

FoU R 22/2002

Svendsen, G.B Bergvik, S.

Kommunikasjon mellom omsorgstjenesten og dens samarbeidspartnere. En vurdering av effektiviseringspotensialet ved innføring av elektronisk meldingsformidling.

FoU Rapport	R 22/2002
Tittel	Kommunikasjon mellom omsorgstjenesten og dens samarbeidspartnere. En vurdering av effektiviseringspotensialet ved innføring av elektronisk meldingsformidling.
ISBN	82-432-0537-4
ISSN	1500-2616
Prosjekt nr	DXHP07
Program	DPO
Gradering	ÅPEN
Antall sider	16
Dato	2002.06.03

Forfatter(e)

Svendsen, G.B Bergvik, S.

Emneord

Omsorgstjenesten, evaluering, IKT, meldingsformidling, kommunikasjon

Sammendrag

Etter å ha gjennomført en kartlegging av kommunikasjon mellom omsorgssektoren og dens samarbeidspartnere i Tromsø og Bærum er det ikke funnet vesentlig potensial for forbedring ved hjelp av elektronisk meldingsformidling. Dette gjelder både i forhold til tjenestens kostnadseffektivitet og kvalitet. Selv om det åpenbart er rom for forbedring, synes det som om dette vil oppnås gjennom omorganisering. Dette gjelder begge de områdene som har pekt seg ut som vanskelige – utskriving fra sykehus i Tromsø og formidling av hjelpemidler generelt. En kan ikke se bort fra at elektronisk meldingsformidling kan spille en viktig rolle i en alternativ organisering. For begge problemområdene anbefales det å gjennomføre grundigere studier.

Title	ICT in home and institutional health care. An evaluation of potential benefits of electronic messaging based on a study of communication patterns in two municipalities.
--------------	---

Abstract

In order to evaluate the potential benefits of electronic messaging in home and institutional health care, a study of communication patterns in two Norwegian municipalities was conducted (Bærum and Tromsø). The study does not reveal any substantial potential for electronic messaging neither for cost savings nor for quality improvement. There is obvious room for improvement in the service, especially in the provision of support equipment, and possibly in the information transfer between hospital and the service. In both cases, which ought to be studied further, it is reason to believe that reorganisation is central to gain improvement. Electronic messaging might play an important part in an alternative organisation.

ã Telenor Communication AS 2002.03.11

Det må ikke kopieres fra denne rapport utover det som er tillatt etter bestemmelsene i "Lov om opphavsrett til åndsverk", "Lov om rett til fotografi" og "Avtale mellom staten og rettighetshavernes organisasjoner om kopiering av opphavsrettslig beskyttet verk i undervisningsvirksomhet".

Innhold

Forord	1
1 Innledning	2
2 Avgrensinger	3
2.1 Problemstilling og tilnærming	3
2.2 Undersøkelsens område	4
3 Tidligere arbeider	5
3.1 Meldal-studien	5
3.2 Alta-studien	5
3.3 Økonomiske effektivitetsstudier	6
3.4 Konklusjon	6
4 Gjennomføring	7
4.1 Forundersøkelse	7
4.2 Partnere, problemområder og registreringer.....	7
4.2.1 Utskriving fra sykehus	8
4.2.1.1 Instrumenter og registreringsmetodikk	8
4.2.2 Kontakt med lege og andre sentrale samarbeidspartnere.....	9
4.2.2.1 Instrumenter og registreringsmetodikk	9
4.2.3 Forhold til hjelpemiddelsentral.....	10
4.2.3.1 Instrumenter og registreringsmetodikk	10
4.2.4 Potensielle svakheter ved gjennomføringen.....	11
5 Resultater	12
5.1 Karakteristikk av kommuner og utvalg	12
5.2 Utskriving fra sykehus	12
5.3 Kommunikasjon med sentrale partnere	13
5.3.1 Bruk av tid til telefonsamtaler	13
5.4 Hjelpemiddelsentral.....	14
6 Diskusjon og konklusjon	15
6.1 Utskriving fra sykehus	15
6.2 Kommunikasjonspartnere	15
6.3 Hjelpemiddelsentral.....	15
6.4 Konklusjon	16
7 Referanser	17

Forord

Fra 1998 har Telenor FoU i Tromsø arbeidet med teknologi i omsorgstjenesten. Høsten 2001 ble det vurdert å sette i gang et produktløp blant annet på bakgrunn av prosjekterfaringer fra Alta, i samarbeid med sentrale aktører i markedet. I forbindelse med dette ble det gjennomført en ”quick and dirty” undersøkelse av potensialet for meldingsformidling i omsorgstjenesten. Denne undersøkelsen antydte et lavt potensial for et slikt produkt. Høsten 2001 ga Sosial- og helsedepartementet (SHD) Nasjonalt Senter for Telemedisin (NST) i oppdrag å evaluere kost-nytte-effekten av meldingsformidling i omsorgstjenesten. Telenor FoU fikk anledning til å delta i undersøkelsen for dermed å utdype vår egen vurdering.

Prosjektet har vært ledet av NST. Prosjektleder har vært Gunn-Hilde Rotvold. Prosjektet har hentet datamateriale fra henholdsvis Tromsø og Bærum kommune etter anvisning fra oppdragsgiver. Resultatene fra prosjektet er ikke offentliggjort i skrivende stund. Kommunikasjon med kommunene og intervjuer i kommunene ble gjennomført av Ann-Kristin Gossé i Bærum og Lisbeth Abelsen i Tromsø. Registreringen av hjelpemidler i Bærum ble gjennomført av Benedicte Neple.

