

Ny samarbeidsform mellom helsehus og bydel gjorde pasientene tryggere

Helsehuset er bindeleddet mellom sykehus og hjem. Tett samarbeid mellom helsehuset og bydelen er helt nødvendig for å få til gode pasientforløp.

Julie Benedicte Aspesletten

Fysioterapeut
Solfjellshøgda helsehus, Sykehjemsetaten, Oslo kommune

Irene Gynnild Ponton

Institusjonssjef
Solfjellshøgda helsehus, Sykehjemsetaten, Oslo kommune

Eric Brugman

Spesialkonsulent
Bydel Østensjø, Oslo kommune

Johnny Jakobsen

Områdedirektør
Sykehjemsetaten, Oslo kommune

Brukermedvirkning

Eldre

Institusjon

Kommunehelsetjeneste

Samhandling

Sykepleien 2021 109 (85045) (e-85045)
DOI: 10.4220/Sykepleiens.2021.85045

Solfjellshøgda helsehus og bydel Østensjø i Oslo har utviklet nye måter å samarbeide på. Målet var kortere oppholdstid på helsehuset og bedre overføring av pasienter mellom helsehus og hjem. En evaluering av prosjektet viste at liggetiden ble redusert, og at pasienttilfredsheten økte. Suksessfaktorene ser ut til å være en treffsikker oppstartsamtale, synlige rehabiliteringsmål og flere kontaktpunkter mellom bydel og helsehus.

En personsentrert tilnærming og sammenheng i tjenestene er helt avgjørende i rehabiliteringen av eldre. Personsentrert tilnærming innebærer å ivareta de eldre som hele mennesker, ikke bare deres sykdom eller funksjonssvikt.

Målet er at de skal ta i bruk sine ressurser og opprettholde sin selvstendighet så lenge som mulig. Dette idealet er også sentralt i kvalitetsreformen «Leve hele livet» (1).

I Oslo kommune er helsehusene organisert under sykehjemsetaten og er bindeleddet mellom sykehus og hjemmet. Helsehusene skal ivareta utskrivningsklare pasienter fra sykehus samt hjemmeboende som trenger rehabilitering eller korttidsopphold for å kunne fortsette å bo hjemme.

Solfjellshøgda helsehus er et av fire helsehus i Oslo kommune og har korttids- og rehabiliteringsplasser (2). Bydelene fatter vedtak om opphold på helsehus (3). Målet med oppholdet er å kartlegge helsetilstanden og hjelpebehovet og å gi pasienten nødvendig opptrening og helsehjelp, slik at pasienten kan komme tilbake igjen til sitt eget hjem. Oppholdet planlegges med utgangspunkt i pasientens ressurser og behov.

En ny samarbeidsform ble utviklet

I et tildelingsbrev fra 2018 fra Byrådsavdelingen for eldre, helse og arbeid til sykehjemsetaten står det følgende: «For at helsehus i større grad skal gi treffsikre tjenester som gjør pasientene i stand til å mestre livet hjemme, skal Sykehjemsetaten prøve ut en ny driftsmodell ved Ryen helsehus [nå: Solfjellshøgda helsehus] sammen med Bydel Østensjø, hvor bydelen i større grad kan følge innbyggeren gjennom rehabiliteringsforløpet.»

Til å utvikle en slik ny driftsmodell fikk Solfjellshøgda helsehus og bydel Østensjø tildelt midler via Statsforvalteren fra tilskuddsordningen «Styrking av habilitering og rehabilitering i kommunene».

«Samarbeidsformen skulle oppleves som helhetlig, brukersentrert og trygg.»

Gjennom et prosjekt som ble igangsatt for å utvikle driftsmodellen, utforsket vi en ny samarbeidsform for å oppnå bedre samhandling, mer kontinuitet i rehabiliteringsforløpet (fra utskrivelse fra sykehuset til helsehuset, og til slutt hjem med innsatsteam) og bedre koordinering av tjenestetilbudene mellom alle instansene og faggruppene. Samarbeidsformen skulle oppleves som helhetlig, brukersentrert og trygg for pasienter og pårørende.

Kriteriene for å bli inkludert i prosjektet var at pasienten hadde behov for rehabilitering i institusjon etter sykehusbehandling, og at vedkommende ikke hadde hjemmesykepleie fra før.

