

"Fortsett sånn!"
Samhandling ved utskrivning fra
alderspsykiatrisk spesialisthelsetjeneste
Undersøkelse av dagens praksis

Marit Nåvik

Master of Public Health

MPH 2011:13



Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap

"Fortsett sånn!"

Samhandling ved utskrivning fra alderspsykiatrisk spesialisthelsetjeneste.

Undersøkelse av dagens praksis.

© Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap.

ISSN 1104-5701

ISBN 978-91-86739-24-9



Master of Public Health – Examensarbete –

Examensarbetets titel och undertitel ”Fortsett sånn!” Samhandling ved utskrivning fra alderspsykiatrisk spesialisthelsetjeneste. Undersøkelse av dagens praksis.				
Författare Marit Nåvik				
Författarens befattning och adress Spesialergoterapeut, Seksjon for alderspsykiatri, Sykehuset Telemark HF Leder, Alderspsykiatrisk fag og forskningsnettverk Telemark-Vestfold, 3710 Skien				
Datum då examensarbetet godkändes 2011-12-09		Handledare NHV/Extern Susanna Bihari Axelsson, docent Runo Axelsson, professor		
Antal sidor 51	Språk – examensarbete Norsk	Språk – sammanfattning Norsk - Engelsk	ISSN-nummer 1104-5701	ISBN-nummer 978-91-86739-24-9

Sammanfattning Hensikt: Hensikten med oppgaven har vært å undersøke om sykepleierapport, epikrise og dagens samhandlingspraksis ved utskrivning fra alderspsykiatrisk spesialisthelsetjeneste oppleves som nyttig av leger og sykepleiere i kommunene. Metode: Tverrsnittundersøkelse. Et spørreskjema ble utviklet og sendt til 497 leger og sykepleiere. Data ble analysert med både kvalitative og kvantitative metoder Resultat Informantene vurderer innhold i epikrise og sykepleierapport som nyttig for videre arbeid med pasienten. Dokumentene beskrives som grundige, nyttige og informative. Dagens samhandlingspraksis vurderes som nyttig. Ambulante pasientrettede tiltak, deltagelse i møter, pasientrettet undervisning og veiledning vurderes som positive tiltak kommunene ønsker mer av. Medarbeidere i kommunene har i varierende grad erfaring med og kjennskap til det tilbudet Seksjon for alderspsykiatri gir. Konklusjon Undersøkelsen viser at samarbeidspartnere i kommunene i Telemark er tilfreds med epikrise, sykepleierapport og dagens samhandlingspraksis. De ønsker enda bedre tilgjengelighet.
Nyckelord Alderspsykiatri, samhandling, epikrise, sykepleierapport, tverrsnittundersøkelse



Master of Public Health

– Thesis –

Title and subtitle of the thesis “Continue like that!” Collaboration when old age psychiatry patients leave hospital Examination of practice.				
Author Marit Nåvik				
Author's position and address Occupational therapist, Old Age Psychiatry Unit, Telemark Hospital Leader, Old Age Psychiatry Research network (TeVe), 3710 Skien				
Date of approval 2011-12-09		Supervisor NHV/External Susanna Bihari Axelsson, Associate Professor, Runo Axelsson, Professor		
No. of pages 51	Language – thesis Norwegian	Language – abstract Norwegian/ English	ISSN-no 1104-5701	ISBN-no 978-91-86739-24-9

Abstract

Aim:

This study aimed to examine the opinions of physicians and nurses in the municipalities in Telemark, Norway regarding information given in written reports from the old age psychiatry unit and to examine the usefulness of collaboration when patients leave the hospital.

Methods:

This study used a cross-sectional survey. A questionnaire was developed and sent to 497 health professionals. The data were analyzed by both qualitative and quantitative methods.

Results:

Physicians and nurses in the municipalities have different knowledge and experiences regarding the services offered by the old-age psychiatry hospital. They described the reports from the hospital as informative and useful for further treatment of the patient. Collaboration practices were also evaluated as useful. Ambulant examination of patients and participation in meetings, education and guidance were evaluated as positive approaches.

Conclusions:

Physicians and nurses in the municipalities in Telemark county expressed satisfaction with the information in the reports and the existing collaboration practice when old age psychiatry patients leave the hospital. They want more of the services offered today.

Key words

Old-age psychiatry, collaboration, reports from physicians and nurses

INNHold

1. INNLEDNING	5
2. BAKGRUNN	6
2.1. Demografiske data.....	6
2.2. Tilbud til eldre med psykiske lidelser	7
2.3. Folkehelseperspektiv	10
3. TEORI OG FORSKNING OM INTERSEKTORIELL SAMHANDLING	11
4. PROBLEMFORMULERING	13
4.1. Overgripende hensikt.....	13
4.2. Forskningsspørsmål	14
5. METODE	14
5.1. Metodevalg	14
5.2. Utarbeidelse av spørreskjema.....	15
5.3. Informanter	16
5.4. Analyse av kvantitative data.....	16
5.5. Analyse av kvalitative data.....	17
5.6. Forforståelse	18
5.7. Etske betraktninger.....	19
6. RESULTAT.....	20
6.1. Materialet.....	20
6.2. Svar fra spørreskjema, kvantitativ analyse.....	21
6.3. Åpne kommentarer, kvalitative analyse	32
7. DISKUSJON	36
7.1. Resultatdiskusjon.....	36
7.2. Metodediskusjon.....	41
8. KONKLUSJON.....	44
9. TAKK	45
10. REFERANSELISTE	46
11. VEDLEGG	48

1. INNLEDNING

Samhandling i helsetjenesten har fått økende fokus i Norge, nasjonalt, regionalt og lokalt.

Sosial og omsorgsdepartementet vedtok i april 2010 Stortingsmelding nr 47. Samhandlingsreformen. Regjeringen vil med reformen: ” *søke å sikre en fremtidig helse- og omsorgstjeneste som både svarer på pasientens behov for koordinerte tjenester, og som også svarer på de store samfunnsøkonomiske utfordringene.* ” (1). De andre nordiske landene har også hatt ulike reformer og innsatser med fokus på samhandling mellom ulike aktører i helsetjenesten (2, 3).

På regionalt nivå har Helse Sør- Øst etablert ett forpliktende samarbeid mellom helseforetak og kommuner i hele regionen. Helsedialog (4) har som mål å bedre samhandlingen mellom sykehus, kommuner og pasienter. I strategiplan for Sykehuset Telemark er samhandling ett av fem satsningsområder i perioden 2011-2014 (5).

Samhandling er en utfordring når pasienter skrives ut fra alderspsykiatrisk spesialisthelsetjeneste til kommunehelsetjenesten. Hensikten med denne oppgaven er å kartlegge i hvilken grad ansatte i kommunehelsetjenesten vurderer at informasjon gitt i sykepleierapport og epikrise er nyttig for videre arbeid med pasienten. Leger og sykepleiere i kommunehelsetjenesten vil også bli bedt om å vurdere nytten av dagens samhandlingspraksis i forbindelse med utskrivning av pasienter.

Seksjon for alderspsykiatri ved Sykehuset Telemark har siden 1995 hatt stort fokus på samarbeid med kommuner, pasienter og pårørende. Det ble gjennomført brukerundersøkelser i 1995, 1997 og i 2002. Hensikten var å kartlegge brukernes syn på seksjonenes service og i hvilken grad de fikk dekket sine behov for tjenester (6, 7). Spørsmål i disse undersøkelsene var blant annet knyttet til tilfredshet med ventetid, epikrisetid og samarbeid.

I denne oppgaven vil fokus rettes mot nytten av innholdet i skriftelig informasjon, og hvordan samarbeidspartnere vurderer nytten av enkelt tiltak knyttet til utskrivning av alderspsykiatriske pasienter. Undersøkelsen vil gå mer i dybden i forhold til skriftlig og praktisk samhandling sammenlignet med tidligere undersøkelser.

Intersektoriell samhandling beskrives som velferdsstatens nye arbeidsform (8). Samhandling vil innebære systemiske, organisatoriske og praktiske utfordringer for de aktørene som felles skal yte tjenester til gruppen alderspsykiatriske pasienter.

Under landskonferansen i alderspsykiatri 2010 holdt seniorrådgiver i Helsedirektoratet Rut Prietz ett innlegg: ” Samhandlingsreformen - konsekvenser for alderspsykiatrien”. Hun uttrykte at det var et betimelig spørsmål hvorvidt eldre pasienter er blitt glemt under utforming av reformen.

Befolkningsfremskrivning i Norden viser en kraftig og langvarig økning i antall eldre over 65 år frem mot 2050 (9). Med flere eldre forventes også at antallet eldre med

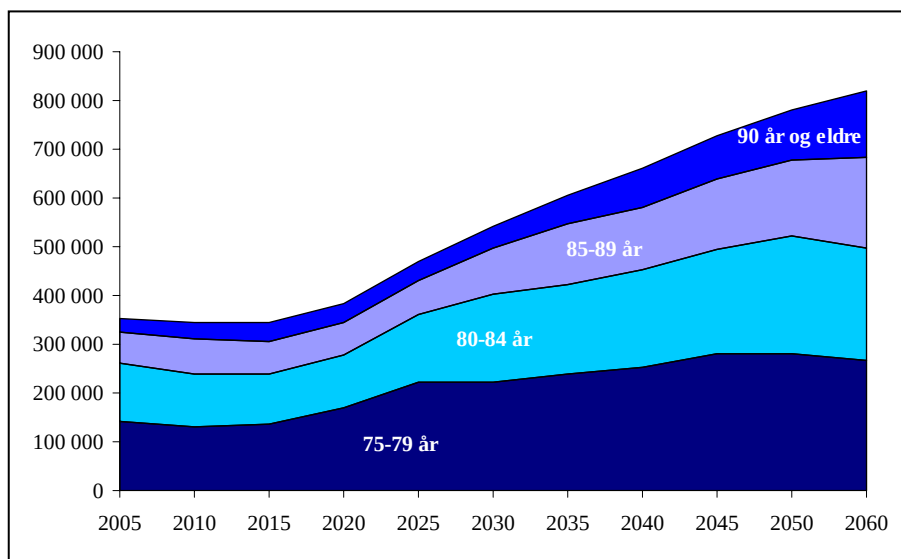
psykiske lidelser vil stige. Alderspsykiatriske lidelser kjennetegnes ved at sykdommen har debut etter fylte 65 år og at det finnes en sammenheng mellom psykiatrisk sykdom og sosial, psykologisk, biologisk aldring og/eller somatisk sykdom (10).

For å kunne yte helsetjenester til denne gruppen pasienter må både spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjenesten ha spesiell kompetanse innen fagområdene psykiatri, geriatri og gerontologi. Pasientene kan ha flere lidelser parallelt og vil i ulike faser være i behov av tjenester fra ulike aktører i helsevesenet. For at pasientene skal kunne få et helhetlig tilbud er det avgjørende at de som skal yte tjenester samarbeider.

2. BAKGRUNN

2.1. Demografiske data

Levealderen i Norge har øket med ca 10 år siden 1950, og forventes å øke ytterligere i årene fremover (se Figur 1). Befolkningsframskrivninger viser en forventet økning i antall eldre frem mot 2050. Den største veksten vil være blant de eldste eldre (11).



Figur 1. Fremskrevet folkemengde over 75 år i Norge i perioden 2005-2060 (12)

Innen det alderspsykiatriske fagfeltet er de hyppigste diagnosene demens, depresjon, angst, sent debuterende psykose og alkohol- og legemiddelmisbruk (13). I 2007 var det en forventet forekomst av 70.000 eldre med demens og om lag 120.000 eldre med depresjon og angst i Norge. I tillegg kom eldre med psykoser. Her var det vanskelig å anslå antall. Professor Knut Engedal skriver at det finnes lite forskning på området, men man kan anta en størrelsesorden mindre enn en promille (10).

Organisering av helsetjenester til en økende befolkning eldre med psykiske lidelser vil by på utfordringer knyttet til kompetanse, økonomi og ressursutnyttelse.

2.2. Tilbud til eldre med psykiske lidelser

Eldre med psykiske lidelser mottar tjenester fra kommune- og spesialisthelsetjeneste. For personer med demens har det over en 20 års periode vært betydelig fokus både på organisering av tjenestetilbudet, oppgavefordeling mellom kommune og spesialisthelsetjeneste og samarbeid med pårørende. Det har vært satset betydelig på opplæring og utdanning av personell. For å møte framtidige utfordringer utarbeidet Sosial og helsedirektoratet i 2007 en rapport for å styrke tjenestetilbudet til personer med demens (14).

Det har over en tiårsperiode med Opptappingsplan for psykisk helse (15) vært satset på å bygge opp psykiatritilbudet i kommunene, for at mennesker med psykiske lidelser skal kunne bo hjemme. Det er ikke lagt spesielt vekt på tilbud til eldre med psykiske lidelser i denne planen. Professor Knut Engedal kaller fagfeltet alderspsykiatri ”et helsepolitisk stebarn” og hevder at: ” *Statlige myndigheter som Helse og omsorgsdepartementet og Sosial og helsedirektoratet har ikke gitt signaler om hva de mener om oppbygging av det alderspsykiatriske fagfeltet. Heller ikke opptappingsplanen for psykiatri har brydd seg om å beskrive hva staten mener om alderspsykiatri.*” (13).

Utsillet har skapt debatt hos både brukerorganisasjoner og departementet. Det alderspsykiatriske fagfeltet er samstemt i forhold til at det må satses mer spesifikt på tilbud til målgruppen for å møte utfordringene fremover (16, 17).

I kommunehelsetjeneste er det vanskelig å få frem sikre tall på hvor mange eldre med psykiske lidelser de har i den enkelte kommune og hva slags type tjenester de mottar. En kartlegging av tilbudet til alderspsykiatriske pasienter i to fylker, viste at det ikke eksisterte spesielt tilrettelagte tilbud for eldre med psykiske lidelser. Få benyttet dagtilbud, støttekontakt og hjemmetjenester. Det var vanskelig å finne personer i kommunene som hadde oversikt over målgruppen (18). Kun fire personer i de to fylkene hadde fått utarbeidet individuell plan. Det var fastlegene hadde best oversikt over denne gruppen pasienter.

Eldre med psykiske lidelser kan motta tjenester fra ulike instanser i egen kommune: pleie og omsorg, rehabilitering, sosialtjenesten, psykiatritjeneste og kulturtjenesten.

Psykiater Geir Selbæk viste i en undersøkelse på norske sykehjem at 80 % av pasientene har psykiatriske symptomer eller adferdsforstyrrelser (19), og konkluderte med at ” *de faglige ressursene i sykehjem står neppe i forhold til symptomenes alvorlighetsgrad*”.

Kommunene i Norge har ulik organisering, forvaltning og saksbehandling i forhold til sine tjenester.

I spesialisthelsetjenesten mottar alderspsykiatriske pasienter tilbud ved ulike enheter. Ved akutt oppstått behandlingstrengende lidelse kan pasienten få tilbud ved akuttpsykiatriske enheter. Tilbudet kan gis ambulant eller ved innleggelse i akuttpsykiatrisk sengepost. Planlagt alderspsykiatrisk behandling blir gitt i form av polikliniske tilbud, ambulante tjenester eller ved innleggelse i sengepost.

Distriktpsikiatriske sentra (DPS) skal ivareta det psykiske helsevernet for alle aldersgrupper, også eldre med psykiske lidelser. Tilbudene skal være lett tilgjengelige og organiseres i nært samarbeid med kommunene. Alvorlighetsgrad avgjør om eldre kan behandles på DPS eller om de må få et mer spesialisert tilbud ved alderspsykiatriske eller akuttpsykiatriske enheter. De ulike fylkene har i varierende grad ett fullverdig alderspsykiatrisk spesialisthelsetjeneste- tilbud.

Eldre har ofte sammensatt problematikk. Mange alderspsykiatriske pasientene har også kontakt med geriatrisk, ortopedisk eller medisinsk spesialisthelsetjenesten i forhold til somatiske lidelser. Samarbeid har vært vektlagt som en del av og som en forutsetning for alderspsykiatrisk behandling (20).

Både i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten vil den alderspsykiatriske pasient og pårørende komme i kontakt med og motta tjenester fra mange forskjellige profesjoner. Kontakthypighet vil variere i forhold til forskjellige behov hos pasienten i ulike faser av ett sykdomsforløp. Aktørene vil ha ulike roller og dermed ulike behov for informasjon med tanke på samarbeid og samhandling. Pasientens mulighet til medvirkning og deltagelse vil variere i ulike faser av sykdommen. Pårørendes rolle, ansvar og deltagelse er sentral.

Tjenester til eldre er regulert i ulike lovverk og forskrifter. Lov om spesialisthelsetjeneste (21), Lov om kommunehelsetjeneste (22), Lov om pasientrettigheter (23), Lov om psykisk helsevern (24) og Lov om helsepersonell (25). Dette innebærer at fagpersoner må forholde seg til ulike lovverk og reguleringer i utøvelse av sine tjenester.

2.2.1. Seksjon for alderspsykiatri Sykehuset Telemark

Sykehuset Telemark har sentralsykehusfunksjon for Telemark fylke, og gir tilbud til befolkningen i 18 kommuner, 169.000 personer. Seksjon for alderspsykiatri er en del av Psykiatrisk klinikk og består av en sengeenhet med 16 plasser- ni plasser for eldre med generell psykiatrisk problematikk som depresjon, angst og psykose og seks plasser for personer med demens med psykiatrisk tilleggsproblematikk og utfordrende adferd. Seksjonen har en poliklinikk som driver utstrakt ambulant virksomhet. I tillegg til klinisk virksomhet gir også seksjonen undervisning, veiledning og rådgivning til kommunene i Telemark innen feltet alderspsykiatri.