Telenor FoU har fått tillatelse fra Nasjonalt Senter for Telemedisin til å benytte datamaterialet til å utarbeide denne rapporten. Vi er takknemlige for at vi fikk anledning til å delta i prosjektet og for at vi fikk anledning til å benytte dataene for å gjøre våre egne vurderinger.

Telenor FoU har finansiert egen deltagelse. SHD har finansiert NST og de deltagende kommuner.

Konklusjonene i rapporten er forfatternes og deles ikke nødvendigvis av deltagerne fra NST, Bærum kommune eller Tromsø kommune.

1 Innledning

Pleie- og omsorgssektoren har et betydelig omfang. I 1995 var det offentliges totale utgifter til pleie- og omsorgssektoren på 25.8 mrd og de ventes å øke til 64.4 mrd frem mot 2040 (Torsvik, 2000). Samtidig er pleie og omsorgssektoren den delen av helsevesenet som har blitt ofret minst oppmerksomhet i forhold til telemedisinske løsninger. Dette viser seg blant annet ved at tjenesten bare i liten grad har tatt i bruk kommunikasjonsløsninger ut over mobiltelefon (Stenvold et al., 99).

Telenor FoU har ved flere anledninger arbeidet med omsorgstjenesten (Stenvold og Nordhus, 95, Stenvold et al. 99). Denne rapporten søker å beskrive potensialet for meldingsformidling i omsorgstjenesten.

Rapporten er delt i fem hovedkapitler:

- 1) Avgrensinger. Her avgrenses hva undersøkelsen omhandler.
- 2) Tidligere arbeider. Her beskrives tilgrensende undersøkelser.
- 3) Gjennomføring. Her beskrives måten undersøkelsen er gjennomført på og hvilke materiale som har vært brukt.
- 4) Resultater.
- 5) Diskusjon og konklusjon.

2 Avgrensinger

I dette kapitlet gis det en kort redegjørelse for problemstillingen og hvilken tilnærming undersøkelsen baserer seg på. Deretter avgrenses området for undersøkelsen.

2.1 Problemstilling og tilnærming

Hensikten med undersøkelsen er å *avklare om innføring av elektronisk basert meldingsformidling er kostnadseffektivt i det daglige arbeid i omsorgstjenesten.*

Problemet undersøkes ikke empirisk i den forstand at effektivitet måles med og uten meldingsformidling. Dette ville være den beste måten å gjennomføre slike undersøkelser på, men tids- og kostnadsrammer har gjort det umulig i dette tilfellet¹.

Som alternativ er det valgt å kartlegge ”forbedringspotensialer” eller problemområder. I denne sammenheng betyr forbedringspotensial at det på den ene siden avdekkes at en praksis eller arbeidsmåte har problemer heftet ved seg, og på den annen side at disse problemene helt eller delvis kan fjernes dersom elektronisk meldingsformidling innføres. Det er fokusert på to typer forbedringspotensial : a) Mer effektiv gjennomføring av arbeid/tjenesteyting, dvs raskere eller billigere og b) Bedre gjennomføring av arbeid/tjenesteyting, dvs mindre feil, mer presis, sikrere osv. Disse to målene vil ofte henge sammen.

Rasjonelen for denne tilnærmingen er enkel og kan illustreres ved to ekstremitilfeller:

1. I det første tilfellet finner vi at omsorgstjenesten ikke kommuniserer med omverdenen og vi kan heller ikke med vår beste evne se at den har behov for det. I dette tilfellet er det ganske enkelt å konkludere med at det ikke er grunnlag for innføring av elektronisk meldingsformidling mellom omsorgstjenesten og omverdenen.
2. I det andre ekstremitilfellet finner vi at omsorgstjenesten benytter svært mye tid til kommunikasjon med omverdenen, at tjenesten har vansker med å få tak i de den trenger, at det ofte oppstår misforståelser og at dette medfører feilbehandling av klienter. I denne situasjonen er det ikke vanskelig å argumentere for at det er et potensial for forbedring og at dette kan (om ikke må) innbefatte elektronisk meldingsformidling.

Det er åpenbart at eventuelle nytteeffekter av elektronisk meldingsformidling vil være sterkt avhengig av hvordan løsningen utformes, siden utformingen både vil bestemme løsningens funksjonalitet og kostnad. En redegjørelse for effektiviseringsgevinster må derfor samholde forbedringspotensialene med en detaljert beskrivelse av løsningsforslaget. Dette er ikke gjort. Årsaken er først og fremst at det har forekommet åpenbart at potensialene enten er for små til at det kan

¹ En empirisk og eksperimentell vurdering av større tiltak har i flere sammenhenger ikke bare vist seg mulig, men også nyttig (se for eksempel: Try it and See. The Economist March 2nd, 2002, pp 77-78)

være effekter å hente, eller at de krever andre løsninger enn elektronisk meldingsformidling.

Konklusjonen på denne undersøkelsen vil altså være en beskrivelse av et potensial for forbedring. Dette potensialet vil være indikativt på hvor stor nytteeffekt innføring av elektronisk meldingsformidling kan ha. Klare forbedringspotensialer og åpenbare mangler på forbedringspotensial være en indikator på hva en kan forvente å oppnå dersom elektronisk meldingsformidling implementeres i tjenesten.

2.2 Undersøkelsens område

Undersøkelsen omhandler den institusjons- og hjemmebaserte omsorgstjenesten. Denne tjenesten er beskrevet og reguleres blant annet gjennom *Lov om helsetjenesten i kommunene* (82), *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene* (97), og dels gjennom en rekke andre lover, forskrifter og rundskriv. For en beskrivelse av de praktiske gjøremål se f.eks. Stenvold og Nordhus (95), eller Stenvold et al. (99).

