
RAPPORT NR. 1904 | Trude Fløystad Eines, Cecilie Katrine Utheim Grønvik, Jorunn Hoås Røddal og Maria Sandsmark

VIRTUELL AVDELING I SMØLA KOMMUNE

Smartere og bedre samhandling for hjemmeboende
multisyke eldre?

TITTEL	Virtuell Avdeling i Smøla kommune – smartere og bedre samhandling for hjemmeboende multisyke eldre?
FORFATTERE	Trude Fløystad Eines, Cecilie Katrine Utheim Grønvik, Jorunn Hoås Rødal og Maria Sandsmark
PROSJEKTLEDER	Trude Fløystad Eines
RAPPORT NR.	1904
SIDER	32
PROSJEKTNUMMER	2814
PROSJEKTTITTEL	Virtuell Avdeling Smøla
OPPDRAGSGIVER	Smøla Kommune
ANSVARLIG UTGIVER	Møreforskning Molde AS
UTGIVELSESTED	Molde
UTGIVELSEÅR	2019
ISSN	0806-0789
ISBN (ELEKTRONISK)	978-82-7830-310-8
DISTRIBUSJON	Høgskolen i Molde, Biblioteket, pb 2110, 6402 Molde tlf 71 21 41 61 epost: biblioteket@himolde.no www.moreforsk.no

Kort sammendrag:

Denne rapporten dokumenterer arbeidet med MobPro-prosjektet «Virtuell avdeling i kommunehelsetjenesten: Smartere og bedre samhandling for multisyke eldre?». Prosjektets formål har vært å studere Virtuell Avdeling som rammeverk for pasientsentrert og tverrprofesjonell samhandling rundt multisyke eldre i Smøla kommune.

Deltagerne i VA-teamet formidler at tverrprofesjonelle diskusjoner om pasienters helhetlige tilstand har bidratt til økt kvalitet på tjenestetilbudet pasienten mottar. Måten de ulike profesjonene samarbeider i VA-temaet, bidrar derfor til smartere og bedre løsninger både for pasientene, pårørende og de ansatte i hjemmetjenesten i Smøla kommune. Felles fokus på hva som er pasientens beste, har bidratt til økt samarbeid mellom de ulike helseprofesjonene. Dette har ført til økt satsning på forebyggende og behandlende tiltak for å redusere alvorlige forverrelser av kroniske sykdomstilstander. Samlet sett kan disse tiltakene bidra til at eldre kan bo lengre hjemme. I tillegg kan tidligere oppdagelser av akutt forverring av helsetilstand eller infeksjoner, bidra til raskere behandling. Dette sparer både pasienter og samfunnet for kostbare innleggelses og reinnleggelses i sykehus. Gjennom betydelig mer effektiv tidsbruk, forebyggende tiltak og redusert sykefravær, kan kommunen spare utgifter både på kort og lang sikt, som for eksempel gjennom å redusere behovet for nye sykehjems plasser og sykehussenger.

© FORFATTER/MØREFORSKING MOLDE

Forskriftene i åndsverksloven gjelder for materialet i denne publikasjonen. Materialet er publisert for at du skal kunne lese det på skjermen eller fremstille eksemplarer til privat bruk. Uten spesielle avtaler med forfatter/Møreforskning Molde er all annen eksemplar fremstilling og tilgjengelighetsgjøring bare tillatt så lenge det har hjemmel i lov eller avtale med Kopinor, interesseorgan for rettshavere til åndsverk.

FORORD

Denne rapporten dokumenterer arbeidet med MobPro-prosjektet «Virtuell avdeling i kommunehelsetjenesten: Smartere og bedre samhandling for multisyke eldre?» Prosjekteier er enhetsleder for helse og omsorg i Smøla kommune, Inger Lise Lervik.

Hensikten med prosjektet har vært å belyse ansattes erfaringer med Virtuell Avdeling som rammeverk for pasientsentrert og tverrprofesjonell samhandling rundt multisyke eldre i Smøla kommune, samt dokumentere effekter og eventuell netto-nytte av tiltaket. Prosjektet har vært et samarbeid mellom forskerne Trude Fløystad Eines og Cecilie Katrine Utheim Grønvik fra Høgskolen i Molde og Jorunn Hoås Rødal og Maria Sandsmark fra Møreforsking Molde.

Molde, april 2019

Trude Fløystad Eines, HiM
Prosjektleder

INNHold

Forord.....	3
Innhold	4
Sammendrag	5
1 Innledning.....	6
2 Etablering av Virtuell avdeling i Smøla kommune	8
3 Metode.....	11
4 Presentasjon av funn basert på fokusgruppeintervju	12
5 Nytte-kostnadsanalyse – en kvalitativ tilnærming.....	18
6 Diskusjon	24
7 Konklusjon	27
Referanser	28

SAMMENDRAG

Denne rapporten dokumenterer arbeidet med MobPro-prosjektet «Virtuell avdeling i kommunehelsetjenesten: Smartere og bedre samhandling for multisyke eldre?». Hensikten med prosjektet har vært å belyse ansattes erfaringer med Virtuell Avdeling som rammeverk for pasientsentrert og tverrprofesjonell samhandling rundt multisyke eldre i Smøla kommune, samt dokumentere effekter og eventuell netto-nytte av tiltaket.

Virtuelle avdelinger er ingen fysisk avdeling, men en måte å organisere ressurser på i den kommunale helsetjenesten. Kjernen i en VA er samhandling i tverrprofesjonelle team, hvor all relevant informasjon om pasienten underlegges en tverrprofesjonell vurdering i tett samarbeid med pasient og pårørende. Slik legges det til rette for løsninger som er mer skreddersydd pasientenes og pårørendes behov og ønsker.

Deltagerne i VA-teamet formidler at tverrprofesjonelle diskusjoner om pasienters helhetlige tilstand har bidratt til økt kvalitet på tjenestetilbudet pasienten mottar. Måten de ulike profesjonene samarbeider i VA-temaet, bidrar derfor til smartere og bedre løsninger både for pasientene, pårørende og de ansatte i hjemmetjenesten i Smøla kommune. Felles fokus på hva som er pasientens beste, har bidratt til økt samarbeid mellom de ulike helseprofesjonene. Dette har ført til økt satsning på forebyggende og behandlende tiltak for å redusere alvorlige forverrelser av kroniske sykdomstilstander, eksempelvis tiltak som fallforbygging i hjemmet, og legemiddelsamstemming for å redusere uønskede bivirkninger/effekter av ulike legemidler. Samlet sett kan disse tiltakene bidra til at eldre kan bo lengre hjemme. I tillegg kan tidligere oppdagelser av akutt forverring av helsetilstand eller infeksjoner, bidra til raskere behandling. Dette sparer både pasienter og samfunnet for innleggelses og reinnleggelses i sykehus.

Hvorvidt VA-organiseringen gir en realøkonomisk besparelse for kommunen sammenlignet med utgangssituasjonen, avhenger av verdien av forbedringene som VA gir på kort og lang sikt, inkludert gevinster for tredjepart (pasienter og pårørende). Selv om rammen for dette prosjektet ikke har gitt rom for å tallfeste om forbedringene til sammen overstiger utgiftene til stillingene som er foreslått redusert i denne tjenesten, synes det klart at VA-organiseringen styrker kvaliteten på de kommunale tjenestene og øker jobbtilfredsheten. Gjennom betydelig mer effektiv tidsbruk, forebyggende tiltak og redusert sykefravær, kan kommunen spare utgifter både på kort og lang sikt, som for eksempel gjennom å redusere behovet for nye sykehjems plasser og sykehussenger.

Det at pasienter og pårørende involveres aktivt i definering av hva som er viktig for dem, er et steg i riktig retning for å sikre brukermedvirkning. På tross av dette er det behov for videre studier som belyser hvordan pasienter og pårørende opplever sin medvirkning i VA. Er det kun i definering av mål eller opplever de reell involvering i hele prosessen. Selv om lederne i VA antyder at de mener satsningen gir økt kvalitet i tjenestetilbudet og bidrar til økt jobbmotivasjon, er det interessant å forske videre på hvilke erfaringer ansatte i hjemmesykepleien har.

1 INNLEDNING

En økende aldrende befolkning med stadig mer komplekse sykdomsbilder, har ført til økt arbeidsmengde og tøffe utfordringer for de ansatte i kommunale helse- og omsorgstjenester (Ramirez, West, & Costell, 2013; Robinson et al., 2012). I tillegg har Samhandlingsreformen (Helsedirektoratet, 2014) ført til en oppgaveforskyving fra sykehus (spesialhelsetjenesten) til kommunene (kommunehelsetjenesten) og lovpålagt systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasient- og pasientsikkerhet. Rehabiliteringstilbudet i spesialisthelsetjenesten er som et resultat av Samhandlingsreformen endret de senere årene, noe som fører til at pasienter ofte blir utskrevet direkte til hjemmet kort tid etter ferdigbehandling. Kommunale helse- og omsorgstjenester jobber under et kontinuerlig press i jakten på å utvikle smartere og mer robuste helsetjenester (Karlsen et al., 2014; Roberts et al., 2012). Både «Morgendagens omsorg» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013) og «Innovasjon i Omsorg» (Helse - og omsorgsdepartementet, 2011) løftet frem viktigheten av å fokusere på pasientenes behov og ønsker i utviklingen av bedre helsetjenester.