Seksjonsleder Kirsten Eikeland sammenfattat virksomheten i en artikkel med overskriften ” Samarbeid på kryss og tvers” der hun beskriver et utstrakt samarbeid med mange aktører (26).

Psykiatrien i Vestfold og Seksjon for alderspsykiatri Sykehuset Telemark har sammen etablert og driver Alderspsykiatrisk fag og forskningsnettverk Telemark og Vestfold (TeVe).

2.2.2. Epikrise og sykepleierrapport

Ved utskrivning av pasienter fra Seksjon for alderspsykiatri sendes epikrise, en rapport fra behandler til henvisende lege. Det er ved psykiatrisk klinikk utarbeidet en mal for hvilke punkter som skal inngå i epikrisen. Utsendelse av epikriser er en lovpålagt oppgave regulert i forskrift om pasientjournal, hvor det er et krav at epikrise skal sendes til henvisende instans (27).

Epikrisetid er definert som en kvalitetsindikator fra Helsedirektoratet (28). Epikrise skal være sendt innen syv dager etter avsluttet behandling. Alle helseforetak og sykehus rapporterer til Regionalt helseforetak og Helsedirektoratet om epikrisetid.

Ved Psykiatrisk klinikk er det utarbeidet en journalhåndbok med en mal for epikrise (29). Seksjon for alderspsykiatri utarbeidet i januar 2011 en mal der innholdet i epikrise er tilpasset alderspsykiatrisk praksis.

Sykepleierrapport sendes til samarbeidende helsepersonell i kommunehelsetjenesten når pasienten skal motta bistand i kommunen. Det er ved Seksjons for alderspsykiatri utarbeidet en mal for sykepleierrapport. Denne skal være praktisk, konkret rettet mot pasientens funksjon, behov for bistand og beskrivelser av hvordan kommunikasjon og samhandling med pasienten best kan tilrettelegges.

Utsendelse av sykepleierapport er ikke en lovpålagt oppgave, men Lov om helsepersonell sier at *”Med mindre pasienten motsetter seg det, kan taushetsbelagte opplysninger gis til samarbeidende personell når dette er nødvendig for å kunne gi forsvarlig helsehjelp ”* (25).

2.2.3. Samhandlingspraksis ved utskrivning av pasienter

Medarbeidere ved Seksjon for alderspsykiatri har gjennom et behandlingsforløp kontakt med pasient, pårørende og samarbeidspartnere i kommunen i varierende grad. Det er ikke utarbeidet noen fast mal som følges for alle pasienter ved utskrivning, men det er utviklet ett knippe av tiltak som kan benyttes. Det vurderes i hver enkelte sak hva som er hensiktsmessig for å få til en god overføring til kommunen for den konkrete pasienten.

Eksempler på samhandlingstiltak:

- Møte med pårørende og kommunehelsetjenesten ved utskrivning fra sengepost. Pasientens deltar i varierende grad, avhengig av kognitiv og psykisk funksjon.
- Hospitering. Personell fra kommunen følger pasienten noen vakter under sykehusoppholdet.
- Ambulant oppfølging etter utskrivning. Personell fra sykehuset følger pasient, pårørende eller helsepersonell noe tid etter utskrivning.
- Undervisning, veiledning og/eller drøfting med personell i kommunen etter utskrivning.

Det vektlegges en individualisert behandling hvor pasientens behov og problematikk styrer hvilke tiltak som benyttes og i hvilket omfang.

Erfaringer fra alderpsykiatrisk spesialisthelsetjeneste er at helsepersonell i kommunene i varierende grad kjenner til informasjon som blir gitt i epikrise og sykepleierrapport. Enkelte steder benyttes informasjonen som en retningslinje og følges punkt for punkt i videre arbeid med pasienten. Andre steder er råd tilpasset egen virksomhet. Noen steder er medarbeidere som jobber daglig med pasienten ikke kjent med at det finnes skriftlig informasjon fra spesialisthelsetjenesten.

I enkelte saker opplever spesialisthelsetjenesten en god utskrivningsprosess i samarbeid med kommunen. Utskrivning skjer ”sømløst” og tiltak, kommunikasjon og tjenester henger sammen. Andre ganger oppleves utskrivningsprosessen som en stillingskrig der sykehus og kommune i liten grad greier å enes om hvor, hvordan og på hvilken måte utskrivningen bør gjennomføres.

2.3. Folkehelseperspektiv

World Health Organization (WHO) beskriver at ubalanse mellom den voksende populasjonen av eldre og andelen arbeidsføre vil by på sosioøkonomiske utfordringer i mange land (30). WHO beskriver behovet for å se psykiske og fysiske lidelser i sammenheng med hverandre, og at helsepersonell må se utover egne profesjongrensar og samarbeide for å kunne møte disse utfordringene. Allerede i Ottawa charteret fra 1986 beskrives behovet for å vurdere hvordan helsetjenester best kan organiseres for å møte framtidens folkehelseutfordringer (31).

Befolkningsfremskrivning i Norden viser en kraftig og langvarig økning i antall eldre over 67 år i perioden 2007-2050 (12). Med øket antall eldre forventes også flere eldre med psykiske lidelser i form av depresjon, angst, psykose eller demens med tilleggsproblematikk (10). Helsetjenester til denne gruppen pasienter krever spesiell kompetanse og utstrakt samarbeid mellom de ulike aktørene i helsetjenesten.

I ett helseøkonomisk perspektiv vil øket antall eldre med behov for helsetjenester fra kommune og sykehus knyttet til alderspsykiatrisk problematikk by på utfordringer. Finansiering av tjenester og tilbud vil bli påvirket. Prioriteringer blir nødvendig for å sikre at de som trenger det mest får tilbud. Det må sikres at de som utøver tjenesten har tilstrekkelig og riktig kunnskap. Samhandling blir viktig for å sikre god oversikt og tilgjengelighet for brukerne.

3. TEORI OG FORSKNING OM INTERSEKTORIELL SAMHANDLING

Samverkan, samordning, samarbeid og nå det norske ordet samhandling er ulike betegnelser som benyttes for å beskrive en ny arbeidsform innen helsetjenesten. Det finnes ulike og til dels motstridene definisjoner av begrepene. I forskning anvendes ofte integrasjon, som innebærer at ulike aktører eller aktiviteter føres sammen (8).

Samhandling kan være interdisiplinær mellom ulike virksomheter og spesialiteter, interprofesjonell mellom ulike yrkesgrupper og profesjoner, interorganisatorisk mellom ulike myndigheter, foretak og organisasjoner eller intersektoriell mellom ulike samfunnssektorer (8).

Samhandling er ikke ett mål i seg selv, men en metode for å oppnå ett mål: bedre helse (32). Ett overordnet mål for samhandling har vært å motvirke fragmentering av velferdstjenester gjennom øket integrasjon mellom ulike organisasjoner og myndigheter. Ved at ulike organisasjoner bidrar med komplimenterende ressurser, kunnskap og kompetanse har målet vært å bedre kvalitet, kontinuitet og tilgjengelighet på helsetjenestene. Fokus har også vært rettet mot ressursutnyttelse og økonomi (8).

Utvikling av behandlingsskjeder har vært et ledd i utvikling av helhetlige helsetjenester for pasienter med en spesiell sykdom eller symptom. Behandlingsskjeder defineres som: *"koordinerte aktiviteter innen helsesektoren, knyttet sammen for å oppnå ett godt sluttresultat for pasienten"* (33).

Det finnes ulike former for integrasjon. Vertikal integrasjon skjer i ett hierarki, mens horisontal integrering skjer gjennom frivillig samarbeid mellom ulike aktører.

Vertikal Integrering	Horisontal integrering		
	-	+	
	+	Samordning	Samverkan
	-	Kontraktstyring	Samarbeid

Figur 2. Hovedformene for integrasjon ifølge Axelsson og Bihari Axelsson (34).

Figuren viser ulike former for integrasjon:

- *Kontraktstyring*: liten grad av vertikal og horisontal integrering.
- *Samordning*: høy grad av vertikal integrering. Hierarkiske system. Samordning besluttet og reguleres gjennom kontroll. Implementeres lavere i organisasjonen.
- *Samarbeid*: høy grad av horisontal integrering, lav grad av vertikal: nettverk - vilje til å arbeide sammen, intensive kontakter og kommunikasjon.
- *Samverkan*: mer kompleks høy horisontal og vertikal integrasjon kombinerer hierarkisk samordning med frivillig nettverksarbeid. (inneholder både samarbeid og samordning)

Hvilken form for integrering som er hensiktsmessig og effektiv i den enkelte situasjon avhenger av grad av differensiering eller ulikheter mellom forskjellige organisasjoner og virksomheter som skal samhandle. Ulikhetene kan være strukturelle, funksjonelle, kulturelle, adferdsmessige eller holdningsmessige. Lav grad av differensiering kan behandles gjennom vertikal integrasjon, mens høyere grad av differensiering krever mer horisontal integrering. Samordning kan være tilstrekkelig ved enkle oppgaver, mens samverkan og samarbeid er hensiktsmessig ved mer sammensatte differensierte oppgaver (35).

Ulike modeller for samverkan presenteres av Ahgren og Axelsson (15) som ett kontinuum av ulike integrasjonsnivåer.

Full atskillelse Sammenkobling Koordinert nettverk Samarbeid Full sammenslåing

- Full atskillelse: ingen form for kontakt mellom aktørene.
- Sammenkobling: aktørene har nødvendig kontakt, regulert ved kliniske prosedyrer/retningslinjer med klar ansvarsfordeling og samordning av oppgaver.
- Koordinering i nettverk: gjensidig utveksling av klinisk informasjon knyttet til pasientforløp, mer strukturert møtevirksomhet/ kontakt enn ved sammenkobling.
- Samarbeid: en koordinator har i oppdrag å administrere aktiviteter og samarbeid mellom uavhengige enheter
- Full sammenslåing; ressurser samorganiseres i en felles enhet.

Alle nivåene har innslag av både horisontal og vertikal integrering: dvs en kombinasjon av både samordning og samarbeid.

Etablering og vedlikehold av samhandling krever investering i tid og energi. Det er viktig å identifisere hindringer som kan påvirke prosessen. Strukturelle og kulturelle forskjeller mellom organisasjonene og deres profesjoner, ulike regelsystem, lover og forskrifter, ulike finansieringssystem, ulike budsjett og ansvarsområder, ulike databaser og informasjonssystem kan hindre samhandlingsprosessene (36). Ulikt syn på pasienten, ulik utdanningsbakgrunn, revirtenking hvor deltagerne forsvaret sitt territorium og ulike krav og forventninger hos deltagerne er faktorer som det er viktig å identifisere.

For å komme fra revir- og territorie- tenking og over på en mer samarbeidende og helhetlig tilnærming, er profesjonell og ledelsesmessig altruisme presentert. Deltagende aktører kan da bringe kunnskap og ressurser fra eget territorium inn i ett samarbeid mot et bedre felles resultat (37).

Ahgren og Axelsson beskriver at selve prosessen er sentral ved utvikling av behandlingskjeder (38). Deres studie viser at en "top-down" tilnærming til integrasjon ikke skaper gode forhold for utvikling. Hvis det er rom for stor grad av lokalt initiativ i utvikling av integrasjon, vil profesjonelt engasjement, legitimitet og tillit sannsynligvis øke sjansene for ett suksessfullt resultat. Ledelsens rolle i utvikling av behandlingskjeder innebærer utfordringene knyttet til endringer i eksisterende maktdomener.

For å måle effekt av integrerte helsetjenester viser et litteratursøk av Standberg- Larsen og Krasnik (39) at det finnes metoder for å måle effekt av samhandling. Eksisterende forskning har vært relativt ressurskrevende og lite standardisert. Nesten all forskningen er basert på teoretiske modeller. Modellene trenger å bli empirisk testet. Det er nødvendig med mer arbeid for å klargjøre forholdet mellom sentrale konsepter og interaksjonen med pasient og kostnads resultater. Forfatterne konkluderte med at det er stort behov for videre forskning innen feltet.

Det er gjennomført studier om samhandling mellom sykehus og kommune, med fokus på eldre pasienter (40, 41, 42), men ingen av disse har hatt fokus på alderspsykiatrisk problematikk. Både studier og offentlige plandokumenter har vært opptatt av epikrise og mulighetene knyttet til utvikling av elektronisk overføring av informasjon (1, 42, 43). Innen det alderspsykiatriske fagfeltet har prosjekter og fokus vært knyttet til epikrisetid og at pasienten skal få epikrise i hånden ved utskrivning (44, 45).

4. PROBLEMMFORMULERING

Psykiske lidelser hos eldre er et folkehelseproblem, ikke bare for den eldre selv, men også for pårørende og helsetjenesten som skal gi tilbud til denne gruppen. Utvikling og organisering av tilbud til alderspsykiatriske pasienter byr også på utfordringer i et samfunnsmessig økonomisk perspektiv

For å kunne følge intensjonen i Samhandlingsreformen om at rett pasient får rett tilbud til rett tid, stiller dette store krav til at helsetjenesten samordner tjenestene sine. Ved utskrivning av pasienter fra sykehus til kommune stiller dette store krav til deling av informasjon, kunnskap og erfaringer.

4.1. Overgripende hensikt

Spørsmålet er om dagens praksis med utsendelse av epikrise og sykepleierapport fra sykehuset gir samarbeidspartnere i kommunen informasjon og råd som de kan bruke i videre arbeid med pasienten. Opplevs dagens samhandlingspraksis som nyttig og hensiktsmessig for leger og sykepleiere i kommunen? Bruker personell i spesialisthelsetjenesten tid på de riktige tiltakene, eller har samarbeidspartnere i kommunehelsetjenesten andre ønsker knyttet til tilbakeføring av pasienter.

Formålet med denne oppgaven er å kartlegge i hvilken grad leger og sykepleiere i kommunene vurderer dagens praksis knyttet til deling av informasjon, kommunikasjon og samhandling som nyttig.

4.2. Forskningsspørsmål

- I hvilken grad vurderer leger og sykepleiere i kommunene informasjon i epikrise og sykepleierrapport som nyttig for videre arbeid med pasienten?
- I hvilken grad vurderer leger og sykepleiere i kommunene dagens samhandlingspraksis som nyttig ved utskrivning av pasienter fra alderspsykiatriske spesialisthelsetjeneste?
- Hva slags samhandlingstiltak og informasjon ønsker samarbeidspartnere i kommunene fra alderspsykiatrisk spesialisthelsetjeneste?

5. METODE

5.1. Metodevalg

For å belyse forskningsspørsmålene ble det valgt å gjennomføre en tverrsnittsundersøkelse med innhenting av kvalitative og kvantitative data gjennom et spørreskjema. Ønsket var å få en oversikt over hvordan samarbeidspartnere i Telemark fylke vurderer dagens praksis ved utskrivning av alderspsykiatriske pasienter fra sykehus til kommune.

Spørreskjema kan i følge Øvretveit benyttes når det er ønskelig å samle data om ett spesielt emne (46). Det gir informantene mulighet til å tenke seg om, bruke den tiden de trenger og de kan svare anonymt. Spørreskjema med forhåndsdefinerte svaralternativ ble valgt for å få en oversikt over hvilke momenter og tiltak informantene vurderte som mest nyttig i videre arbeid med pasienten. Ønsket var å sammenligne svar fra ulike profesjoner, fra forskjellige arbeidssteder for å se om det var variasjoner i synet på hva de vurderte som nyttige tiltak.

For å få en så bred tilbakemelding som mulig ble det valgt å sende ut spørreskjema til alle kommuner, sykehjem og leger i fylket. Ett strategisk utvalg informanter kunne gitt tilbakemelding fra fagpersoner med spesiell interesse for feltet eller med nylige erfaringer fra samarbeid. Skjemaene kunne da vært sendt til kolleger Seksjon for alderspsykiatri nylig har samarbeidet med, ofte samarbeider med eller deltagerne i fylkets demensnettverk.

Hensikten med denne undersøkelsen var imidlertid å få ett så bredt tilfang av data som mulig. Informasjon fra forskjellige yrkesgrupper, ulike arbeidssteder, kommuner med ulik størrelse og ulik geografisk nærhet til sykehuset var ønsket. Det ble også vurdert som sentralt å få tilbakemelding fra kolleger med ulike erfaringer fra samarbeid med seksjonen. Derfor ble det valgt å gjennomføre en tverrsnittsundersøkelse. Det var ønskelig å innhente kvantitative data for å få ett bilde av hvilke samhandlingsiltak og hvilke momenter i sykepleierrapport og epikrise som ble vurdert mest nyttige i videre arbeid med pasienten.

Kvalitative data ble etterspurt for å få ett bilde av samarbeidspartnernes opplevelse av og ønsker for videre samarbeid. Ved å benytte åpne svar fra selvutfylte spørreskjema kan dette i følge Malterud (47) gi mer tilgang til informasjon om ett fenomen enn ved avkrysning av forhåndsdefinerte svaralternativ.

For å videreutvikle det alderspsykiatriske tilbudet ble innhenting av data gjennom en spørreundersøkelse vurdert som relevant.

5.2. Utarbeidelse av spørreskjema

Det ble utarbeidet to spørreskjema for undersøkelsen, ett til leger og ett til sykepleiere. Ved gjennomgang av litteratur har ulike skjema vært vurdert og benyttet som inspirasjon ved utarbeidelse av studiens skjema (48, 49). Ingen eksisterende skjema kunne benyttes for å besvare forskningsspørsmålene knyttet til alderspsykiatrisk praksis.