Undersøkelsen fokuserer på samhandling med andre deler av hjelpeapparatet og ikke på interne forhold i omsorgstjenesten. Videre er undersøkelsen sentrert rundt tjenestens kommunikasjonsaspekter. Det er altså fokusert på kommunikasjon med andre enheter som en forutsetning for eller som en følge av utføring av pleie og omsorgsoppgaver. Det er ikke fokusert på utføringen av oppgavene i seg selv.

Undersøkelsen omfatter elektronisk meldingsformidling, dvs ulike typer asynkron utveksling av data og bilder mellom aktører. Det er dermed en stor gruppe anvendelser som ikke er vurdert. Det er for eksempel ikke tatt stilling til om ”telebasert tilsyn”, dvs tilsyn med klienter ved hjelp av overførte signaler fra dem, kan være tjenlig. Videre bør det fremheves at undersøkelsen retter seg mot ”det daglige arbeid”, den har for eksempel, ikke tatt opp opplæring. Dermed kan det godt ligge et betydelig potensiale i å innføre videobasert opplæring i omsorgstjenesten, uten at denne undersøkelsen avdekker det.

Undersøkelsen er gjennomført i to kommuner i Norge, Tromsø og Bærum. Disse kommunene er ikke tilfeldig valgt, men var på forhånd valgt av Sosial- og helsedepartementet.

3 Tidligere arbeider

Litteraturundersøkelsen er gjennomført ad hoc, og pretenderer ikke å være uttømmende. Det er særlig tre undersøkelser som er relevante. Disse diskuteres under.

3.1 Meldal-studien

Studien har hatt fokus på informasjonsflyten i pleie- og omsorgssektoren i Meldal kommune. Det er spesielt fokusert på Meldal Helsetun som skal knyttes mot Midt-Norsk Helsenett for overføring av elektroniske epikriser fra Orkdal Sanitetsforenings Sykehus.

Kartleggingsarbeidet viste at kommunen har et godt og velfungerende tilbud til befolkningen innen pleie og omsorg. Rapportering kan bli raskere og mer effektiv og kvalitetssikringsarbeidet kan forbedres blant annet ved hjelp av epikriseoverføring (Bach, 2001).

3.2 Alta-studien

Telenor FoU startet høsten 98 et samarbeid med omsorgstjenesten i Alta. Bakgrunnen for samarbeidet var dels et ønske om å vinne praktisk erfaring med høyhastighets radionettløsninger, dels å undersøke om det var mulig å bedre utførelsen av omsorgstjenesten ved hjelp av denne type teknologi. Arbeidet pågikk i tre år, med støtte fra Norges Forskningsråd, Alta kommune og Telenor FoU, og med Alta utviklingselskap (ALUT) som prosjektleder.

Sluttrapporten (Krogh et al., 2002) konkluderer med at prosjektet i stor grad har nådd de mål det har satt seg, og at løsningene ser ut til å ha positive effekter på tjenestutføringen gjennom blant annet å forbedre journalutfylling og tilgjengeliggjøre prosedyrer. Videre rapporteres det fordeler med asynkron skriftlig kommunikasjon mot lege og apotek. Dette baseres på at sykepleierne oppgir å ha problemer med å få etablert kontakt med lege over telefon og at skriftlig kommunikasjon er lettere å dokumentere og gå tilbake til senere.

Alta-studien beskriver altså positive effekter av et IKT-system i omsorgstjenesten. Noen av disse effektene er knyttet til meldingsformidling, noen er knyttet til at journalsystemet ble gjort tilgjengelig på bærbare terminaler i utvalgte soner, noen tilskrives den generelle oppvurdering IKT gir tjenesten². Alta-studien inkluderte ikke noen systematiske kostnytte analyser av løsningene. Rapporten gir derfor ikke klare svar på om det er effektiviseringsgevinster av teknologien. Følgelig er det vanskelig å benytte Alta-studien som grunnlag for å avgjøre om innføring av elektronisk basert meldingsformidling er kostnadseffektivt i omsorgstjenesten.

² Noen av de positive vurderingene kan antagelig også knyttes til den interesse pleiepersonalet ble vist gjennom forsøket og har lite med tiltakene å gjøre – såkalt Hawthorne-effekt.

3.3 Økonomiske effektivitetsstudier

Det er gjennomført studier av effektivitet i omsorgssektoren fra klassisk økonomisk hold (Edvardsen et al., 2000; Langørgen, 2000). Dette er arbeider som baserer seg på data som samles inn bl a gjennom gerix-systemet og som når sine konklusjoner ved å utarbeide indikatorer (f.eks. på pleietyngde, pleiebehov og ressursbruk) og sammenligne kommuner. Analysene er åpenbart nyttige blant annet ved at de kan peke på at noen kommuner tilsynelatende får gjort mer for mindre og dermed kan fremstå som ”best practice kommuner”. Dersom analysene hadde tatt inn bruk av IKT i tjenesteytingen kunne de antagelig ha konkludert i forhold til effekten av dette. Så vidt vi har kunne bringe på det rene er ikke dette gjort.

3.4 Konklusjon

Det arbeid som er gjort så langt kan tyde på at meldingsformidling vil ha en positiv effekt i omsorgstjenesten. De økonomiske effektivitetsstudiene gjør det klart at det er forskjeller mellom kommuner - ”noe å hente” så og si. Både Meldal- og Alta-studiene, men særlig den siste, peker på at det er et potensial for forbedring av tjenesten vha IKT. Det er imidlertid usikkert hvor stort dette potensialet er og i hvor stor grad det er knyttet til meldingsformidling.

4 Gjennomføring

Undersøkelsen ble gjennomført i Tromsø og Bærum kommune. Undersøkelsen ble gjennomført i to faser og på samme måte i begge kommuner. Første fase hadde et eksplorerende preg, hensikten var å få oversikt over hvilke problemer som særlig var fremtredende. Datainnsamlingen skjedde i andre fase.

