	100,0 %	20
2 Nei	0,0 %	0
Total		20

Hvis du jobber tverrfaglig, hvilke yrkesgrupper jobber du sammen med?

Alternativer	Prosent	Verdi
1 Fysioterapeut	60,0 %	12
2 Ergoterapeut	70,0 %	14
3 Sykepleier	95,0 %	19
4 Vernepleier	50,0 %	10
5 Helsefagarbeider/Hjelpepleier/omsorgsarbeider	95,0 %	19
6 Ansatte uten formell helse- og sosialfaglig utdanning	85,0 %	17
7 Lege	50,0 %	10
8 Logoped	45,0 %	9
9 Psykolog	5,0 %	1
10 Aktivitør	55,0 %	11
11 Andre yrkesgrupper, spesifiser her	30,0 %	6
Total		20

På hvilken måte ivaretas det tverrfaglige samarbeidet til eldre pasienter med hjerneslag i din tjeneste?

Alternativer	Prosent	Verdi
1 Faste og jevnlig tverrfaglige møter med en klar struktur og ansvarsfordeling	42,9 %	9
2 Det er ikke faste møter, men det kan avtales for den enkelte pasient	57,1 %	12
3 Det er ingen klar struktur og ansvarsfordeling	0,0 %	0
4 Det er tilfeldig om det blir møter rundt pasienten	4,8 %	1
Total		21

Er det etablert rutiner for samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen når eldre personer med hjerneslag skrives ut fra spesialisthelsetjenesten?

Alternativer	Prosent	Verdi
1 Det er ikke etablert samarbeidsrutiner	42,9 %	9
2 Det er utarbeidet rutiner, men disse følges ikke opp i praksis	9,5 %	2
3 Det er etablert rutiner som fungerer	23,8 %	5
4 Annet, spesifiser her	28,6 %	6
Total		21

Hvem gjelder disse rutinene for?

Alternativer	Prosent	Verdi
1 Kommunen og UNN	57,1 %	4
2 Rehabiliteringstjenesten og UNN	42,9 %	3
3 Pleie- og omsorgstjenesten og UNN	42,9 %	3
4 Legetjenesten og UNN	0,0 %	0

5	Hvis det er etablert rutiner med enkelte avdelinger ved UNN, beskriv hvilke avdelinger og rutiner her	28,6 %	2
Total			7

Foretas det faglig velbegrunnede valg av tilbud etter utskrivning (utskrivingsdestinasjon) når eldre personer med hjerneslag skrives ut fra spesialisthelsetjenesten til kommunen?

Alternativer	Prosent	Verdi	
1	Utskriving bærer preg av å være styrt av kapasitet og tilgjengelighet i tilbud	47,6 %	10
2	Utskriving bærer preg av systematisk kartlegging av rehabiliteringsbehov og videre rehabiliteringspotensial	38,1 %	8
3	Annet, spesifiser her	14,3 %	3
Total			21

Ved utskrivning fra spesialisthelsetjenesten: Hvor lang tid tar det oftest før dere mottar epikriser, tverrfaglig rapport etc.?

Alternativer	Prosent	Verdi	
1	Informasjon følger oftest med pasienten ved utskrivning fra spesialisthelsetjenesten	33,3 %	7
2	1 - 7 dager	47,6 %	10
3	8 - 14 dager	4,8 %	1
4	Mer enn 14 dager	4,8 %	1
5	Annet, spesifiser her	14,3 %	3
Total			21

Har din tjeneste rutiner for raskt å innhente pasientinformasjonen som trengs fra spesialisthelsetjenesten, fastlege eller andre tjenester?

Alternativer	Prosent	Verdi	
1	Det er klart hvem som har ansvar for å vurdere foreliggende opplysninger og om det må innhentes supplerende opplysninger.	61,9 %	13
2	Det er ikke klart hvem som har ansvar for å vurdere foreliggende opplysninger og hvem som må innhente supplerende opplysninger	4,8 %	1
3	Det avtales for den enkelte pasient	4,8 %	1
4	Det foreligger ikke rutiner for dette	9,5 %	2
5	Annet, spesifiser her	19,0 %	4
Total			21

Ved planlegging av utskriving av pasient fra spesialisthelsetjenesten: Når er det vanlig at spesialisthelsetjenesten tar kontakt med kommunal helsetjeneste?

Alternativer	Prosent	Verdi
1 1 -3 dager etter innleggelse	0,0 %	0
2 1 uke etter innleggelse	14,3 %	3
3 1 -2 uker etter innleggelse	9,5 %	2
4 Annet, spesifiser her	76,2 %	16
Total		21

Under «annet spesifiser her» svarer respondentene blant annet:

Avd.leder som får slike forespørslar -jeg kjenner ikke til det

Svært varierende, men oftest raskt- 1-3 dager

Det er ikke noen fast rutine på dette i forhold til dagrehabilitering.Når det gjelder pas som skal overføres direkte fra UNN til døgnehabilitering så får vi henvendelse så snart dette er avklart. Kan ta fra dager til uker.

Tilbyr spesialisthelsetjenesten veiledning av kommunalt ansatt helsepersonell ved utskriving av enkeltpasienter?

Alternativer	Denne undersøkelsen		Spesialisthelsetjenesten Tromsø	
	Prosent	Verdi	Prosent	Verdi
1 Det gis tilbud om hospitering	38,1 %	8	18,8 %	3
2 Det gis veiledning over telefon	52,4 %	11	81,3 %	13
3 Det gis veiledning over videokonferanse	0,0 %	0	0,0 %	0
4 Det gis bare veiledning i forbindelse med utskriving av yngre personer (under 67 år)	0,0 %	0	0,0 %	0
5 Det gis tilbud om utskrivingssamtale	38,1 %	8	12,5 %	2
6 Annet, spesifiser her	38,1 %	8	43,8 %	7
Total		21		16

Hvis det foregår veiledning av kommunens helsepersonell, hvem er det som oftest mottar slik veiledning?

Alternativer	Prosent	Verdi
1 Hjemmetjenesten	63,2 %	12
2 Fastlege	5,3 %	1
3 Ergoterapeut	36,8 %	7
4 Fysioterapeut	52,6 %	10
5 Logoped	21,1 %	4
6 Pårørende	15,8 %	3
7 Vernepleier	0,0 %	0
8 Annet, spesifiser her	52,6 %	10
Total		19

Har din tjeneste rutiner for å utrede/kartlegge pasientenes behov for tiltak/rehabilitering?

Alternativer	Prosent	Verdi
1 Ja	85,7 %	18
2 Nei; hvorfor er det ikke utarbeidet rutiner for utredning/kartlegging?	14,3 %	3
Total		21

Hvem har ansvar for at utredning/kartlegging av pasientens behov igangsettes?

Alternativer	Prosent	Verdi
1 Hjemmetjenesten	16,7 %	3
2 Tverrfaglig team samarbeider	44,4 %	8
3 Koordinerende enhet	50,0 %	9
4 Fastlege	5,6 %	1
5 Ergoterapitjenesten	33,3 %	6
6 Fysioterapitjenesten	33,3 %	6
7 Annet, spesifiser her	22,2 %	4
Total		18

På hvilken måte foregår målsetting for og planlegging av rehabiliteringen?

Alternativer	Prosent	Verdi
1 Mål settes i samarbeid mellom pasient og/eller pårørende og fagpersonene som samarbeider tverrfaglig rundt pasienten	81,0 %	17
2 Mål settes av den enkelte fagperson for sitt felt	23,8 %	5
3 Avtales for den enkelte pasient	28,6 %	6
4 Det er ingen klar struktur eller ansvarsfordeling	4,8 %	1
5 Det er tilfeldig om det settes mål	9,5 %	2
6 Annet, spesifiser her	4,8 %	1
Total		21

Får eldre pasienter med hjerneslag rehabiliteringstilbud i det omfang de har behov for (i samsvar med faglige vurderinger)?

Alternativer	Prosent	Verdi
1 Alltid	0,0 %	0
2 Som oftest	94,7 %	18
3 Sjelden	5,3 %	1
4 Aldri	0,0 %	0
Total		19



Er det etablert samarbeidsrutiner for samarbeid internt i kommunen ved utskriving av eldre med hjerneslag fra kommunalt rehabiliteringsopphold?

Alternativer	Prosent	Verdi
1 Det er ikke etablert samarbeidsrutiner/prosedyrer	30,0 %	6
2 Det er utarbeidet rutiner/prosedyrer, men disse følges ikke opp i praksis	5,0 %	1
3 Det er etablert rutiner som fungerer	65,0 %	13
Total		20

Mellom hvilke kommunale tjenester er det etablert samarbeidsrutiner?

Alternativer	Prosent	Verdi
1 Hjemmetjenesten	100,0 %	14
2 Dagrehabilitering	71,4 %	10
3 Ergoterapitjenesten	78,6 %	11
4 Fysioterapitjenesten	78,6 %	11
5 Logopedtjenesten	50,0 %	7
6 Privat fysioterapitjeneste	21,4 %	3
7 Andre tjenester, spesifiser her	50,0 %	7
Total		14

Får eldre personer som har behov for langvarige og koordinerte tjenester tilbud om individuell plan?

Alternativer	Prosent	Verdi
1 Ja	65,0 %	13
2 Nei; hvorfor får ikke eldre tilbud om individuell plan?	35,0 %	7
Total		20

At alle mente de jobbet tverrfaglig var som forventet. Det kom frem i møte med tjenesten i etterkant av spørreundersøkelsen at dette ikke var tilfellet og at det var mer et flerfaglig arbeid rundt pasienten enn tverrfaglig. Se Diskusjon for ytterligere refleksjon over dette.

Skal det være mulig å jobbe tverrfaglig med pasienten er det nødvendig med faste møtepunkter. Over 50 % av respondentene svarte at det ikke var faste møtepunkter.

At så stor andel som 42,9 % svarer at det ikke er etablert rutiner for samarbeid mellom tjenestene er overraskende i og med at 64,5 % i spesialisthelsetjenesten svarte at det var etablert et slikt samarbeid med kommunehelsetjenesten. Og vi fant dette også dokumentert i pasientjournaler.

#### 4.4 Resultat fra Questback spørreundersøkelse - spesialisthelsetjenesten

Hvor er du ansatt?