Spørreskjemaene ble utarbeidet i tett samarbeid med lederteam ved Seksjon for alderspsykiatri, forskningskoordinator i TeVe og veilederne ved Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap (NHV).

Spørsmålene ble utarbeidet med utgangspunkt i mal for skriving av epikrise og sykepleierrapport samt dagens praksis i forhold til samhandling ved utskrivning fra alderspsykiatrisk sengepost og poliklinikk. Skjemaet ble utformet som ett tosidig A4-ark.

Innledningsvis ble både sykepleiere og leger bedt om å angi stilling og arbeidssted. Sykepleierne ble bedt om å angi om de var ledere eller sykepleiere og om de jobbet i hjemmetjeneste eller på sykehjem. For legene var svaralternativene fastlege eller tilsynslege. Begge gruppene ble videre bedt om å angi om de i løpet av de siste to årene hadde hatt samarbeid med Seksjon for alderspsykiatri i forhold til pasientsaker og eventuelt hvor mange pasienter.

Skjemaet om epikrise inneholdt 18 spørsmål om nytten av innhold i epikrise for videre arbeid med pasienten. Skjema for sykepleierrapport hadde tilsvarende 13 spørsmål om nytten av innhold i sykepleierrapport. I begge skjemaene ble informantene bedt om å gjøre en generell vurdering av innhold. Legene ble bedt om å vurdere nytten av innhold i sykepleierrapport. Sykepleierne fikk tilsvarende spørsmål om nytten av innhold i epikrise for deres arbeid. Begge versjonene hadde lik bakside med 16 spørsmål knyttet til dagens samhandlingspraksis.

Spørsmålene skulle besvares ved avkryssing på en femgradig Likert skala (50), gradert med svaralternativene *alltid*, *ofte*, *av og til*, *sjelden* eller *aldri*. For alle spørsmålene var også *vet ikke* ett avkrysningsalternativ. På begge sider av skjemaene var det ett åpent felt for kommentarer og fritekst. Her ble informantene bedt om å komme med ønsker, kommentarer eller konkrete forslag knyttet til innhold i epikrise, sykepleierrapport eller samhandlingspraksis.

Utarbeidelse av spørreskjemaene har skjedd gjennom en dynamisk flertrinns prosess. Veiledere, kolleger og samarbeidspartnere har vært invitert til å stille spørsmål og gi innspill.

Det ble gjennomført en pilotundersøkelse. Fem sykepleiere og to leger fra kommunehelsetjenesten og tre kolleger fra forskningsenheten ved sykehuset ble bedt om å svare på spørsmålene i skjemaet. Tilbakemeldinger etter pilottesting av skjemaet sammen med innspill fra veilederne dannet grunnlag for endelig versjon av spørreskjemaet.

Forskningskoordinator i Alderspsykiatrisk fag og forskningsnettverk TeVe, har løpende i denne prosessen vært behjelpelig med råd og drøftinger vedrørende faglig innhold, opplæring i programvare for utarbeidelse, revisjon og layout av spørreskjema i Teleformformat.

5.3. Informanter

For å sikre et representativt utvalg var det viktig å få tilbakemelding fra følgende yrkesgrupper: leger, tilsynsleger, ledere av sykepleietjenesten og sykepleiere fra hjemmetjeneste og sykehjem. Det var også ønskelig å få tilbakemelding fra hele fylket, geografisk spredning, nærområdet til sykehuset og distriktet, store og små kommuner, store og små sykehjem.

Det ble gjennomført en totalundersøkelse i Telemark.

Spørreskjema om nytten av informasjonen i sykepleierrapport og samhandling ble sendt til ledelsen ved alle sykehjem og hjemmesykepleiedistrikt i fylket. Det ble bedt om at skjemaene skulle besvares av en sykepleier og en leder fra hver avdeling/hvert distrikt. Spørreskjema om nytten av epikrise og samhandling ble sendt til alle fastleger og tilsynsleger i Telemark.

Informasjon om antall sykehjemsavdelinger og hjemmesykepleiedistrikt ble funnet på kommunens hjemmesider. Navneliste for leger ble hentet fra Helseøkonomiforvaltningen – HELFOs liste for Telemark (51).

5.4. Analyse av kvantitative data

Spørreskjemaene ble utarbeidet i skannbart Teleformformat (versjon 10.4).

Informantene returnerte ferdigutfylte skjema til Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse. Skjemaene ble overlevert forfatteren i anonymisert form for videre behandling. Forskningskoordinator i TeVe har bistått i den videre prosessen med analyse av kvantitative data.

Spørreskjemaene ble skannet og dataene automatisk overført til en SPSS- datafil for videre analyse. Grunnet et forholdsvis lite antall innkomne skjema ble kvalitetssikring av datafilene gjort manuelt. Datafilene ble gjennomgått, manglende data sjekket og korrigert etter sammenligning med aktuelle spørreskjema.

Manglende data vedrørende profesjon og arbeidssted ble innhentet ved at medarbeider fra Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse sjekket utsendelseslister. Videre ble det tatt telefonisk kontakt med legekantor for å avklare om informanten var fastlege eller tilsynslege.

Av totalt 178 mottatte skjema kom 14 skjema uten avkryssninger. På to av skjemaene svarte informanten ”*vet ikke*” på alle spørsmål. Skjemaene hvor alle svar var ”*missing*” eller ”*vet ikke*” ble tatt ut av materialet i analyse og presentasjon. På noen av skjemaene hadde informanten kun svart på spørsmål knyttet til ett av områdene epikrise, sykepleierapport eller samhandling. Dataene fra disse skjemaene gikk inn i analysen for det området som var besvart.

Dataprogrammet Statistical Package for the Social Sciences – SPSS versjon 15.0. for Windows ble benyttet (52,53) for analysering av dataene.

Deskriptive analyser ble benyttet for å finne frekvens av avgitte svar på spørsmålene, dvs. for å vise hvor stort antall og hvor stor prosentandel av informantene som hadde krysset av på de enkelte svaralternativene. I tillegg ble fordeling av dataene undersøkt, dvs. hvorvidt de var normalfordelte eller skjevfordelte, noe som hadde betydning for valg av sammenlignende analyser.

For å undersøke om det var forskjell i svar fra fastleger og tilsynsleger ble Student T-test benyttet på normalfordelte data. Tilsvarende ble gjort for å undersøke om det var forskjell mellom svar fra sykepleiere og ledere eller mellom ansatte i sykehjem og hjemmetjeneste.

Svarene i materialet var til dels skjevfordelte siden de fleste svarte at de var fornøyde med både innhold i dokumenter og samhandlingspraksis. Mann-Whitney Test ble benyttet ved skjevfordelte data for å undersøke om det var signifikante forskjeller i svar fra de ulike yrkesgruppene og arbeidsstedene.

Kategoriene ”*vet ikke*” og ”*missing*” ble tatt ut av datamaterialet ved vurdering av forskjeller i gjennomsnittsskåre.

5.5. Analyse av kvalitative data

Kvalitative data fra spørreundersøkelsen består av skriftelige kommentarer knyttet til samhandling, epikrise og sykepleierrapport. I spørreskjema var det et åpent felt for kommentarer. Informantene ble invitert til å komme med konkrete ønsker og forslag til forbedringer.

De kvalitative dataene er analysert ved bruk av Systematisk tekstkondensering slik den presenteres av Malterud (47). I analyseprosessen er ulike trinn gjennomgått: transkribering av tekst, dannelse av et helhetsinntrykk, markering av meningsbærende enheter, kondensering av meninger og utvikling av kategorier og subkategorier.

Helhetsinntrykk

For å få et helhetsinntrykk, transkriberte forfatteren det skriftelige materialet ordrett fra spørreskjemaene over i en samlet tekst. Videre ble den skriftelige teksten lest, uten å forsøke å systematisere materialet. Hensikten i denne del av prosessen var å danne seg et helhetsinntrykk av materialet, uavhengig av forforståelse, rolle og faglige perspektiv. Refleksjoner etter transkribering og gjennomlesning ble skrevet ned og tema nedtegnet.

Identifikasjon av meningsbærende enheter

Teksten ble gjennomgått linje for linje, for å sortere den delen av teksten som kunne belyse problemstillingen. Meningsbærende enheter ble markert med farge i teksten, klippet ut av teksten og skrevet inn i en tabell. I den videre sorteringsprosessen med å strukturere og systematisere materialet ble teksten skrevet ut, fargemarkert i ulike farger, klippet og satt sammen i ulike varianter: tematisert etter momentene i spørreskjema og gruppert etter svar fra de ulike yrkeskategoriene. Denne måten å sortere materialet på ga kommentarer og utsagn knyttet til enkeltpunkter, men ga ikke noen mønster eller tydelighet som var nyttig for videre analyseprosess. De meningsbærende enhetene ble satt inn i en tabell og koder ble utviklet.

Kondensering

I arbeidet med å analysere kunnskapen fra kodegruppene over i mer abstrakte begreper ble de meningsbærende enhetene innenfor hvert kodesystem gjennomgått og omskrevet til abstrakte meninger og kategorier. Videre ble noen sitat valgt ut fra materialet for å illustrere det som ble abstrahert.

Sammenfatning

I arbeidet med å sammenfatte analysearbeidet, ble materialet og innholdet i hver kodegruppe gjennomgått i forhold til undersøkelsens problemstilling og det totale skriftelige materiale. For å utfordre resultatet ble det i gjennomgang av totalmaterialet lett systematisk etter data som motsa konklusjonene. Tema som hadde røtter inn i større deler av materialet ble vektlagt.

Veilederne har bidratt med innspill både under den kvalitative og kvantitative analysen av resultatene.

5.6. Forforståelse

Forfatteren har vært ansatt ved Seksjon for alderspsykiatri siden 1992, og har hatt ulike roller knyttet til klinisk praksis i poliklinikk og sengepost, fagutvikling og utvikling av det alderspsykiatriske tilbudet ved sykehuset. Gjennom arbeidet har forfatteren hatt et utstrakt samarbeid med helsepersonell ved sykehjem og i hjemmetjenesten i Telemark. Siden 2004 har forfatteren vært leder av alderspsykiatrisk fag og forskningsnettverk TeVe og har samarbeidet tett med fagmiljøet ved Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse. Forfatteren har også deltatt i planarbeid i Helse Sør- Øst knyttet til plan for spesialisthelsetjeneste for eldre.

Gjennom de ulike rollene og funksjonene har forfatteren vært med å utvikle det tilbudet som i dag gis. Forfatteren er således ikke nøytral i forhold til dagens praksis og har ett sterkt eierforhold til tilbudet ved seksjonen. Dette kan innebære en forskningsmessig utfordring og kan være en bias.

Dette er det forsøkt korrigert for ved drøftinger med veilederne og invitasjon av kolleger fra andre fagfelt inn i de ulike prosessene, både ved utarbeidelse av spørreskjema, data-samling og ved analyse og drøfting av data og funn.

Grundig kunnskap om fagfeltet og engasjement på ulike nivåer kan også være en styrke for å forstå og tolke resultatene som fremkommer.

5.7. Etiske betraktninger

Alderspsykiatrisk fag- og forskningsnettverk TeVe finansierer studien.

For å sikre anonymitet i forhold til informantene ble Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse engasjert. Det ble utarbeidet en databehandlingsavtale mellom Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse og Sykehuset Telemark om utsendelse, purring og registrering av spørreskjemaene. Navnelister ble makulert ved overlevering av data til prosjektleder i anonymisert form.

Denne studien ble gjennomført for å kvalitetssikre og forbedre praksis ved Seksjon for alderspsykiatri, Sykehuset Telemark. Informantene er samarbeidende helsepersonell. Pasienter skulle ikke involveres i datasamlingen.

Det ble det sendt en forespørsel til Statlig portal for etisk komité (SPREK) med spørsmål om studien var meldepliktig. De svarte: *”Etter søknaden fremstår prosjektet som nyttig, kvalitetssikring av samhandling og informasjonsflyt, men oppfattes ikke som medisinsk eller helsefaglig forskning slik dette er definert i helseforskningsloven. Prosjektet er vurdert å falle utenfor komiteens mandat, jf. helseforskningsloven § 2 og er ikke fremleggelsespliktig, jf. helseforskningsloven § 10”.*

Sykehuset Telemark har en avtale med Norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste(NSD) for å sikre at personvern er ivarettatt ved studier i regi av sykehuset. Meldeskjema ble sendt NSD som godkjente gjennomføring av studien.

Studien ble gjennomført for å forbedre dagens praksis knyttet til utskriving av pasienter fra sykehus til kommune. Hensikten med studien var å få kunnskap om hvordan helsepersonell kan samhandle på en nyttig og hensiktsmessig måte for bedre tilbudet til pasienten og for å sikre pasienten en helhetlig helsetjeneste. For helsepersonell er det lovpålagt og det ville være uetisk å ikke kvalitetssikre egen praksis.

Informantene var samarbeidspartnere og kunne oppleve etiske betenkeligheter i forhold til om svarene ville påvirke videre samarbeidsklima. Dette ble søkt ivarettatt ved at besvarelsene ble sendt anonymt til ekstern instans og ikke direkte tilbake til Seksjon for alderspsykiatri.

Verken forfatteren eller fagpersoner ved Seksjon for alderspsykiatri mottok informasjon om hvem som svarte hva. Besvarelsene ble overlevert fra Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse i anonymisert form.

6. RESULTAT

6.1. Materialet

6.1.1. Svarprosent

Spørreskjema om epikrise og samhandling ble sendt ut til alle fastleger/tilsynsleger i Telemark. Totalt 149 spørreskjema.

Spørreskjema om sykepleierrapport og samhandling ble sendt til ledere ved til 37 sykehjem, bokollektiv og til 18 pleie- og omsorgsledere i Telemark. Lederne ble bedt om å distribuere spørreskjemaene til en leder og en sykepleier ved hver sykehjemsavdeling og hvert hjemmesykepleiedistrikt. Totalt ble 260 skjemaer sendt til sykehjem og 88 til hjemmetjenesten.

Fra samarbeidspartnere i Telemark er det mottatt 178 svar, 115 fra sykepleiere og 63 fra leger. Dette betyr en samlet svarprosent på 36 %. Svarprosenten fordeler seg på 33 % fra sykepleiergruppen og 42 % fra legene.

Fra fylkets 37 sykehjem har 29 av sykehjemmene svart. Det betyr at 78 % av sykehjemmene i Telemark har svart på undersøkelsen.

Fra hjemmesykepleien er det mottatt svar fra 15 av Telemarks 18 kommuner, det vil si at 83 % av kommunene har svart. Tabell 1 viser en samlet oversikt over svarprosent.

Tabell 1. Svarprosent i forhold til antall utsendte og returnerte spørreskjema

Spørreskjema	Antall	Svar	Svarprosent
Utsendt totalt	497	178	36 %
Fastleger og tilsynsleger	149	63	42 %
Sykepleiere og ledere	348	115	33 %
Utsendelsessteder	55	44	80 %
Sykehjem	37	29	78 %
Kommuner	18	15	83 %

Forfatteren har fått tilbakemelding fra ni kolleger som har mottatt spørreskjema. En leder skrev at hun hadde svart på vegne av hele institusjonen. Dette innebar at 16 skjema var sendt til dette sykehjemmet, mens kun ett samleskjema ble sendt i retur. En annen leder sa at alle avdelinger har svart, men at de hadde valgt spesielt engasjerte medarbeidere og ressurspersoner til å svare på vegne av avdelingen. Andre hadde mottatt flere skjema enn det faktiske antall avdelinger de hadde.

6.1.2. Pasientkontakt

Av sykepleierne som har svart, har 84 % hatt pasienter som har hatt kontakt med Seksjon for alderspsykiatri i løpet av 2009 – 2010, av legene har 86 % hatt pasienter ved seksjonen i samme tidsrom. Sykepleierne har vært i kontakt med 86 pasienter, legene med 52. Noen av pasientene er sannsynligvis de samme.

6.2. Svar fra spørreskjema, kvantitativ analyse.

6.2.1. Sykepleierrapport

På spørreskjema knyttet til sykepleierrapport er det mottatt 115 svar. Tre har svart *vet ikke* på alle spørsmålene om sykepleierrapport, 13 har kun svart på spørsmålene om samhandling. Dette betyr at 99 har svart på spørsmål om innholdet i sykepleierapport. Resultater av analysen presenteres i prosent av de sykepleierne som har svart.

Det er ingen signifikante forskjeller på svarene fra sykepleiere og ledere. Det er heller ingen signifikant forskjeller på svarene fra sykehjem og hjemmesykepleiedistrikt. Derfor vil svarene fra sykepleierne bli behandlet samlet videre i oppgaven.

Informantene ble bedt om å vurdere nytten av innholdet i sykepleierapport fra Seksjon for alderspsykiatri for sitt videre arbeid med pasienten. Punktene i spørreskjemaet samsvarer med malen for sykepleierapport.

Bakgrunn for innleggelse og hensikten med oppholdet beskrives innledningsvis i sykepleierapporten. Av sykepleierne svarte 96 % at de *alltid/ofte* vurderte denne informasjonen som nyttig. Informasjon om pasientens ressurser og psykiske funksjonsnivå ble av 98.5 % av sykepleierne vurdert som *alltid/ofte* var nyttig.

Videre ble sykepleierne bedt om å vurdere nytten av informasjonen om den utredningen og behandlingen pasienten har fått. Punktene i sykepleierapporten omhandler informasjon om resultat fra ulike kartleggingsredskaper og tester. Videre beskrives tiltak for å øke trivsel, tiltak for å redusere utfordrende adferd, tillitskapende tiltak, tiltak for å vedlikeholde psykisk funksjon og sykepleietiltak som er benyttet under oppholdet.