Prosjektgruppen besto fra Solfjellshøgda helsehus av en ergoterapeut/prosjektleder i 100 prosent stilling, en fysioterapeut i 50 prosent stilling, en sykepleier i 40 prosent stilling og en lege i 10 prosent stilling. Fra innsatsteamet (IT) i bydelen deltok det en sykepleier i 40 prosent stilling.

Tidligere pasienter ble spurt om råd

Prosjektet har en kvalitativ tilnærming, der pasient-, pårørende- og ansattinformasjon er samlet inn ved bruk av intervjuer og strukturerte spørreskjemaer. For å få tilstrekkelig informasjon til å kunne utforme en ny modell for samarbeidet mellom sykehus, helsehus og hjemmetjenesten oppsøkte prosjektgruppen pasienter som tidligere hadde vært innlagt på helsehuset, og stilte dem spørsmål etter et strukturert spørreskjema.

Vi kartla deres opplevelse av pasientforløpet med spørsmål om mottak, informasjon, oppfølging, trygghet og brukermedvirkning. I tillegg ble det gjennomført strukturerte intervjuer per telefon med pårørende om deres opplevelse som pårørende.

Basert på den informasjonen prosjektgruppen samlet inn i september/oktober 2018, utformet gruppen en samarbeidsmodell, og fra medio november 2018 til slutten av mai 2019 ble pasienter gradvis innlemmet i denne modellen. Totalt ble det inkludert 45 pasienter. Av disse fullførte 28 hele forløpet fra sykehus til helsehus og hjem igjen.

Pasientene som var med i prosjektet, svarte på spørreskjemaer etter opphold på Solfjellshøgda helsehus og etter perioden med innsatsteam i bydelen. Pårørende svarte kun på et spørreskjema etter endt rehabiliteringsforløp. Prosjektgruppen gjennomførte også ansattundersøkelser før og etter prosjektperioden.

Datagrunnlaget til kontrollgruppen og prosjektgruppen ble registrert i og er hentet ut fra journalsystemet Gerica, hvor ADL-skår (se under), antallet liggedøgn og hvilke tjenester de mottok etter oppholdet på helsehus, er journalført.

Pasientene ønsket å bli mer involvert

Resultatene fra intervjuene gjennomført i oppstartsfasen med de tidligere innlagte pasientene og deres pårørende viste at de synes de fikk for lite informasjon, opplevde lite forutsigbarhet og ønsket mer involvering:

«Jeg følte ikke at det var fokus på det som var viktig for meg», «Jeg måtte spørre om ting jeg lurte på hele tiden» og «Jeg ønsket å vite hvordan hjemreisen skulle foregå» var noen av tilbakemeldingene fra pasientene. En av de pårørende sa: «Vi fikk lite informasjon om hvilke tilbud vi hadde i bydelen.»

Tilbakemeldingene var tydelige: Pasienter og pårørende ønsket mer informasjon, bedre kontinuitet og større grad av trygghet for videre forløp.

Det nye pasientforløpet tar form

På bakgrunn av intervjuene og innsamlet informasjon fra idéseminarer med de ulike faggruppene og Senter for fagutvikling og forskning kom prosjektgruppen frem til en rekke tiltak vi ønsket å sette i system og arbeide med i prosjektperioden. Vi utarbeidet et pasientforløp med definerte arbeidsoppgaver og møtepunkter.

Vi har en egen mottaksavdeling på helsehuset, der en sykepleier gjør et generelt mottak av pasientene. Videre er det et mottaksmøte mellom mottakssykepleieren og sykepleieren på avdelingen. Vi ønsket at mottaket på avdelingen skulle skje med pasienten til stede på pasientens rom fremfor på vaktrommet mellom kun de to sykepleierne, noe som ikke er prosedyre i dag.

Vi ønsket altså økt brukerinvolvering, mer tverrfaglig samarbeid, at brukerne opplever å mestre hverdagens gjøremål, og at de deltar ut fra egne forutsetninger. I tillegg ønsket vi at bydelen i større grad kunne følge innbyggerne gjennom rehabiliteringsforløpet.

Overføringsrapporten fra sykepleieren i mottaket til sengeposten skulle nå gjennomføres med pasienten til stede, noe som tidligere ikke hadde vært rutine. Det ble innført en egen informasjonsmappe for pasientene, og en måltavle, hvor rehabiliteringsmålene for den enkelte pasienten var skrevet opp, ble hengt opp alle pasientrom. Dette gjorde vi for å sørge for at pasienten og de pårørende tidlig fikk tilgjengelig og synlig informasjon.