Tidligere utskrivningsklare pasienter fra sykehus, og flere eldre pasienter med et komplekst sykdomsbilde, bidrar derfor til strukturelle utfordringer og et økt behov for kompetanse. Disse faktorene i kombinasjon med mangel på gode rutiner for risikovurdering og helhetlig oversikt over hvilke pasienter som har behov for tverrfaglig oppfølging, bidro til at Smøla kommune i mars 2018 innførte virtuell avdeling (VA), som en alternativ organisering og metodikk i helse- og omsorgstjenesten.

Virtuelle avdelinger er ingen fysisk avdeling, men en måte å organisere ressurser på i den kommunale helsetjenesten, etter inspirasjon fra England og deres metode «Virtual Ward» (Lewis et al., 2017). Kjernen i en VA er samhandling i tverrprofesjonelle team, hvor all relevant informasjon om pasienten underlegges en tverrprofesjonell vurdering i tett samarbeid med pasient og pårørende. Slik legges det til rette for løsninger som er mer skreddersydd pasientenes og pårørendes behov og ønsker. Internasjonale studier viser at innføring av VA medfører færre reinnleggelse på sykehus (Jones & Carroll, 2014; Leung et al., 2015; Lewis et al., 2017), og forbedrer livskvaliteten for eldre pasienter (Leung et al., 2015). Tidligere studier viser også at gevinster ved bruk av VA, er avhengig av flere faktorer, som samarbeid mellom ulike fagdisipliner og gode rutiner for hvilke pasienter som bør involveres (Jones & Carroll, 2014; Lewis et al., 2017). I Norge har kun Askim og Eidsberg kommune så langt testet ut VA i småskala. Leirbakk og Hammer (2017) fant at pasienttilfredsheten i VA i Eidsberg kommune var høy, blant annet fordi pasientene følte seg trygge og godt ivaretatt.

HOVEDMÅL:

Hensikten med prosjektet var å belyse ansattes erfaringer og dokumentere effekter og eventuell netto-nytte av «VA» som rammeverk for pasientsentrert og tverrfaglig samarbeid rundt multisyke eldre i Smøla kommune.

DELMÅL:

- Gjennomføre en kvalitativ studie med fokusgruppeintervju for å dokumentere hva som skjer på den tverrfaglige samhandlingsarenaen
- Gjennomføre samfunnsøkonomisk nytte-kostanalyse

2 ETABLERING AV VIRTUELL AVDELING I SMØLA KOMMUNE

På Smøla er kommunens helsetjenestetilbud samlokalisert og omfatter hjemmesykepleie, sykehjem, legekontor, fysioterapeut, ergoterapeut, helsesøster, tannhelsetjeneste og klinisk sosionom. Smøla kommune startet med VA i mars 2018, og etter ni måneder har de hatt 30 pasienter innom avdelingen. Dette innebærer at de gjennomsnittlig har 3,5 pasienter innskrevet i VA til enhver tid. Disse følges opp av kommunens tverrfaglige team med tre kommuneleger, to-tre sykepleiere, fysioterapeut, ergoterapeut og en klinisk sosionom. Teamet ledes av en spesialsykepleier med master i avansert klinisk sykepleie. VA gir et rammeverk for vurdering og levering av hjemmebaserte tjenester til et prioritert utvalg av høyrisikopasienter, det vil si pasienter med forhøyet risiko for å bli (re-)innlagt på sykehus eller sykehjem. Kommunen har definert følgende målgruppe for hvilke pasienter de skal prioritere i denne avdelingen:

- 1) alle nye, eldre pasienter med behov for kommunale helsetjenester,
- 2) alle som skrives ut fra korttidsavdeling eller sykehus og
- 3) alle de får en bekymringsmelding om

Pasientene består i hovedsak av personer som utskrives fra sykehus, korttidsavdelingen på sykehjemmet og andre typer behandlingsopphold, som har utfordringer knyttet til akutt forverrelse av sykdom, skader og/eller generell funksjonssvikt. Pasientene i VA har ofte behov for tett og tverrfaglig oppfølging i overgangen fra institusjon til hjemmet. I praksis involverer VA hjemmebesøk, pasientmedvirkning, kartlegging og tester, teammøter og tverrfaglige møter, hvor det utarbeides oppfølgingsplaner for pasientene/pasientene.

2.1 PASIENTFORLØPET I VIRTUELL AVDELING

Leder for hjemmetjenesten og VA får melding fra sykehus dersom pasienter har behov for oppfølging av hjemmetjenesten etter utskrivelser. I tillegg kan alle ansatte i hjemmetjenesten, pårørende eller naboer sende eller ringe inn bekymringsmeldinger. Enhver henvendelse blir vurdert før en sykepleier reiser hjem til vedkommende for å gjennomføre et kartleggingsbesøk. I hjemmebesøket benytter sykepleier validerte kartleggingsverktøy og screeninger i kartleggingen av pasientens totale behov for kommunale helsetjenester og behov for medisinsk oppfølging. For å sikre pasientmedvirkning tar samtalen utgangspunkt i «Hva er viktig for deg» når mål for perioden i VA utarbeides.

Etter kartleggingsbesøket hos pasientene, har kommunens tverrprofesjonelle team av leger, sykepleiere, klinisk sosionom, ergoterapeut og fysioterapeut et møte hvor de diskuterer pasientinformasjon – og utfordringene de står ovenfor. I fellesskap utveksler de kompetanse og forslag til løsninger for å nå målene pasienten har definert for oppholdet. De benytter en fysisk tavle som henger på veggen for å visualisere dette arbeidet (se kapittel 4.4.1).

I fellesskap blir teamet enige om fordeling av ansvar – og hvilke personer som bør følge opp den enkelte pasient. I det daglige, er det en tildelt primærkontakt og ansatte i hjemmetjenesten som følger opp de hjemmeboende pasientene i VA. De ulike profesjonene i det tverrprofesjonelle

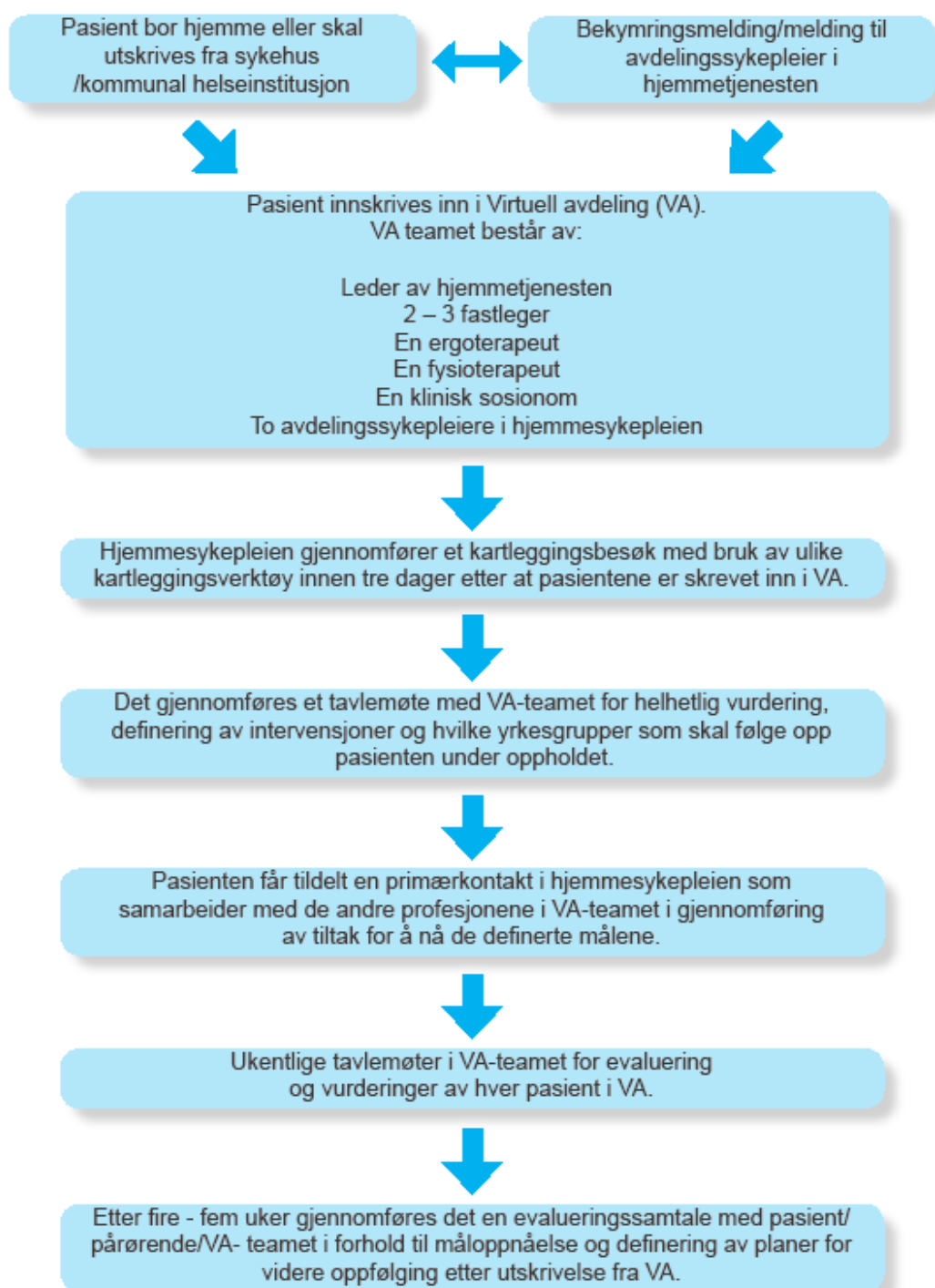
teamet, bidrar ved behov. I tillegg er VA organisert slik at den enkelte inneliggende pasient får en grundig tverrprofesjonell statusevaluering hver uke når teamet gjennomfører sine tavlemøter.