Alternativer	Prosent	Verdi
1 Geriatrisk avd UNN Tromsø	29,0 %	9
2 Slagenheten UNN Tromsø	22,6 %	7
3 Fysikalsk medisin og rehab UNN Tromsø	0,0 %	0
4 Slagenheten UNN Harstad	9,7 %	3
5 Fysikalsk medisin og rehab UNN Harstad	38,7 %	12
Total		31

Hvilken grunnutdanning har du?

Alternativer	Prosent	Verdi
1 Fysioterapeut	13,3 %	4
2 Ergoterapeut	13,3 %	4
3 Sykepleier	30,0 %	9
4 Vernepleier	0,0 %	0
5 Hjelpepleier/omsorgsarbeider	3,3 %	1
6 Ansatt uten formell helse- og sosialfaglig utdanning	0,0 %	0
7 Lege	23,3 %	7
8 Hvis annen faglig bakgrunn, spesifiser	16,7 %	5
Total		30

Hvor lenge har du vært ansatt i den stillingen du har nå?

Alternativer	Prosent	Verdi
1 Mindre enn 6 måneder	3,3 %	1
2 Fra 6 måneder til 1 år	6,7 %	2
3 Mellom 1 og 2 år	16,7 %	5
4 2 år eller mer	73,3 %	22
Total		30

Hvilken stilling/funksjon har du?

Alternativer	Prosent	Verdi
1 Pleiepersonell (sykepleier, hjelpepleier, omsorgsarbeider, ufaglært, assistent)	25,8 %	8
2 Terapeutstilling (ergoterapeut, fysioterapeut, logoped, sosionom)	35,5 %	11
3 Avdelingsleder	3,2 %	1
4 Ass.lege	9,7 %	3
5 Overlege	9,7 %	3
6 Avd.overlege	0,0 %	0

7	Annet, spesifiser her	16,1 %	5
Total			31

Jobber du tverrfaglig det vil si sammen med personer med ulik fagbakgrunn?

Alternativer	Prosent	Verdi
1 Ja	100,0 %	31
2 Nei	0,0 %	0
Total		31

Som forventet svarte alle at de jobbet tverrfaglig med pasientene.

Hvis du jobber tverrfaglig, hvilke yrkesgrupper jobber du sammen med?

Alternativer	Prosent	Verdi
1 Fysioterapeut	93,5 %	29
2 Ergoterapeut	90,3 %	28
3 Sykepleier	96,8 %	30
4 Vernepleier	3,2 %	1
5 Sosionom	32,3 %	10
6 Helsefagarbeider/Hjelpepleier/omsorgsarbeider	87,1 %	27
7 Ansatt uten formell helse- og sosialfaglig utdanning	32,3 %	10
8 Lege	100,0 %	31
9 Psykolog	35,5 %	11
10 Logoped	90,3 %	28
11 Andre yrkesgrupper, spesifiser her	35,5 %	11
Total		31

På hvilken måte ivaretas det tverrfaglige samarbeidet til eldre personer med hjerneslag i din avdeling/seksjon?

Alternativer	Prosent	Verdi
1 Faste og jevnlig tverrfaglige møter med en klar struktur og ansvarsfordeling	100,0 %	31
2 Det er ikke faste møter, men det kan avtales for den enkelte pasient	0,0 %	0
3 Det er ingen klar struktur og ansvarsfordeling	0,0 %	0
4 Det er tilfeldig om det blir møter rundt pasienten	0,0 %	0
Total		31

Har din avdeling rutiner for å kartlegge pasientenes behov for tiltak/rehabilitering?

Alternativer	Prosent	Verdi
1 Ja	100,0 %	31
2 Nei, hvorfor er det ikke utarbeidet rutiner for utredning/kartlegging?	0,0 %	0
Total		31

Hvem har ansvar for at utredning/kartlegging av pasientens behov igangsettes?

Alternativer	Prosent	Verdi
1 Tverrfaglig team samarbeider	96,8 %	30
2 Koordinerende enhet	0,0 %	0
3 Sykepleier	25,8 %	8
4 Lege	29,0 %	9
5 Ergoterapitjenesten	12,9 %	4
6 Fysioterapitjenesten	12,9 %	4
7 Avdelingsleder	0,0 %	0
8 Avtales for den enkelte pasient	6,5 %	2
9 Annet, spesifiser her	6,5 %	2
Total		31

Er det etablert rutiner for samarbeid internt ved overføring av eldre med hjerneslag til annen avdeling (ved sykehuset)?

Alternativer	Prosent	Verdi
1 Det er ikke etablert samarbeidsrutiner/prosedyrer	31,0 %	9
2 Det er utarbeidet rutiner/prosedyrer, men disse følges ikke opp i praksis	0,0 %	0
3 Det er etablert rutiner som fungerer	69,0 %	20
Total		29

Er det etablert samarbeidsrutiner med alle aktuelle avdelinger/seksjoner for denne pasientgruppen?

Alternativer	Prosent	Verdi
1 Ja	63,2 %	12
2 Nei	26,3 %	5
3 Hvis det er etablert samarbeidsrutiner med noen avdelinger, oppgi hvilke:	26,3 %	5
Total		19

Er det etablert rutiner for samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen ved utskriving av eldre personer med hjerneslag fra spesialisthelsetjenesten til kommunen?

Alternativer	Prosent	Verdi
1 Det er ikke etablert samarbeidsrutiner	16,1 %	5
2 Det er utarbeidet rutiner/prosedyrer, men disse følges ikke opp i praksis	6,5 %	2
3 Det er etablert rutiner som fungerer	64,5 %	20
4 Annet, spesifiser her	35,5 %	11
Total		31

Hvem gjelder disse rutinene for?

Alternativer	Prosent	Verdi
1 UNN og kommunene	61,9 %	13
2 Avdelingen og Rehabiliterings-tjenesten	57,1 %	12
3 Avdelingen og Pleie- og omsorgstjenesten	76,2 %	16
4 Avdelingen og Legetjenesten	14,3 %	3
5 Andre, spesifiser her	19,0 %	4
Total		21

Ved planlegging av utskriving: Hvem i avdelingen har ansvar for å ta kontakt med kommunen ev. annen spesialisert rehabilitering?

Alternativer	Prosent	Verdi
1 En fast person har ansvar	9,7 %	3
2 Avtales fra gang til gang	41,9 %	13
3 Primærkontakt har ansvar	54,8 %	17
4 Det er ikke etablert rutiner	3,2 %	1
5 Angi fagkompetanse på ansvarlig	41,9 %	13
Total		31

Ved planlegging av utskriving: Hvor mange dager etter innleggelse er det vanlig at spesialisthelsetjenesten tar kontakt med kommunal helsetjeneste?

Alternativer	Prosent	Verdi
1 1 - 3 dager	35,5 %	11
2 1 uke	19,4 %	6
3 1 - 2 uker	22,6 %	7
4 Annet, spesifiser her	29,0 %	9
Total		31

Ved utskriving av pasient med behov for oppfølging, hvem tar avdelingen kontakt med?

Alternativer	Prosent	Verdi
1 Fastlege	0,0 %	0
2 Pårørende	60,0 %	3
3 Pleie- og omsorgstjenesten	100,0 %	5
4 Fysioterapeut	20,0 %	1
5 Ergoterapeut	20,0 %	1
6 Logoped	0,0 %	0
7 Koordinerende enhet/funksjon i kommunen	20,0 %	1
8 Andre, spesifiser her	40,0 %	2
Total		5

Foretas det faglig velbegrunnede valg av tilbud etter utskriving (utskrivingsdestinasjon) når eldre personer med hjerneslag skrives ut fra spesialisthelsetjenesten?

Alternativer	Prosent	Verdi
1 Utskriving bærer preg av å være styrt av kapasitet og tilgjengelighet i tilbud	38,7 %	12
2 Utskriving bærer preg av systematisk kartlegging av rehabiliteringsbehov og videre rehabiliteringspotensial	67,7 %	21
3 Annet, spesifiser her	6,5 %	2
Total		31

Har din avdeling rutiner for raskt å formidle videre pasientinformasjon som epikriser, tverrfaglig rapport o.l.?

Alternativer	Prosent	Verdi
1 Vi har gode rutiner som fungerer	80,6 %	25
2 Vi har rutiner, men disse følges ikke opp i praksis	6,5 %	2
3 Hver faggruppe har sine egne rutiner	9,7 %	3
4 Jeg har ikke oversikt over andre faggrupper sine rutiner	9,7 %	3
5 Annet, spesifiser her	22,6 %	7
Total		31

Ved utskriving av eldre personer med hjerneslag: Hvor lang tid tar det oftest for dere sender ut epikriser, tverrfaglig rapport etc. til kommunen/annen spesialisert rehabilitering?

Alternativer	Prosent	Verdi
1 Epikrise følger oftest med pasienten ved utskriving	80,6 %	25
2 1 - 7 dager	12,9 %	4
3 8 - 14 dager	3,2 %	1
4 Mer enn 14 dager	0,0 %	0
5 Annet, spesifiser her	25,8 %	8

Total		31
-------	--	----

Foregår det veiledning av kommunens helsepersonell ved utskrivning av enkeltpasienter?

Alternativer	Prosent	Verdi
1 Det gis tilbud om hospitering	43,3 %	13
2 Det gis veiledning over telefon	80,0 %	24
3 Det gis veiledning over videokonferanse	23,3 %	7
4 Det gis bare veiledning i forbindelse med utskrivning av yngre personer (under 67 år)	0,0 %	0
5 Det gis tilbud om utskrivningssamtale	23,3 %	7
6 Annet, spesifiser her	36,7 %	11
Total		30

Hvis det foregår veiledning av kommunens helsepersonell, hvem er det som oftest mottar slik veiledning?

Alternativer	Prosent	Verdi
1 Hjemmetjenesten	89,3 %	25
2 Fastlege	0,0 %	0
3 Ergoterapeut	35,7 %	10
4 Fysioterapeut	46,4 %	13
5 Logoped	7,1 %	2
6 Pårørende	39,3 %	11
7 Vernepleier	0,0 %	0
8 Annet, spesifiser her	28,6 %	8
Total		28

I spesialisthelsetjenesten er det satt av faste møtepunkter der de yrkesgruppene som arbeider med pasienten møtes for å evaluere og planlegge tiltak. Det viser at tverrfaglig arbeid er etablert og praktisert i spesialisthelsetjenesten. Tverrfaglig arbeid var dokumentert i pasientjournaler ved tverrfaglig rapport.