«OppstartsamtaIen er svært viktig for å forankre oppholdet.»

Når pasienten kom til helsehuset, var det viktig å ha en god oppstartsamtale med utgangspunkt i malen «Hva er viktig for deg?». Dette er en mal som helsehuset allerede benyttet, og som er utarbeidet av Nasjonalt læringsnettverk for gode pasientforløp. Fokuset skulle være på den enkelte pasientens utfordringer og status, og samtalen skulle resultere i en tydelig målsetting.

Tidligere erfaringer tilsier at denne samtalen er svært viktig for å forankre oppholdet, noe prosjektgruppen fikk bekreftet. Vi ser at en strukturert oppstartsamtale avklarer mange spørsmål. Pårørende får informasjon, og den enkelte pasienten blir ansvarlig i sitt eget rehabiliteringsforløp.

Tilbakemeldingene på spørreundersøkelsen etter oppholdet på helsehuset bekrefter også dette. Mange av pasientene gir uttrykk for at oppstartsamtaIen var nyttig. Målene som ble utarbeidet, ble deretter skrevet på pasientens måltavle på rommet, synlig for pasienten, de pårørende og helsepersonellet.

OppstartsamtaIen, journalnotater og hjemmebesøk med personale fra både helsehus og bydel var kontaktpunkter som allerede var fast etablert. Nye tiltak i prosjektet var at bydelen fikk en større rolle under oppstartsamtaIen, at helsehuset deltok på overføringsmøtet i hjemmet ved utskrivelse, og ukentlige tverrfaglige møter på helsehuset.

Pasientene ble sammenliknet med kontrollgruppe

De 28 pasientene som fullførte hele pasientforløpet, ble skåret med utredningsverktøyet ADL, og antallet liggedøgn ble registrert for hver pasient. En kontrollgruppe på 28 pasienter ble plukket ut i samme tidsperiode (2017–2018) som et sammenlikningsgrunnlag for å måle effekten av det nye pasientforløpet.

Årsakene til innleggelsene på sykehuset for pasientene i de to gruppene var nokså like. Antallet pasienter som ble skrevet ut fra helsehuset til videre oppfølging av hjemmetjenesten eller til hverdagsrehabilitering, var tilnærmet likt i begge gruppene. Det samme var også antallet pasienter som ble skrevet ut til hjemmet uten videre behov for tjenester eller annen oppfølging.

Gjennomsnittsalderen for pasientene som var inkludert i prosjektet, var 80,3 år, mens den var 84,1 år i kontrollgruppen. I denne sammenhengen er pasientene som var inkludert i henholdsvis prosjektet og kontrollgruppen, tilnærmet like, og derfor vurderer prosjektgruppen at funnene knyttet til tiltakene er valide.

Hverdagslige aktiviteter gikk lettere

ADL (*activities of daily living*) er et utredningsverktøy til bruk for helse- og omsorgspersonell. Verktøyet kartlegger hvordan brukeren utfører dagligdagse aktiviteter (6).

Det blir gjennomført en ADL-kartlegging på helsehuset både ved innkomst og ved utreise. Kartleggingen gir en så objektiv skår som mulig på pasientens funksjon i dagliglivet, evnen til å ta vare på helsen, personlig hygiene, påkledning, forflytning, toalett og hukommelse (6). Skåren er fra 1 til 5. Høyere skår indikerer større behov for hjelp.

«Samtlige fysiske parametre viser en signifikant endring i funksjonsnivå.»

Det er kjent at ADL skåres ulikt av ulike fagpersoner, og pasientens kognitive funksjon kan være vanskelig å avdekke ved første skåring. Derfor valgte vi i prosjektgruppen å gjøre et uttrekk av de fysiske måleparametrene i ADL-skjemaet, for eksempel de parametrene som går på økonomi og hørsel, for å kunne si noe om pasientenes endring i løpet av oppholdet.