Inneliggende pasienter i VA får en systematisk og tverrprofesjonell oppfølging over en periode på fire-fem uker. På slutten av denne perioden, gjennomføres det en systematisk evaluering, hvor det tverrprofesjonelle teamet gjennomgår nye kartlegginger og tester av pasienten for å vurdere om målene for perioden er nådd. De samarbeider da tett med pasient og pårørende for å utarbeide en plan for oppfølging etter utskrivelse.

Pasientgruppen i VA er ofte eldre personer med minst tre – fire diagnoser og ofte med behov for mange ulike legemidler. I tillegg har følgende pasientkategorier vært representert i VA frem til nå:

- Pasienter med akutte infeksjoner
- Pasienter med behov for rehabilitering etter hjerneslag, brudd eller fall

Figur 1. Pasientforløp i virtuell avdeling i Smøla kommune



Figur 1 Pasientforløp i virtuell avdeling Smøla kommune

3 METODE

For å få kunnskap om de ulike aktørenes erfaringer, ble det benyttet fokusgruppeintervju som metode. Denne forskningsmetoden er velegnet når forskeren søker et mangfold av ideer eller følelser knyttet til bestemte erfaringer eller opplevelser (Kreuger & Casey, 2015).

3.1 UTVALG OG DATAINNSAMLING

Alle ansatte som har en rolle i det tverrprofesjonelle teamet i den virtuelle avdelingen fikk en skriftlig forespørsel om å delta i studien (n=9). Totalt seks ansatte samtykket til å delta og fokusgruppeintervjuet ble gjennomført ni måneder etter oppstart med VA i denne kommunen. Fokusgruppen var heterogen og bestod av tre sykepleieledere, en ergoterapeut, en fysioterapeut og en fastlege. Heterogene fokusgrupper er å foretrekke om en ønsker at deltagerne skal dele kunnskap om hverandres kompetanse eller erfaringer (Malterud, 2017).

Intervjuguiden tok utgangspunkt i følgende tema:

- Etableringen av VA
- Erfaringer med å jobbe tverrprofesjonelt i VA
- Gevinster ved å jobbe i VA
- utfordringer ved å jobbe i VA

Fokusgruppeintervjuet ble gjennomført av Trude Fløystad Eines og Cecilie Utheim Grønvik på deltakernes arbeidsplass. Intervjuet varte i en time og tjue minutter og ble tatt opp på lydband.

3.2 ANALYSE

Fokusgruppeintervjuet ble transkribert og analyseprosessen tok utgangspunkt i Malteruds (2017) metode for tematisk analyse. Tematisk analyse beskrives som en metode for å identifisere, analysere og rapportere mønstre og meninger på tvers av et datamateriale (Malterud, 2017).

3.3 ETISKE VURDERINGER

Studien har blitt fremlagt for Norsk senter for forskningsdata (NSD). Det ble gitt skriftlig og muntlig informasjon til alle informantene om at deltagelsen i studien var frivillig. De fikk i tillegg informasjon om at de når som helst kunne trekke seg fra studien uten å måtte begrunne dette. Alle informantene samtykket skriftlig til å delta i studien. Datamaterialet ble anonymisert og behandlet konfidensielt gjennom hele prosjektperioden i tråd med forskningsetiske retningslinjer.

4 PRESENTASJON AV FUNN BASERT PÅ FOKUSGRUPPEINTERVJU

4.1 BEHOV FOR ENDRING I OPPFØLGING AV MULTISYKE PASIENTER

Flere av informantene gir uttrykk for at tverrfaglig samarbeid er viktig for å ivareta kompleksiteten rundt ivaretagelsen av et økende antall multisyke pasienter i kommunen. Dette har bidratt til at de over tid har økt hyppigheten av tverrfaglige møter og involvert flere yrkesgrupper i behandling og oppfølging av pasienter i denne kommunen. Etablering av VA som arbeidsform formidles å ha stor betydning for kvaliteten i tjenesten:

Dette er det mest matnyttige jeg har vært med på noen gang. Gud hvor mye penger vi har kastet bort på tidligere satsinger. Dette er kvalitetssikring i praksis!

Informanten formidler at leger som medisinsk fagansvarlig for kommunens innbyggere har hatt stort utbytte av å jobbe tverrfaglig (tverrprofesjonelt) i VA:

Vi løfter hele tiden de dårligste inn i den virtuelle avdelingen slik at de får skikkelig oppfølging. Jeg ser helt klart nytten av å delta i dette viktige arbeidet.

Tverrprofesjonelle vurderinger på tavlemøtene i VA bidrar til at aktuelle og potensielle problem avdekkes på et tidligere tidspunkt, slik at riktige tiltak kan iverksettes raskere;

På tavlemøtene diskuterer vi bekymringsmeldingene; det er der vi diskuterer om vi skal forsterke tilsynene, eller om vi skal ta over medisin håndteringen slik at de kan bo lengre hjemme eller forhindre innleggelse.

Informantene forteller at de mener det er en fordel å jobbe i en liten kommune. Samlokalisering av helsetjenestetilbudet og færre byråkratiske ledd, bidrar til at de har god oversikt i kommunen. Bekymringer blir derfor meldt raskere til det tverrprofesjonelle teamet i VA:

Heldigvis er vi så små at vi slipper noen byråkratiske ledd som kan forsinke hjelpa. Ja, det er jo sånn at hvis en av oss fanger opp en bekymring så melder vi bare pasienten inn i VA.

4.2 KULTUR FOR FORBEDRINGSARBEID BLANT ANSATTE I HELSE- OG OMSORGSTJENESTEN

Informantene formidler at helse og sosialtjenesten i kommunen har jobbet aktivt for å implementere statlige satsningsområder for kvalitetssikring av helsetjenestene over flere år. Dette har bidratt til at de har hatt fokus på kontinuerlig kompetanseheving og etablering av en kultur for tverrfaglig samarbeid.

Noen fremhever at deltagelse i læringsnettverk i Pasientsikkerhetsprogrammet, inspirerte til etablering av forbedringsteam som har jobbet med kvalitetssikring av det gode pasientforløpet i kommunen. Erfaringsdeling med ansatte fra andre kommuner ga kunnskap om verktøy som kunne være nyttig i arbeidet med å kvalitetssikre det helhetlige pasientforløpet for multisyke eldre i Smøla kommune. Ideen om å jobbe smartere ved å etablere VA kom som følge av dette arbeidet.

Arbeidet med det gode pasientforløpet, bidro til at alle skjønnte at vi må jobbe litt annerledes. Spesielt med de multisyke pasientene, som vi møter og har ansvar for. Vi ser at det er viktig for at vi skal jobbe mest mulig effektivt.

Den nye satsingen på å jobbe med å øke kvaliteten på pasientforløp for multisyke eldre, medførte et behov for kompetanseheving blant ansatte i hjemmetjenesten. Lederen for hjemmetjenesten initierte derfor kursing av alle sykepleiere i bruk av de ulike kartleggings- og vurderingsverktøyene som i dag benyttes i VA.

Vi har styrket observasjonskompetansen blant sykepleierne i hjemmetjenesten med kursing og bruk av NEWS verktøyet, for tidlig oppdagelse av akutt forverring. Alle har fått kursing i bruk av verktøyene.

Lederne for de to distriktene i hjemmetjenesten forteller at det har vært nyttig for dem at ledelsen har kjøpt inn sekker med utstyr som sykepleierne tar med ut på hjemmebesøk. Dette bidrar til at sykepleierne alltid har utstyr for å gjennomføre systematiske målinger tilgjengelig. En sykepleier uttrykte følgende:

Nytt utstyr har hjulpet oss noe i vurderingen av pasientene. Da har vi med oss utstyret til enhver tid og kan gjennomføre systematiske observasjoner.

4.3 BESKRIVELSE AV HJEMMETJENESTENS OPPGAVER TIL PASIENTER I VIRTUELL AVDELING

Informantene formidler at hjemmetjenesten gjennomfører en vurdering av pasientens situasjon innen tre dager etter at de er skrevet inn i VA. Kartleggingen tar utgangspunkt i nasjonale satsningsområder som fallforebygging, ernæringscreening, legemiddelsamstemming og gjennomføres med bruk av ulike kunnskapsbaserte verktøy.

Sykepleiere gjennomfører en systematisk kartlegging og en «Hva er viktig for deg – samtale». Det er rett og slett for å høre hva som er viktig for pasienten og for å styre ressursene i riktig retning gjennom hele forløpet.

Både pasienten og hans nærmeste pårørende blir invitert til å delta. Flere av informantene hevder at de har utviklet en økt bevissthet rundt viktigheten av pasientinvolvering for å nå målene som defineres for oppfølgingen i VA. Flere påpeker at målene blir mer realistiske når pasienten selv deltar. Pasientene blir informert om at situasjonen og målene evalueres - og kan justeres underveis. Under kartleggingsbesøket forteller sykepleierne at de også vurderer hvilke tjenester som er aktuelle for pasienten. I tillegg får pasientene en dato for legetime hos sin primærlege innen to uker.

Hjemmetjenesten jobber målbevisst for å etablere trygghet for pasientene både innledningsvis og underveis i prosessen, når de sammen planlegger veien videre etter at de skal skrives ut av VA. Fysioterapeuten mener at spesielt pasienter som skal flyttes fra sykehjemmet og tilbake til hjemmet, ofte gir uttrykk for at oppfølgingen i VA trygger dem.