Det ble bekreftet ved dokument gjennomgangen at det var etablert rutiner for samarbeid mellom spesialisthelsetjeneste- og kommunehelsetjenesten og at de fungerte.

Å skille mellom kommunen som organisasjon og mer detaljert ned på avdelingsnivå var egentlig ikke nødvendig. Utskrivningsrutiner er regulert i samarbeidsavtalen mellom UNN HF og kommunene hvor det står at kommunen blant annet skal ha tidlig melding og at det skal være mulig for kommunen å komme på undervisning/hospitering i forkant av utskrivelse.

I følge samarbeidsavtalen mellom UNN HF og kommunene skal kommunen ha melding om innleggelse av pasienten så tidlig som mulig. Helst innen 3 dager. Dette er ikke praktisert fullt ut da bare 35,5 % sier de gir kommunen en slik melding i henhold til avtalen.

Sykehuset tar ikke bare kontakt med avdelingen/kommunen med informerer også fastlege og pårørende i tillegg til ergo- og fysioterapitjenesten. Dette blir gjennomført med kopi av epikrise.

#### *4.5 Tilbakemelding til virksomhetene på funn etter Questback og dokumentgransking*

Dette prosjektet var i samarbeid med helsetjenesten samtidig som det var et tilsyn av virksomhetene. Alle virksomhetene som deltok fikk tilbud om at vi kom ut i virksomhetene og presenterte de funn vi hadde gjort ved hjelp av Questback spørreundersøkelse og dokumentgransking. Vi var i møte på alle avdelinger som deltok i prosjektet.

I møte med Harstad kommune var det følgende funn som var relevant for spørsmålet om samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten:

Funnene underbygger våre funn der respondentene svarte at samhandlingen med spesialisthelsetjenesten fungerte godt. Grunne til at samarbeidet fungerte godt i Harstad kommune og UNN Harstad var at det var etablert faste møter. Dette var i liten grad dokumentert i pasientjournaler men i følge rutiner for Harstad kommune var det etablert. Det ble bekreftet i spørreskjema og på dialogmøtet.

Det kom frem under dialogmøtet at det ikke var ventetid for pasienter som skulle skrives ut for videre rehabilitering i Harstad kommune. Vi hadde forventet ventetid som kunne medført at rehabiliterings potensial ble forringet for pasientene.

Det ble bekreftet at det var hospitering fra helsepersonell i kommunen til pasienten for vedkommende ble utskrevet. Dette bidrar til at kommunen er godt forberedt til å ta i mot pasienten ved utskrivelses tidspunkt.

Vi fikk bekreftet at det var et godt samarbeid internt i kommunene mellom de ulike profesjonene.

I møte med Tromsø kommune - Seminaret rehabiliteringstjeneste var det følgende funn som var relevant for spørsmålet om samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten og internt i tjeneste:

- Ved Seminaret i Tromsø kommune fikk vi bekreftet at de jobbet tverrfaglig både fra svarene i Questback spørreundersøkelsen i tillegg til at det var dokumentert i pasientjournalen ved tverrfaglige rapporter samt bekreftelse i dialogmøtet.
- En del av det tverrfaglige arbeidet består av å kartlegge pasientens potensiale for rehabilitering samt en vurdering av pasientens funksjonsevne. I dialogmøtet ble det bekreftet at dette ble gjort samt vi fant dette også dokumentert i pasientjournaler.
- I det videre arbeidet med rehabilitering av pasienten etter utskrivelse fra UNN Tromsø ble det arbeidet videre med målsetting og utarbeidet en rehabiliteringsplan for pasienten. Dette arbeidet ble gjort tverrfaglig.
- Når pasienten ble utskrevet fra Seminaret ble det avholdt møte mellom pasienten, pårørende og hjemmetjenesten for å planlegge utreisen. Det ble i enkelte tilfeller også gjort hjemmebesøk som en del av planleggingen før utskrivelsen. Dette fant vi dokumentert i pasientjournaler og i rutiner for virksomheten.



I dialogmøte med UNN Harstad Slagavdelingen var det følgende funn som var relevant for spørsmålet om samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten og internt i tjenesten:

- Slagavdelingen ved UNN Harstad tar raskt kontakt, 1 til 2 dager etter innleggelsen, med hjem kommunen for planlegging av utskrivelse.
- Er dialog med hjemkommunen underveis i behandlingen av pasienten på sykehuset. Dette for å planlegge videre rehabilitering av pasienten i kommunen best mulig etter utskrivelse fra spesialisthelsetjenesten. Dette ble bekreftet både fra Questback spørreundersøkelsen og gjenfunnet i pasientjournaler.
- Det var kort epikrisetid fra sykehuset ut til kommunen. Dette ble bekreftet fra Questback spørreundersøkelsen og i pasientjournaler.

Ved UNN Harstad Fysikalsk og rehabiliteringsmedisinsk avdeling var det følgende funn som var relevant for spørsmålet om samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten og internt i tjenesten:

- Det tas tidlig kontakt med hjemkommune, i løpet av den første uken pasienten er innlagt. Dette var i henhold til rutiner for avdelingen og vi fikk dette bekreftet fra Questback spørre undersøkelse og fant det i tillegg dokumentert i pasientjournaler:
- Det var møter med kommunehelsetjenesten noe som ble bekreftet fra dialogmøtet med kommunen i tillegg til Questback spørreundersøkelsen og fant det dokumentert i pasientjournaler samt bekreftet i dialogmøtet.
- Under oppholdet ved avdelingen blir det søkt om kommunale tjenester slik at det ikke skulle være noen forsinket utskrivelse fra sykehuset grunnet mangle på kommunale tjenester.
- Ved utskrivelse fra avdelingen er det utarbeidet en tverrfaglig rapport samt epikrise som følger med pasienten ved utreise. Det er lagd en plan for videre rehabilitering for pasienten.

Ved UNN Tromsø Geriatrisk avdeling ble det gjort følgende funn som er relevant for spørsmålet om samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten for eldre med hjerneslag:

- Epikrisen følger med pasienten ved utskrivelse. Det lages målsetting og en rehabiliteringsplan for pasienten, dette var dokumentert i pasientjournaler og bekreftet i Questback spørreundersøkelse og i dialogmøte.
- Det utarbeides en rapport om pasientens rehabiliteringspotensiale som følger med pasienten ut til kommunen. Dette er ikke alltid dokumentert i pasientjournalen men bekreftet i dialogmøte.
- Det skal lages en tverrfaglig epikrise men det er ikke alltid dette blir gjennomført.

- Det skal tas tidlig kontakt med hjemkommunen ved innleggelse men det er ikke alltid dokumentert i pasientjournalen. I følge svar i Questback blir det att tidlig kontakt med hjemkommunen noe som også ble bekreftet i dialogmøtet.

Ved UNN Tromsø nevrologisk avdeling/slagenheten var det gjort følgende funn som er relevante for spørsmål om samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten:

- Avdelingen tar kontakt med hjemkommunen dette ble dokumentert i pasientjournalen og bekreftet fra Questback spørreundersøkelsen og i dialogmøte.
- Det utarbeides tverrfaglig epikrise til alle pasienter som utskrives.
- Avdelingen gjør en kartlegging og en funksjonsvurdering av pasienten som er en del av den tverrfaglige epikrisen som følger pasienten ved utskrivelse.
- Ved overflytting internt på UNN Tromsø lages det alltid overflyttingsnotat fra sykepleier, lege, ergo- og fysioterapeut.

Oppsummeringen av dialogmøtene er at behandlingen av eldre pasienter med hjerneslag er systematisert og standardisert for å kunne gi best mulig behandling og omsorg. Det er gjennomgående tidlig melding til hjemkommunen, det gjøres en kartlegging og vurdering av rehabiliteringspotensialet som formidles videre til kommunen ved utskrivelse.

Det lages tverrfaglige rapporter til kommunen samt at epikrisen følges med pasienten ved utskrivelse. Dette sikrer at viktig informasjon om pasienten følger med ut til kommunehelsetjenesten.

Helsepersonell fra kommunen kan dersom det er ønskelig eller behov hospitere i spesialisthelsetjenesten for å bedre være i stand til å ta over behandlingen av pasienten. Spesialisthelsetjenesten søker tidlig om kommunale tjenester til pasienten noe som gir kommunen mulighet til å forberede mottaket av pasienten.

## Kapitel 5.

### 5.1 Diskusjon

Pasienter med hjerneslag vil øke i antall i tiden som kommer på grunn av en aldrende befolkning. Dette gir helsetjenesten både en organisatorisk og økonomisk utfordring. Innleggelse i sykehus koster mye penger sammenlignet med innleggelse i kommunale institusjoner eller det å behandle pasienter hjemme. Helsevesenet ønsker derfor at pasienter har kortest mulig liggetid i spesialisthelsetjenesten istedenfor, i den utstrekning det er mulig, overflytte slagpasienten til et lavere nivå. Tidlig utskriving krever god kommunikasjon og organisering mellom nivåene i helsetjenesten for å være i stand til å tilby den omsorg og hjelp pasienten både har krav på og trenger for raskest mulig komme i sin habituelle tilstand.

For å påse at virksomheter ivaretar sin plikt til å yte nødvendig helsehjelp og overholder de lover og forskrifter som regulerer dette, skal helsetilsynet føre tilsyn med alle virksomheter og alt helsepersonell i Norge. Det å føre tilsyn er ressurskrevende både for virksomhetene og tilsynsmyndighetene. Helsetilsynet har et mål om å utvikle og effektivisere metoden slik at tilsyn blir mindre ressurskrevende både for virksomheten og myndighetene. Helsetilsynet i Troms fikk midler for å gjøre en pilot med bruk av elektronisk spørreskjema og dokumentgransking som tilsynsmetode til pasienter med hjerneslag.