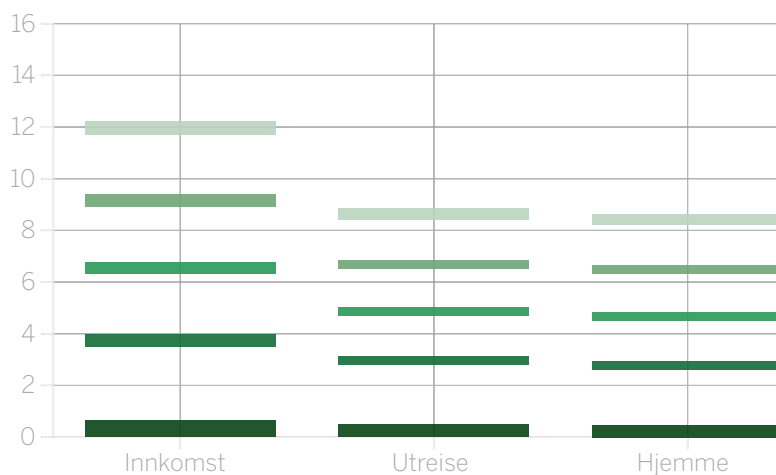
Vi kan ikke si noe om ADL-skåren til kontrollgruppen sammenliknet med pasientene som var inkludert i prosjektet, fordi vi ikke har det samme ADL-skjemaet for kontrollgruppen.

Figur 1 viser den fysiske bedringen gjennom rehabiliteringsforløpet. Samtlige fysiske parametre viser en signifikant endring i funksjonsnivå. Den største endringen skjer under rehabiliteringsoppholdet på helsehuset.

Figur 1.

Gjennomsnittlig fysisk ADL-skår ved innkomst, ved utreise og hjemme etter oppholdet i helsehuset

Personlig hygiene Av/påkledning Toalett
Bevegelse innendørs Bevegelse utendørs



Sykepleien

Det var overraskende mange reinnleggelser

Vi la til grunn at antallet reinnleggelser kunne gi en pekepinn på om tiltakene var gode. I prosjektperioden var det 6 reinnleggelser på sykehus fra Solfjellshøgda helsehus blant de 28 pasientene som var med i prosjektet, målt mot bare 1 i kontrollgruppen.

Totalt var det 10 reinnleggelser blant de 45 pasientene som i utgangspunktet ble registrert i studien. Data fra hele institusjonen viste 18 reinnleggelser i den samme perioden, og helsehuset har et snitt på 3 prosent reinnleggelser årlig. Ti reinnleggelser fra denne antatt spreke gruppen på 45 pasienter er derfor betydelig og var et overraskende funn.

Arbeidshypotesen var at de 28 inkluderte pasientene var godt mottakelige for rehabilitering fordi de ikke hadde mottatt tjenester fra bydelen før innleggelsen. Det viste seg imidlertid at redusert kognisjon og fysisk funksjon, et sammensatt sykdomsbilde og kompliserte boforhold gjorde at totalsituasjonen var kompleks for flere av pasientene.

«Det er behov for et system som bedre fanger opp hvem som har behov for rehabiliteringsplass og korttidsplass.»

Dette understøtter erfaringene om en tyngre pasientgruppe på helsehusene de senere årene. Vi har ikke undersøkt nærmere hvorfor denne gruppen eldre ikke har vært mottakere av kommunale helsetjenester tidligere. For at helsehusene skal levere treffsikker rehabilitering, må pasientenes kompleksitet tas med i betraktningen i planlegging av tjenesten.

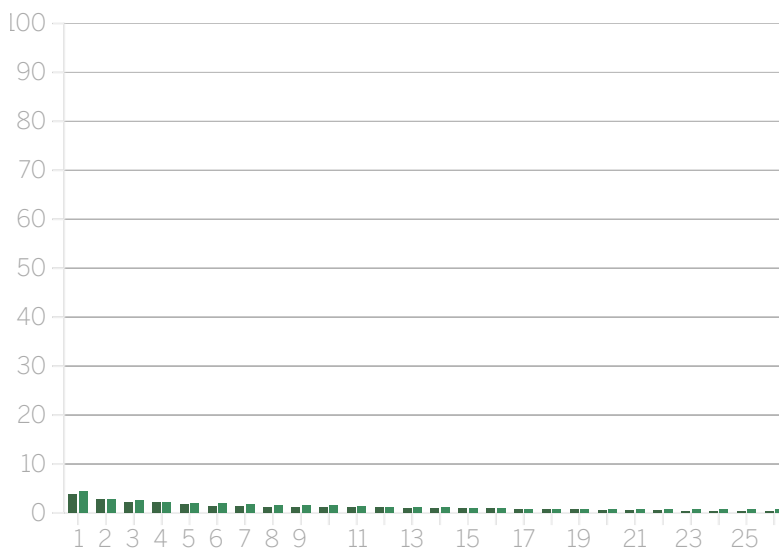
Sammenliknet med kontrollgruppen ble antallet liggedøgn på Solfjellshøgda helsehus for de 28 pasientene som fullførte hele pasientforløpet, i gjennomsnitt redusert med 5 dager, fra 29 til 24 dager, som vist i figur 2. Det er sannsynlig at årsaken til den kortere liggetiden er at prosjektgruppen hadde tid og ressurser til å levere rehabilitering etter pasientens behov, tid til koordinering og til å følge pasienten tettere i forløpet.