4.4 ANSATTES ERFARINGER MED VIRTUELL AVDELING

Organiseringen og måten å jobbe på i VA, blir løftet frem som et viktig tiltak for mer strukturert vurdering og oppfølging av multisyke eldre pasienter i kommunen. I tillegg forteller flere av informantene at det er positivt at flere profesjoner nå involveres tidlig i vurdering av pasienten.

VA er et fint forum for å utveksle – og diskutere vurderingene våre etter hjemmebesøk. Det blir en god drøfting rundt hver pasient på en helt annen måte enn tidligere. Jeg tenker at det tverrfaglige samarbeidet er blitt mye mer strukturert etter at vi begynte med VA.

Strukturert tverrprofesjonelt samarbeid, har bidratt til tydelig definerte arbeidsoppgaver og ansvar for de ansatte. Flere mener at dette har vært viktig for samarbeidet og kvaliteten på tjenestetilbudet. En informant uttrykte dette på følgende måte:

Jeg synes vi får ansvarliggjorte medarbeidere i måten vi jobber på i VA. Vi samarbeider mye bedre enn tidligere og det blir det bedre kvalitet av.

4.4.1 TAVLEMØTER – ET GODT VISUELT VERKTØY FOR TVERRPROFESJONELT SAMARBEID

Tidligere erfaring med tavlemøter knyttet til blant annet fallforebygging på sykehjemmet, var årsaken til at det tverrprofesjonelle teamet bestemte at tavle var et egnet verktøy for å visualisere informasjonsutvekslingen i VA. De tverrprofesjonelle møtene foregår på helsehuset ukentlig. Møtene tar utgangspunkt i pasientinformasjonen som er innhentet, og hver pasients mål og tiltak vurderes og diskuteres. Tavla viser informasjon om: navn på hvilke pasienter som er innlagt, dato for innleggelse, hvem som er primærkontakt, teamtilhørighet, årsak til innleggelse, data fra tredagerskartlegging og informasjon om pasientens ønsker og behov for oppholdet i VA. I tillegg er det kolonne for tiltak det tverrprofesjonelle teamet prioriterer:

Kolonna med tverrfaglige vurderinger endrer seg ofte fra møte til møte. Det er fordi det er her vi skriver opp hva som skal skje den neste uka. Det er til god hjelp når vi tar opp tråden neste uke. Har vi gjort det vi ble enige om?

Informantene forteller at de opplever tavla som et godt hjelpemiddel for å få oversikt, og at det bidrar til at det er enklere å jobbe systematisk. Fysioterapeuten og ergoterapeuten forteller at de tidligere ofte ble koblet på seint i prosessen, men at deltagelse i de tverrprofesjonelle teammøtene nå bidrar til at deres kompetanse og forslag blir en del av en bedre og mer helhetlig oppfølging av pasientene. En sa følgende:

Etter at vi begynte med tavlemøter, blir jeg bedre kjent og fanger opp problemstillingene mye tidligere. Ressursene blir kanalisert i riktig retning for pasientene.

Det er ofte sykepleiere, hjelpepleiere og hjemmehjelpene i hjemmetjenesten som følger opp mange av tiltakene som blir definert og bestemt i de tverrprofesjonelle tavlemøtene. Avdelingssykepleieren mener derfor at teamlederne i hjemmetjenesten gjør en viktig og god jobb fordi de har jevnlig møter med alle ansatte for å informere om hva det tverrprofesjonelle teamet foreslår av mål og tiltak for pasientene i VA.

Vi er opptatt av å spre det som blir diskutert og bestemt i tavlemøtene sånn at alle skal føle seg inkludert. Vi informerer derfor teamene i hjemmetjenesten om hva som er bestemt og hvilke tiltak som skal prioriteres.

Det kommer frem at legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomganger utgjør en stor del av vurderingene i tavlemøtene. Dette mener de har bidratt til en kvalitetssikring av tjenesten.

Legemiddelgjennomgang har en egen kolonne på tavla. Vi har jobbet veldig mye med legemiddel-samstemminger inneværende år. Vi orienterer – og diskuterer forandringer, bivirkninger og effekter av pasientens medisiner.

I Smøla kommune er det tre fastleger, og alle prioriterer å delta på tavlemøtene om de har mulighet. Fastlegene erfarer at deltakelsen i tavlemøtene er helt avgjørende for at legene skal ha oversikt over pasientene og gi de en god medisinsk oppfølging. Avdelingssykepleieren forteller at tavlemøtene gir VA teamet en bedre oversikt over når pasienter bør flyttes mellom ulike omsorgsnivå. Dette bidrar til at de bedre kan planlegge og gi bedre tilpasset oppfølging til hver pasient.

Etter fire til fem uker gjennomfører de en evaluering av oppholdet i VA. Evalueringen tar utgangspunkt i systematiske vurderinger og i hvilken grad målene for oppholdet er nådd. Flere informanter forteller at denne tverrprofesjonelle evalueringen er viktig når de utarbeider en videre plan for pasientene etter utskrivelse fra VA.

4.4.2 ØKT JOBBMOTIVASJON ETTER INNFØRING I VIRTUELL AVDELING

Satsingen på økt tverrprofesjonelt samarbeid og bruk av systematiske vurderingsverktøy i VA, har gitt flere av informantene økt jobbmotivasjon:

Da vi begynte med VA og systematisk jobbing med helhetlige pasientforløp, kjente jeg en gnist inni meg at dette er måten å arbeide på!

Måten å jobbe på i VA, har bidratt til større respekt for hverandres profesjonskompetanse. De forteller om erfaringer hvor de opplever at de utfyller hverandre i vurderingene – og oppfølgingen av pasientene;

Du får en bedre oversikt over helheten rundt pasientene. Den enkelte får brukt kompetansen sin på en bedre måte når vi diskuterer situasjonene sammen.

Anerkjennelse av hverandres kompetanse, bidrar til at de ulike profesjonene har blitt flinkere til å kontakte hverandre for å be om råd og hjelp også utenom tavlemøtene. En av informantene uttrykte dette slik:

Det er enklere å spørre om hjelp. Alle skjønner at vi trenger hverandre for å følge opp pasientene på en bedre måte.

I starten var flere av de ansatte i hjemmetjenesten skeptiske til innføring av VA, men i dag har dette blitt en metodikk som alle har et eierforhold til. Informantene forteller at mange ansatte var usikre og utrygge da tavlemøter og organiseringen rundt den virtuelle avdelingen skulle implementeres. Lederen forklarer at hun hele tiden har hatt trua på at dette skal bidra til økt kvalitet i tjenestene, og at hun derfor har vært bevisst sin rolle som leder og at hun måtte tåle litt motstand i kollegiet før ting går seg til.

Den systematiske jobbingen i VA krever mye av de ansatte. Informantene fra hjemmetjenesten mener at deres arbeidsmengde er økt, spesielt på grunn av økt bruk av kartleggings- og

vurderingsverktøy hvor resultat må dokumenteres. En sykepleier ga uttrykk for dette på denne måten:

Det er kjempehøyt arbeidspress på sykepleierne og arbeidsmengden for sykepleierne har økt etter innføring av VA.

Likevel forteller flere av informantene at de ansattes skepsis nå er snudd til begeistring;

Kollegiet er i dag veldig fornøyd med måten det jobbes på i VA.

4.5 SAMFUNNSØKONOMISKE GEVINSTER

Flere nevner at de tror etablering av VA har gitt samfunnsøkonomiske gevinster og de nevner eksempler på nedgang i innleggelser og reinnleggelser i sykehus etter etableringen av VA. Dette fordi oppdagelser av akutt forverring er blitt avdekket på et tidligere tidspunkt, slik at behandling er igangsatt raskere. De nevner at de systematiske vurderingene og oppfølgingen har ført til at pasienter i større grad blir behandlet i hjemmet. Flere av informantene forteller at en tidlig avklaring av pasientstatus er positivt både for pasienten, pårørende og samfunnet.

Legen fremhever at diskusjon i det tverrfaglige temaet bidrar til at han kan ta avgjørelser på et bedre medisinsk og helhetlig grunnlag enn tidligere. Han forteller videre at dette bidrar til en kvalitetssikring av helsetjenesten. Han formidler også at bruk av E-linken gir en gevinst fordi det sikrer utveksling av både spørsmål og informasjon mellom ham og resten av temaet på en enklere måte.

Sykepleielederne informerer at de har over 100 pasienter i hjemmetjenesten. Innføringen av VA, har gjort det enklere å fokusere på ivaretagelse av pasienter med akutt forverring. Fysioterapeuten påpekte verdien av å jobbe systematisk sammen som team:

Vi har nå et godt system for å fange opp, vurdere og prioritere de sykeste av de syke i kommunen.

For inneliggende pasienter i VA, er det like viktig å trappe ned tiltak som å legge til nye. Det å nedskalere oppfølgingen av pasienter i hjemmetjenesten er ofte utfordrende å avgjøre alene. I VA samarbeider de ulike profesjonene om slike beslutninger.

I VA diskuterer vi om når det er riktig å avslutte behandling og tiltak. Det er ofte ikke så enkelt, uansett hvilken pasient vi står ovenfor. Det å ha den tette oppfølginga og evalueringa, tror jeg kanskje fører til at flere tiltak i dag blir avsluttet enn tidligere.

VA har en viktig funksjon for pasienter som har behov for ekstra oppfølging i en periode. Informantene mener at VA erstatter noe av funksjonen til dagens korttidsavdeling på sykehjemmet, og at flere pasienter derfor kan bo hjemme som følge av oppfølgingen de får i VA. En sykepleier påpeker følgende:

Pasienter blir i økt grad skrevet direkte ut til hjemmet i dag som følge av oppfølgingen de får fra VA. Tidligere ble disse pasientene innskrevet på sykehjemmet.