Tabell 2. Prosentvis svar, informasjon om utredning og behandling, N=98

Vurdering av nytte av informasjon om	Alltid/ ofte nyttig	Av og til nyttig	Sjelden/ aldri nyttig	Vet ikke
Tester og kartlegging	91	9	0	0
Tillitskapende tiltak	92	8	0	0
Redusere utfordrende adferd *	93	7	0	0
Trivselstiltak	91	8	1	0
Vedlikeholde psykisk funksjon *	93	7	0	0
Sykepleietiltak under oppholdet	88	9	0	3

*1 missing

Tabell 2 viser at mellom 91 % og 93 % av sykepleierne vurderer at informasjonen om ulike tiltak og informasjonen fra tester og kartleggingsredskaper *alltid/ofte* er nyttig. Unntaket var informasjon om sykepleietiltak under oppholdet som 88 % vurderte som *alltid/ofte* nyttig.

I forbindelse med utskriving av pasienter fra Seksjon for alderspsykiatri beskrives ulike vurderinger, anbefalinger, referat fra møter og konkrete planer for videre behandling av pasienten i sykepleierapport.

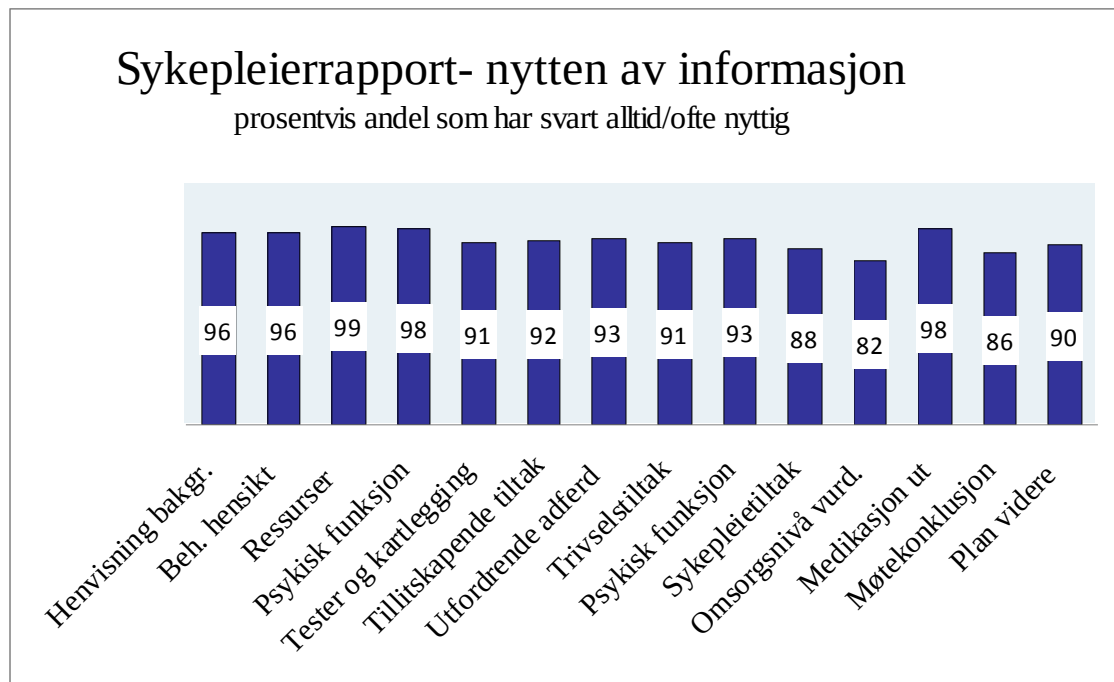
Tabell 3. Prosentvis svar om informasjon ved utskriving N= 99

Vurdering av nytte av informasjon om	Alltid/ ofte nyttig	Av og til nyttig	Sjelden aldri nyttig	Vet ikke
Vurdering av omsorgsnivå *	82	13	4	1
Medikasjon ved utskriving *	98	2	0	0
Konklusjon fra utskrivningsmøte	86	8	0	6
Plan for videre tiltak*	90	6	1	3

*1-2 missing

Tabell 3 viser sykepleiernes vurdering av i hvilken grad informasjonen som gis er nyttig for deres videre arbeid med pasienten. Behandlingsteamets vurdering av omsorgsnivå og konklusjon fra utskrivningsmøte med pasient, pårørende kommune og sykehus vurderes av 82 til 86 % av sykepleierne som *alltid/ofte* nyttig. Informasjon om medikasjon ved utskriving vurderes av 98 % av sykepleierne som *alltid/ofte* nyttig, mens 90 % vurderer informasjon om plan for videre tiltak etter utskriving som *alltid/ofte* nyttig.

Sykepleierne har vurdert nytten av informasjon fra 14 punkter i sykepleieplan for sitt videre arbeid med pasienten. Andelen sykepleiere som har svart at enkeltpunkter er *alltid/ofte* nyttige presenteres i Figur 3.



Figur 3. Samlet vurdering av nytten av informasjon i sykepleierrapport

Figuren viser at mellom 91 og 99 % av sykepleierne har svart at informasjonen gitt i sykepleierrapport er *ofte/ alltid* nyttig. Informasjon om pasientens ressurser, medikasjon ved utskrivning og psykisk funksjon er de punktene som flest har vurdert som nyttige.

Avslutningsvis ble sykepleierne bedt om å gi en generell vurdering av nytten av innholdet i sykepleierapporten fra Seksjon for alderspsykiatri. Her svarte 91 % at de *alltid/ ofte* vurderte innholdet som nyttig.

6.2.2. Epikrise

På spørreskjema om epikrise har 63 informanter svart. Resultater av analysen presenteres i prosent av de legene som har svart. Besvarelsene viser ingen signifikant forskjell mellom svar fra tilsynsleger og fastleger. Svarene fra legene blir derfor presentert samlet videre i oppgaven.

Informantene ble bedt om å vurdere nytten av innholdet i epikrise fra Seksjon for alderspsykiatri for det videre arbeid med pasienten. Punktene i spørreskjema samsvarer med seksjonens mal for epikrise.

Innledningsvis starter epikrise med punkter knyttet til bakgrunn for innleggelse og en kort beskrivelse av utredning og behandling. Av legene svarte 87 % at de *alltid/ofte* vurderte informasjonen om bakgrunn for behandlingen som nyttig. Alle vurderte at en kort informasjon om utredning og behandling var nyttig. Informasjon om pasientens ressurser og psykisk funksjon ved oppstart behandling ble av 87 % vurdert som *alltid/ofte* nyttig.

Videre ble legene ble bedt om å vurdere nytten av informasjonen om den utredningen og behandlingen pasientene har fått ved Seksjon for alderspsykiatri.

Tabell 4. Prosentvis svar, informasjon om utredning og behandling N=57

Vurdering av nytte av informasjon om	Alltid/ ofte nyttig	Av og til nyttig	Sjelden/ aldri nyttig	Vet ikke
Problemområder *	93	3	2	2
Kognitive tester	65	33	2	0
Medikamentell behandling	95	3	2	0
Behandlingstiltak	86	12	2	0
Somatiske forhold*	65	30	3	2

* 1-2 missing

Tabell 4 viser at informasjon om problemområder som er avdekket under behandlingen og informasjon om medikamentell behandling vurderes av fra 93 % til 95 % av legene som *alltid/ofte* nyttig. Beskrivelse av ulike behandlingstiltak som miljøterapi, samtale-terapi og sosiale tiltak vurderes av 86 % som *alltid/ofte* nyttig. Resultat av psykologiske tester og informasjon om somatiske forhold vurderes av 65 % av legene som *alltid/ofte* nyttig, mens mellom 30 % og 33 % svarer at informasjon om disse punktene *av og til* er nyttig.

Informasjon ved utskrivning av pasienter omhandler ulike vurderinger, oppsummering fra møter, konkrete råd og anbefalinger og plan for videre tiltak.

Tabell 5. Prosentvis svar om informasjon ved utskrivning av pasienter, N=54

Vurdering av nytte av informasjon om	Alltid/ ofte	Av og til nyttig	Sjelden/ aldri	Vet ikke
Anbefaling av omsorgsnivå*	91	9		
Medikasjon ved utskrivning	100			
Konklusjon fra utskrivningsmøte*	93	2	2	3
Plan for tiltak videre	96	4		
Måloppnåelse*	93	5	2	
Diagnose	100			
Medikasjon ved forverring	98	2		
Samtykkekompetanse*	85	12		3
Førerkortvurdering*	77	19		4

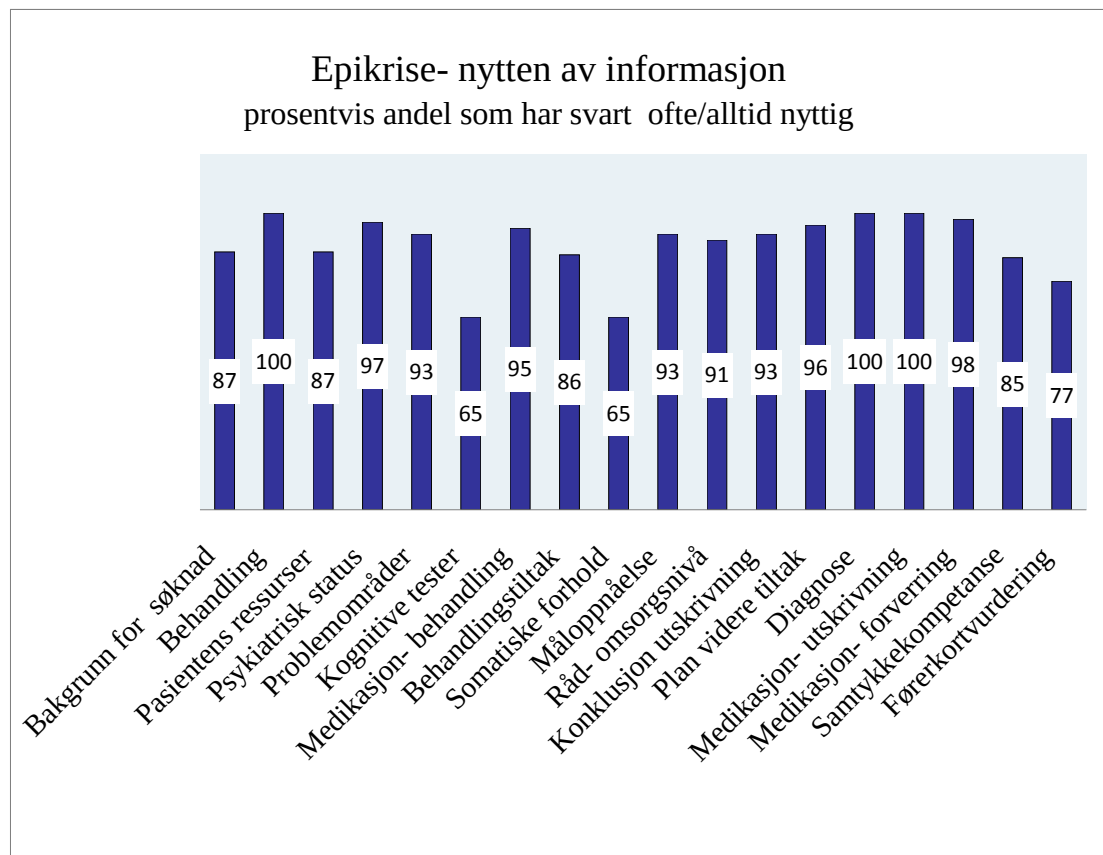
* = 1-2 missing

Tabell 5 viser at alle legene vurderte informasjonen om diagnose og medikasjon ved utskrivning som *alltid/ofte* nyttig. Råd vedrørende medikasjon ved forverring etter utskrivning ble av 98 % vurdert som *alltid/ofte* nyttig.

Informasjon om måloppnåelse, pasientens tilstand ved utskrivning, anbefaling av omsorgsnivå og konklusjon fra utskrivningsmøte ble av mellom 91 % og 93 % av

legene vurdert som *alltid/ofte* nyttig. Vurdering av samtykkekompetanse og helsekrav til førerkort vurderes som *alltid/ofte* nyttig av henholdsvis 85 % og 77 % av legene. Her svarer også 3- 4 % av legene *vet ikke*. Informasjon om plan for videre tiltak etter utskrivning vurderes av 96 % som *alltid/ofte* nyttig.

Legene har vurdert nytten av informasjon som gis i 18 punkter i epikrise fra Seksjon for alderspsykiatri. Andelen leger som har svart at enkeltpunkter er *alltid/ofte* nyttige presenteres i Figur 4.



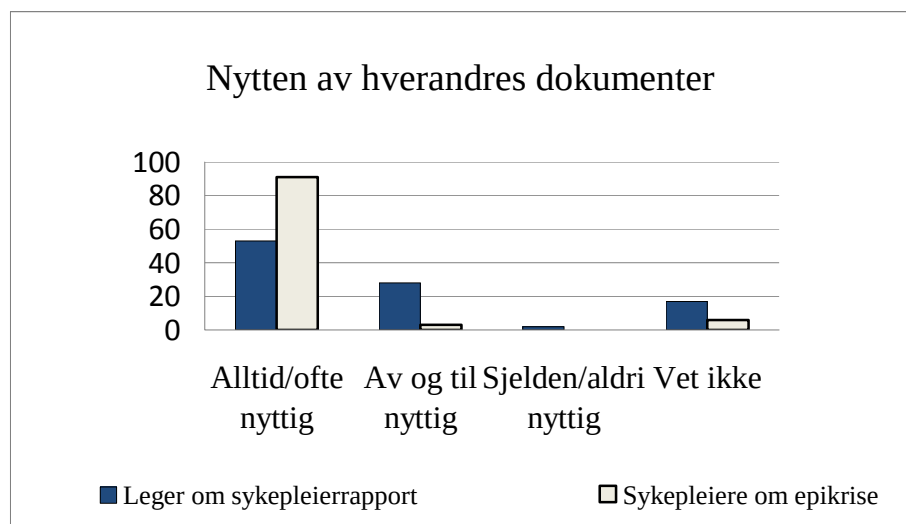
Figur 4. Samlet vurdering av nytten av innhold i epikrise.

Figuren viser at fra 85 % til 100 % av legene skårer de fleste punktene i epikrise som *alltid/ofte* nyttig. Informasjon om førerkortvurdering, resultat av kognitive tester og informasjon om somatiske forhold skåres *alltid/ofte* nyttig av mellom 65 og 77 % av legene.

Avslutningsvis ble legene bedt om å gi en generell vurdering av nytten av innholdet i epikrisen. Her svarte 100 % legene at de alltid/ofte vurderte innholdet som nyttig.

Epikrise sendes til henvisende lege og sykepleierrapport til samarbeidende instans. Mottager vil være avhengig av om pasienten skrives ut til hjemmet eller institusjon.

Både leger og sykepleiere ble bedt om å gjøre en vurdering av hverandres dokumenter, hvis de hadde tilgang til dem (Figur 5).



Figur 5. Nytten av hverandres dokumenter, prosentvis svar.

Figur 5 viser forskjellen i vurdering av nytte fra leger og sykepleiere. Legene vurderte nytten av informasjon i sykepleierrapport signifikant lavere enn sykepleiernes vurdering av nytte av informasjon i epikrise ($p < 0.001$).

6.2.4. Samhandling

Av 178 mottatte skjema har 138 svart på spørsmål knyttet til samhandling. Både leger og sykepleiere fikk samme spørsmål og ble bedt om å vurdere om samhandlingstiltak knyttet til utskrivning av pasienter fra Seksjon for alderspsykiatri var nyttige for kommunehelsetjenesten.

På spørsmål om nytten av telefonisk kontakt mellom medarbeidere fra seksjon for alderspsykiatri og henvisende lege eller medarbeidere fra kommunehelsetjenesten vurderte 84 % dette som *alltid/ofte* nyttig.