4.1 Forundersøkelse

Forundersøkelsen hadde to formål. For det første skulle den gi grunnlag for å velge ut hvilke enheter, dvs soner og institusjoner i kommunene som skulle undersøkes. For det andre skulle den gi informasjon om hvem som var de viktigste kommunikasjonspartnere og i hvilke situasjoner det mest sannsynlig oppstod kommunikasjonsproblemer.

Undersøkelsen ble gjort i perioden 10.12. til 18.12.-01. Det ble kjørt åpne intervjuer som fokuserte på:

- 1) De viktigste kommunikasjonspartnere
- 2) De viktigste problemområder

Intervjuundersøkelsen ble gjennomført av to sykepleiere som deltok i prosjektet, en fra hver av kommunene. Informantene ble valgt for å gi et mangesidig erfaringstilfang. Alle informantene hadde god oversikt over tjenesten. I Tromsø ble 12 personer intervjuet. I Bærum ble 9 personer intervjuet.

4.2 Partnere, problemområder og registreringer

Forundersøkelsen viste at de samme kommunikasjonspartnere gikk igjen i kommunene. De rapporterte å ha hyppigst kontakt med primærlege, sykehus, hjelpemiddelsentral og i noen grad apotek og laboratorium. Dette stemmer godt overens med den kartlegging som ble gjort i Alta (Stenvold et al., 99). Kommunikasjonsformen det var grunn til å undersøke var telefoni. Andre former for kontakt forekom sjelden og var ikke tidsødende eller på annen måte beheftet med problemer. I begge kommuner ble også følgende forhold pekt på som særlig problematiske:

- 1) Utskrivning fra sykehus
- 2) Kontakt med lege
- 3) Forhold til hjelpemiddelsentral

Under gis en nærmere redegjørelse for problemene og dermed forbedringspotensialet knyttet til disse områdene. Det blir også gitt en beskrivelse av, og rasjonale for, den tilnærming som ble brukt for å avklare omfanget på problemene.

4.2.1 Utskriving fra sykehus

Ved utskrivning fra sykehus er ofte omsorgstjenesten den instans som får det første møte med pasienten. I de fleste tilfeller er dette uproblematisk idet pasienten har med beskjed³ fra sykehus om hvilke særbehandling han skal ha og hvilke medikamenter som skal brukes. I noen tilfeller skjer det imidlertid at disse opplysningene er mangelfulle. Det kan da vise seg vanskelig å få tak i opplysningene, siden det ikke er gitt hvem som har skrevet pasienten ut fra sykehuset. I noen tilfeller kan dette medføre at pasienten må gå uten medikamentering eller behandling i noen tid.

Servicekontoret er en egen enhet som ivaretar bestillerfunksjonen for pleie- og omsorgstjenestene i Bærum kommune. Dette innebærer i praksis at kommunikasjonen ved inn- og utskrivning fra Bærum sykehus eller andre sykehus går via servicekontoret. Kommunen har utviklet eget papirbasert skjema (A- og B-skjema) som anvendes ved inn- og utskrivning av pasienter. Tromsø har ikke denne organiseringen.

Epikrisen kommer først ca 14 dager etter at pasienten er skrevet ut fra sykehuset⁴. Epikrisen går til pasientens fastlege. Medikamenteringen av pasientene har fra utskrivningen vært gjort ut fra det omsorgstjenesten har fått av beskjed fra sykehuset. Det er en mulig at denne medikamentering ikke stemmer overens med den som foreskrives i epikrisen.

Ved utskrivning fra sykehus er det altså flere potensielt uheldige situasjoner som kan oppstå:

- 1) Pasienten kan få utsatt eller manglende behandling pga mangelfulle opplysninger fra sykehus til omsorgstjenesten.
- 2) Pasienten kan få feil behandling i forhold til det som er foreskrevet i epikrisen.
- 3) Omsorgstjenesten kan bruke mye ressurser på å skaffe opplysninger for å kunne gi riktig behandling.

4.2.1.1 Instrumenter og registreringsmetodikk

For å kunne si noe om omfang og betydning av de problemer som er skissert over, er det naturlig å fremskaffe følgende data:

- a) Hyppigheten av utskrivninger
- b) Andelen av utskrivninger der det oppstår problemer pga manglende informasjon.
- c) Hva disse problemene medfører av
 - i. arbeid for omsorgstjenesten og

³ Denne beskjeden er ikke det samme som epikrisen. Epikrisen går til pasientens fastlege og kommer først ca 14 dager etter at pasienten er skrevet ut av sykehuset.

⁴ Det er ikke vurdert effekter av elektronisk formidling av epikrisen. Det er to årsaker, for det første er forsinkelsen i epikrisen i svært liten grad knyttet til forsendelsesmåte, for det andre er ikke epikrisen tilgjengelig for omsorgstjenesten.

ii. plager og feilbehandling av pasienter.

Videre bør det gjøres en undersøkelse av behandling og medisinerings av pasienter samholdt med det epikrisen foreskriver. Dette fordrer at en har muligheter for å kunne samholde utskrivninger i registreringsperioden med epikriser. Det har ikke lyktes prosjektet å gjennomføre denne datainnsamlingen. Det kan derfor heller ikke konkluderes mhp hvorvidt det skjer feilmedisinering i forhold til det epikrisen foreskriver.

Registreringsenheten er utskrivning fra sykehus. Til enheten knyttes tidspunkt og problembeskrivelse.

Dataene ble samlet inn gjennom strukturerte intervju med soneleder to ganger per uke i perioden 28.01.02 – 17.02.02. Det ble utarbeidet en intervjuguide⁵.