Prosjektgruppens erfaringer med pasientgruppen er at de hadde komplekse medisinske utfordringer og varierende grad av rehabiliteringspotensial. Vi mener det er behov for et system som bedre fanger opp hvem som har behov for rehabiliteringsplass og korttidsplass, slik at ressursene kan bli brukt mer hensiktsmessig. Det vil kunne bidra til økt ressursutnyttelse, bedre bruk av kompetanse og ikke minst rett behandling til rett tid.

Figur 2.

Liggedøgn på Solfjellshøgda helsehus

■ Prosjektgruppe ■ Kontrollgruppe



Figuren viser antallet liggedøgn for pasient 1–28 i henholdsvis prosjektgruppen og kontrollgruppen. Sykepleien

Pleierne strever med å dekke basisbehov

Samarbeidsmodellen prosjektgruppen prøvde ut, var utfordrende å implementere innenfor dagens praksis. Pleierne på helsehuset ga tydelig uttrykk for stor arbeidsbelastning og høyt arbeidspress. Det var utfordrende å prøve ut nye tiltak og endre dagens praksis og tenkemåte når arbeidsoppgavene må utføres under tidspress og innen bestemte rammer. Pleierne forteller i spørreundersøkelsen at de strever med å dekke pasientenes basisbehov, og at det ikke er tilstrekkelig kapasitet eller tid til rehabilitering etter intensjon.

Som en medarbeider skriver i undersøkelsen:
«Arbeidsoppgavene per vakt er store. Skulle ønske en kunne være på jobben for pasienten, ikke for systemet.»

Dette samsvarer med funnene i kommunerevisjonen 2018 (4). Det bekreftes også i artikkelen til Kvæl og medarbeidere, der det ble påpekt at pasientene blir passet inn i systemet, med de rammene som eksisterer (5).

«Rehabilitering krever at helsepersonell har tid til å ‘ha hendene på ryggen’.»

En erfaring fra dette prosjektet var at fordi pasientene er svært pleietrengende, det er uklarhet i ansvarsfordelingen mellom helsehus og bydel, usikkerhet rundt bruk av egen kompetanse hos medarbeiderne og stor arbeidsmengde, ble det vanskelig å gjennomføre at pasienten skulle delta på overføringsmøtet mellom mottak og avdeling.

Rehabilitering krever at helsepersonell har tid til å la pasienten selv utføre aktiviteter – tid til å «ha hendene på ryggen» og tre støttende inn underveis i for eksempel i morgenstellet.

Rehabiliteringen foregår i en tidsavgrenset periode, og målet er at pasienten skal hjem igjen. Det er behov for kartlegging av hjemmet, tilpasning av hjelpemidler eller kanskje å endre omsorgsnivå eller bolig. Her må ansvarsoppgavene være tydelig fordelt, slik at dette kan tas tak i tidlig.

Dette avhenger av tett og god kommunikasjon mellom helsehus og bydel, slik at den enkelte brukeren får et sømløst og forutsigbart forløp, og at alle som er involvert i pasienten, kjenner sine oppgaver og har tid til å utføre dem.

Samarbeid er sentralt

Vi erfarte flere ganger at det var usikkerhet om ansvarsfordelingen mellom helsehus og bydel. Pasientene skrives tidlig ut fra sykehus, ofte forvirret og med redusert kognitivt funksjon. Flere av pasientene har få pårørende og en kompleks boligsituasjon.