I tillegg mener informantene at etableringen av VA har ført til at færre pasienter blir liggende ferdigbehandlet på sykehuset:

Jeg mener VA er et viktig middel for å redusere liggedøgnene for ferdigbehandlede pasienter på sykehus.

For å utvikle VA konseptet, mener informantene at de fortsatt mangler kompetanse i teamet. De nevner behov for vaktmester, ernæringsfysiolog, kreftsykepleier og demenskoordinator. I tillegg formidler de behov for økt kompetanse for å ivareta psykisk syke pasienter:

Jeg kjenner på at gruppa med psykiske lidelser og utfordringer vokser stadig. Vi burde ha styrket satsingen på pasienter innen psykisk helse.

Behov for interkommunale samarbeid løftes frem som en mulig løsning for å skaffe kompetanse de ikke har tilgang på i dag, for eksempel ernæringsfysiolog og psykolog.

5 NYTTE-KOSTNADSANALYSE – EN KVALITATIV TILNÆRMING

Når det skal gjennomføres tiltak eller endringer i eksisterende prosesser eller tjenester i kommunen, bør det vurderes hvordan endringene påvirker kommunens samlede økonomi, men også hvordan det innvirker på andre deler av samfunnet. Fra et samfunnsøkonomisk perspektiv handler dette om å identifisere og sammenstille alle nytte- og kostnadseffekter som har realøkonomiske implikasjoner, for å vurdere om et tiltak gir mer effektiv bruk av ressursene enn utgangssituasjonen. Nytte-kostnadsanalyser er et velkjent og velbrukt metodisk verktøy for å vurdere samfunnsøkonomisk lønnsomhet av tiltak (Boardman et al., 2019). Slike analyser gjennomføres blant annet i forkant av at store, nasjonale offentlige investeringsprosjekter iverksettes, jf. NOU 2012:16.

I tillegg til å gjennomføre fokusgruppeintervju med VA-teamet i Smøla kommune, ønsket vi i dette prosjektet å gjøre en tilnærming til en samfunnsøkonomisk nytte-kostnadsanalyse av VA-tiltaket. Hensikten er å belyse hvorvidt netto samfunnsøkonomisk nytte er større med VA enn den ville vært uten VA, eller sagt med andre ord, vurdere om VA-organiseringen av helse- og omsorgstjenestene til multisyke eldre i kommunen har gitt kostnadsbesparelser som kan rettferdiggjøre fortsatt drift av tiltaket uten kutt i personell. Vi har imidlertid ikke hatt anledning til å kvantifisere, eller prissette gevinstene som fremkommer gjennom studien, og analysen blir derfor kvalitativ.

5.1 DISKUSJON RUNDT GEVINSTER

Helse- og omsorgstjenesten i Smøla kommune har selv definert følgende gevinster etter innføring av VA og vi tar utgangspunkt i disse i den videre drøftingen og analysen¹:

- 1) Bedre brukermedvirkning og pasientsikkerhet, bedre kvalitet for brukeren
- 2) Bedre samhandling og koordinering gir bedre bruk av tid og ressurser, hvilket gjør at utfordringer for pasienter og pårørende blir løst raskere og mer hensiktsmessig
- 3) Lavere sykefravær og høyere trivsel blant de ansatte
- 4) Mindre behov for fremtidige, kostbare innleggelse

5.1.1 BEDRE BRUKERMEDVIRKNING OG PASIENTSIKKERHET, BEDRE KVALITET FOR BRUKEREN

Når det er politisk vilje og krav om økt kvalitet og brukermedvirkning (for eksempel gjennom Pasientsikkerhetsprogrammet), er det underforstått at samfunnet har betalingsvillighet for å bruke ressurser på aktiviteter som støtter en slik utvikling. Samtidig er det en åpent erkjent samfunnsutfordring at de økonomiske rammene for utøvelse av kommunale helsetjenester vil bli

¹ Antatte gevinster er presentert i et notat, sendt Møreforskning Molde per mail den 11.1.2019, av Enhetsleder Helse og Omsorg i Smøla Kommune.

strammere og strammere. Forbedring av en kommunal tjeneste uten økt finansiering, kan derfor kun realiseres gjennom å jobbe smartere.

Før innføring av VA var det ikke etablert systematiske rutiner for brukermedvirkning i hjemmetjenesten. Til sammenligning ligger det innenfor VA-organiseringen et krav om et system for medbestemmelse, og det gjennomføres "Hva er viktig for deg"-samtaler. Disse samtaler gjennomføres systematisk innen tre dager etter innleggelse i VA, samt underveis og i sluttsamtale. I tillegg har alle pasienter sin primærkontakt, også de som kun mottar praktisk bistand. Vi kan legge til grunn at systematiske samtaler med pasienten styrker målet om økt brukermedvirkning og medbestemmelse, og antall samtaler kan telles og måles for å sammenligne før-situasjonen med VA-hverdagen. VA-organiseringen oppfylder dermed et eksternt krav som kommunen i utgangssituasjonen ikke oppfylte.

Kravet om økt brukermedvirkning har naturligvis til hensikt å utløse gevinster og det er derfor nødvendig å gjennomføre intervjuer også med pasienter og pårørende, for å innhente relevant informasjon om hvilken betydning det har for pasient og pårørende at de får økt medvirkning og derigjennom at kvaliteten på tjenestene bedres. Det er ikke gjennomført kvalitative intervju med pasienter og pårørende i Mobpro-prosjektet, men dette vil gjøres dersom det innvilges midler fra Regionalt Forskningsfond (RFF). Vi kan derfor her bare anta at det knytter seg positive realøkonomiske gevinster til bedre kvalitet for brukeren.

5.1.2 BEDRE SAMHANDLING OG KOORDINERING GIR BEDRE BRUK AV TID OG RESSURSER

Før VA manglet det system for involvering av ergoterapeut, fysioterapeut, lege, sosionom og psykiatritjenester i oppfølging av pasientene i målgruppen. Ofte ble arbeidet mot pasientene utført ad hoc, for sent, og det var ingen etablert arena for systematisk samhandling eller kommunikasjon mellom de ulike profesjonene (med unntak av noe felles dokumentasjon).

Videre var hjemmetjenesten før VA todelt, med én avdeling for praktisk bistand og én avdeling for hjemmesykepleie, hvor det heller ikke mellom disse avdelingene var en etablert arena for samhandling om pasientene. I tillegg hadde det vært innleid én person ekstra på dag og kveld hver dag i 3 år (det vil si 14 kortvakter i uken) før innføring av VA, hvilket hadde gitt et overforbruk på lønn tilsvarende 1,4 årsverk over budsjett. Sykepleiere jobbet tidligere manuelt med tilordning av medisiner, men rett før innføring av VA i 2018, ble «multidose» (ferdig dosett fra Apotek) innført. Dette tiltaket frigjorde alene 0,8 årsverk, hvilket betyr at gevinsten av multidose tilsvarer verdien av 0,8 årsverk. Med hensyn til det nevnte «overforbruket» på 1,4 årsverk, er hjemmebaserte tjenester nå presset på å redusere «resterende» 0,6 årsverk. Ved innføring av VA ble 0,4 årsverk knyttet opp til to teamledere i hjemmetjenesten, funksjoner som erstattet avdeling for praktisk bistand og avdeling for hjemmesykepleie, som nevnt over. Praktisk bistand organiseres nå i hvert team, og det gjennomføres felles teammøter og tavlemøter. Teamlederne sørger for oversikt, oppfølging og planlegging av oppgaver tilknyttet sitt team (vel 50 pasienter i hvert av de to teamene). Teamlederstillingene regnes som avgjørende for at VA kan drives som det gjør.

Innføring av tverrfaglige møter gjennom VA-organiseringen har medført at de ansatte opplever økt kunnskap og bevissthet som reduserer misforståelser og gir mer effektiv bruk av tid og ressurser. Funnene fra intervjuene bekrefter i tillegg at VA-organiseringen gir riktigere og raskere behandling og svarene er utdypet i foregående kapitler.

«Riktigere» og «raskere» behandling er utvilsomt positivt. I en samfunnsøkonomisk analyse må vi i tillegg til å registrere «bedre samhandling» og «bedre bruk av tid og ressurser», spørre i hvilken grad måloppnåelse gir økonomiske utslag i budsjettene. Fører bedre samhandling til behandling av flere pasienter, sparte medisinerutgifter, mindre behov for tilstedeværelse av helsepersonell, færre reinnleggelser, at flere eldre kan bo hjemme, eller annet? Og i så fall hvor stort er det økonomiske omfanget av forbedringene? Gevinstpotensialet av «spart tid» avhenger i samfunnsøkonomisk forstand av hva den sparte tiden brukes til, og gevinsten er positiv dersom den sparte tiden for eksempel går med til at flere pasienter blir behandlet eller behandlet raskere. Verdsetting av tid er i dette tilfellet en utfordring, fordi vi ikke vet nøyaktig hva som ville skjedd uten tiltaket, men indikasjonen på at VA-organiseringen gir betydelige gevinster kommer strekt frem i intervjuene av fagpersonene, som kan sammenligne hverdagen sin «før» og «etter». Presise estimat er uansett vanskelig å beregne uten mer informasjon, både kvalitativ og kvantitativ, noe som ligger utenfor ressursrammen i dette prosjektet.