4.2.2 Kontakt med lege og andre sentrale samarbeidspartnere

Problematikken er her gjerne knyttet til at en ikke får tak i primærlege eller tilsynslege. Omsorgstjenesten henvender seg til lege på samme måte som pasienter, og blir henvist til å stå i kø. I forundersøkelsen antydes det at dette tar mye tid og ressurser. Det ble også antydnet at dette kunne medføre økt bruk av legevakt.

Antagelsen er at en gjennom å innføre en annen kommunikasjonsform med primærlege/tilsynslege og andre samarbeidspartnere, vil benytte mindre tid på å sitte i telefonen for å få avklart spørsmål og samtidig få en bedre behandling av klientene. Et annet aspekt er at ikke all kontakt med lege krever synkron muntlig kommunikasjon som ved telefonsamtaler. Det kan i noen tilfeller være mer hensiktsmessig å gi asynkrone meldinger som legen kan gjennomgå når han har anledning. Videre vil skriftlige meldinger lettere kunne loggføres og bidra til dokumentasjon av hvilken kommunikasjon som har foregått og hvilke avgjørelser som er tatt. Dette var også i samsvar med hva som ble rapportert i Alta-studien.

4.2.2.1 Instrumenter og registreringsmetodikk

Problemstillingen belyses ved å samle inn data om kommunikasjon fra sonene og institusjonene til de respektive samarbeidspartnere. Det er særlig hyppighet av telefonbruk og tid brukt i telefon som vil gi svar på ressursbruken, mens hensikten med samtalen vil gi informasjon om hvorvidt den kan overføres asynkront eller ikke.

Det ble utviklet et registrerings skjema⁶ som ble delt ut til alle soner og institusjoner som deltok i kartleggingen. Det ble gjort oppmerksom på at en ønsket å registrere all kommunikasjon med sentrale partnere. Sonene ble fulgt opp to til tre ganger per uke. Registreringen foregikk i perioden 28.01.02 – 17.02.02. Enheten er i dette tilfellet en kommunikasjonshendelse, og til denne knyttes en rekke variable (se vedlagte registrerings skjema).

⁵ Denne finnes i vedlegg 1.

⁶ Vedlegg 2

Forundersøkelsen antydte at problemer med å få tak i lege kunne medføre at legevakt ble kontaktet isteden. For å belyse om dette var tilfelle ble soneleder intervjuet to til tre ganger per uke for å avdekke om legevakt hadde vært kontaktet, og om denne kontakten hadde hatt en forhistorie med manglede kontakt med fastlege eventuelt tilsynslege. Intervjuene ble gjennomført i samme periode som over⁷.

4.2.3 Forhold til hjelpemiddelsentral

Problemet her er knyttet til at det ofte tar lang tid å få hjelpemidler levert. Dette medfører ulike typer plager for klienten og merarbeid og frustrasjon for omsorgstjenesten. Forsinkelse av noen typer hjelpemidler vil gi seg direkte utslag i merarbeid for tjenesten. Dette gjelder for eksempel hjelpemidler som hjelper klient med bevegelse. Dersom hjelpemidlene ikke finnes, må mer personell hjelpe til med klienten. Mangel på andre typer hjelpemidler kan medføre skader som senere må behandles flere steder i helsevesenet. Dette kan for eksempel være tilfelle dersom trykkavlastningshjelpemidler ikke kommer i tide.

Det er ikke uten videre lett å se hvordan meldingsformidling i omsorgstjenesten skal avhjelpe dette problemet. Vi har likevel valgt å ta det med i hovedundersøkelsen fordi et eventuelt funn kan gi bidrag til forbedring av tjenesten på andre måter.

4.2.3.1 Instrumenter og registreringsmetodikk

Problematikken er knyttet til sen levering av hjelpemidler. Sen levering kan ha forskjellig betydning avhengig av type hjelpemiddel. Det ble plukket ut fem hjelpemiddeltyper som har særlig betydning for hjelpebehovet. Et panel med kompetente sykepleiere, fysioterapeuter og ergoterapeuter vurderte de viktigste hjelpemiddeltypene til å være:

- Trykkavlastning
- Forflytningshjelpemidler som f.eks. personløfter, rullestol etc
- Dusjkrakk
- Sykehusseng
- Omgivelseskontroll

Det ble gjennomført arkivstudier der alle bestillinger av disse hjelpemiddeltypene i perioden fra 1. august 2001 til 1. desember 2001 ble registrert. For hver bestilling ble det registrert når behovet ble avdekket, når det ble godkjent og når endelig løsning ble levert bruker. Registreringsenheten er her altså bestilling, mens bestillingstidspunkt, utleveringstidspunkt, og type hjelpemiddel, karakteriserer enheten.

I Bærum kommune ble registreringen begrenset til Bekkestua område. I Tromsø ble registreringen foretatt i de sonene og institusjonene som var med i utvalget.

⁷ Intervjuguide er lagt ved i vedlegg 3

4.2.4 Potensielle svakheter ved gjennomføringen

Undersøkelsen er basert på en kombinasjon av intervju, registrerings skjema og arkivstudie.

Intervjuene ble utført av representanter fra de respektive kommuner. Informantene var personer som innehar sonelederansvar og personer som har ansvar for kontakt med hjelpemiddelsentral. Metoden fanger derfor ikke opp erfaringer fra andre personer, for eksempel fra ikke-ledende roller.

Registreringene av telefonsamtaler mellom omsorgstjenesten og dens sentrale partnere er knyttet til frekvens og varighet av hendelser. Det er ikke stilt spørsmål om i hvilken grad hendelsene er belastende for helsearbeideren, klienten eller samarbeidspartneren. Det kan tenkes at enkelte samtaler er belastende for helsearbeideren for eksempel gjennom usikkerheten knyttet til hvilke avgjørelser som skal tas, og at dette er ekstra belastende å bære over tid inntil det oppnås kontakt med for eksempel lege.