Konklusjonen etter gjennomføringen av piloten var at elektronisk spørreskjema egner seg som tilsynsmetode for innsamling av informasjon, kartlegging av helsetjenesten og som kilde til verifikasjon. Men at det ikke oppleves som ressursbesparende når tilsynsmyndighetene krever kopier av styrende dokumenter og pasientjournaler for gjennomgang i forkant av tilsynet.

Etter å ha gjennomført dette kombinerte tilsynet og metodeutviklingen om samhandling mellom tjenestenivåer og internt i virksomheter rundt pasienter med hjerneslag er oppfatningen at pasienter med hjerneslag for god og omsorgsfull behandling av helsetjenesten.

## *5.2 Diskusjon av metode*

Metoden ved å benytte elektronisk spørreskjema for å kartlegge virksomhetens praksis, ble valgt fordi en ville nå mange utvalgte respondenter fordelt utover i virksomheten. Ved tilsynsbesøket ute i virksomhetene i forbindelse med en systemrevisjon vil vi bare være i stand til å intervju et lite utvalg av de ansatte. Derfor er det ønskelig med flere kilder til informasjon for å kunne danne oss et godt bilde av virksomheten. For at svarene skal være representative for virksomheten var vi avhengig av god svarprosent. Fra kommunehelsetjenesten var svarprosenten 80,77 og spesialisthelsetjenesten 88,57. Denne gode gir grunnlag for å si at svarene er valide. At en ikke får 100 % deltagelse kan skyldes sykdom, permisjon med videre tror ikke svarprosenten hadde økt nevneverdig dersom vi hadde vektlagt at dette var et tilsyn. At deltagelsen var så god mener jeg gir grunnlag for å si at å bruke elektronisk spørreskjema som informasjonskilde ved tilsyn i stede for intervju av ansatte. Kan i større utstrekning speile virksomhetens praksis siden en får informasjon fra mange respondenter/ansatte.

Intervjuobjektene blir valgt ut slik at de skal speile hele virksomhetens praksis i behandlingen av pasientene. Fra øverste leder til de som kun jobber i redusert stilling på natt og eventuelt ekstravakter. For å kunne hente inn informasjon om virksomheten fra alle ansatte er det å bruke spørreskjema via e-post et egnet verktøy. Dette har blitt designet med akkurat dette for øye i det private næringslivet det hensikten har vært å måle effekt av reklame, respondenters handle mønster, politisk tilhørighet, valgmuligheter og lignende. Denne metoden for innhenting av informasjon har også Staten adoptert (17).

Det å nå ut til respondentene med spørreskjema på papir medfører logistikk utfordringer i forhold til forsendelse, distribuering ute til den enkelte i virksomheten, sende ut påminnelse om utfylling av skjema, innsamling av ferdig utfylte spørreskjema, sende tilbake spørreskjema til tilsynsmyndighetene og utarbeidelse av rapporter som må gjøres manuelt.

Ved bruk av en digital løsning vil dette arbeidet gå raskere og kreve mindre ressurser. Det å sende ut spørreskjema og påminnelser og lage rapporter er langt mindre arbeidskrevende ved elektronisk spørreskjema. En har også muligheter for å følge med på hvor mange og eventuelt hvem som ikke har svart på spørreskjema. Og der det er behov følge disse opp tettere slik at svarprosenten blir så høy som mulig. Ved bruk av manuelt skjema har en ikke den

muligheten. En er helt avhengig av at kontaktpersonen ute i virksomheten gjør oppfølgings jobb på våre vegne. Erfaringsmessig er det ikke alltid denne jobben blir fulgt godt nok opp av den som er kontaktperson ved slike “manuelle” spørreskjema.

Fordelen med å bruke en elektronisk spørreundersøkelse er at dette verktøyet er designet for å hente inn informasjon fra mange respondenter. I denne piloten var det et begrenset antall respondenter som ble valgt ut, og de som ble spurt om å delta var rekruttert av virksomheten selv. En burde invitert alle i den avdelingen som deltok i spørreundersøkelsen slik at resultatet med større sannsynlighet var i samsvar med hva som faktisk var gjeldende praksis i virksomheten. I en systemrevisjon blir det sendt en oversikt over ansatte og hvilken utdanning de har samt stillingsbrøk i avdelingen. Revisjonslaget vil da plukke ut de som tilsynslaget mener vil speile virksomheten og gi den mest korrekte beskrivelse av virksomheten. Under dette kombinerte tilsynet og metodeutviklingen prosjektet fikk virksomheten selv lov til å velge ut dem som de mente kunne svare på spørreundersøkelsen. Vi hadde igjen grunn til å tro at dette nødvendigvis medførte at svarene gav inntrykk av at virksomheten var bedre organisert en hva som faktisk var tilfellet.

Argumenter mot å bruke spørreskjema som metode for innsamling av data er at respondentene kan finne spørreundersøkelsen meningsløs og kjedelig og av den grunn unnlater å svare. En får ikke bedre svar en de spørsmålene du stiller, det er derfor viktig å lage presise og relevante spørsmål til spørreskjema slik at respondenten ønsker å svare på undersøkelsen. Ved bruken av spørreskjema er det i liten utstrekning mulig å svare utfyllende med hjelp av tekst. Det er derfor en sjanse for at en kan gå glipp av informasjon fordi det ikke er muligheter å beskrive hvordan ting er, siden det kun er mulig med avkrysning som er bestemt av de som har utarbeidet spørreskjema. Det å bruke spørreskjema med flere avkrysningsmuligheter krever ikke nødvendigvis refleksjon av respondentene i særlig utstrekning, det kan medføre at de egentlig ikke vet hva de svarer på. Noe som igjen kan redusere kvaliteten på dataene.

De opplysninger en får om virksomheten ved hjelp av spørreskjema må bekreftes på annen måte. Dette kan gjøres på flere måter enten som dokumentgransking, intervju av utvalgte personer fra den virksomheten som det blir ført tilsyn med eller fra pasientjournaler. Desto flere verifikasjoner en får jo sikrere er revisjonsbeviset. Tilsynsteamet vil helst ha tre verifikasjoner i den grad det er mulig for å underbygge våre observasjoner med mer tyngde.

Dersom en velger og ikke å foreta intervjuer men heller benytte spørreskjema som alternativ informasjonskilde mister tilsynslaget muligheten til å snakke med de ansatte i virksomheten. Det som kan bli konsekvensen er at tilsynet ikke blir informert om praksis som er god men som i liten grad er dokumentert i styrende dokumenter. I ytterste konsekvens kan det medføre at virksomheten får avvik. Tilsynsmyndighetene kan da oppleves som lite troverdige og profesjonelle noe som vil undergrave respekten for myndighetene.

Ved å bruke elektronisks spørreskjema er det mulig å nå alle de ansatte i virksomheten, fra et tilsynsperspektiv vil alltid dette være interessant siden informasjonsgrunnlaget blir større og dermed mer pålitelig.

I dette prosjektet, hvor hensikten har vært å prøve ut en alternativ tilsynsmetode, har hovedmålet med prosjektet hvert å redusere bruken av ressurser, både hos virksomheten som blir

revidert og for tilsynsmyndigheten, og det ble derfor ikke gjort intervjuer med utvalgte medarbeidere fra virksomhetene men heller benyttet spørreskjema for å innhente informasjon.

For å bekrefte informasjon, som ble hentet inn med spørreskjema, ble dokumentgransking og gjennomgang av pasientjournaler viktig for å verifisere de svar vi fikk etter å ha gjennomført den elektroniske spørreundersøkelsen.

Skulle det være mulig å si noe om hvor hensiktsmessig den nye metoden var, ble det viktig å få en tilbake melding fra de virksomheter som deltok i tilsynet. Tilbakemeldingen til oss skulle være på de funn som ble gjort og de konklusjoner vi trakk på bakgrunn av informasjonen vi hadde tilegnet oss med hjelp av spørreskjema, dokument- og journalgransking. Det ble derfor holdt dialogmøter med alle avdelinger som var involvert i prosjektet.

Ved gjennomgangen av våre funn med virksomhetene var tilbakemeldingen at det vi hadde funnet stemte godt overens med hva de selv oppfattet som risiko for svikt ved sin virksomhet og bekreftet på den måten at det er mulig å gjennomføre tilsyn med bare bruk av Questback spørreundersøkelse og dokument- og journalgransking.

Ved bruk av spørreundersøkelse som metode bør ikke spørreskjema være for omfattende, da en risikerer at respondentene mister interessen underveis og unnlater å fullføre spørreundersøkelsen. I denne spørreundersøkelsen inneholdt spørreskjema førti spørsmål. Antallet spørsmål var forsøkt begrenset så mye som vi mente var nødvendig uten at det skulle gå på bekostning av resultat. Fra alle virksomheter var det god svar prosent noe som kan tyde på at lengden på spørreundersøkelsen ikke utfordret respondentene på deres tålmodighet. At mange svarte på spørreundersøkelsen er også et resultat av kontaktpersonene fulgte opp respondentene. Og at kontaktpersonen og respondentene mente det var viktig å delta i denne metodeutviklingen.

Hvor mange som skal delta i en spørreundersøkelse for at det skal være et representativt utvalg er avhengig av problemstilling og populasjonen som skal delta (16). Vi lot kontaktpersonene i virksomhetene velge de respondenter som var i en slik posisjon at de kunne svare på hvordan virksomheten jobbet med slagpasienter. Det kan ha medført at de som svarte var selektert for å vise tilsynsmyndigheten at de hadde en god organisering rundt arbeidet med slagpasienter. Dette var vi klar over var en risiko. Men ble vurdert dit hen at det ikke hadde så stor betydning fordi vi har relativt god kjennskap til virksomhetene og hva de sliter med i sin daglige håndtering av slagpasienter.

Denne informasjonen har vi fra tilsyn, klagesaker, meldinger fra sykehusene om uheldige hendelser, bekymringsmeldinger fra ansatte og pårørende og tilslutt erfaring fra virksomhetene som ansatte i helsetilsynet besitter. Som tilsynsmyndighet vil vi alltid verifisere våre funn fra annen kilde før vi sier noen om hvordan praksisen er ved den reviderte virksomheten. Ved dette tilsynet var det gjennomgang av styrende dokumenter og pasientjournaler som skulle gi oss den verifikasjonen.