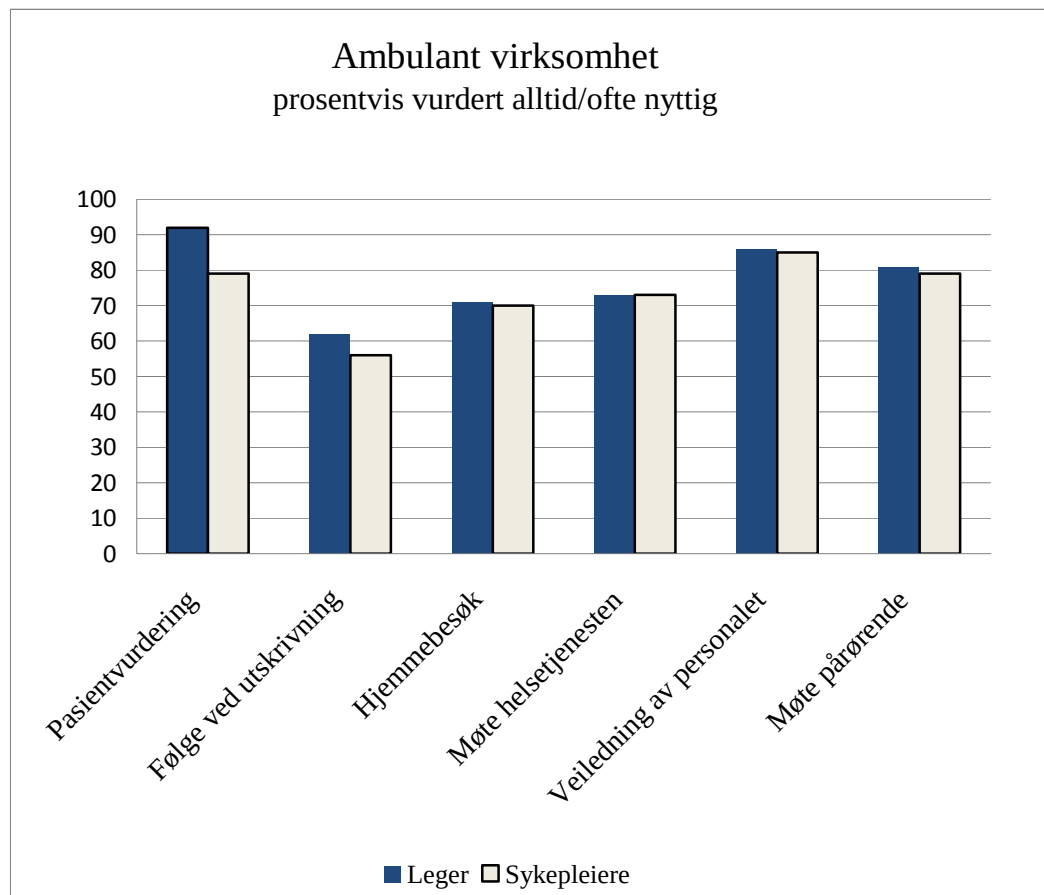
Ambulant virksomhet gjennomføres ved at personell fra Seksjon for alderspsykiatri reiser ut til kommunene. Pasient blir vurdert i egen bolig eller på institusjon Deretter samarbeider medarbeidere fra alderspsykiatrien med pårørende og personell i kommunen på ulike måter.

Tabell 6. Prosentvis svar vedrørende ambulante tiltak.

Nytten av at personell fra Seksjon for alderspsykiatri deltar i	Alltid/ ofte nyttig Lege- Sykepleier	Av og til nyttig Lege- Sykepleier	Sjelden/ aldri nyttig Lege- Sykepleier	Vet ikke Lege- Sykepleier
Pasientvurdering ambulant	92/ 79	3/19	2/1	3/1
Følge ved utskrivning	62/ 56	16/30	5/4	17/10
Hjemmebesøk	71/ 70	20/19	2/3	7/8
Møte m/ kommunehelse- tjenesten	73/73	17/16	2/ 0	8/11
Veiledning av personalet	86/ 85	7/11		7/4
Møter/samtale med pårørende	81/79	10/11	2/0	7/10

Tabell 6 viser at leger og sykepleiere vurderer nytten av enkelte samhandlingstiltak ulikt. Ambulant vurdering av pasient vurderes av 92 % av legene som *alltid/ofte* nyttig, mens 79 % av sykepleierne svarer det samme. Legene vurderte dette samhandlings-tiltaket signifikant mer nyttig enn sykepleierne ($p < 0.008$).

Hjemmebesøk og møte med kommunehelsetjenesten vurderes av 70 % til 73 % av informantene som *alltid/ofte* nyttig. Her er det ikke forskjell mellom gruppene. Veiledning/drøfting med personell i kommunehelsetjenesten og møter/samtaler med pårørende ble vurdert som nyttig av 79 % til 85 % av informantene. At personell fra Seksjon for alderspsykiatri følger pasienten hjem ved utskrivning ble av 62 % av legene vurdert som *alltid/ofte* nyttig. Tilsvarende svarte 56 % av sykepleierne det samme. På dette punktet hadde 17 % av legene og 10 % av sykepleierne svart *vet ikke*.



Figur 6. Nyttien av ambulante tiltak.

Leger og sykepleiere vurderer nytten av ambulante tiltakene noe ulikt. Figur 6 viser prosentvis andel av de som har vurdert tiltakene *alltid/ofte* nyttig. Figuren viser at tiltakene ambulant vurdering av pasient, veiledning/drøfting med personalet og møte med pårørende, vurderes som mest nyttig av informantene. Legene vurderer ambulant vurdering av pasient mer nyttig enn sykepleierne

Forskjellig type møtevirksomhet inngår som en del av alderspsykiatrisk arbeidsform, møter med personell, pasient og pårørende på sykehuset og i kommunen. Informantene ble bedt om å vurdere nytten av at medarbeidere fra seksjon for alderspsykiatri deltar i møter i ulike møtesammenhenger.

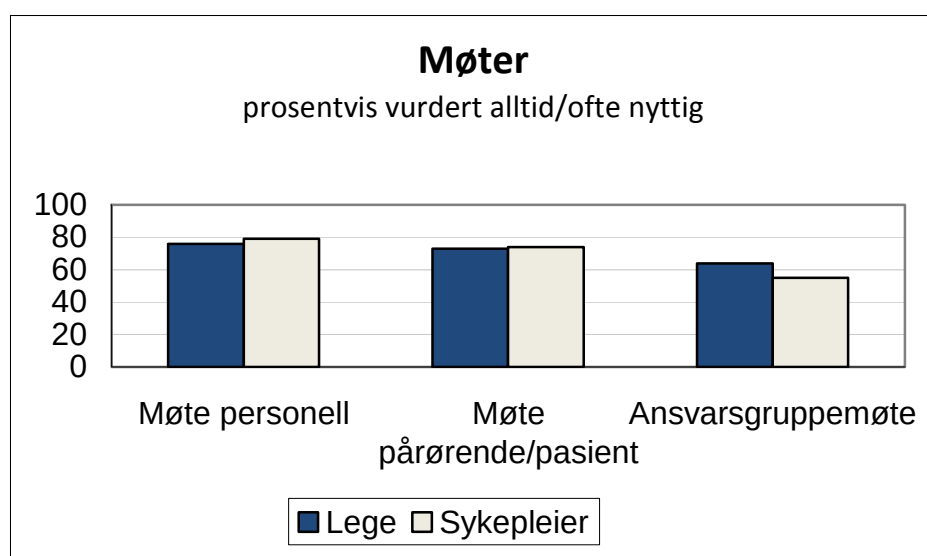
Tabell 7. Prosentvis svar vedrørende møtevirksomhet

Nytte av at medarbeidere fra alderspsykiatrien deltar i møter med kommunen	Alltid/ofte nyttig	Av og til nyttig	Sjelden/aldri nyttig	Vet ikke
	Lege-Sykepleier	Lege-Sykepleier	Lege-Sykepleier	Lege-Sykepleier
Møte med personell	76/79	9/14	3/0	12/7
Møte med pårørende/pasient	73/74	12/16	2/0	13 /10
Ansvarsgruppemøter	64/55	22/28	5/2	9/15

Tabell 7 viser at 76 % av legene og 79 % av sykepleierne vurderer utskrivningsmøte med personell fra kommunehelsetjeneste og Seksjon for alderspsykiatri som *alltid/ofte* nyttig. Utskrivningsmøte hvor også pasient og pårørende deltar, vurderes som *alltid/ofte* nyttig av henholdsvis 73 % og 74 % av informantene.

At medarbeidere fra alderspsykiatrien deltar på ansvarsgruppemøter i kommunen vurderes som *alltid/ofte* nyttig av 64 % av legene og 55 % av sykepleierne. Her har 22 % av legene og 28 % av sykepleierne svart at dette *av og til* er nyttig. På spørsmål om deltagelse i møter er det på alle spørsmålene mellom 9 % og 15 % av informantene som har svart *vet ikke*.

Forskjell i svar fra leger og sykepleiere knyttet til at medarbeidere fra Seksjon for alderspsykiatri deltar i møter med kommunehelsetjenesten presenteres i Figur 7.



Figur 7. Nyttien av deltagelse i møter

Figuren viser at både leger og sykepleiere vurderte deltagelse i ansvarsgruppemøter i kommunen som mindre nyttig enn den øvrige møtevirksomheten.

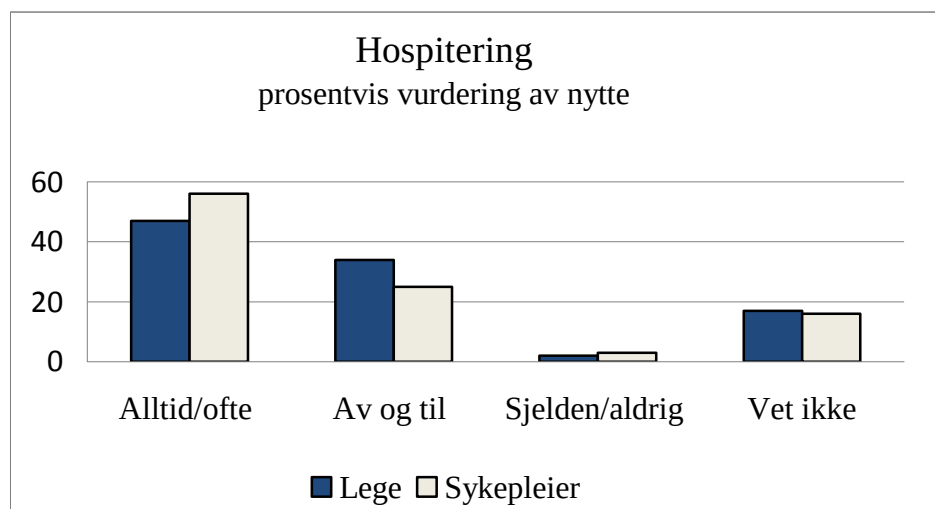
Hospitering av personell fra kommunene i alderspsykiatrisk sengepost er et tiltak som spesialisthelsetjenesten anbefaler når pasienten har spesielt utfordrende adferd. Informantene ble spurt om nytten av hospitering som samhandlingstiltak.

Tabell 8. Prosentvis svar vedrørende nytten av hospitering

Nytte av at personell fra kommunen hospiterer på sykehuset før pasienten utskrives.	Alltid/ofte	Av og til	Sjelden/aldri	Vet ikke
	Lege- Sykepleier	Lege- Sykepleier	Lege- Sykepleier	Lege- Sykepleier
Hospitering N56/ N 73	47/56	34/25	2/3	17/16

Tabell 8 viser at dette tiltaket vurderes ulikt av leger og sykepleiere. Av legene svarte 47 % at de vurderte tiltaket som alltid/ofte nyttig. Av sykepleierne svarte 56 % det samme. I begge gruppene er det 16 % til 17 % som svarer *vet ikke*.

Forskjell i leger og sykepleieres vurdering av nytten hospitering presenteres i Figur 8.



Figur 8. Nytten av hospitering

Figuren viser at sykepleiere vurderer hospitering mer nyttig enn legene. Figuren viser også andelen av sykepleiere og leger som har svart *vet ikke*.

Leger og sykepleiere ble videre bedt om å vurdere nytten av at personell fra Seksjon for alderspsykiatri tilbyr kommunehelsetjenesten undervisning og veiledning. Tiltakene gjennomføres knyttet til en enkelt pasient eller på generell basis.

Tabell 9. Prosentvis svar vedrørende undervisning/veiledning

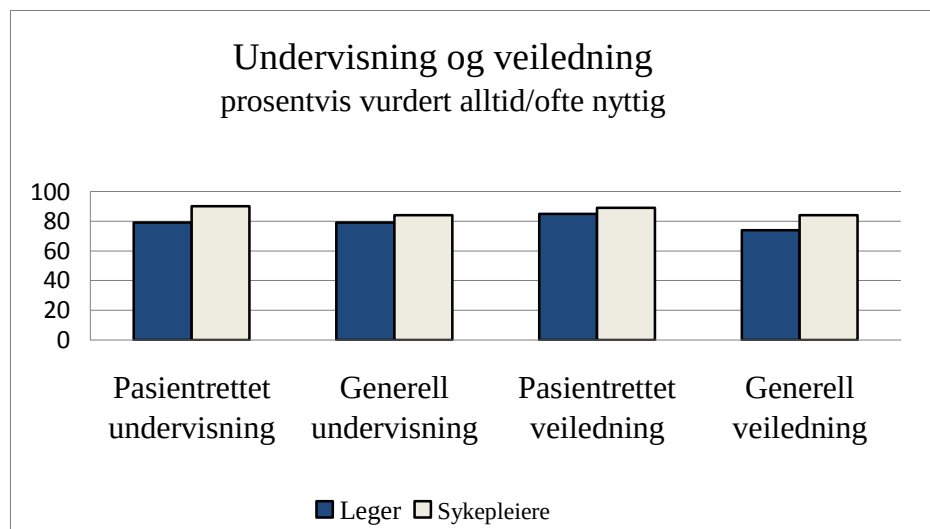
Nytte av undervisning/ veiledning	Alltid/ofte	Av og til	Sjelden/aldri	Vet ikke
	Lege- Sykepleier	Lege- Sykepleier	Lege- Sykepleier	Lege- Sykepleier
Pasientrettet undervisning N 55/ N 76	79/90	16/8		5/2
Generell undervisning N 55/ N 74	79/84	14/12	0/1	7/3
Pasientrettet veiledning N-56/ N 75	85/89	10/9	2/1	3/1
Generell veiledning N56/N 76	74/84	19/13	2/0	5/3

Tabell 9 viser at 79 % av legene skårer pasientrettet og generell undervisning som *alltid/ofte* nyttig. Av sykepleierne skårer 90 % pasientrettet undervisning og 84 %

generell undervisning som *alltid/ofte* nyttig. Begge gruppene skårer pasientrettet veiledning mer nyttig enn generell veiledning.

På alle spørsmålene knyttet til undervisning og veiledning skårer mellom 1 og 7 % av informantene *vet ikke*.

Svar fra leger og sykepleiere knyttet til nytten av undervisning og veiledning presenteres i Figur 9.



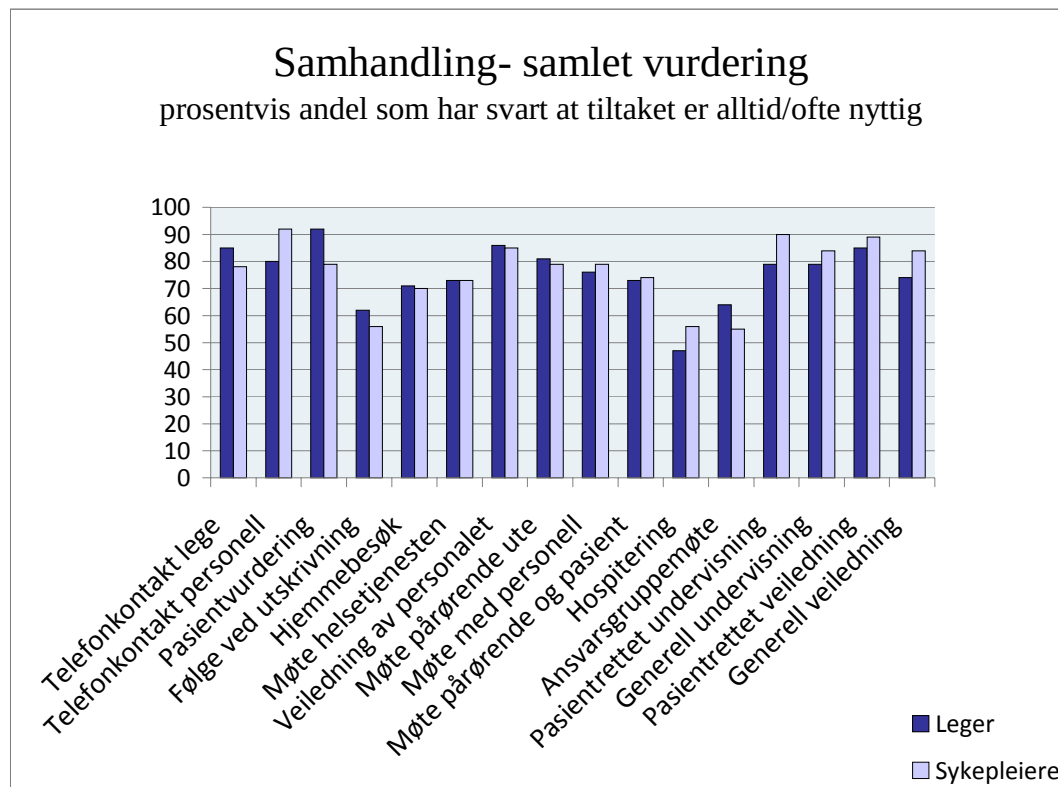
Figur 9. Nytten av undervisning og veiledning.

Figuren viser at ca 80 % av både leger og sykepleier vurderer undervisning og veiledning som *alltid/ofte* nyttig.

6.2.5. Oppsummering av kvantitative data

Samlet sett skårer samarbeidspartnere i kommunen samhandlingstiltakene som svært nyttige. De tiltakene som skårer prosentvis høyest på nytteverdi er telefonkontakt mellom personell fra spesialisthelsetjeneste og kommune, ambulant vurdering av pasient, samtaler med pasient og pårørende og undervisning og veiledning av personell i kommunen. Av de tiltakene som vurderes mindre nyttige er det å følge pasienten hjem ved utskrivning, hospitering i alderspsykiatrisk sengepost og deltagelse fra seksjon for alderspsykiatri på ansvarsgruppemøte i kommunen.

Figur 10 presenterer andelen leger og sykepleiere som svarer *alltid/ofte* i forhold til nytten av de enkelte samhandlingstiltakene. Figuren viser at det er variasjon i forhold til hvilke tiltak som vurderes *alltid/ofte* nyttige. Det er også variasjon i svar fra leger og sykepleiere i forhold til enkelte tiltak.