5.1.3 LAVERE SYKEFRAVÆR OG HØYERE TRIVSEL BLANT DE ANSATTE

Innføring av VA har medført behov for tydeliggjøring av roller og ansvar, som antas å være en forutsetning for trivsel og mestring på jobb, noe fokusgruppeintervjuet bekrefter. Oversikt over sykefraværet i hjemmebaserte tjenester, viser en markant lavere andel syke- og egenmeldinger i 2018 sammenlignet med 2017. På nasjonalt plan er sykefravær i kommunal sektor beregnet til å koste 11,5 mrd kroner.² Dersom man kan sannsynliggjøre at innføring av VA er årsak til lavere sykefravær blant de ansatte, kan dette utgjøre en betydelig besparelse for kommunen og dermed inkluderes som en positiv effekt av VA- tiltaket. Det må imidlertid bemerkes at samtidig som oppstart av VA-avdelingen, startet også en ny leder i hjemmetjenesten, etter en lang periode med skiftende og fraværende ledelse. Utfordringen for denne posten er derfor i stor grad knyttet til kausalitet, altså om det faktisk er og eventuelt i hvilken grad, det er VA som er årsaken til redusert sykefravær. Vi antar her at VA-organiseringen i det minste er medvirkende årsak til lavere sykefravær og på lengre sikt vil man kunne få bekreftet om den positive effekten vedvarer.

Kostnadene for kommuner ved sykefravær er sammensatt og inkluderer lønnskostnader (inkludert feriepengene, pensjon, arbeidsgiveravgift og forsikringer), samt produksjons- og kvalitetstap. Lønnskostnadene ved sykefravær avhenger av om sykefraværet strekker seg innenfor eller utenfor arbeidsgiverperioden, om det settes inn vikar (pluss kostnaden ved å finne vikar) eller det tas ut overtid. Verdien av dagsverk som ikke blir utført er produksjonstap som ikke fremkommer i kommunens regnskap. KS har laget en beregningsmetode for å finne det samfunnsøkonomiske tapet av at dagsverk ikke blir utført.³ I tilfeller der vikar er satt inn for å utføre arbeidet til den sykemeldte, kan man forvente et kvalitetstap i tjenesten. Denne kostnaden vil heller ikke vises i regnskapet knyttet til sykefravær, men er et samfunnsøkonomisk tap. Indirekte kan dårligere kvalitet på tjenester også føre til kostnader på andre poster i regnskapet.

5.1.4 MINDRE BEHOV FOR FREMTIDIGE, KOSTBARE INNLEGGELSER

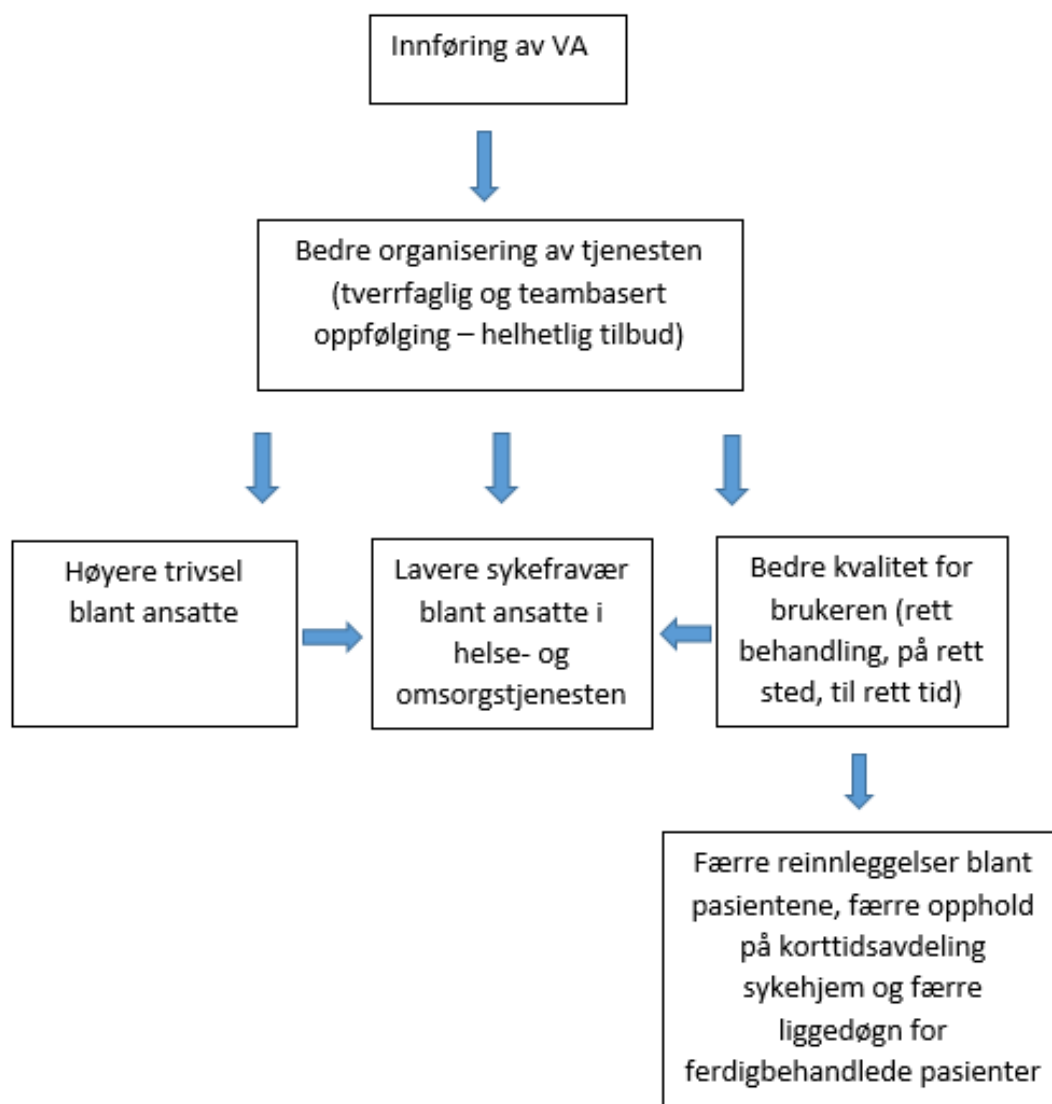
Før innføring av VA tok det ofte lang tid før pasienten ble tatt hånd om av riktig tjenestenivå etter utskriving av sykehus/helsehus, og i enkelte tilfeller skjedde det ikke i det hele tatt. Etter innføring

² <https://kommunal-rapport.no/meninger/kommentar/2017/10/syk-virkelighet>

³ <https://www.ks.no/fagomrader/statistikk-og-analyse/fravar/beregningsmodell-for-kostnader-av-sykefravar/>

av VA er den maksimale tiden fra pasienten er utskrevet og til det er igangsatt tiltak, satt til fem uker. Betydningen av denne endringen bidrar direkte til færre reinnleggelser. Fokusgruppeintervjuet viser til at VA-organiseringen gjør at de sykeste av de syke fanges opp og blir prioritert. I tillegg svarer informantene at organiseringen fører til redusert behov for korttidsplasser på sykehjem samt reduserte liggedøgn for ferdigbehandlede pasienter på sykehus.

Mindre behov for innleggelser og sykehjemsopphold utgjør sammen med redusert sykefravær den antatt største realøkonomiske gevinsten av VA-organiseringen, dersom man kan sannsynliggjøre at dette relateres til tiltaket. Figur 2 systematiserer de antatte gevinstene, og illustrerer årsak – virkningssammenheng mellom disse.



Figur 2 Antatt årsak-virkningssammenheng mellom innføring av VA og gevinstene ved tiltaket

5.2 SAMMENSTILLING AV GEVINSTER

Figur 2 gir en visuell fremstilling av hvordan innføring av VA antas å virke inn på de ulike gevinstene, og sammenhengen mellom disse. Vi har videre oppsummert drøftingene i tabell 1

under, som skisserer en mulig sammenstilling av effekter, der VA-organiseringen sammenlignes med utgangssituasjonen. Man kan enten gjøre beregninger med tilbakeblikk for allerede realiserte verdier, eller framoverskuende. Utgangssituasjonen vil da representere «det kontrafaktiske», altså situasjonen slik den vil se ut uten tiltak.

Tabell 1 Forslag til årlig sammenstilling av effekter: Realisert (2018) eller prognose (2019-2023)

	Vurdering av før-situasjon/realøkonomiske effekter uten tiltak	Vurdering av etter-situasjon/realøkonomiske effekter med tiltak (her VA) sammenlignet med situasjon uten tiltak	Budsjett-eier
1 Brukermedvirkning Gevinster for pasienter og pårørende (samfunnet) av bedre kvalitet og brukermedvirkning	Innfridd krav: Nei MNOK	Innfridd krav: Ja Innsparing MNOK	
2 Samhandling – tidsbruk og ressursbruk Leger, Sykepleiere, Fysioterapeut, Ergoterapeut, Sosionom, Hjemmesykepleiere, Andre? Behandling/oppfølging av pasienter	MNOK	Innsparing MNOK	
3 Sykefravær Direkte og indirekte utgifter	MNOK	Innsparing MNOK	
4 Unødig innleggelse/reinnleggelse /opphold institusjon Sykehus/Sykehjem/liggedøgn	MNOK	Innsparing MNOK	
SUM	MNOK uten tiltak	MNOK Årlig innsparing <i>kort sikt</i> + MNOK Årlig innsparing <i>lang sikt</i> (inkluderer eventuelt behov for færre sykehjems plasser/ sykehussenger mm)	

Hvorvidt VA-organiseringen gir en besparelse for kommunen sammenlignet med utgangssituasjonen, avhenger av verdien av forbedringene som VA gir på kort og lang sikt, inkludert realøkonomiske effekter for tredjepart (pasienter og pårørende). Vi har ikke kunnskap til å estimere disse verdiene i foreliggende prosjekt, men finner støtte for at VA-organiseringen gir en forbedring både for egne ansatte og for tjenestene som kommunen er pålagt å tilby multisylte eldre pasienter. Selv om vi ikke kan tallfeste om forbedringene til sammen overstiger utgiftene til

stillingene som er foreslått redusert i denne tjenesten, reiser det et stort spørsmål om hvilken alternativ organisering Smøla kommune kan etablere med færre ressurser, og som samtidig innfrir kvalitetskravene som stilles til de kommunale tjenestene. Vi vil i tillegg påpeke at de positive effektene VA-organiseringen bidrar til på sikt kan redusere behovet for nye sykehjemsplasser og sykehussenger. En grundig nytte – kostnadstilnærming vil dermed måtte inkludere neddiskonterte verdier av fremtidige kostnader og gevinster.