Tilsynsystema var for pasienter over 67 år som hadde hjerneslag og samhandlingen rundt denne pasientgruppen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten og internt i virksomhetene. For at overflytting mellom tjenestenivåer og mellom avdelinger innen samme nivå, skal kunne gjøres med minst mulig risiko for svikt i informasjonsutveksling. Er det viktig med gode rutiner for informasjonsflyt ved overflytting.

I spesialisthelsetjenesten er det etablert rutiner for informasjonsutveksling med kommunehelsetjenesten. Dette er regulert i en samarbeidsavtale mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten der det er presisert hvem som har ansvar for hva. Overordnet samarbeidsavtale beskriver hvordan samarbeidet mellom UNN og kommunene er organisert. Avtalens hovedmålsetting er å ivareta pasientenes behov for en sammenhengende behandlingsskjede ved å utvikle et velfungerende samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og UNN (18). I denne avtalen fremgår det hva spesialisthelsetjenesten har ansvar for ved utskrivelse fra sykehus når det gjelder dokumentasjon og hva denne dokumentasjonen skal inneholde av opplysninger. Dette gjelder blant annet epikrise og fagrapporter som skal følge med pasienten ved utskrivelse fra sykehus. Selv om målet er at alle epikriser skal være med pasienten ved utreise er ikke dette en realitet ennå, men sykehusene har fokus på dette og arbeider hele tiden med å korte ned på epikrise tiden. Det overordnede målet er at alle epikriser skal være ferdig og sendt innen 7 dager. Dette er ikke en realitet ennå men spesialisthelsetjenesten måles på dette og dette er en del av de nasjonale kvalitetsindikatorer som Helsedirektoratet følger med på i spesialisthelsetjenesten og det kvalitetsarbeidet tjenesten gjør i sin søken etter å gjøre helsevesenet bedre og tryggere for pasientene (19).

Skal kommunehelsetjenesten være i stand til å ta over pasienter med komplisert behandling kan det i enkelte situasjoner være nødvendig med opplæring før pasienten overføres. I dag er det rom for enten hospitering eller annen opplæring/veiledning fra spesialisthelsetjenesten. Dette er også avtalt i overordnet samarbeidsavtalen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Denne praksisen ble bekreftet i spørreundersøkelsen og i dialogmøtet men i liten grad dokumentert i pasientjournaler som ble gransket. Dette kan ha sammenheng med at de pasientene som vi leste journaler til, ikke var så syke ved overflytting at det var aktuelt med hospitering.

Første spørsmålet i denne oppgaven var om det er mulig å bruke en annen tilsynsmetode enn den tradisjonelle systemrevisjonen i tilsyn med virksomheter i helsevesenet, og allikevel være i stand til å konkludere på bakgrunn av den informasjon som er samlet inn ved hjelp av elektronisk spørreskjema og dokument- og journalgranskning, men med mindre bruk av ressurser både for tilsynsmyndighet og tilsette virksomheter.

I en systemrevisjon er det tre kilder til informasjon:

- det er prosedyrer/skriftlige rutiner - styrende dokumenter
- opplysninger som er dokumenter i pasientjournaler
- opplysninger vi får i samtaler med utvalgte medarbeidere i virksomheten

De som intervjues under tilsynet skal representere hele avdelingen, fra de som jobber reduserte stillinger i helger og netter til leder for virksomheten. I samtalene med de ansatte fra virksomheten er det ofte det kommer frem opplysninger om praksis som ikke er beskrevet i prosedyrer, styrende dokumenter eller i pasientjournaler, men som allikevel gjøres i avdelingen slik at praksisen er i god selv om dette ikke er skriftliggjort.

Skal virksomheten få avvik i en systemrevisjon må alle tre kildene til informasjon, styrende dokumenter- prosedyrer og rutiner, pasientjournaler og intervjuer med ansatte, bekrefte at det ikke drives i medhold av helselovgivningen.

Ved bare bruk av Questback spørreskjema og dokument granskning mister tilsynsmyndigheten en viktig kilde til informasjon samt at virksomheten som blir revidert ikke har mulighet til å fortelle hvilken praksis som gjelder på i avdelingen. Å gi avvik etter et gjennomført tilsyn der tilsynsmyndigheten ikke er helt sikker på hva som er gjeldene praksis vil ødelegge tilliten til helsetilsynet. Tilsynsmyndigheten vil oppleves som lite profesjonelle i sitt arbeid. Og uten en tillitt ute i helsevesenet og et inntrykk av at tilsynsmyndigheten sitt arbeid ikke holder mål vil en ikke ha noen gjennomslags kraft i forhold til å få til endringer i tjenesten. Da faller intensjonen med å drive tilsynsarbeidet bort for helsetilsynet sin del fordi å bidra til et bedre helsevesen er grunnlaget for helsetilsynet sitt tilsynsarbeid.

Så kan en stille spørsmålet om det er viktig og riktig å gi avvik og eventuelle merknader til en virksomhet? Det spørsmålet er det to svar på - Ja, fordi virksomhetene vill ikke gjøre endringer uten at det er tyngde bak kravet om endring, i denne sammenhengen er det brudd på helselovgivningen som skal initiere endring i organisasjonen. Nei, fordi målet for alle i helsetjenesten er å yte best mulig behandling til pasientene. Og de mangler ved tjenesten som avdekkes i en revisjon vil bli rettet på fordi den grunnleggende holdningen hos de som arbeidet helsevesenet er å gi best mulig behandling. Når de så blir gjort oppmerksom på at den praksisen de har ikke er tilfredsstillende vil de iverksettes tiltak for endre sin praksis.

Endringer i helsetilsynet sin praksis for å gi avvik og merknader er ikke oppe til diskusjon på nåværende tidspunkt. Men alle tilsyn som gjøres med helsetjenesten må ikke medføre avvik fordi erfaringen fra dette prosjektet viste at virksomhetene ønsker og satte pris på tilbakemeldinger på hvordan de organiserte sin tjenesteyting til pasientene. Helsetilsynet begrunner sin tilsynsvirksomhet med at det skal være et bidrag til å gjøre helsetjenestene bedre ved at det blir gjennomført tilsyn. Da kan en argumentere med at dialog med tjenesten er et bedre verktøy for å bidra til endring en bruk av avvik. Men erfaringen fra tilsyn med helsetjenesten viser at det avhenger av hvilken tjeneste som revideres. Vår erfaring er at kommunehelsetjenesten oppleves noe mer villig til å ta innover seg at den praksisen de har ikke er “ god nok“. I motsetning til spesialisthelsetjenesten som kan oppleves som lite villig til endring, fordi de vet best hvordan tjenesten skal organiseres i og med at de er spesialistene innen det feltet de jobber. Det kan derfor by på pedagogiske utfordringer å komme igjennom med “bare argumentasjon” om at det de faktisk gjør ikke er godt nok.

De spørsmålene som ble laget til Questback spørreundersøkelsen, var virksomhetene med på i den forstand at det hadde vært en dialog med vedkommende i helsetilsynet som hadde hovedansvaret for å lage dette spørreskjema og kontaktpersoner i virksomheten. Dette for å få innspill i hvor det var mest sannsynlig at det ville være fare for svikt. Slikt samarbeid er ikke vanlig praksis ved tilsyn, men dette var også definert som metodeutvikling og derfor var tilsynsdelen tonet mye ned og vi kunne tillate oss dette. Skal det være hensiktsmessig å bruke spørreskjema er validiteten på spørsmålene viktig for kvaliteten på svarene vi får om hvordan tjenesten bedriver sin praksis. Det primære var å prøve ut spørreskjema og der igjennom få en oversikt om hvordan situasjonen var i forhold til samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, angående eldre pasienter med hjerneslag. Helsetilsynet har relativt god kunnskap om hvordan situasjonen er ute i virksomhetene og var følgelig ikke urolig over at svarene vi fikk ikke var en riktig beskrivelse av praksisen i virksomhetene.

Oppgavens andre spørsmål var om Questback elektronisk spørreundersøkelse og bruke dokumentgranskning for å undersøke om eldre personer med akutt hjerneslag sikres faglig

forsvarlig tjenester med fokus på overganger/samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten for pasienter over 67 år.

Skal overganger mellom tjenestene fungerer godt og hvor risiko for at det skjer uheldige hendelser

er minimalisert, er gode rutiner og prosedyrer for overflytting av pasienter viktig. Ved overflytting av pasienter er det sårbart for svikt. Svikt vil i dette tilfellet være at den virksomhet som overtar ansvaret for pasienten ikke blir informert i tilstrekkelig grad for å kunne ivareta pasienten på en faglig forsvarlig måte. Skal virksomheten som overtar pasienten få tid til å gjøre forberedelser trenger de en tidlig varsling fra spesialisthelsetjenesten med en estimert overflyttings dato. Dette med tidlig varsling er etablert rutine i spesialisthelsetjenesten, det er også regulert i avtalen som er inngått mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten i Troms, den overordnede samarbeidsavtalen. At denne avtalen mellom tjenestenivåene var kjent fant vi igjen i svarene fra Questback undersøkelsen og fra dialogmøtene. En annen viktig kilde til informasjon for kommunehelsetjenesten er epikrise som skal følge med pasienten over til neste nivå i helsetjenesten.

I de tilfeller hvor pasienten trenger spesiell oppfølging eller på annen måte har ekstraordinære behov i form av utstyr og lignende var det muligheter for hospitering for helsepersonellet fra kommunen i spesialisthelsetjenesten. Dette var det riktig nok liten grad behov for, men det var kjent at dette var en mulighet de hadde dersom det var ønskelig. Uansett ble det tatt kontakt med kommunen fra spesialisthelsetjenesten i forbindelse med utskrivning og gitt en orientering per telefon i alle overflyttinger. Kontakten mellom tjenestene oppleves som god i begge nivåer av helsetjenesten. Noe som ble bekreftet i både spørreundersøkelsen og i dialogmøtet etter tilsynet var gjennomført.