Arkivstudien baserer seg utelukkende på omsorgstjenestens dokumentasjon av kontakten med hjelpemiddelsentralen. Ved å inkludere data fra hjelpemiddelsentralens side ville den kunne avdekket andre momenter ved den enkelte sak, og eventuelt hvilke faktorer som har hatt innvirkning på saksgangen og ventetiden.

Det bør også påpekes at registreringene omfatter kommunikasjon mellom omsorgstjenesten og dens partnere. Intern kommunikasjon er ikke registrert. I Alta-prosjektet ble det registrert mer kommunikasjon mellom de ansatte i hjemmetjenesten enn ut av tjenesten (Stenvold et al., 99). Når informantene i denne studien ikke har kommet inn på det som et tema kan det skyldes at denne kommunikasjonen ikke oppfattes som problematisk, og at mobiltelefon er det best egnede hjelpemiddel for å utføre den.

Undersøkelsen er gjennomført i to, ikke tilfeldig valgte, kommuner. Antallet er lite og grunnlaget for valget er ukjent, resultatene kan derfor ikke generaliseres på vanlig statistisk vis. Resultatene kan likevel si noe om potensialet for meldingsformidling i andre kommuner siden omsorgstjenesten i norske kommuner er organisert relativt likt, er underlagt det samme lovverk, utfører de samme oppgaver og har omtrent den samme bemanning og samarbeidspartnere.

Slik undersøkelsen er lagt opp omfatter den flere ulike enheter, bl a kommunikasjonshendelser, problemhendelser og hjelpemidler. Det ville være en klar fordel å ha klienter som enhet og knytte alle registreringer opp til dem. Da ville generaliseringen være betydelig enklere, samtidig som kommunikasjon i omsorgstjenesten kunne relateres til klientpåtrykk og klienttype på en meningsfull måte. Dette lot seg imidlertid ikke gjøre med de tids- og ressursrammene prosjektet var underlagt.

Det er ikke grunn til å tro at disse svakhetene har alvorlige følger for utsagnskraften i undersøkelsen, selv om det bør tas forbehold i forhold til kommuner som skiller seg vesentlig fra de undersøkte.

5 Resultater

Under beskrives resultatene fra undersøkelsen. De presenteres i forhold til hovedproblemstillingene: utskriving fra sykehus, kommunikasjon med lege og andre sentrale partnere, forhold til hjelpemiddelsentralen. Først rapporteres imidlertid noen sentrale data om kommunene og utvalget som ble gjort fra dem.

5.1 Karakteristikk av kommuner og utvalg

Bærum kommune hadde i 2000 ca 101.000 innbyggere. Tjenesten er delt opp i 30 soner og 14 institusjoner samt servicekontor. I 2001 hadde hjemmebaserte tjenester 5938 brukere. Tjenesten har omlag 1830 stillingshjemler.

Tromsø kommune har ca 60.000 innbyggere. I kommunen er tjenesten organisert i totalt 25 soner og 10 institusjoner med samlet 2009 brukere. Disse ble betjent av ca 760 årsverk

I Bærum ble ni soner, fire institusjoner og det sentrale servicekontoret tatt med i kartleggingen. Dette utgjør 1055 brukere i soner, 157 i institusjon, totalt 1212 brukere.

Utvalget ble ikke gjort tilfeldig, men i den hensikt å få med soner og institusjoner med tilstrekkelig forskjelligartet virksomhet.

I Tromsø ble 7 soner og 9 institusjoner tatt med i undersøkelsen. Dette utgjør 443 brukere i soner og 90 brukere i institusjon, tilsammen 533. Utvalget ble gjort på samme måte som i Bærum, det ble ikke gjort tilfeldig, men med sikte på å få mest mulig variasjon inn i utvalget ut fra den kjennskap sykepleierne hadde til arbeidsgangen.

5.2 Utskriving fra sykehus

Resultatene fra undersøkelsen om utskrivinger fra sykehus oppsummeres i tabell 1. Totalt var det 33 utskrivinger i perioden på 3 uker, 30 i Bærum og 3 i Tromsø. I Bærum var det ingen tilfeller med manglende informasjon ifm med utskrivingen. I Tromsø var dette tilfelle i 2 av de 3 registrerte utskrivingne.

	Bærum	Tromsø	Total
Utskrivninger	30	3	33
Manglende info	0	2	2
Andel mangl. inf	0	67	6

Tabell 1: Utskrivinger fra sykehus

I de to tilfellene der informasjon manglet oppstod det betydelig merarbeid for tjenesten og antagelig også usikkerhet hos pasienten.

Det spesielle ved disse dataene er forskjellen mellom kommunene. Mens det i Tromsø er en svært høy andel av utskrivinger der det forekommer mangler,

forekommer dette ikke i det hele tatt i Bærum til tross for at de har betydelig flere utskrivninger i perioden.

5.3 Kommunikasjon med sentrale partnere

Totalt ble det registrert 522 telefonsamtaler i de 25 sonene. I gjennomsnitt ble det registrert en (1) telefonsamtale per enhet (sone eller institusjon) per dag i de tre ukene registreringen pågikk.

Høyest antall samtaler hadde en sone i Tromsø med 61 registrerte samtaler i løpet av perioden, dvs vel 3 per dag. Lavest antall hadde en sone i Bærum med to registrerte samtaler i løpet av perioden, dvs under en samtale per uke.

De 522 samtalene fordelte seg på samtalepartnerne som vist i tabellen under.