Figur 10. Samlet vurdering av nytten av samhandlingstiltakning

Svar gitt av leger og sykepleier samsvarer på de fleste områdene. Det er imidlertid enkelte tiltak hvor det er en signifikant forskjell mellom svar fra leger og sykepleier. Telefonisk kontakt ble vurdert signifikant mer nyttig av sykepleierne enn legene ($p < 0.001$). Sykepleierne vurderte pasientrettet undervisning signifikant mer nyttig enn legene.

6.3. Åpne kommentarer, kvalitative analyse

I spørreskjema var det ett felt åpent hvor informantene ble oppfordret til å gi kommentarer om dagens samhandlingspraksis og om innhold i epikrise og sykepleier-rapport. Informantene ble invitert til å komme med konkrete forslag til forbedringer.

Det er skrevet kommentarer på 25 av skjemaene om sykepleierrapport, mens 19 leger har kommentarer om epikrise. Videre er det kommentarer på 30 av skjemaene knyttet til samhandling.

I analyseprosessen er ulike trinn gjennomgått: transkribering av tekst, dannelsen av ett helhetsinntrykk, markering av meningsbærende enheter, kondensering av meninger og utvikling av kjerne-kategorier. Gjennom analyseprosessen har resultat fra kommentarene blitt kodet i 4 kategorier og 5 subkategorier (se Tabell 10).

Tabell 10. Kategorier og subkategorier.

Kategorier	Subkategorier
<u>Bra som det er</u>	<i>Generell tilfredshet</i> <i>Grundige og nyttige dokumenter</i>
<u>Ønske om mer</u>	<i>Bedre tilgjengelighet</i> <i>Ambulante tilbud</i> <i>Undervisning og veiledning</i>
<u>Gjensidig respekt</u>	
<u>Vekslende kontakt</u>	

I videre presentasjon vil i hovedsak ordrette sitater bli gjengitt. Kun små endringer er gjort av forfatteren for å få bedre flyt språkmessig.

6.3.1. Bra som det er

Kategorien Bra som det er inneholder to subkategorier: *Generell tilfredshet* og *Grundige og nyttige dokumenter*.

Generell tilfredshet

Gjennom analysen kom det fram at kolleger i kommunehelsetjenesten som har erfaring med samarbeid med Seksjon for alderspsykiatri er fornøyde med tilbudet. Samarbeidet beskrives som positivt. Informantene har skrevet at personalet er positive og imøtekommende.

En informant skriver:

”Alderspsykiatrisk seksjon selger Sykehuset Telemark og gir en god tjeneste mot pasienter, fastlege, pårørende og kommune”

Alderspsykiatrisk arbeidsform, gode vurderinger og konkrete forslag til tiltak beskrives av informantene som god støtte. Tilbud om medikamentell og ikke-medikamentell behandling beskrives som godt.

”Alderspsykiatrisk avdeling i Skien er vel den sykehusavdelingen som fungerer best både i henhold til intensjonene samt med tanke på oppfølging av pasient og mottager-system. Interessant å se at det er de beste som legger seg i selen for å bli ENDA bedre.”

Grundige og nyttige dokumenter

Sykepleierapporter og epikriser beskrives av informantene som nyttige, informative, ryddige og gjennomarbeidede. Anbefalinger i forhold til videre arbeid med pasienten etter utskrivning vurderes som spesielt nyttig.

”Alderspsykiatrisk seksjon har meget gode og detaljerte epikriser som det er en fryd å bruke i videre arbeid med pasienten. Fortsett sånn!!”

”Gode beskrivelser av hvilke tilnærminger som har fungert i avdeling og som eventuelt kan overføres til hjemmet eller sykehjem/bolig er av stor betydning.”

6.3.2. Ønske om mer

Kategorien Ønske om mer inneholder subkategoriene *Bedre tilgjengelighet*, *Undervisning og veiledning* og *Ambulant vurdering*.

Bedre tilgjengelighet

Det kom frem at samarbeidspartnerne i kommunehelsetjenesten hadde ønske om bedre tilgjengelighet. Informantene ønsket enklere tilgang til innleggelser, hospitering, telefoniske kontakt og mulighet for å drøfte konkrete spørsmål. Eldre som er i behov av akuttinnleggelse kommer ikke direkte til Seksjon for alderspsykiatri, men innlegges via ordinær psykiatrisk akuttavdeling. Informantene hadde konkrete ønsker om en eller to akuttplasser ved alderspsykiatrisk sengepost. Informantene beskriver at de har ”pushet på” for å få pasienter innlagt, at det har vært vanskelig å oppnå telefonkontakt i perioder. Hospitering er ett tilbud som ønskes på mer åpen basis, ikke kun knyttet til enkeltpasienter

”Skulle ønske det var lettere å få telefonkontakt med lege på alderspsykiatrisk avdeling for spørsmål og råd i ”krisesituasjoner”.

”Er alt for lite tilbud om hospitering, gjelder kun når man har inneliggende pasient på alderspsykiatrisk. Skulle vært mer veiledning/kurs og hospitering for helsepersonell i sykehjemmene, uavhengig av om man har inneliggende pasient.”

Undervisning og veiledning

Informantene vurderte at undervisning og veiledning var tiltak som ble benyttet for lite. Generell undervisning var ønsket. I tillegg ble spesiell undervisning og veiledning knyttet til enkeltpasienter eller spesielle tema trukket frem. Vurdering av førerkort, veiledning om medikamentell behandling og undervisning i forhold til utagerende adferd ble spesielt trukket frem.

” Ønsker at spesialisthelsetjenesten/ alderspsykiatri skal være en avdeling hvor kommunen kan ringe for veiledning også i forhold til vanskelige spørsmål og problemstillinger.”

Ambulant vurdering

Ambulant vurdering beskrives i analysen som ett tiltak informantene ønsker. Pasienten kan vurderes i kommunen, i egen bolig eller på institusjon. Samtidig ligger det utfordringer knyttet til den begrensede tiden rammen for ett slikt besøk representeres. Informantene trekker frem viktigheten av møter med personalet i kommunen samt råd og veiledning underveis.

”Påpeker viktigheten av at mange pasienter godt kan vurderes og behandles det stedet de er: sykehjem/egen bolig”

”Kunne godt tenke meg en ”ambulerende” sykepleier som kan kontaktes for å gi informasjon og råd på personalmøter.”

6.3.3. Gjensidig respekt

Under analysen kom det frem viktigheten av å kjenne hverandres ståsted. Respekt for og kunnskap om hverandres ressurser, muligheter og hverdag, vurderes som viktig for ett godt samarbeid.

”Gjensidig informasjon og respekt for hverandres hverdag/”ståsted” er viktig for ett godt samarbeid.”

Analysen viste at informantene vektla dialog, deling av informasjon og det å kunne lære av hverandre og dra nytte av hverandres kunnskap.

”Vi må bli flinkere til å dra nytte av hverandres kunnskap og ikke tenke at vi ”eier pasienten.”

6.3.4. Vekslende kontakt

Under kategorien Vekslende kontakt kom det frem at informantene som har svart på undersøkelsen i varierende grad har erfaring med samarbeid med Seksjon for alderspsykiatri. Manglende felles pasienter og liten erfaring med enkelte tiltak, forklarer at det har vært vanskelig å svare på spørsmålene i undersøkelsen.

”Vi har ikke sendt noen til alderspsykiatrisk de siste årene fra enheten vår. Derfor vanskelig å svare på spørsmålene.”

”Siden vi ikke har hatt pasient på alderspsykiatrisk og disse spørsmålene tar utgangspunkt i dagens praksis vet vi ikke hvordan de fungerer og hvor nyttige de er, men i utgangspunktet vil jeg tro at dette er ting som ofte/alltid er nyttige”

6.3.5. Oppsummering av kvalitative data

Gjennom analyse og de ulike trinnene i prosessen fremkommer det at samarbeidspartnerne i varierende grad har erfaring med samarbeid med Seksjon for alderspsykiatri. De som kjenner avdelingen er tilfredse med både skriftelige dokumenter og dagens samhandlingspraksis.

Informantene ønsker mer tilgjengelighet og at flere av dagens tilbud benyttes. Gjensidig respekt og kunnskap om hverandre er viktig for deling av kunnskap og samarbeid om pasientene.

7. DISKUSJON

7.1. Resultatdiskusjon

Hensikten med denne undersøkelsen var å belyse dagens praksis ved utskriving av pasienter fra alderspsykiatrisk spesialisthelsetjeneste til kommunen. Undersøkelsen ønsket svar på i hvilken grad leger og sykepleiere vurderte informasjon i epikrise og sykepleierrapport og dagens samhandlingspraksis som nyttig for videre arbeid med pasienten. Videre var det ett ønske å få tilbakemeldinger fra kolleger i kommunehelse-tjenesten om hva de ønsker fra Seksjon for alderspsykiatri.

Resultatdiskusjonen vil ta utgangspunkt i problemstillingen for oppgaven og drøfte resultater fremkommet i spørreundersøkelsen sett i forhold til dagens praksis og teori og forskning om intersektoriell samhandling.

7.1.1. Nytten av dagens samhandlingspraksis.

Samhandling om tilbud til alderspsykiatriske pasienter kan være interdisiplinær, slik den beskrives av Axelsson og Bihari Axelsson (8), ved at pasientene kan ha en sammensatt problematikk som krever bistand fra ulike spesialiteter både på kommunalt og sykehus-nivå. Samhandlingen er ofte interprofesjonell ved at ulike yrkesgrupper og profesjoner yter tjenester, ofte er leger, sykepleiere, psykologer, ergoterapeuter, hjemmehjelp og andre yrkesgrupper involvert i ulike faser av behandlingen. Den alderspsykiatriske pasienten kan også være i behov av bistand fra ulike myndigheter, foretak, organisasjo-ner og ulike offentlige instanser. Dette stiller krav til et godt interorganisatorisk og intersektorielt samarbeid.

Dagen samhandlingspraksis ved Seksjon for alderspsykiatri er utviklet over tid og samsvarer i høy grad med hva det nasjonale fagmiljøet innen alderspsykiatri anbefaler (20,54). Leger og sykepleiere fra kommunehelsetjenesten i Telemark har samlet sett vurdert dagens samhandlingspraksis som nyttig. Svar fra spørreskjema viser at dagens praksis med telefonisk kontakt, møtevirkosomhet, ambulante tjenester samt undervisning og veiledning vurderes som spesielt nyttig.

Dette understøttes av den kvalitative analysen med kategorien Bra som det er og sub-kategorien *Generell tilfredshet*, hvor samarbeidspartnerne opplever alderspsykiatrisk arbeidsform som positiv og nyttig. Det vektlegges at pasient, pårørende, kommune og fastlege mottar relevante og gode tjenester.

De fleste konkrete samhandlingstiltakene vurderes som *alltid/ofte* nyttige av fra 70 % til 90 % av informantene. Tre tiltak skårer noe lavere på grad av nytte. De tre tiltakene er: å følge pasienten hjem ved utskrivning, hospitering og deltagelse i ansvarsgruppemøte etter utskrivning.

Hospitering av personell fra kommunene i alderspsykiatrisk sengepost er et tiltak som spesialisthelsetjenesten anbefaler når pasienten har spesielt utfordrende adferd. Under

hospiteringen deltar personell fra kommunen som observatør i sengeposten. Pleieplan og ulike problemstillinger drøftes. Hospitering er overraskende vurdert fra personell i kommunen som mindre nyttig enn en del av de andre tiltakene i den kvantitative analysen. Samtidig er det ett av tiltakene som trekkes frem under kategorien Ønske om mer, hvor informantene gir uttrykk for at de ønsker denne type tiltak bør være mer tilgjengelig.

Det kan stilles spørsmål ved om tiltak som er gjennomførbare innenfor rammene av alderspsykiatrisk sengepost kan omsettes ved ett kommunalt sykehjem, hvor de fysiske rammene og kunnskapen hos personalet kan variere. Som Van Raak m.fl. (36) beskriver kan forskjeller hindre en samhandlingsprosess. Det kan stilles spørsmål ved om de strukturelle og kulturelle forskjellene mellom sykehus og sykehjem gjør overføring av erfaringer ved hospitering nyttig. Bemanning og kompetanse er ulik.

Personalet som kommer på hospitering får en spesiell rolle i forhold til å videreformidle erfaringene til egne kolleger i kommunen etter utskrivning. Hospitering i sengepost er ressurskrevende personellmessig og i forhold til bruk av tid både for sykehus og kommune. Det kan også stilles spørsmål ved om måten hospiteringen foregår på er optimal eller om den kunne vært organisert på en annen måte.

Ambulant vurdering av pasient, møter med personell og pårørende samt pasientrettet undervisning og veiledning vurderes som mer nyttig fra kommunehelsetjenestens side. Dette understøttes av kategoriene Bra som det er, Ønske om mer og subkategoriene *Ambulante tiltak* og *Undervisning og veiledning* i den kvalitative analysen. Her har informantene konkrete ønsker om at pasienten bør vurderes hjemme eller på sykehjem. Det er også kommentarer på at undervisning og veiledning ønskes benyttet oftere.

Både leger og sykepleiere skårer undervisning og veiledning mest nyttig når den er konkret knyttet til en enkelt pasientsak. Det kan være at ambulant vurdering av pasient og konkret undervisning og veiledning der pasienten bor bidrar til at kunnskapen når en større gruppe av personalet og at det dermed blir enklere å omsette kunnskapen i praksis på det enkelte sykehjemmet. Hvis medarbeider både fra spesialisthelsetjeneste og kommune møtes på en felles arena, der pasienten bor kan dette muligens stimulere til en altruistisk holdning slik den presenteres av Axelsson og Bihari Axelsson (37). Medarbeidere fra sykehus og kommune kan bringe inn kunnskap og ressurser inn mot ett felles bedre resultat for behandlingen av den alderspsykiatriske pasienten.

Hospitering og undervisning/veiledning/ambulant vurdering representerer ulike former for tiltak som benyttes i dag. Hospitering foregår innenfor rammene av sykehuset, mens undervisning/veiledning/ambulant vurdering foregår ute i kommunene. En forskjell i de to samhandlingsformene er at ved hospitering på sykehuset får ansatte i kommunen informasjon og observasjoner knyttet til hva som har fungert på sykehuset. Ved veiledning av personell i kommunen reiser medarbeidere fra sykehuset ut der hvor pasienten skal motta hjelp videre. Det innebærer at personalet som mottar informasjon, undervisning eller veiledning i større grad er på egen arena og at diskusjonene kan ta utgangspunkt i personalets rammer og virkelighet.

Dette kan beskrives som en ”bottom-up” tilnærming, slik den beskrives av Åhgren og Axelsson (33) som en forutsetning i en endringsprosess. Det å skape forutsetning for lokalt initiativ og engasjement der pasienten er villig å gi en større mulighet til å lykkes. Ved at kommunens personell kommer til sykehuset og får informasjon, kan dette muligens oppleves som en ”top- down” tilnærming, hvor spesialisthelsetjenesten informerer medarbeidere fra kommunen om hva de bør gjøres.

Samarbeidspartnerne har vurdert at dagens praksis er nyttig, samtidig som de ønsker mer av enkelttiltak. Svar fra spørreundersøkelsen tyder på at hospitering, deltagelse i ansvarsgruppemøter og å følge pasientene hjem er aktiviteter som kan reduseres. Undervisning, veiledning og ambulante vurderinger ute i kommunene vurderes av informantene å ha større verdi, og er sannsynligvis aktivitet som bør økes.

I den kvalitative analysen fremkommer kategorien Vekslende kontakt hvor en del av informantene ikke har samhandlet med alderspsykiatrisk spesialisthelsetjeneste om felles pasienter. Andre trekker frem at de ikke kjenner de tiltakene som beskrevet. Dette er en indikasjon på at medarbeidere i kommunehelsetjenesten i varierende grad kjenner til de tilbudene som gis ved Seksjon for alderspsykiatri. Sett i ett folkehelseperspektiv hvor befolkningen skal ha lik tilgang på og lik rett til behandling, betinger dette at medarbeidere i kommunehelsetjenesten, både leger og sykepleiere må kjenne de behandlingstilbudene som er tilgjengelige.

Seksjon for alderspsykiatri har en utfordring i forhold til å informere om tjenester og tilbud. Med øket informasjon om tilbud og muligheter vil sannsynligvis søknadsmengden til seksjonen øke. Kategoriene Bra som det er og Ønske om mer viser utfordringer knyttet til videre utvikling av det alderspsykiatriske tilbudet. Samarbeidspartnerne som kjenner og har samhandlet med seksjonen er tilfredse med tilbudet de har fått, men kunne ønske at enkelte tiltak ble benyttet mer eller var mer tilgjengelige. Dersom seksjonen skal fortsette å gi de samme tilbudene som i dag og i tillegg øke tilgjengelighet og øke aktiviteten knyttet til ambulant virksomhet, undervisning, veiledning og innleggelser innebærer det utfordringer knyttet til prioritering av oppgaver og utnyttelse av ressurser.

Dialog med henvisende instanser om hvem som bør henvises til alderspsykiatrisk spesialisthelsetjeneste og hva slags problematikk som skal behandles i kommunen blir sentralt. Dette samsvarer med intensjonene i Samhandlingsreformen, hvor spesialisthelsetjenesten skal utvikle sin spesielle kompetanse og kommunenes rolle skal tydeliggjøres i forhold til ansvar og oppgaver (1).

7.1.2. Nyttet av informasjon i sykepleierapport og epikrise.

Både sykepleierapport og epikrise sendes samarbeidspartnere i kommunehelsetjenesten i forbindelse med utskrivning av pasienter fra sykehus til kommune. Nivå for integrasjon kan her beskrives som koordinering i nettverk ut fra Åhgren og Axelssons modell om nivåer for integrasjon (15). Epikrise og sykepleierapport blir da ett av tiltakene knyttet til utveksling av klinisk informasjon om pasientforløp.