6 DISKUSJON

Helse- og omsorgstjenestene må omstilles for å løse både dagens og fremtidens helseutfordringer i kommunene. Årsakene er blant annet en aldrende befolkning, økning av personer som lever med kroniske og sammensatte lidelser og en kontinuerlig utvikling innen teknologi, behandlingsmetoder og legemidler. Tidligere utskrivelse fra sykehus og flere eldre med komplekse sykdomsbilder som bor og ivaretas i hjemmet, øker presset på ansatte i hjemmetjenesten (Helsedirektoratet, 2014). Det er bred enighet om at det ikke er bærekraftig – eller mulig å løse disse utfordringene kun gjennom økte ressurser og flere ansatte. Helse- og omsorgstjenesten må derfor ta initiativ til å utvikle nye og smartere måter å arbeide og samhandle på (Helse - og omsorgsdepartementet, 2018). I diskusjonskapittelet vil vi belyse om Smøla kommunes strategi med å etablere virtuell avdeling kan være et riktig valg for å løse noen av de komplekse utfordringene kommunene står ovenfor.

6.1 ØKT FOKUS PÅ PASIENTSIKKERHET GIR ØKT KVALITET I TJENESTEN

Akutt forverring i eldre pasienters helsetilstand, utgjør en risiko for alvorlig svikt i vitale organ og kan i verste fall ha dødelig utgang. Helsepersonell har derfor en viktig funksjon for å oppdage forverringer i pasientenes helsetilstand. Funn i denne studien viser at Smøla kommune har tatt i bruk det validerte kartleggingsverktøyet NEWS, for tidlig oppdagelse av forverret helsetilstand. I kartleggingsbesøket innen tre dager etter at pasientene er innskrevet i VA, gjennomfører sykepleierne i tillegg ernæringscreening, tester knyttet til fallforebygging og legemiddelsamstemming. Dette er i samsvar med anbefalingene til Pasientsikkerhetsprogrammet (2019) og Helse- og omsorgsdepartementet (2018), for å øke pasientsikkerhet og kvalitet i kommunens helsetjenester.

Funnene viser at det tverrprofesjonelle teamet i VA bruker mye tid på legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomganger i de ukentlige tavlemøtene. Det at pasientenes fastleger deltar i dette arbeidet, viser at Smøla kommune har gjort et riktig valg i sammensetningen av VA-teamet når det gjelder hvilken kompetanse som er representert. I evalueringen av VA-piloten i kommunene Eidsberg og Askim, fant Leirbekk og Hammer (2017) at kontinuiteten i den medisinske oppfølgingen var utfordrende. Eines, Måløy og Ødegård (2018) påpeker at tverrprofesjonelle legemiddelgjennomganger fører til bedre utveksling av informasjon om hjemmeboende pasienter som legene ofte ikke møter ansikt til ansikt. Hughes et al. (2016) viser at læring og kunnskapsoverføring i tverrprofesjonelle team vil kunne gi forbedringer som er synlig på resultatene for både pasientene og generell kvalitetsheving i tjenestene som utøves. Mye av denne informasjonsutvekslingen, læringen og kompetanseoverføringen skjer imidlertid først når de ulike profesjonene sitter sammen og diskuterer pasientsituasjonene ansikt til ansikt. Dette aspektet støttes også av Vik (2018), som har gjennomført en litteraturstudie om helseprofesjoners samhandling.

Legemiddelhåndtering vurderes å være et sentralt aspekt innen pasientsikkerhet i hjemmetjenestene, hvor det fortsatt eksisterer store utfordringer knyttet til både overforbruk – og feil bruk av medisiner blant eldre pasienter (LeBlanc & Choi, 2015). Smøla kommune har gjennom sin satsing på etablering av VA, lagt til rette for – og anerkjent viktigheten av å prioritere tverrprofesjonelle legemiddelgjennomganger. Dette bidrar til å øke pasientsikkerheten knyttet til

legemiddelbruk blant inneliggende pasienter i VA, og er i tråd med statlige anbefalinger (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018; Pasientsikkerhetsprogrammet, 2019).

I de første månedene VA har vært i drift i Smøla kommune, har pasienter med infeksjoner utgjort en stor andel av pasientgruppen. Infeksjoner er ofte årsak til akutt forverring av sykdom hos eldre. Dette kan påføre dem ekstra lidelse, økt risiko for innleggelse i sykehus, og dødelighet. Behandling av infeksjoner medfører i tillegg store merkostnader for spesialist- og kommunehelsetjenesten (Helse- og sosialdepartementet, 2018). I situasjoner der eldre pasienter får akutte infeksjoner, er tidlig oppdagelse viktig for utfallet. Informantene i studien antyder at den systematiske bruken av NEWS, har bidratt til at de oppdager infeksjoner tidligere i dag. Dette har bidratt til at behandling er iverksatt raskere, noe som har redusert faren for ytterligere komplikasjoner og sykehusinnleggelser.

Pasienter i VA og deres pårørende involveres aktivt i vurderingene for å kartlegge deres ønsker og behov i tråd med statlige anbefalinger om mer brukersentrerte helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Studien viser videre at den systematiske og tverrprofesjonelle satsingen i VA, bidrar til at behandling kan iverksettes tidligere når pasientene behandles i hjemmet eller alternativt på sykehjemmets korttidsavdeling. Dette er en viktig samfunnsøkonomisk satsing for å gi pasientene rett behandling, på rett sted til riktig tid som var en viktig målsetting med Samhandlingsreformen (Helse - og omsorgsdepartementet, 2009).

Det er imidlertid utfordrende å gjennomføre valide og troverdige målinger knyttet til hvordan ulike tiltak påvirker pasientsikkerheten. Det vil derfor være viktig å etablere systematiske evalueringer og målinger knyttet til kvalitetsindikatorer i tjenestene fremover for å evaluere om de ulike intervensjonene i VA bidrar til økt kvalitet i tjenestene. Helsedirektoratets (2019) kvalitetsindikatorer kan være til hjelp i dette arbeidet.

6.2 TVERRPROFESJONELT SAMARBEID – EN SUKSESS I VIRTUELL AVDELING

Ledelse og organisasjonskultur blir ofte trukket frem som viktig for å fremme innovasjon og økt kvalitet i helse- og omsorgstjenestene (Aasen & Amundsen, 2015). Smøla kommune har hatt kultur for å anerkjenne tverrprofesjonelt samarbeid over tid. Ved å systematisere dette samarbeidet ytterligere i VA, øker sannsynligheten for bedre pasientsikkerhet og økt kvalitet i tjenestene (Rosen et al., 2018). VA-etableringen har i tillegg gitt et økt fokus på viktigheten av gode rutiner og metodikk for systematisk tverrprofesjonell vurdering – og oppfølging av pasientene. De ansattes opplæring i – og systematisk bruk av kunnskapsbaserte kartleggingsverktøy og rutiner for ukentlige tverrprofesjonelle tavlemøter, bidrar til at de ulike profesjonene jobber mot felles mål med utgangspunkt i pasientenes ønsker og behov. Tidligere forskning viser at dette er en riktig satsing for å oppnå målrettede resultater og tjenester av høy kvalitet (Kirchoff & Ljunggren, 2016; Rendo et al., 2015).

Enhver endring vil ofte medføre økt arbeidsbelastning i en periode, noe også funnene i denne studien viser. Informantene påpeker at sykepleierne i hjemmetjenesten har fått mer ansvar – og flere arbeidsoppgaver knyttet til kartleggingsbesøket. Det er da interessant å vurdere at de ansatte i teamet parallelt forteller om økt forståelse og anerkjennelse for hverandres kompetanse. De påpeker også at systematikken i måten å jobbe på i VA, bidrar til økt trivsel fordi arbeidet de legger ned gir resultater og motiverer dem i jobben. Å lede forbedrings- og innovasjonsprosesser i kommunene, kan ofte være krevende. Vi vurderer at både leder for pleie- og omsorgstjenestene

i Smøla kommune og mellomlederne har en viktig funksjon som entreprenører og forbedringsagenter. Disse aktørene er viktige som bindeledd i krevende endringsprosesser (Fuglsang & Rønning, 2013). De ansattes opplevelse av å levere tjenester av høy kvalitet gjennom tett og konstruktivt tverrprofesjonelt samarbeid i VA, synes imidlertid å overskygge merarbeid i etableringsfasen i det første driftsåret.