Partner	antall	%
Lege	253	49 %
Sykehus	140	27 %
Apotek	73	14 %
Laboratorie	33	6 %
Andre	2	
Manglende data	21	4 %

Tabell 2: Samtalepartnerne etter hyppighet

I Tromsø ble det registrert ett (1) tilfelle av at legevakt ble kontaktet fordi en ikke hadde fått tak i tilsynslege, i Bærum er det ingen slike tilfeller.

5.3.1 Bruk av tid til telefonsamtaler

Samlet tid brukt i de 522 telefonsamtalene er 5788 min., eller nærmere 100 timer. Gjennomsnittlig taletid er 11 min. Åtte av registreringene er over 120 minutter og den lengste på 180 min. Hyppigst forekommende rapporterte samtalelengde er på 5 minutter.

Det var svært stor forskjell på sonene både i forhold til total samtaletid, gjennomsnittlig samtaletid, samtaletid per ansatt og samtaletid per klient. Lengst samlet tid brukte en sone i Bærum med 1150 minutter fordelt over perioden. Dette innebærer omlag en time telefoning per dag. Dette er omlag tre ganger så lang total tid som den enhet med nest høyest samlet taletid. Minst tid brukte en sone i Tromsø med 10 minutter i samme periode, dvs, under et halvt minutt per dag. I gjennomsnitt brukte enhetene (soner og institusjoner) 230 min til telefoning i perioden. Dette utgjør omlag 10 minutter per dag per enhet.

Den betydelig høyere samtalelengden som ble rapportert i en av Bærum sonene kan skyldes feilregistrering. Dette har imidlertid ingen betydning for konklusjonen.

5.4 Hjelpemiddelsentral

I tabell 3 under er antall bestillinger i perioden og samlet ventetid i dager satt opp. Alle hjelpemiddeltypene har lang ventetid. Omgivelseskontroll skiller seg ut som særlig vanskelig å få tak i. Omgivelseskontroll er den type hjelpemiddel som har minst direkte sammenheng med pleiebehov. For å sikre et konservativt anslag er derfor omgivelseskontroll tatt ut av analysen. Da er det totalt 564 ventedager på hjelpemidler. Dataene stammer fra Bekkestua⁸ med et pasientgrunnlag på 1900 og en befolkning på 40.000.

	Bestillinger i perioden	Samlet ventetid	Snitt
Hjelpemiddeltype			
Trykkavlastning	7	180	26
Personløfter	2	195	98
Dusjkrakk	10	143	14
Sykehusseng	5	46	9
Omgivelseskontroll	4	500	125

Tabell 3: Ventetid på hjelpemidler

Det er ikke uten videre gitt hva som er en "akseptabel" ventetid, men det burde være et mål at ventetiden ikke er over en dag fra behovet er anerkjent av omsorgstjenesten. Mot en slik standard innebærer resultatet ekstra ventetid på 540 dager når utstyr for omgivelserkontroll holdes utenfor. I denne sammenheng bør det fremheves at de hjelpemidler som ble registrert ble plukket ut fordi de har særlig betydning for pleiebehovet. En enkel fortolkning av dataene er altså at det her er snakk om 540 dager med forhøyet pleiebehov. Antar vi at Bekkestua i Bærum er representativ for landet, innebærer dette at ventetid ifm utlevering av hjelpemidler påfører omsorgstjenesten $540 * 100 = 54.000$ dager med forhøyet pleiebehov i løpet av fire mnd eller 162.000 slike dager i løpet av året⁹. Dette er betydelige størrelser både i personlig lidelse og i kostnader for tjenesten.

⁸ Bildet fra Tromsø synes å være likt både med hensyn til gjennomsnittlig ventetid per hjelpemiddel og ift. forskjeller i ventetid mellom hjelpemiddelgruppene. Vi har likevel valgt ikke å rapportere dataene fra Tromsø siden det ikke har latt seg gjøre å bringe på det rene hvilket pasient- og befolkningsgrunnlag de stammer fra.

⁹ I 1995 var det ca 180.000 brukere av omsorgstjenester i Norge. I Bekkestua er det omlag 1900 brukere av omsorgstjenesten i dag. Dersom situasjonen i Bekkestua er et speilbilde på situasjonen i Norge, kan tallene fra Bekkestua multiplisert med omlag 100 gi et anslag for tilsvarende tall på landsbasis.

6 Diskusjon og konklusjon

Under diskuteres resultatene. Betydningen av funnene drøftes innen de tre hovedområdene.

6.1 Utskriving fra sykehus

Resultatene gir en klar indikasjon på ulikheter mellom Tromsø og Bærum. Dette kan forklares ut fra forskjeller i rutiner. I Bærum skjer all utskrivning via servicekontoret som rutinemessig kontakter sykehuset for kontroll av all informasjon ifm utskrivning. I Tromsø har en ikke denne organiseringen. Selv om antallet utskrivinger fra Tromsø er noe lavt for å kunne konkludere, er det all grunn til å se nærmere på rutinene i denne kommunen. Mangler i to av tre utskrivinger er foruroligende. Det burde gjennomføres en studie som ga et bedre grunnlag for konklusjon. Dette innebærer både ytterligere registrering i Tromsø samt registrering i andre kommuner.

Resultatet peker ikke på informasjonsteknologi eller elektronisk meldingsutveksling som løsning. Tvert imot antyder de at organisering er det sentrale. Imidlertid kan det godt være at kostnadene ved den organisering en har i Bærum vil være høyere enn en alternativ organisering som baserer seg på elektronisk meldingsformidling. Ytterligere registreringer må imidlertid gjennomføres før en tar stilling til det.