Gjennom den kvalitative analysen av skriftelige kommentar fremkommer kategorien Bra som det er med subkategorien *Grundige og nyttige dokumenter*. Informantene vurderer innhold i dokumentene som nyttig. Utformingen av dokumentene beskrives som grundig og utdypende. Konkrete råd og anbefalinger oppleves som en god støtte i videre arbeid med pasientene etter utskrivning.

Spørsmål om nytten av innhold i epikrise og sykepleierrapport har tatt utgangspunkt i mal for utforming av disse dokumentene. Sykepleierne har vurdert at alle punktene i rapporten som ”*alltid*” eller ”*ofte nyttig*” med en variasjon i fra 81 til 98 %.

Legene vurderer informasjon fra de fleste punktene i epikrise som ”*ofte eller alltid nyttig*” med variasjon fra 85 % til 100 %. Unntaket er informasjon om kognitive tester, somatiske forhold og resultat av førerkortvurdering som vurderes som ”*alltid/ofte nyttig*” fra 65 til 77 % av informantene. Enkelte leger har kommentert at kommunehelsetjenesten kjenner bakgrunn for henvisning og somatiske forhold best selv.

Både leger og sykepleier har hatt kommentarer til at resultater fra kognitive tester og ulike kartleggingsredskap ikke er nyttige hvis de ikke er kjent med den enkelte testen eller undersøkelsen. Dette indikerer at omfanget av disse punktene kan begrenses. Beskrivelse av disse temaene kan muligens ha større verdi i interne journaldokumenter for fagpersoner på sykehuset enn det har for kolleger i kommunehelsetjenesten.

Medarbeidere fra Seksjon for alderspsykiatri bruker mye tid på utforming av epikrise og sykepleierrapport. Det vektlegges også at de skriftelige dokumentene skal sendes kommunehelsetjenesten i forbindelse med utskrivning eller kort tid etter avsluttet poliklinisk kontakt.

Resultatene fra både den kvalitative og kvantitative analysen indikerer at dette gir informasjon som samarbeidspartnere i kommunehelsetjenesten finner nyttig i det videre arbeidet med pasienten. Enkelte punkter kan begrenses i omfang, men i hovedsak bør utforming av dokumentene følge dagens praksis. Dette understøttes av ett sitat fra den kvalitative analysen: ”*Fortsett sånn.*”

På spørsmål om nytten av hverandres dokumenter har legene og sykepleierne ulik vurdering: Nittien prosent av sykepleierne vurderer innholdet i epikrise som ”*alltid/ ofte nyttig*”, mens ca. halvparten av legene vurderte at informasjon i sykepleierrapport var *alltid/ ofte nyttig*. Dette kan skyldes at sykepleierrapport har et mer konkret og praktisk fokus knyttet til miljøbehandling og hvordan pasienten kan hjelpes i hverdagen. Sykepleierne vurderer nytten av epikrisen meget høyt. Dette er informasjon som i større grad er knyttet til diagnostisering, behandling og medisinerings.

I ett altruistisk perspektiv, hvor de ulike profesjonene utfordres til å se ut over egne profesjongrenser og hvor summen av det de ulike profesjonene bidrar med gir et bedre resultat enn hva hver enkelt yrkesgruppe kan greie alene, kunne en anta at kjenneskap til hverandres dokumenter og informasjon ville være av mer lik verdi (37).

7.1.3. Hva ønsker kommunene fra Seksjon for alderspsykiatri

Hovedformene for integrasjon beskrives av Bihari Axelsson og Axelsson i flere perspektiv, hvor det man skal samhandle om bør være styrende for hva som er hensiktsmessig og effektiv samhandling i den enkelte situasjonen (8).

Ved utskrivning av alderspsykiatriske pasienter fra sykehus til kommune, vil kompleksiteten i forhold til pasientens problematikk være styrende for hvilken form for samhandling som velges. Hvilke profesjoner, hva slags tjenester pasienten og pårørende trenger og hvor mange aktører som skal samarbeide videre bør også vektlegges.

Sykehus og kommune er i prinsippet to atskilte aktører. Det er etablert sammenkobling mellom sykehus og kommuner gjennom samarbeidsavtaler og prosedyrer hvor oppgaver og ansvar er tydelig fordelt. Konkret koordinering i nettverk skjer ved at pasienter henvises fra fastlege til sykehuset for behandling. Utveksling av informasjon knyttet til pasientbehandlingen er formalisert. Konkret samarbeid koordineres ved telefonisk kontakt, møtevirksomhet og skriftlige rapporter i den enkelte pasientsaken. Samarbeidet innebærer både horisontal og vertikal integrering.

I undersøkelsen er samarbeidspartnere i kommunehelsetjenesten bedt om å vurdere nytten av dagens praksis knyttet til innhold i skriftelige dokumenter og samhandling ved utskrivning av pasienter. De er videre bedt om å komme med konkrete kommentarer og forslag knyttet til hva de ønsker fra Seksjon for alderspsykiatri.

Informantene har i de kvantitative resultatene beskrevet stor grad av tilfredshet med dagens samhandlingspraksis. Telefonisk kontakt, møtevirksomhet, ambulant vurdering og undervisning er de punktene som har skåret høyest i forhold til nytte for videre arbeid med pasienten. Dette samsvarer med kategorien Bra som det er i den kvalitative analysen. Videre er dette også samsvarende med subkategoriene knyttet til kategorien Ønske om mer hvor informantene har konkrete kommentarer knyttet til ønske om enda bedre tilgjengelighet på telefon, mer undervisning og veiledning og vurderinger av pasient ute i kommunen.

Videre under kategorien Ønske om mer fremkommer ønske om akutt plasser og enklere tilgang til innleggelser ved Seksjon for alderspsykiatri. Informantene skriver at det ikke er ønskelig at eldre pasienter med psykiske lidelser må innlegges via akutt seksjonen. Enkelte kommentarer knyttet til innleggelse viser til pasientsaker hvor henvisende lege har bedt om innleggelse, men hvor seksjon for alderspsykiatri har valgt å gjøre en poliklinisk vurdering.

Gjennom kategorien Gjensidig respekt vektlegges verdien av å kjenne hverandres hverdag, utveksling av kunnskap og det å kunne lære av hverandre. Dette kan sees i sammenheng med en altruistisk holdning beskrevet av Axelsson og Bihari Axelsson (37). Hovedfokus blir da å unngå revirtenkning, og å kunne bruke erfaringer og kunnskap fra eget fagfelt inn i et felles samarbeid for å oppnå ett bedre resultat for pasienten. Den alderspsykiatriske pasienten trenger bistand fra både kommune og spesialist-

helstjeneste i varierende grad i ulike faser av sykdommen. For å kunne gjøre gode utredninger på spesialistnivå er kunnskap om pasientens funksjon og hjemmemiljø sentralt. Erfaringer gjort under behandling i sykehus kan gi informasjon og kunnskap som er nyttig i videre planlegging av tilbudene for pasienten ute.

Svarene fra undersøkelsen utfordrer både kommune og spesialisthelsetjeneste til å tenke på den alderspsykiatriske pasienten som en felles utfordring og et felles ansvar. Dette betinger en lydhørhet og åpenhet for hverandres erfaringer og kompetanse.

Svar fra leger og sykepleiere viser at videreutvikling av tilbudet ved Seksjon for alderspsykiatri bør ta utgangspunkt i dagens praksis. Enkelte aktiviteter kan tones ned, mens andre aktiviteter ønskes benyttet oftere. Konkrete ønsker knyttet til tilgjengelighet på akuttplasser og innleggelser må sees i sammenheng med det totale tilbudet seksjonen gir. Dialog mellom spesialisthelsetjeneste og kommune blir viktig for utvikling av det alderspsykiatriske tilbudet.

7.2. Metodediskusjon

7.2.1. Forskningsspørsmål og spørreskjema

Tidligere brukerundersøkelser fra Seksjon for alderspsykiatri har hatt generelle spørsmål knyttet til epikrise, sykepleierapport og samhandling (6). Ønsket i denne undersøkelsen har vært å få en mer detaljert tilbakemelding fra samarbeidspartnerne i forhold til om skriftlige tilbakemeldinger og dagens samhandlingspraksis er nyttig for videre arbeid med pasienten. Vinklingen er valgt for å få status i forhold til dagens praksis belyst.

Items i spørreskjemaet er valgt for å belyse bredden av dagens praksis. Alle punktene i henholdsvis epikrise og sykepleierapport er tatt med. Dette gir mange og muligens overlappende spørsmål. Hensikten var å få ett overblikk i forhold til dagens mal, med tanke på nytten av de enkelte punktene og om noen punkter muligens kunne utgå eller begrenses.

På spørsmål om dagens samhandlingspraksis er aktiviteter knyttet til poliklinisk virksomhet, innleggelse og utskrivning valgt som items. Noen av aktivitetene inngår i flere faser av ett behandlingsforløp. Dette kan gjøre at svarene blir overlappende og at listen over items muligens kunne vært forenklet.

Svarene fra spørreundersøkelsen viser stor grad av tilfredshet og en skjevfordeling i besvarelsene knyttet til svarkategoriene ofte og alltid nyttig. En slik fordeling kan reise spørsmål ved om det kan stemme at informantene faktisk er samstemt tilfredse med både innhold i epikrise, sykepleierapport og samhandlingsaktivitet eller om utforming av spørreskjema har metodiske svakheter i forhold til utforming, og dermed ikke måler det man ønsker. Tidligere brukerundersøkelser har også vist at samarbeidspartnere i stor grad er tilfredse med tilbudet fra Seksjon for alderspsykiatri.

Resultater fra den kvalitative delen av undersøkelsen med kategorien Bra som det er, med subkategoriene *Generell tilfredshet* og *Grundige og nyttige dokumenter* er med og støtter at spørreskjemaet måler det det er tenkt å måle. I ettertid kan det stilles spørsmål ved om valg av items i spørreskjemaet i tilstrekkelig grad fanger opp nyansene som vil være relevante i forbedring av praksis videre.

I felt for åpne kommentarer ble informantene invitert til å komme med ønsker, kommentarer og konkrete forslag til forbedringer. Ved å velge en mer problemfokustert vinkling, med spørsmål knyttet til hva kolleger ikke er fornøyde med, hva de mener går galt når samhandling ikke fungerer, kunne dette sannsynligvis gitt mer konkrete innspill knyttet til hvordan praksis kan forbedres. Ved å benytte fokusgruppeintervjuer istedenfor spørreskjema ville man også kunne fått ett mer nyansert bilde, og det ville vært mulig å gå mer i dybden i forhold til enkelte items ved å stille utdypende spørsmål.

7.2.2. Valg av informanter

For å få en bred tilbakemelding fra samarbeidspartnere i kommunehelsetjenesten, ble spørreskjema sendt til alle fastleger og tilsynsleger i Telemark. For å få tilbakemeldinger fra sykepleiere og ledere i hjemmetjenesten og på sykehjem ble skjemaene sendt til leder av hver institusjon, med anmodning om å distribuere skjemaene. Bakgrunnen for å spørre samarbeidspartnere i ulike posisjoner og med ulikt arbeidssted var å undersøke om de hadde forskjellige ønsker knyttet til samhandling med Seksjon for alderspsykiatri, og om de vurderte ulike momenter i de skriftlige dokumentene som nyttige.

Det har ikke vært signifikante forskjeller i besvarelsene fra tilsynsleger og fastleger eller mellom sykepleiere og sykepleieledere. Ved en sammenligning mellom leger og sykepleiere når svarene presentres samlet viser det at de vurderer enkelttiltak ulikt. Dette presenteres i resultatdelen av oppgaven.

En samlet svarprosenten på 36 % tilsier at utsendelse av ett så stort antall skjema har vært for ambisiøst. Flere samarbeidspartnere har valgt å fylle ut skjema på vegne av institusjonen alene eller fra mindre grupper. Forarbeid med å utarbeide utsendelsesliste ved å innhente data fra den enkelte kommunes hjemmeside har ikke gitt et tilstrekkelig presist bilde. Kommunene har organisert sine enheter og sykehjem ulikt. Forfatterens antagelse om at det er organisert med en leder og sykepleiere knyttet til hver enhet eller avdeling stemmer ikke. Ved telefonisk kontakt med samarbeidspartnere i etterkant av undersøkelsen blir det klart at tjenesten har ulike betegnelser på avdelinger, det kan blant annet kalles fløyer, etasjer eller enheter.

Ledelse er også organisert forskjellig fra sted til sted. Forfatterens antagelse om at hver enhet har en leder stemmer heller ikke. Enkelte sykehjem har en leder for flere enheter, andre har delt fagleder og administrativ leder. Enkelte sykehjem har ikke sykepleiere knyttet til avdelinger, men har organisert tjenesten som en sykepleierpool som betjener hele sykehjemmet.

Denne variasjonen i organisering av sykepleietjeneste, ledelse av tilbudet og ulike betegnelser på tjenestene kan ha ført til at det er sendt ut for mange skjema til enkelte steder. Distribusjon lokalt kan også ha vært forskjellig grunnet ulike organiseringer i den enkelte kommune og på det enkelte sykehjem. Dette kan ha ført til at antall utsendte skjema har vært for høyt i forhold til det reelle antall enheter.

Ett annet forhold som også kan ha påvirket svarprosenten er at to av kommunene har omorganisert tjenesten i løpet av den perioden som spørreskjemaene ble sendt ut. Medarbeidere har endret roller og funksjoner i denne prosessen. Ny organisering av tjenestene kan ha ført til at å svare på spørreundersøkelser ikke har vært prioriterte oppgaver i denne perioden.

For å få en mer presis utsendelsesliste som samsvarer med det sammensatte terrenget en kommune er, burde det vært tatt telefonisk kontakt med de 18 kommunene og de 37 sykehjemmene i Telemark og laget listen med utgangspunkt i dette.

Forfatterens forenklete bilde av hvordan kommunene er organisert kan også betegnes som et funn i denne studien. Seksjon for alderspsykiatri bør kjenne disse variasjonene og tilbud til kommunene i forbindelse med utskrivning av pasienter bør skreddersys ut fra den enkelte kommunes organisering. Sykehuset bør derfor ikke ha en felles praksis i forhold til utskrivning siden samarbeidspartnerne ser ulike ut.

7.2.3. Undersøkelsens reliabilitet og validitet

I denne studien har hensikten vært å kartlegge hva leger og sykepleiere i Telemarks kommuner ønsker ved utskrivning av pasienter fra alderspsykiatrisk spesialisthelsetjeneste og hvordan de vurderer nytten av dagens praksis.

Metoden som er valgt for å belyse spørsmålet har vært en spørreskjemaundersøkelse med innhenting av både kvantitative og kvalitative data.

Svar fra 178 samarbeidspartnere i Telemark danner grunnlag for resultatene i denne undersøkelsen og er gyldige for de som har svart, intern validitet (44). Med en svarprosent på 36 % er det vanskelig å trekke for bastante slutninger om svarene er representative for samarbeidspartnerne til Seksjon for alderspsykiatri i Telemark. Det er usikkert om de som har svart er de som kjenner tilbudet best og bør være best kvalifisert til å svare, eller om de som har svart er de som har meninger og kritiske betraktninger.

Selv om svarprosenten er lav sett i forhold til antall utsendte skjema, gir likevel svar fra hjemmetjenesten i 15 av 18 kommuner og svar fra 29 av 37 sykehjem en bred representasjon fra ulike steder.

Av kvalitative data i tekstform har 30 % av legene gitt kommentarer om epikrise og 22 % av sykepleierne om sykepleierrapport. Sytten % av informantene har skrevet kommentarer om samhandling. Dette danner grunnlag for bearbeiding av de kvalitative dataene.

Det fremkommer ikke om det er de mest positive eller om det er de som har erfaring med seksjonen som har gitt kommentarer. De skriftelige kommentarene er gitt i fri tekst. Det har ikke vært mulig for forfatteren å komme med utdypende eller presiserende spørsmål. Teksten oppfattes derfor som gyldig for de informantene som har skrevet.

Stor grad av samsvar i besvarelsene gir likevel grunnlag for å si at svarene er valide for de samarbeidspartnerne som har svart på undersøkelsen.

7.2.4. Generaliserbarhet

På spørsmål om undersøkelsens eksterne validitet, det vil si om resultatene og konklusjonene som kan trekkes er generaliserbare, vil dette også måtte sees i lys av lav svarprosent. Spørreskjemaet er utarbeidet med utgangspunkt i dagens praksis ved Seksjon for alderspsykiatri i Telemark. Det alderspsykiatriske fagfeltet i Norge har over år utviklet alderspsykiatrisk arbeidsform som er beskrevet i ulike plandokumenter, veiledere og offentlige dokumenter (14, 20, 54).

Denne undersøkelsen går helt konkret ut fra dagens praksis ved ett bestemt sykehus. Det alderspsykiatriske fagfeltet i Norge er et lite og oversiktlig miljø som samarbeider gjennom årlige konferanser, felles studier og ulike møtetreffpunkt. Utvikling av praksis har likevel skjedd i ulikt tempo og med ulik vektlegging ved det enkelte sykehus (55).

Resultatene i denne undersøkelsen vil kunne ha relevans for det alderspsykiatriske fagfeltet på generelt nivå. De mer konkrete forslagene og konkrete tiltakene knyttet til praksis vil i varierende grad ha ekstern relevans.