Å føre tilsyn med helsetjenesten er regulert i lov om statlig tilsyn med helsetjenesten. I § 2 står det:

*”Helsetilsynet i fylket skal føre tilsyn med alt helsevesen og alt helsepersonell i fylket og i tilknytning til tilsynet gi råd, veiledning og opplysninger som medvirker til at befolkningens behov for helsetjenester blir dekket.”* (20)

Dette tilsynet var en del av et metodeutviklings prosjekt der målet var å utvikle ny tilsynsmetode for å effektivisere tilsyn med virksomheter. I forarbeidet til tilsynet/Questback undersøkelsen var det et ønske fra Helsetilsynet om og ikke å flagge tilsynselementet i for stor grad, men heller fokusere på samarbeid med personell fra virksomhetene for å kunne trekke veksler på deres erfaring fra området. Det var viktig å få involvere fagpersoner i utformingen av spørsmålene siden de hadde førstehånds kunnskap om hvor de anså det var størst fare for svikt i sin virksomhet. Alle som ble kontaktet var villige og interessert i å hjelpe til med å utforme spørsmålene. De som var involvert i prosessen rundt utformingen av spørreskjema var også kontaktpersoner for tilsynet.

For å kunne gjennomføre tilsynet var kontaktpersonene viktige for å rekruttere respondenter til Questback undersøkelsen, få organisert kopiering av pasientjournaler og styrende dokumenter og få sendt disse dokumentene til Helsetilsynet. Siden tilsynsdelen var tonet mye ned, oppfattet ikke kontaktpersonen at dette var et tilsyn hjemlet i loven om statelig tilsyn med helsetjenesten. Av den grunn ble ikke oppgaven som kontaktperson prioritert. Noe som igjen medførte at det tok uforholdsmessig lang tid før Helsetilsynet fikk de dokumenter som vi hadde etterspurt. Det ble brukt mye tid i telefon for å få tak i kontaktpersonen og minne



dem på hvilke arbeidsoppgaver de hadde i forbindelse med dette tilsynet. Dette kunne en i stor grad ha unngått dersom helsetilsynet ikke hadde valgt å tone ned tilsynsdelen.

I Helsetilsynet sin søken etter tilsynsmetoder som er mindre ressurskrevende men allikevel gir oss så tilstrekkelig informasjon slik at det er mulig i å trekke slutninger om en virksomhet driver uforsvarlig eller ikke, har momentet tidsbruk i likhet med ressursbruk vært viktig. Ved en systemrevisjon blir det mye arbeid i forkant av revisjonen ute i virksomheten og for tilsynslaget. For virksomhetens del er det dokument innsamling av styrende dokumenter, prosedyrer, kopiering av pasientjournaler, organisasjonskart, liste over ansatte som tar mye tid. I varselet om tilsyn til virksomheten sendes ut i god tid før tilsynet skal gjennomføres, minimum 8 uker. Dette skal gi virksomheten tid til å gjennomgå tema for tilsynet på forhånd, med andre ord gi dem tid til å finne avvik fra lov eller forskrift på egenhånd og rette dem før tilsynet blir gjennomført. Denne fremgangsmåten kan virke noe underlig dersom det er mål og ”ta” virksomheter som ikke driver en faglig forsvarlig praksis. Helsetilsynet har som målsetting å bidra til kvalitetssikring og kvalitetsutvikling, dersom virksomheter på bakgrunn av varsel om tilsyn på eget initiativ gjennomgår organisasjonen i den hensikt å finne eventuelle avvik og rette disse før tilsynet blir gjennomført er i henhold til Helsetilsynets intensjon om å bidra til en bedre helsetjeneste. Og få en virksomhet selv til å avdekke avvik fra lov eller forskrift er bedre i den forstand at virksomheten får en bedre forståelse av hva som må rettes opp av mangler ved driften for å få den i samsvar med de lover og forskrifter som regulerer dette.

For tilsynslaget er det fire faser i en systemrevisjon:

- det er forberedelse
- gjennomføring
- skrive rapport
- vurdering av lukking av avvik fra virksomheten

I forberedelsen av tilsynet er det lesing av alle dokumenter som tilsynsobjektet har sendt inn for å kunne danne seg bilde av hvordan virksomheten driftes og organiseres. På bakgrunn av denne informasjonen skal tilsynslaget utarbeide spørsmål til en intervjuguide som skal brukes under intervjuet med utvalgte medarbeidere i organisasjonen. De som skal velges ut som intervjuobjekter må gjenspeile virksomheten i forhold til hvor lenge de har vært ansatt, utdannelse, arbeidsoppgaver og ansvar. Fra øverste leder til pleiemedhjelperen på nattevakt som et eksempel. Ved å bruke spørreskjema og granskning av dokumenter og pasientjournaler vil en kunne korte ned tidsbruken for gjennomføring av tilsyn spesielt for tilsynsmyndighetene sin del. Det vil også være mulig å gjøre tilsyn av virksomheter uten å ha tilsynsbesøk. For oss i Nord-Norge med lange avstander kan det være hensiktsmessig å gjøre noen tilsyn kun ved å basere seg på styrende dokumenter, pasientjournaler og elektronisk spørreskjema og dermed være i stand til å revidere flere virksomheter noe som fra et tilsynsperspektiv alltid er av interesse.

### *5.3 Diskusjon av resultater*

Det andre tema i denne undersøkelsen var hvorvidt det jobbes tverrfaglig rundt pasienten og med hvilken yrkesgruppe respondenten jobbet med i det tverrfaglige teamet. Og om tjenesten som blir gitt var faglig forsvarlig.

Ikke overraskende svarte alle respondentene at de jobbet tverrfaglig. Alle virksomhetene i både spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten fikk samme spørsmål om det tverrfaglige arbeidet. At tverrfaglig arbeid med pasienter har vært i fokus over lang tid i helsetjenesten viser denne undersøkelsen tydelig.

Definisjon på tverrfaglig samarbeid er: Tverrfaglig samarbeid beskrives som en metode for å løse komplekse problemer og hvor samarbeidspartnerne arbeider mot felles mål (21).

For at det skal være mulig å ha en tverrfaglig tilnærming til problemstillinger som angår pasienten må arbeidet rundt pasienten struktureres slik at det er møtepunkter der fagpersonellet kan møtes for å evaluere planer og eventuelt gjøre endringer dersom tilstanden til pasienten endrer seg underveis i rehabiliteringen. Det at hvert enkelt helsepersonell noterer observasjoner og utførte prosedyrer/tiltak i pasientjournalen er ikke tverrfaglig arbeid men flerfaglig. Det er ikke mulig å løse komplekse problemstillinger og arbeidet mot et felles mål uten faste møtepunkter. Situasjonen for pasienten kan endres raskt spesielt i akutfasen at det bør være tverrfaglig møter en gang i uken og om nødvendig to ganger i uken for en kortere periode.

Under møte med virksomhetene hvor helsetilsynet informerte om funnene vi hadde gjort, var det en virksomhet der det viste seg at de ikke jobbet tverrfaglig selv om de ansatte var av den oppfatning om at deres tilnærming ovenfor pasienten var tverrfaglig. De hadde ingen møtetidspunkt i løpet av arbeidsuken der det var rom for slikt samarbeid. Virksomheten hadde en flerfaglig tilnærming til pasienten ikke en tverrfaglig. De resterende virksomheter hadde en organisert møtstruktur hvor pasienten ble diskutert tverrfaglig. Dette fant vi også dokumentert i pasientjournaler.

Faglig forsvarlig drift av helsetjenesten fordrer flere momenter slik som tilstrekkelig kvalifisert helsepersonell, skriftlige og muntlige prosedyrer for behandling av pasienter, god informasjonsflyt internt i avdelingen samt til andre avdelinger og lavere i tjenestenivået. At viktig informasjon angående pasienten ikke forsvinner ved utskrivelse, det være seg fra spesialisthelsetjenesten eller kommunehelsetjenesten. Skal det være mulig å rehabilitere en pasient må det kartlegges hvilket potensiale pasienten har, hvilke ressurser og funksjonsnivå pasienten har, for deretter utarbeidet en målsetting for arbeidet fremover. Dette arbeidet må også pasienten og eventuelle pårørende delta i for at det skal være mulig å lykkes med rehabiliteringen.

Bruk av individuell plan var ikke gjennomført verken i spesialisthelsetjenesten eller i kommunehelsetjenesten. På spørsmål fra oss til virksomhetene om bruken av individuell plan i dialogmøtet var forklaringen fra spesialisthelsetjenesten at de ikke startet med og utarbeider planer fordi pasienten var innlagt så kort tid. Kommunehelsetjenesten forklarte mangel på utarbeidelse av individuelle planer med at pasientene ikke ønsket dette. At pasienten ikke er innlagt for en lengre periode er etter vår mening ikke grunn for å avvente med prosessen for utarbeidelse av individuell plan. Det er allikevel ikke grunnlag for å si at behandlingen er uforsvarlig av den grunn. Informasjon vedrørende pasienten blir videre formidlet blant annet i tverrfaglig rapport fra sykehuset. Det å få utarbeidet en individuell plan er et tilbud til pasienten fra helsetjenesten. Det er usikkert hvorvidt pasienter får et reelt tilbud om utarbeidelse av individuell plan. Hvordan tilbudet blir kommunisert til pasienten og pårørende vil påvirke om de velger å ta i mot eller ikke. Et moment for å underkommunisere retten og behovet for individuell plan kan i enkelte situasjoner være mangel på ressurser i tillegg til at helsepersonellet ikke alltid nødvendigvis ser nytten av en slik plan.

Slagbehandling er et omfattende arbeid fordi mange viktige funksjoner til pasienten er påvirket etter et slag. Slik som tale, forståelse av ord, pasienten blir mer eller mindre pleietrengende, endringer i personlighet. Det er også ressurskrevende for helsetjenesten. Helsetjenesten har sett viktigheten av å standardisere behandlingen og rehabiliteringen av slagpasienter for å øke effektiviteten og bedre prognosen for overlevelse uten sequele.

Standardiseringen av akuttbehandlingen har medført at flere overlever det initiale slaget. I en forlengelse av dette arbeidet har blant annet Helse Nord RHF utarbeidet retningslinjer for rehabiliteringsarbeidet ved slag i Nord Norge. Der det blant annet står at tidlig rehabilitering er viktig for å hindre nytt slag og vil øke muligheten for pasienten å komme fra slaget uten senvirkninger. (1)

Dette arbeidet med standardisering har påvirket det arbeidet kommunehelsetjenesten også gjør i forhold til denne pasientgruppen. I og med at det utarbeides målsettinger for det videre rehabiliteringsarbeidet i spesialisthelsetjenesten legger det føringer på hva kommunehelsetjenesten skal legge vekt på når pasienten utskrives dit. En del av det å videreføre rehabiliteringen som er startet i spesialisthelsetjenesten er å ha en tverrfaglig tilnærming til pasientens utfordringer i rehabiliteringsfasen.