6.2 Kommunikasjonspartnere

Resultatene viser at omsorgstjenesten ikke bruker mye tid på kommunikasjon med samarbeidspartnere. De viser også at det ikke er andre nevneverdige følgeeffekter av at samarbeidspartnere er vanskelige å få tak i. I løpet av den treukersperioden registreringene foregikk ble det tatt kontakt med legevakt en gang fordi en ikke fikk tak i primærlege eller tilsynslege. Ut fra disse resultatene er det vanskelig å argumentere for at omsorgstjenesten vil ha særlig nytte av elektronisk meldingsformidling.

6.3 Hjelpemiddelsentral

Resultatene antyder at ventetid ifm hjelpemidler påfører omsorgstjenesten betydelig merarbeid (og klientene betydelig lidelse og frustrasjon). For å anslå merarbeidet mer presist må hvert enkelt hjelpemiddel vurderes nærmere i forhold til hvilke pleiebehov det avlaster, samtidig som anslaget bør forfines med målinger i flere kommuner. Antagelig har også dette lite med elektronisk meldingsformidling eller IKT i omsorgssektoren å gjøre. En løsning vil antagelig kreve omorganisering av hjelpemiddelformidlingen, herunder hjelpemiddelsentralen. For å kunne avdekke dette nærmere vil det være behov for å gå inn på hvordan hjelpemiddelsentralen er organisert og hvordan denne kommuniserer med eksterne leverandører. Dette ligger utenfor rammene for dette prosjektet, men bør definitivt gjøres.

6.4 Konklusjon

Etter å ha gjennomført en kartlegging av kommunikasjon mellom omsorgssektoren og dens samarbeidspartnere i Tromsø og Bærum er det ikke funnet vesentlig potensial for forbedring ved hjelp av elektronisk meldingsformidling. Dette gjelder både i forhold til tjenestens kostnadseffektivitet og kvalitet. Selv om det åpenbart er rom for forbedring, synes det som om dette vil oppnås gjennom omorganisering. Dette gjelder begge de områdene som har pekt seg ut som vanskelige – utskrivning fra sykehus i Tromsø og formidling av hjelpemidler generelt. En kan ikke se bort fra at elektronisk meldingsformidling kan spille en viktig rolle i en alternativ organisering.

7 Referanser

- Bach, G. 2001 *Meldalsprosjektet*. Trondheim, Kompetansesenteret for IT i helsevesenet AS (Rapport 8/01) ISBN:82-7846-111-2
- Edvardsen, D.f., Førstund, F.R., Aas, E. 2000 *Effektivitet i pleie- og omsorgsektoren*. Oslo, Stiftelsen Frischsenteret for samfunnsøkonomisk forskning. (Rapport 2/2000).
- Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene:
<http://www.lovdata.no/for/sf/hd/hd-19970227-0358.html>
- Krog, L., Line, N., Abrahamsen, L., Nyheim, B., Thorstensen, B., Ørnes, H. 2002 *Bredbåndsteknologi i hjemmetjenesten - evaluering av et prosjekt i Alta kommune*. Alta, Norut Finnmark AS (rapport 2002:1) <http://www.fifo.no/pub/rapp02.htm>
- Langørgen, A. 2000 *En analyse av kommunenes hjelp til mottakere av hjemmetjenester*. Oslo, Statistisk sentralbyrå. (Rapport 2000/3).
- Lov om helsetjenesten i kommunene: <http://www.lovdata.no/all/nl-19821119-066.html>
- Rundskriv om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene.1997 Oslo, Sos. Dep. 13/97<http://odin.dep.no/sos/norsk/publ/rundskriv/030005-994088/index-dok000-b-n-a.html>
- Stenvold, L.A., Bergvik, S., Rinde, E., Munch-Ellingsen, A.M.. 1999. *Kartlegging av omsorgstjenesten i Alta*. Kjeller, Telenor FoU (Rapport 41/99).
- Stenvold, L.A., Nordhus B.I. 1995. *Teknologi i den hjemmebaserte omsorgstjenesten : utfordringer og muligheter*. Kjeller, Telenor FoU. (Rapport 43/95)
- Torsvik, M. 2000 *Etterspørsel og utgifter til pleie og omsorg*. Oslo, Statistisk Sentralbyrå (Rapport 2000/21).
- The Economist 2002 *Try it and See*. Mach 2nd, 2002, pp 77-78

Vedlegg 1 : Intervjuguide ifm utskriving fra sykehus

Utskriving fra sykehus Intervjuguide/spørsmålsliste

- Beskriv hendelse og forløp
Kontaktet sykehuset PLO før utskrivelse?
- Kontaktet dere sykehuset før utskrivelse?
- Ble det benyttet intervjumaler og huskelister for å stille spørsmål for å forhindre mangelfulle opplysninger?
- Hvilken informasjon manglet
- Hva skjedde når info manglet?
- Hvilke tiltak ble satt i verk (ringte sykehus, lege, ?...)
- Hvilke konsekvenser medførte manglende informasjon?
- Hvor lang tid tok det før opplysningene var på plass og hvor lang tid brukte du på å få dem på plass
- Ble problemet løst?
- Andre opplysninger/erfaringer som kan være relevante for undersøkelsen?

Vedlegg 3: Intervjuguide ifm legevaktskontakt

Kartlegging i hjemmebasert omsorgstjeneste

Legevakt Intervjuguide/spørsmålsliste

- Har legevakt blitt kontaktet og/eller benyttet siden sist vi snaktes?

- Hva var årsaken/grunnen for henvendelse?
 - i. Ble det gjort forsøk på å få tak i primærlegen først?

 - ii. Hvor lang tid brukte dere?

 - iii. Fikk du kontakt?

 - iv. Fikk du forståelse for problemet?

 - v. Ble problemet løst/fikk dere tilstrekkelig hjelp?

- Er det andre opplysninger eller kommentarer til dette som du tror kan være av interesse for undersøkelsen?