8. KONKLUSJON

Både i helsedirektoratet, ved de regionale helseforetakene og ved de enkelte sykehus er det nå sterkt fokus på hvordan spesialisthelsetjeneste til eldre bør planlegges for å møte de demografiske utfordringene.

Resultatene fra denne undersøkelsen viser en klar positiv tendens knyttet til tilfredshet med dagens praksis. Samarbeidspartnere i kommunehelsetjenesten vurderer dagens samhandlingstiltak og informasjon som nyttig og ønsker enda bedre tilgjengelighet på tjenestene. I tillegg til innleggelser og polikliniske konsultasjoner ønsker kommunene mer ambulant virksomhet.

I videre planlegging av tilbud til alderspsykiatriske pasienter i spesialisthelsetjenesten viser resultatene fra denne undersøkelsen at det blir viktig å ta utgangspunkt i dagens praksis og at dimensjonering mellom antall sengeplasser og øket ambulant virksomhet bør vurderes.

Gjennom skriftelige kommentarer og den kvalitative analysen fremkommer det at samarbeidspartnerne har vekslende kunnskap om hva seksjon for alderspsykiatri kan tilby. For å sikre en lik tilgang til helsetjenester, må informasjon om tilbudene kommuniseres til helsepersonell, pasienter og pårørende. Dialog mellom sykehus og

kommune blir viktig for å sikre at det er de pasientene som trenger det mest som søkes til seksjon for alderspsykiatri.

Resultater fra undersøkelsen får implikasjoner for praksis ved at enkelte punkter i epikrise og sykepleierrapport kan gis mindre fokus. Enkelte samhandlingstiltak kan reduseres, mens andre tiltak bør prioriteres.

Gjennomføring av undersøkelsen har også reist nye spørsmål, spesielt knyttet til videre samhandling:

- Hvordan oppleves dagens praksis sett fra pasient og pårørendes perspektiv?
- Hva hemmer og hva fremmer gode prosesser i utskrivning av pasienter fra Alderspsykiatrisk spesialisthelsetjeneste?
- Hvordan utvikle gode behandlingslinjer knyttet til alderspsykiatriske lidelser?
- Hva fremmer en altruistisk samhandlingspraksis?

I denne undersøkelsen ble spørreskjema benyttet. I videre undersøkelser vil kvalitative intervjuer og fokusgruppeintervju kunne gå mer i dybden, få frem nyanser og bidra til å belyse problemstillingen mer mangfoldig

For å videreutvikle dagens praksis knyttet til samhandling mellom kommune og sykehus vil det også være vesentlig å utarbeide felles studier og undersøkelser hvor både kommune, sykehus, pasient og pårørendes perspektiv belyses.

9. TAKK

En stor takk til mine veiledere Susanna Bihari Axelsson og Runo Axelsson for stor tilgjengelighet, selv midt i ferietiden, raske og gode tilbakemeldinger, motivasjon og støtte underveis. Dette har gjort arbeidsprosessen lærerik og spennende.

Takk også til forskningskoordinator Ingun Ulstein for hjelp med utarbeidelse av spørreskjema, analyse av dataene, drøftinger, faglige spørsmål og morsomme kommentarer.

Videre vil jeg takke lederteamet og kolleger ved Seksjon for alderspsykiatri, Sykehuset Telemark som har ønsket denne undersøkelsen gjennomført og som har vært støttende drøftningspartnere gjennom hele prosessen.

Takk til kolleger i kommunene og praksiskonsulent ved sykehuset som deltok i pilot-testing av spørreskjemaene.

Takk til Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse for å bistå med administrering av utsendelse av spørreskjemaene og anonymisering av dataene.

Takk til Alderspsykiatrisk fag og forskningsnettverk TeVe som har finansiert undersøkelsen.

10. REFERANSELISTE

1. St.meld. nr.47 (2008-2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted-til rett tid.
2. Pedersen K M, Strukturreformen: hvorfor, indhold og mulige konsekvenser, Månedsskrift for Praktisk Lægeforening 2006/11
3. Ahgren B, Axelsson R. A decade of integration and collaboration: the development of integrated health care in Sweden 2000- 2010. International Journal of Integrated Care, 9. mars 2011, ISSN 1568- 4156..
4. www.helsedialog.no
5. <http://www.sthf.no/omST/>, Verdier og strategier, Strategidokument ST 2011-2014
6. Nåvik M, m fl. "Med tommestokk og fagbriller", INFO- banken 1999
7. Holm M, Haugen P K, Erfaringer fra en alderspsykiatrisk avdeling gjennom seks år. Tidsskrift for den norske legeforening 2000, 120:427-31
8. Axelsson R, Bihari Axelsson S. Folkhelsa i samverkan. Studentlitteratur (2007)
9. <http://www.norden.org/da/fakta-om-norden-befolkning>. SSB, Statistisk årbok 2010, Delen av befolkningen som er over 65 år. Utvalde land,
10. Engedal K. Urunde hjul. Alderspsykiatri i praksis. Forlaget Aldring og helse 2006.
11. Helse og sosialdirektoratet, Ny kraft til eldre, 2006.
12. SSB 2006 Befolkningsfremskrivning, MMM.
13. Engedal K. Alderspsykiatri- et helsepolitisk stebarn. Demens og Alderspsykiatri vol 11- nr – 2007, s 5-7.
14. Glemsk men ikke glemt, Sosial og Helsedirektoratet, Rapport IS-1486, 2007
15. St.prop 63 (1997-1998) Opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2008. HOD
16. Kruger R, Hvem sloss for alderspsykiatrien? Demens og alderspsykiatri vol 11- nr 4- 2007, s 18-19.
17. Departementet svarer. Demens og alderspsykiatri vol 11- nr 1-2007. s 19
18. Fossberg M, Nåvik M, "Ikke glemsk, men glemt?" Demens & Alderspsykiatri, 15- nr 1-2011
19. Selbæk G. Psykiatriske symptomer hos sykehjemspasienter. Store utfordringer krever økte ressurser. Demens & Alderspsykiatri vol 11. nr 1-2007, s 8-11.
20. Spesialisthelsetjeneste for eldre i Helse Sør- Øst, rapport 2008-2009.
21. Lov om spesialisthelsetjeneste, Sosial og Helsedepartementet, Rundskriv 1-59/ 2000
22. Lov om kommunehelsetjeneste, LOV 1982-11-19-16
23. Lov om pasientrettigheter, Sosial og Helsedepartementet, Rundskriv 1-60/2000
24. Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern, Sosial og Helsedepartementet, Rundskriv 1-10/2001
25. Lov om helsepersonell, Sosial og Helsedepartementet, Rundskriv 1-20/ 2001
26. Eikeland K, Samarbeid på kryss og tvers, Demens & Alderspsykiatri, vol 2, 2008
27. Forskrift om pasientjournal:2000- 12-21-1385 HOD
28. Helse Sør- Øst, Definisjonskatalog, Styringsparametere og nasjonale kvalitets-indikatorer helsefag. Versjon 6.1.2011.
29. Pasientjournalhåndbok, Psykiatrisk klinikk, Sykehuset Telemark HF, 2009.
30. WHO, The world health report - Health systems financing: the path to universal coverage, 2010
31. WHO, Ottawa Charter for Health Promotion, 1986, WHO, Copenhagen
32. Ahgren B. Creating Integrated Health Care, Forelesning NHV, 2010

33. Ahgren B, Axelsson R. Determinants of integrated health care development: chains of care in Sweden. *International journal of health planning and management*. 2007, 22: 145-157.
34. Axelsson R, Bihari Axelsson S, Integration and collaboration in public health- a conceptual framework. *International journal of health Planning and Management*. 2006, 21 75-88.
35. Lawrence PA, Lorch JW. *Organisation and environment: Managing Differentiation and Integration*. Harvard university press.
36. Van Raak A, Mur- Veeman I, Hardy B. Steenberg M & Paulus A, Eds. *Integrated Care in six EU Countries*. Maarssen: Elsevier (2003)
37. Axelsson S B, Axelsson R. From territoriality to altruism in interprofessional collaboration and leadership. *Journal of Interprofessional Care*, July 2009; 23(4); 320-330.
38. Ahgren B, Axelsson R. Evaluating integrated health care: a model for measurement. *International journal of Integrated Care*. 31 august 2005- ISSN 1568-4156.
39. Strandberg- Larsen M, Krasnik A, Measurement of integrated healthcare delivery; a systematic review of methods and future research directions. *International Journal of Integrated Care- vol. 9, 4. February 2009, ISSN 1568-1456*.
40. Danielsen B, Fjær S, Erfaringer med å overføre syke elder pasienter fra sykehus til kommune, *Sykepleien Forskning* 2010, 5(1). 36-43
41. Garåsen H, Long-term patients: outcomes after intermediate care at a community hospital for elderly patients: 12- month follow-up of a randomized controlled trial. *BMC Public Health* 2007, 7:68.
42. Garåsen H, The quality of communication about older patients between hospital physicians and general practitioners: a panel study assessment. *BMC Public Health* 2007, 7:133
43. <http://www.helsedirektoratet.no>. Elektronisk mottak og sending av epikrise og henvisning,
44. Moksnes K M, kan epikrisetiden forkortes. *Tidesskrift for den norske legeforening*, no 17, 2005, 2380-2381
45. Galgerud K, Epikrise til pasient, *Demens og alderspsykiatri* vol 11- 3- 2007, 22-24
46. Øvretveit J, *Evaluating Health Interventions*, Open University press 2005.
47. Malterud K, *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*, Universitetsforlaget 2008.
48. Warneryd B m.fl, Att fråga? Om frågekonstruktion vid intervjuundersøkingar och postenkater, SCB 1993
49. Paulsen B, Grismo A, God vilje- dårlig verktøy. Om samhandling mellom sykehus og kommunale omsorgstjenester ved utskrivning av omsorgstrengende eldre. SINTEF 2008.
50. Haraldsen G, Spørreskjemametodikk etter kokebokmetoden, *Ad Notam Gyldendal* 1999, 186-191.
51. <http://www.helfo.no/privatperson/Sider/default.aspx>
52. Pallant J, *SPSS survival manual*, Open university press 2005.
53. *Statistic software package - version 15.0. for Windows*, SPSS, Inc, Chicago, IL
54. *Plandokument for norsk alderspsykiatri 2011-2020*. Utvalg for alderspsykiatri, Psykiatrisk forening, Den norske legeforening 2011. <http://www.legeforeningen.no>
55. Moksnes K M, Hvordan utnyttes kapasiteten ved alderspsykiatriske enheter i Norge? *Demens og Alderspsykiatri* vol 14.nr 4. 2010, 11-15.

11. VEDLEGG

Vedlegg 1: Spørreskjema om sykepleierrapport

Vedlegg 2: Spørreskjema om epikrise

Vedlegg 3: Spørreskjema om samhandling

1195402068

Id.nr. **SPØRRESKJEMA OM SYKEPLEIERRAPPORT FRA SEKSJON FOR ALDERSPSYKIATRI**

Spørsmålene tar utgangspunkt i mal for skriving av sykepleierrapport ved Seksjon for alderspsykiatri

Skjema utfyllt av: ☐ Sykepleier ☐ LederArbeidssted: ☐ Hjemmesykepleie ☐ SykehjemSpørsmål 1.

Har du i 2009 eller 2010 arbeidet med pasienter som har mottatt tilbud fra Seksjon for alderspsykiatri?

☐ Ja ☐ Nei Hvis ja: ca antall Spørsmål 2.

Hvordan vurderer du nytten av innhold i sykepleierrapport fra Seksjon for alderspsykiatri?

Hvordan vurderer du nytten av følgende punkter i sykepleierrapport for ditt videre arbeid med pasienten	Alltid nyttig	Ofte nyttig	Av og til nyttig	Sjelden nyttig	Aldri nyttig	Vet ikke
Informasjon om bakgrunn for innleggelse	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Informasjon om hensikt med innleggelsen	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Informasjon om pasientens psykiske funksjonsnivå	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Informasjon om pasientens ressurser	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Resultater fra ulike tester og kartleggingsverktøy	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Forslag til tiltaksskapende tiltak	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Forslag til tiltak for å redusere utfordrende adferd	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Forslag til trivsels- og velværetiltak	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Forslag til tiltak for å vedlikeholde psykisk funksjon	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Informasjon om medikasjon ved utskrivning	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Behandlingsteamets vurdering av omsorgsnivå	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Beskrivelse av sykepleietjenester gitt under opphold	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Konklusjon fra møte m/kommunen, pasient / pårørende	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Informasjon om plan for tiltak etter utskrivning	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Generell vurdering av innhold i sykepleierrapport	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Hvis du har tilgang til alderspsykiatrisk epikrise, hvordan vurderer du nytten	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Kommentarer til alderspsykiatrisk sykepleierrapport: innhold, ønske om annen informasjon, lengde, annet. Kom gjerne med konkrete forslag til forbedringer.

Benytt ekstra ark til kommentarer ved behov

0507012195

Id.nr.

SPØRRESKJEMA OM EPIKRIS FRA SEKSJON FOR ALDERSPSYKIATRI

Spørsmålene tar utgangspunkt i mål for skriving av epikrise ved Psykiatrisk klinikk.

Skjema utfyllt av ☐ Fastlege ☐ Tilsynslege (mulig å krysse begge)Spørsmål 1.

Har du i 2009 eller 2010 arbeidet med pasienter som har mottatt tilbud fra Seksjon for alderspsykiatri?

☐ Ja ☐ Nei Hvis ja: ca antall Spørsmål 2.

Hvordan vurderer du nytten av innhold i epikrise fra Seksjon for alderspsykiatri?

I hvilken grad vurderer du informasjon om følgende punkter nyttige for videre arbeid med pasienten	Alltid nyttig	Ofte nyttig	Av og til nyttig	Sjelden nyttig	Aldri nyttig	Vet ikke
Bakgrunn for innleggelse/ poliklinisk behandling	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kort beskrivelse av utredning/ behandling	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Informasjon om pasientens ressurser	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kort psykiatrisk status ved oppstart behandling	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Problemområder framkommet under behandling	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Behandlingstiltak samtaleterapi, miljøterapi, sosiale tiltak	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Resultat av psykologiske tester	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Medikamentell behandling	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Behandlingsteamets anbefaling om omsorgsnivå	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Somatiske forhold	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Måloppnåelse, pasientens tilstand ved utskrivning	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Konklusjon fra møte m/ pasient/ pårørende og kommune	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Informasjon om plan for videre tiltak	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Informasjon om diagnoser ved utskrivning	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Medikasjon ved utskrivning	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Medikamentråd ved forverring etter utskrivning	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Informasjon om samtykkekompetanse	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Informasjon om helsekrav til førerkort	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Generell vurdering av nytten av epikrise	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Hvis du har tilgang til alderspsykiatrisk sykepleier rapport, hvordan vurderer du nytten	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Kommentarer til epikrise, innhold, ønske om annen informasjon, epikrisetid, lengde ...

Kom gjerne med konkrete forslag til forbedringer.

Benytt ekstra ark til kommentarer ved behov

7024012196

SPØRSMÅL OM SAMHANDLING

Spørsmålene tar utgangspunkt i dagens praksis. Pasientens behov avgjør hvilke av tiltakene som benyttes.

Spørsmål 3.

I hvilken grad vurderer du følgende samhandlingstiltak nyttige for kommunehelsetjenesten?

I hvilken grad vurderer du tiltakene nyttige for kommunehelsetjenestens videre arbeid med pasienten	Alltid nyttig	Ofte nyttig	Av og til nyttig	Sjelden nyttig	Aldri nyttig	Vet ikke
TELEFONKONTAKT						
- mellom personell fra Seksjon for alderspsykiatri og:						
henvisende lege	☐	☐	☐	☐	☐	☐
pleiepersonell i kommunen (hjemmesykepleie/sykehjem)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
AMBULANT VIRKSOMHET						
- at ansatte fra Seksjon for alderspsykiatri reiser ut til sykehjem eller pasientens bolig for:						
vurdering av pasient	☐	☐	☐	☐	☐	☐
følger pasienten hjem ved utskrivning (sykehjem/bolig)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
oppfølgingsbesøk etter utskrivning	☐	☐	☐	☐	☐	☐
deltagelse i møtevirksomhet med kommunehelsetjenesten	☐	☐	☐	☐	☐	☐
veiledning/ drøfting med pleiepersonell i kommunen	☐	☐	☐	☐	☐	☐
samtaler/ oppfølging av pårørende	☐	☐	☐	☐	☐	☐
MØTEVIRKSOMHET						
- at personell fra Seksjon for alderspsykiatri deltar i :						
utskrivningsmøte med personell fra kommunen	☐	☐	☐	☐	☐	☐
utskrivningsmøte med kommune /pasient/ pårørende	☐	☐	☐	☐	☐	☐
ansvarsgruppemøter i kommunen	☐	☐	☐	☐	☐	☐
HOSPITERING						
- at personell fra kommunen følger pasienten i alderspsykiatrisk sengepost en eller flere dager før utskrivning						
hospitering	☐	☐	☐	☐	☐	☐
UNDERVISNING / VEILEDNING						
- at personell fra seksjon for alderspsykiatri tilbyr kommunehelsetjenesten:						
undervisning pasientrelatert	☐	☐	☐	☐	☐	☐
undervisning generell (ikke enkeltpasient)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
veiledning/ drøfting konkret, pasientrelatert	☐	☐	☐	☐	☐	☐
veiledning generell (ikke enkeltpasient)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Har du ønsker om eller kommentarer til samhandlingstiltak mellom kommune og alderspsykiatrisk spesialisthelsetjeneste? Kom gjerne med konkrete eksempler.						