Skal det tverrfaglige arbeidet lykkes vil gruppe sammensetningen være av betydning for hvor suksessfylt dette arbeidet vil bli. I en kommune var det et ønske om å bedre kvaliteten på helsetjenesten ved å øke innsatsen i det tverrfaglige samarbeidet. Formålet med kommunens prosjekt var å prøve ut hvordan kontinuerlig kvalitetsforbedring kunne innarbeides i de daglige rutiner i helsetjenesten i kommunen. Hensikten var å utarbeide en helhetlig modell for kvalitetsledelse og kvalitetsforbedring i primærhelsetjenesten og å forsøke denne i praksis. Hovedprinsippene i modellen var kollegabasert læring og tverrfaglige grupper (22). Resultatet fra dette prosjektet ble ikke slik de hadde ønsket fordi gruppene ble for ulikt sammensatt. En av grunnene til at dette ikke fungerte over tid var overvekt fra enkelte faggrupper. Dette viser at selv om intensjonen er til stede for å øke det tverrfaglige arbeidet og øke kvaliteten i pasientarbeidet er det ikke nødvendigvis enkelt i alle sammenhenger å få det til å fungere i praksis. Forutsetningen for et tverrfaglig arbeid rundt pasienten er at de som er ansatt i virksomheten forstår hva tverrfaglig samarbeid er.

I den virksomhet var de ansatte overbevist om at de hadde en tverrfaglig tilnærming til pasienten var det flere yrkesgrupper inne for å jobbe med pasienten. Men det var ikke satt av tid der de forskjellige profesjonene hadde muligheter for å utveksle informasjon og diskutere pasienten med hverandre. Selv om de som arbeidet i virksomheten var helt inne forstått med at de hadde en tverrfaglig tilnærming, var det for oss helt klar ingen tverrfaglig arbeid i denne virksomheten. Fordi tverrfaglig arbeid er å kartlegge i fellesskap pasientens funksjonsnivå, rehabiliteringspotensial og sette mål for rehabiliteringen. For deretter møtes på regelmessig basis der en gjør en evaluering av igangsatte tiltak og eventuelt å iverksette endringer dersom det er behov for det. Dette ble kommunisert til virksomheten i dialog møte. At de ikke arbeidet tverrfaglig med pasientene var svært overraskende for de ansatte i aktuelle virksomhet. Dette viser etter min mening stor mangel på internundervisning, internkontroll og at den nærmeste ledelse heller ikke forstår konseptet med tverrfaglig arbeid hvor den viktigste delen av dette arbeidet er å møtes for diskusjon og planlegging av det videre arbeidet.

Når en ser på svarene fra begge tjenester er det en klar oppfatning i spesialisthelsetjenesten at det er rutiner for samarbeid ved utskrivning av pasienter ut til kommunene og at dette også fungerer i den praktiske hverdagen. I motsetning til kommunehelsetjenesten hvor det var 9 av 21 respondenter som svarte at det ikke var etablert samarbeidsrutiner ved utskrivning av

pasienter med slag fra spesialisthelsetjenesten. Det var lite kjent i kommunehelsetjenesten at det er utarbeidet rutiner for dette samarbeidet og at dette samarbeidet er regulert i en avtale mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Dette er en utfordring for ledelsen innen kommunehelsetjenesten å opplyse sine ansatte i alle enheter om at det er en avtale mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten som regulerer dette.

Forklaringen på at nesten halvparten av ansatte innen kommunehelsetjenesten mener at det ikke er et samarbeid mellom tjenestene i forbindelse med overflytting av pasienter mellom nivåene i helsetjenesten er sammensatte. En forklaring kan være stor gjennomtrekk av personell og at det er grunnen til personalet ikke er godt kjent med rutinene ved overflytting. Men i spørreskjema er det 81 % som svarer at de har hatt nåværende stilling i 2 år eller mer slik at de som jobber i kommunehelsetjenesten er erfarne slik at dette kan ikke være en forklaring. For at ansatte skal være informert om ulike rutiner og prosedyrer er forutsetningen at dette gjøres kjent. Arenaen for dette er i stor utstrekning internundervisning i virksomheten. Det er derfor nærliggende å tro at dette ikke var vært tema for undervisning i virksomheten.

En annen mulig forklaring kan være at spesialisthelsetjenesten ser på seg selv som flinke og opplever selv de er dyktige til å samarbeide med kommunehelsetjenesten, men at dette i realiteten ikke fungerer så godt som de selv tror. I følge de pasientjournaler vi gransket var det dokumentert tidlig kontakt med kommunehelsetjenesten, epikriser var i all hovedsak med pasienten ut fra sykehuset og det var dokumentert fortløpende kontakt med kommunen i den hensikt å holde dem orientert om utviklingen og planene fremover

Samarbeid mellom avdelinger eller virksomheter innen samme nivå var i følge svarene fra spørreundersøkelsen godt innarbeidet. Dette fant vi også dokumentert i pasientjournaler med notarer for overflytting og epikriser.

I kommunehelsetjenesten er det jevnt fordelt mellom de som mener at det er en fast struktur på møter og organisering rundt det tverrfaglige arbeidet og de som sier at det ikke er noen fast struktur. Siden nesten halvparten sier at det ikke er noen fast struktur rundt møter for pasientene kan tyde på at det ikke eksisterer noen tverrfaglig arbeid rundt pasienten men at det er utpreget flerfaglig arbeid ute i kommunene. Vi fant også i liten grad dokumentert tverrfaglig arbeid i pasientjournaler fra kommunehelsetjenesten. Dette er en skarp kontrast til spesialisthelsetjenesten hvor alle sier det er en fast rutine rundt tverrfagligmøter og hvor det er dokumentert i journalen.

I en løs struktur er en avhengig av at noen tar ansvar og initiativ til møter. Dersom ikke den som har hovedansvar for pasienten kaller inn til møte, det vil si sykepleier i de fleste tilfeller, vil møtevirksomheten bli et minimum eller falle bort. Dette vil ta fra pasienten muligheten til en tverrfaglig behandling og kvaliteten på tilbudet til pasienten blir redusert. I den tverrfaglige tilnærmingen er det de forskjellige profesjonene utveksling av informasjon og hvilket fokus profesjonene har til pasienten som bidrar til en god behandling.

Pasientjournaler ble skrevet ut av virksomheten og sendt til Helsetilsynet i Troms, hvor journalene ble lest i den hensikt å finne spor etter samhandling enten mellom avdelinger i spesialisthelsetjenesten eller dokumentasjon på informasjons utveksling mellom forskjellige nivåer i helsetjenesten.

I forbindelse med innhenting av pasientjournaler fra de ulike virksomheter ble det stort problem med å få tak i pasienter som var over 67 år. I utgangspunkt var det ønskelig at

pasienten skulle være over 80 år som et av inkluderingskriteriene til dette tilsynet. Statens helsetilsyn har i sin eldre satsing innen tilsyn med eldre både i spesialisthelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten definert de gamle pasientene som over 80 år. Det ble tidlig klart at dette inkluderingskriteriet måtte fra vikes dersom vi skulle ha 20 pasientjournaler. Det ble for flere virksomhet til vår overraskelse problematisk å finne pasienter over 67 år med hjerneslag, som var overflyttet fra spesialisthelsetjenesten over til kommunehelsetjenesten i løpet av det siste året. Det kan være to forklaringer på dette. Enten er det slik at de som får slag som er 80 år eller eldre dør tidlig i forløpet eller at de får så redusert funksjon etter hjerneslaget at de overføres direkte til sykehjem. Eller at behandlingen ved hjerneslag er blitt så god på grunn av standardisering av behandlingen at pasientene kan skrives ut til hjemmet og at pårørende bidrar med det pasienten eventuelt måtte ha av behov for av hjelp.

I forlengelsen av dette metodeprosjektet ville helsetilsynet prøve ut Questback spørreundersøkelse i større skala. Tilsyns tema var det samme - samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten ved behandling av hjerneslag. De samme spørsmålene ble brukt, men med noen endringer som ble gjort på bakgrunn av tilbakemeldinger etter første runde med Tromsø og Harstad kommune. Denne gangen ble det sendt ut varsel om tilsyn på vanlig måte til Rådmennene i de resterende 23 kommuner i Troms. Det ble bedt om kontaktpersoner som skulle plukke ut respondenter for Questback spørreundersøkelsen. I utvelgelsen skulle de ta utgangspunkt i den siste pasienten som ble tilbakeført til kommunen fra spesialisthelsetjenesten med hjerneslag og var over 67 år. I tillegg skulle pasienten ikke hatt behov for kommunale tjenester tidligere. Etter at Questback spørreundersøkelsen var gjennomført ble det plukket ut fire kommuner som vi skulle reise ut til for å verifisere det som hadde kommet frem av opplysninger etter spørreundersøkelsen. Da ba vi om fem pasientjournaler der pasientene var over 67 år og var tilbakeført etter hjerneslag. Vi hadde plukket ut to små kommuner med innbyggere på rundt 1000 personer, en noe større kommune med 2500 innbyggere og tilslutt en kommune med 5000 innbyggere. Da vi hadde gjort tilsyn med de to aller største kommunene i Troms - Tromsø og Harstad, i tillegg til to små og to middels store kommuner. Teorien vi jobbet utfra var at jo lengre den geografiske distansen var fra sykehus, desto større var sjansen for at samarbeidet rundt pasienten var problematisk å organisere slik at begge parter var fornøyd.

Helsetilsynet sin oppfatning etter dette tilsynet var at samhandlingen fungerer godt mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten uavhengig geografisk avstand.