7 KONKLUSJON

Måten de ulike profesjonene samarbeider i VA-temaet, kan bidra til smartere og bedre løsninger både for pasientene, pårørende og de ansatte i hjemmetjenesten i Smøla kommune. Deltagerne i VA-teamet formidler at tverrprofesjonelle diskusjoner om pasienters helhetlige tilstand har bidratt til økt kvalitet på tjenestetilbudet pasienten mottar. Felles fokus på hva som er pasientens beste har bidratt til økt samarbeid mellom de ulike helseprofesjonene. Dette har bidratt til økt satsning på forebyggende og behandlende tiltak for å redusere alvorlige forverrelser av kroniske sykdomstilstander, eksempelvis tiltak som fallforbygging i hjemmet, og legemiddelsamstemming for å redusere uønskede bivirkninger /effekter av ulike legemidler. Samlet sett kan disse tiltakene bidra til at eldre kan bo lengre hjemme. I tillegg kan tidligere oppdagelser av akutt forverring av helsetilstand eller infeksjoner, bidra til raskere behandling. Dette sparer både pasienter og samfunnet for innleggelses og reinnleggelses i sykehus.

Hvorvidt VA-organiseringen gir en realøkonomisk besparelse for kommunen sammenlignet med utgangssituasjonen, avhenger av verdien av forbedringene som VA gir på kort og lang sikt, inkludert gevinster for tredjepart (pasienter og pårørende). Vi har ikke kunnskap til å estimere disse verdiene i foreliggende prosjekt, men selv om vi ikke kan tallfeste om forbedringene til sammen overstiger utgiftene til stillingene som er foreslått redusert i denne tjenesten, reiser det et stort spørsmål om hvilken alternativ organisering Smøla kommune kan etablere med færre ressurser, og som samtidig innfrir kvalitetskravene som stilles til de kommunale tjenestene. Vi vil i tillegg påpeke at de positive effektene VA-organiseringen gir til på lengre sikt, kan redusere behovet for nye sykehjemsplasser og sykehussenger.

Det at pasienter og pårørende involveres aktivt i definering av hva som er viktig for dem, er et steg i riktig retning for å sikre brukermedvirkning. På tross av dette er det behov for videre studier som belyser hvordan pasienter og pårørende opplever sin medvirkning i VA. Er det kun i definering av mål eller opplever de reell involvering i hele prosessen. Selv om lederne i VA antyder at de mener satsningen gir økt kvalitet i tjenestetilbudet og bidrar til økt jobbmotivasjon, er det interessant å forske videre på hvilke erfaringer ansatte i hjemmesykepleien har.

REFERANSER

- Aasen, T. M. og Amundsen, O. (2015). *Innovasjonsarbeid. Organisasjon, kultur og ledelse*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Boardman, A. E., Greenberg, D. H., Vining, A. R. and Weimer, D. L. (2019). *Cost-Benefit Analysis : Concepts and Practice*. 5 oppl. Cambridge: University Oxford Press,
- Eines, T. F., Måløy, E. og Ødegård, A. (2018). *Journal of Interprofessional Education and Practice*. 13:83-89. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.xjep.2018.09.001>
- Finansdepartementet. (2012). *Samfunnsøkonomisk Analyse*. NOU 2012:16
<https://www.regjeringen.no/contentassets/5fce956d51364811b8547eebdbcde52c/no/pdfs/nou201220120016000dddpdfs.pdf>
- Fuglsang, L. og Rønning, R. (2013). *Spredning av innovasjon i kommunene. Inspirasjonsnettverk og reduksjon av usikkerhet*. I Ringholm, T, Teigen, H. og Aarsæther, N. (Red.). *Innovative kommuner*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Helsedirektoratet. (2014). *Status for Samhandlingsreformen. Rapport IS-2234*.
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/166/Status-for-samhandlingsreformen-forvaltningsmessig-folge-med-rapport-fra-helsedirektoratet-2014-IS-2234.pdf>
- Helsedirektoratet. (2019). *Nasjonale kvalitetsindikatorer*. <https://helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/kvalitetsindikatorer>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Stortingsmelding 47. (2008-2009).
<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). *Innovasjon i omsorg*. NOU 11:1.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/5fd24706b4474177bec0938582e3964a/no/pdfs/nou201120110011000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Morgendagens omsorg*. Stortingsmelding 29. (2012-2013).
<https://www.regjeringen.no/contentassets/34c8183cc5cd43e2bd341e34e326dbd8/no/pdfs/stm201220130029000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2018). *Kvalitet og pasientsikkerhet 2017*. Melding til stortinget 11. (2018-2019).
<https://www.regjeringen.no/contentassets/d7c5775978234d4f932e341b4e1850e1/no/pdfs/stm201820190011000dddpdfs.pdf>
- Hughes, A. M., Gregory, M. E., Joseph, D. L., Sonesh, S. C., Marlow, S. L., Lacerenza, C. N. and Salas, E. (2016). *Saving lives: A meta-analysis of team training in healthcare*. *Journal of Applied Psychology*, 101(9), 1266-1304.

- Jones, J. and Carroll, A. (2014). Hospital admission avoidance through the introduction of a virtual ward. *British Journal of Community Nursing*. 16(7): 330-334. Doi: 10.12968/bjcn.2014.19.7.330
- Karlsen, K. B., Haugland, S.T., Gamme, I. og Rolfsen, M. (2014). *Lean sykehus*. I Rolfsen, M. (Red.). LEAN Blir NORSK. Lean i Den Norske samarbeidsmodellen. Bergen: Fagbokforlaget
- Kirchoff, R. and Ljunggren, B. (2016). Aspects of Equality in Mandatory Partnerships – From the Perspective of Municipal Care in Norway *International journal of integrated care*. 16(2). Doi: <https://www.ijic.org/articles/10.5334/ijic.2025/>
- Kreuger, R. A. and Casey, M. A. (2015). *Focus groups: a practical guide for applied research*. 5th ed. Los Angeles: Sage.
- LeBlanc, R. G and Choi, J. (2015). Optimizing medication safety in the home. *Home Healthcare Now*. 33(6):313–319. <https://doi.org/10.1097/NHH.0000000000000246>.
- Leirbekk, M. J. og W. Hammer. (2017). Eidsberg kommune. VA 2016. http://www.utviklingscenter.no/getfile.php/3794926.1875.raefrwfcp/Sluttrapport+VA+2016_med+bakside.pdfhttp://www.utviklingscenter.no/getfile.php/3794926.1875.raefrwfcp/Sluttrapport+VA+2016_med+bakside.pdf
- Leung, D. Y. P., Lee, D. T-F., Lee, I. F. K., Lam, L-W., Lee, S. W. Y., Chan, M. W. M., Lam, Y-M., Leung, S-H., Chiu, P-C., Ho, N. K. F., Ip, M-F. and Hu, M. M. Y. (2015). The effect of a virtual ward program on emergency services utilization and quality of life in frail elderly patients after discharge: a pilot study. *Clinical Interventions in Aging*. 10: 413-420. Doi: 10.2147/CIA.S68937.
- Lewis, G., Moore, Z., Doyle, F., Martin, A. and Nugent, L. E. (2017). A community virtual ward model to support older persons with complex health care and social needs. *Clinical Interventions of Aging*. 12: 985-993. Doi: <https://doi.org/10.2147/CIA.S130876>
- Malterud, K. 2017. *Kvalitative forskningsmetoder for medisinsk og helsefag*. 4.utgave. Oslo: Universitetsforlaget.
- Pasientsikkerhetsprogrammet (2019). I trygge hender 24/7. <https://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/om-pasientsikkerhetsprogrammet/i-trygge-hender-24-7>
- Ramirez, B., West, D. J. and Costell, M. M. (2013). Development of a culture of sustainability in health care organizations. *Journal of Health Organizations and Management*. 27(5): 665-672. Doi: 10.1108/JHOM-11-2012-0226
- Rendo, A., Marston, C. A., Spyridonidis, D. and Barlow, J. (2015). Patient and Public Involvement in Healthcare Quality Improvement: How organizations can help patients and professionals to collaborate. *Public Management Review*. 17(1): 17-34. Doi: <https://doi.org/10.1080/14719037.2014.881535>
- Roberts, J. P., Fisher, T. R., Trowbridge, M. J. and Bent, C. (2016). A design thinking framework for healthcare management and innovation. *Healthcare*. 4(1): 11-14. Doi: 10.1016/j.hjdsi.2015.12.002
- Robinson, S., Williams, I., Dickinson, H., Freeman, T. and Rumbold, B. (2012). Priority-setting and rationing in healthcare: evidence from the English experience. *Social Science &*

Medicine. 75(12): 2386-2393. Doi:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953612006776>

Rosen, M. A., DiazGranados, D., Dietz, A. S., Benishek, L. E., Thompson, D., Pronovost, P. J. and Weaver, S. J. (2018). Teamwork in healthcare: Key discoveries enabling safer, high-quality care. *American Psychologist*, 73(4), 433-450. Doi:
<http://dx.doi.org/10.1037/amp0000298>

Thakur, R, Hsu, S. H. Y. and Fontenot, G. (2012). Innovation in healthcare: Issues and future trends. *Journal of Business Research*. 65(4): 562-569. Doi:
<https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2011.02.022>

Vik, E. (2018). Helseprofesjoners samhandling – en litteraturstudie. *Tidsskrift for velferdsforskning*. 21(2): 119-147.



MØREFORSKING

MOLDE

MØREFORSKING MOLDE AS

Britvegen 4

NO-6410 Molde

TEL +47 71 21 40 00

mfm@himolde.no

www.moreforsk.no

NO 984 369 344



MØREFORSKING



Høgskolen i Molde

Vilensjøpellig høgskole i logistikk