En felles forståelse av rehabiliteringsforløpet både mellom profesjonene og mellom helsehus og bydel, og utveksling av erfaring og kunnskap om hverandres tjenester, har vært sentralt. Medlemmene i prosjektgruppen erfarte å få inngående kunnskap om hverandres tjenester og oppgaver og det resulterte i en tydeligere arbeidsfordeling og et helhetlig tjenestetilbud.

Tett samarbeid mellom helsehuset og bydelen er helt nødvendig for gode pasientforløp. Dette understreker også Kvæl og medarbeidere i sin studie: Det er helt sentralt med godt samarbeid for å fremme brukerinvolvering og skape mer vellykkede pasientforløp på helsehus (5).

Medarbeiderne var motiverte

Dette prosjektet skulle utvikle, teste og evaluere en ny samarbeidsform mellom helsehus og bydel. Målet var kvalitativt bedre overføring av pasienter fra helsehus til hjem og å korte ned oppholdet på helsehuset. Samarbeidsformen skulle oppleves som helhetlig, brukersentrert og trygg for pasienter og pårørende.

Et målrettet pasientforløp, sammenheng i tjenesten, informasjonsflyt og trygghet skapes gjennom god samhandling med pasienter og pårørende og mellom helsehus og bydel for felles forståelse og ansvarsfordeling. Sentralt er kontinuitet mellom pleiere og terapeuter, i rehabiliteringsforløpet og i overgangene mellom sykehus, helsehus og hjem, og for å lykkes må dette bli nøye koordinert.

Vi i prosjektgruppen fikk tilbakemeldinger fra medarbeidere om at de var motiverte og ønsket å kunne drive treffsikker rehabilitering. Men det var usikkerhet knyttet til rehabiliteringstankegangen og ansvaret som sikret kontinuiteten.

Antallet liggedøgn ble likevel redusert fra 29 til 24 døgn per pasient i denne perioden, og pasientene svarte i spørreundersøkelsen at de var fornøyde med forløpet. Basert på resultatene og erfaringene fra prosjektet mener vi at de viktigste suksesskriteriene var tiltakene for tettere samarbeid og koordinerte pasientforløp, i tillegg til at prosjektgruppen hadde ressurser til å drive ønsket rehabilitering.

Referanser

1. Meld. St. 15 (2017–2018). Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2018.
2. Oslo kommune. Solfjellshøgda helsehus. Oslo: Oslo kommune. Tilgjengelig fra: <https://www.oslo.kommune.no/helse-og-omsorg/eldreomsorg/sykehjem-og-dagsenter/alle-sykehjem/ryen-helsehus/> (nedlastet 30.01.2020).
3. Oslo kommune, sykehjemsetaten. Oppholdstyper på sykehjem og helsehus. Oslo: Oslo kommune. Tilgjengelig fra: <https://www.oslo.kommune.no/helse-og-omsorg/eldreomsorg/sykehjem-og-dagsenter/oppholdstyper-pa-sykehjem/> (nedlastet 30.01.2020).

4. Oslo kommune. Kommunerevisjonen – integritet og verdiskapning. Rehabilitering i helsehus. Oslo: Oslo kommune; 2018. Rapport 15/2018. Tilgjengelig fra: <https://www.oslo.kommune.no/getfile.php/13306871-1544608484/Tjenester%20og%20tilbud/Politikk%20og%20administrasjon/Budsjett%20og%20regnskap%20og%20rapportering/Rapporter%20fra%20Kommunerevisjonen/Rapporter%20fra%20Kommunerevisjonen%202018/15-2018%20Rehabilitering%20i%20helsehus.pdf> (nedlastet 05.03.2019).

5. Kvæl LAH, Debesay J, Bye A, Bergland A. Health care professionals' experiences of patient participation among older patients in intermediate care – at the intersection between profession, market and bureaucracy. Health Expect. 2019;22(5):1–10. DOI: [10.1111/hex.12896](https://doi.org/10.1111/hex.12896)

6. Aldring og helse. Nasjonal kompetansetjeneste. Skalaer og tester. Instrumentelle og personnære aktiviteter i dagliglivet (IADL og PADL). Tønsberg: Aldring og helse; 2019. Tilgjengelig fra: <https://www.aldringoghelse.no/wp-content/uploads/2020/09/adl-vurdering-sporreskjema-2019-into0006-web-2.pdf> (nedlastet 13.06.2019).