## **Kapitel 6.**

### *6.1 Konklusjon*

Metoden med bruk av elektronisk spørreskjema som erstatning for intervju med ansatte i reviderte virksomhet viste seg å fungere godt. Fordi det gir tilsynslaget svar fra mange ansatte/respondenter i virksomheten og dette gir en sterk verifikasjon ovenfor andre revisjonsbevis. Det og bruke elektronisk spørreskjema er ressursbesparende i den forstand at tidsbruken i form av reise vil bli redusert. Utover det er det ikke etter vår erfaring ressursbesparende for tilsynsmyndigheten, da mye arbeid må påberegnes i utarbeidelse spørsmål til en slik undersøkelse.

Etter å ha gjennomført tilsynet med UNN HF Harstad og UNN HF Tromsø samt Tromsø kommune og Harstad kommune er oppfatningen at pasientene som får hjerneslag blir godt ivaretatt i overgangen mellom tjenestenivåene i Troms. Fordi det er rutiner for tidlig melding fra spesialisthelsetjenesten til hjemkommunen. Før pasienten overflyttes har personellet i kommunen anledning til å hospitere eller via videokonferanse få opplæring dersom det skulle være behov det. Det er alltid orientering per telefon før overflytting. Epikrisen følges pasienten eller kommer innen 1 til 3 dager etter overflytting i all hovedsak. Ved utskrivelse foreligger det tverrfagrapport som gir kommunen en god oversikt over pasientens situasjon ved utskrivning og hva som er planen videre.

Det tverrfaglige arbeidet som er startet i spesialisthelsetjenesten er i all hovedsak videreført i kommunehelsetjenesten selv om det ikke var alle virksomheter som hadde en reell tverrfaglig tilnærming til rehabiliteringsarbeidet rundt pasienten.

Ut fra de undersøkelser vi har gjort er det ikke grunnlag for å si at det er mangelfull tverrfaglig tidlig aktivisering, mobilisering og rehabilitering under og etter sykehusopphold.

Etter gjennomgang av styrende dokumenter og rutiner i virksomhetene, pasientjournaler, Questback spørreundersøkelse og avholdt dialogmøte med virksomhetene. Er det etter vårt syn ikke grunnlag for si at informasjonsflyten eller den generelle kommunikasjonen ikke er god. Eller at det ikke sikres at relevant informasjon følger pasienten ved overflytting mellom avdelinger eller ut til kommunehelsetjenesten.

## Kapitel 7.

### 7.1 Referanser

1. Helse Nord RHF. Rehabilitering etter hjerneslag. Publisert: 12.11.2009 Endret: 26.08.2011 Tilgjengelig fra: <http://www.hjerne.no/rehabilitering-etter-hjerneslag/category26179.html> (Nedlastet: 13.11.11)
2. Garåsen, H. Magnussen, J. Windspoll, R. Johnsen, R. 2008. Eldre pasienter i sykehus eller i intermedieæravdeling i sykehjem - en kostnadsanalyse. Tidsskr Nor Legeforen, 2008. Januar Nr. 3-31 128:283-5. Tilgjengelig fra: <http://tidsskriftet.no/article/1647601> (Nedlastet: 13.11.11)
3. Statens helsetilsyn. Juni 2010. Internserie 15/2010. Tilgjengelig fra: [http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/internserien/risiko\\_spesialisthelse\\_eldre\\_internserien\\_15\\_2010.pdf](http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/internserien/risiko_spesialisthelse_eldre_internserien_15_2010.pdf) (Nedlastet 24.4.12)
4. Helsedirektoratet. April 2010. Nasjonale retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag. IS-nummer: IS-1688Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-retningslinje-for-behandling-og-rehabilitering-ved-hjerneslag-fullversjon/Sider/default.aspx> (Nedlastet: 13.11.11)
5. Ellekjær, H. og Selmer, R. 2007. Hjerneslag - like mange rammes, men prognosen er bedre. Tidsskr Nor Lægeforen, Mars Nr. 6 - 15 2007; 127:740-3 Tilgjengelig fra: [http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks\\_id=1503778](http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=1503778) ( Nedlastet: 13.11.11)
6. Helse Nord RHF. Nye retningslinjer for behandling av hjerneslag. Helse Nord Nytt nr. 4-2010. Tilgjengelig fra: <http://www.helse-nord.no/helse-nord-nytt/ny-retningslinje-for-behandling-av-hjerneslag-article75459-1526.html> (Nedlastet: 29.4.12)

7. Regjeringen.no - Dokumentarkiv. Forløpsprosjekt våren 2009, Publisert august 2009- Samhandlingsreformen/ Slagrammede, Tilgjengelig fra:  
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/kampanjer/samhandlingsreformen/Forlopsprosjektet-varen-2009--Samhandlingsreformen.html?id=592281>. (Nedlastet: 13.11.11)
8. The Cochrane Collaboration. Cochrane Strokegroup. Publisert online: 21 JAN 2009, Tilgjengelig fra:  
[http://onlinelibrary.wiley.com/o/cochrane/clsysrev/articles/CD000443/pdf\\_fs.htm](http://onlinelibrary.wiley.com/o/cochrane/clsysrev/articles/CD000443/pdf_fs.htm) (Nedlastet: 13.11.11)
9. Orlikoff, J. 2011. Why Boards, Why Now? Governance Oversight of Quality and Safety. Pasientsikkerhetskonferanse 28. og 29.september Bodø. Tilgjengelig fra:  
[http://www.helse-nord.no/getfile.php/RHF/Konferanser/Orlikoff%20-%20Why%20Boards%20Why%20Now%20Norwegian%20PT%20Safety%20Confere nce%20Sept%2028%202011%20%20Bodo\\_plenum.pdf](http://www.helse-nord.no/getfile.php/RHF/Konferanser/Orlikoff%20-%20Why%20Boards%20Why%20Now%20Norwegian%20PT%20Safety%20Confere nce%20Sept%2028%202011%20%20Bodo_plenum.pdf). (Nedlastet: 13.11.11)
10. Lovdata. Helsepersonelloven § 4 Forsvarlighet. Databasen sist oppdatert 11. nov 2011, Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/all/tl-19990702-064-002.html#4>. (Nedlastet: 13.11.11).
11. Lovdata. Spesialisthelsetjenesteloven § 2 -2 Plikt til forsvarlighet. Databasen sist oppdatert 11. nov 2011. Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/all/tl-19990702-061-002.html#2-2>(Nedlastet 13.11.11)
12. Aschehoug, S. Hva er faglig forsvarlig? Tidsskr Nor Legeforen Mars Nr. 6 - 12, 2009; 129:541-2. Tilgjengelig fra:  
[http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks\\_id=1812239](http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=1812239)(Nedlastet: 13.11.11)
13. Lovdata. Helsepersonelloven § 16. Krav til organisering av virksomheten. Databasen sist oppdatert 11. nov 2011. Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/all/tl-19990702-064-003.html#16>. (Nedlastet: 13.11.11)
14. Statens helsetilsyn. April 2011. Mål og strategier. Tilgjengelig fra:  
<http://www.helsetilsynet.no/no/Toppmeny/Om-helsetilsynet/Mala-tilsynet/>. (Nedlastet: 13.11.11)
15. Statens helsetilsyn. Rapport fra regionalt tilsyn. Mottak og behandling av pasienter med mistanke om akutt hjerneslag - 2010, Publisert november 2010. Tilgjengelig fra:  
[www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no). (Nedlastet: 13.11.11)
16. Kunnskapssenteret. Deskriptiv design. Publisert 23.8.2004. Tilgjengelig fra:  
<http://www.kunnskapssenteret.com/articles/2516/1/Deskriptivt-design/Deskriptivt-design.html>. (Nedlastet:13.11.11)
17. Riksrevisjonen. Veileder i utarbeiding og bruk av spørreskjema i forvaltningsrevisjon i Riksrevisjonen. Tilgjengelig fra:  
[http://www.riksrevisjonen.no/SiteCollectionDocuments/Vedlegg/Revisjonsmetodikk/Veileder\\_i\\_utarbeiding\\_og\\_bruk\\_av\\_sporreskjema.pdf](http://www.riksrevisjonen.no/SiteCollectionDocuments/Vedlegg/Revisjonsmetodikk/Veileder_i_utarbeiding_og_bruk_av_sporreskjema.pdf). (Nedlastet: 13.11.11)
18. Universitetssykehuset Nord-Norge. 2009. Avtaler og retningslinjer - Universitetssykehuset Nord-Norge. Tilgjengelig fra: <http://www.unn.no/avtaler-og-retningslinjer/category21244.html>.(Nedlastet: 13.11.11)
19. Helsedirektoratet. Kvalitetsindikatorer i somatikken. Indikator nr: N-002. Versjon nr: 1.4. Tilgjengelig fra: <http://helsedirektoratet.no/kvalitet-planlegging/kvalitetsindikatorer/Documents/andel-epikriser-sendt-ut-innen-en-uke-pdf-59,5kb.pdf> (Nedlastet: 29.4.12)
20. Lovdata. Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten § 2 Helsetilsynet i fylket og Statens helsetilsyns oppgaver. Databasen sist oppdatert 11. nov 2011. Tilgjengelig fra:  
<http://www.lovdata.no/all/tl-19840330-015-0.html#2>. (Nedlastet: 13.11.11)
21. Halvorsrud, Liv, 1998. Tverrfaglig samarbeid. Tilgjengelig fra:  
<http://www.duo.uio.no/sok/work.html?WORKID=2684>. (Nedlastet: 13.11.11)

22. Mjell, J, Hjortdahl. 2001. Lokale grupper som verktøy for kvalitetssikring i kommunehelsetjenesten. Tidsskr Nor Lægeforen Nr 14. 2001; 121: 1707–9. Tilgjengelig fra: <http://home.himolde.no/~ressurshs/Veiledning/artikkel%20om%20kvalitetssikring.pdf> (Nedlastet: 13.11.11)
23. Statens helsetilsyn. November 2011. Systemrevisjoner. Tilgjengelig fra: <http://www.helsetilsynet.no/no/Tilsyn/om-tilsyn/systemrevisjon/>. (Nedlastet: 13.11.11)
24. Universitetet i Stavanger. Aase, Karina. Oppdatert februar 2011. Skal trygge dei eldre i Noreg. Tilgjengelig fra: <http://www.uis.no/forskning/article31419-12.html> (Nedlastet: 13.11.11)