



UNIVERSITETET I AGDER

Hvordan kan kvalitetsindikatorer benyttes og synliggjøres ved bruk av IT-løsning for å forbedre kvaliteten på overgangen fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten og/eller hjemmet?

Camilla Tveter
Vivi Haavik Tønnessen
Ole Peter Weea

Veileder
Jan Gunnar Dale

Masteroppgaven er gjennomført som ledd i utdanningen ved Universitetet i Agder og er godkjent som del av denne utdanningen. Denne godkjenningen innebærer ikke at universitetet inntestår for de metoder som er anvendt og de konklusjoner som er trukket.

Universitetet i Agder, 2015
Fakultet for helse- og idrettsvitenskap
Institutt for helse- og sykepleievitenskap



Tegning av Lars Andersen (Borch-Johnsen, 2014)

Hvordan kan kvalitetsindikatorer benyttes og synliggjøres ved bruk av IT-løsning for å forbedre kvaliteten på overgangen fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten og/eller hjemmet?

"Mål det som kan måles og gjør det som ikke kan måles målbart" (Galileo Galilei, 1564-1642)

Camilla Tveter
Vivi Haavik Tønnessen
Ole Peter Weea

Master i Helse- og sosialinformatikk
Universitetet i Agder
2015

Veileder: Jan Gunnar Dale

Antall ord: 18 743

Sammendrag

Introduksjon: Det er gjennomført en undersøkelse med tre måleinstrumenter (CTM-15, “Kommunens sjekklister” og “PasOpp”) for å se på kvaliteten på overgangen ved utskrivelse fra spesialisthelsetjenesten til kommune og/eller hjemmet. Dette fordi kvalitet og pasientsikkerhet er truet for pasienter som gjennomgår overganger. Pasientene ble bedt om å oppgi hvordan de opplevde overgangen og hvor viktig de synes hvert enkelt måleparameterer. Det presenteres en kravspesifikasjon for IT-løsning for innsamling av pasienterfaringer og presentasjon av dataene.

Metode: Tverrsnittsundersøkelse med kvantitativ spørreundersøkelse hvor utvalget var pasienter som ble utskrevet fra spesialisthelsetjenesten i en tidsperiode over ca 10 uker vinter 2014-2015. 52 respondenter deltok i undersøkelsen

Resultat: Respondentene i undersøkelsen opplevde i varierende grad god omsorg ved overganger. Grad av viktighet på de enkelte måleparametrene er høyere enn hvordan de selv opplevde å bli ivaretatt. CTM-15 viste seg å være et godt instrument for innsamling av pasientopplevelser ved overganger.

Analyse: Det er utført univariate og bivariate deskriptive analyser på alle tre måleinstrumentene.

Diskusjon: For god kvalitet på overgangen fra spesialisthelsetjeneste til kommunehelsetjeneste og/eller hjemmet er det nødvendig å utføre målinger som kan brukes i kvalitetsforbedring. Målingene må baseres på pasientens opplevelser og synliggjøres kort tid etterpå slik at helseforetakene kan utføre kvalitetsforbedrende tiltak. Det er behov for en IT-basert løsning til innsamling og presentasjon av data og det anbefales å gjennomføre en instrumentanalyse for å analysere hvilke kvalitetsindikatorer som er viktige for pasientene.

Nøkkelord: Kvalitetsindikator, PasOpp, CTM-15, PROMS, Coleman, Transition, Pasienttilfredshet, IT-løsning

Abstract

Introduction: Quality and patient safety are threatened for patients undergoing transitions during care. This study uses 3 different instruments (CTM-15, “Kommunens sjekkliste” and “PasOpp”) that asks questions about how the patients are experiencing the transition from specialist healthcare to primary healthcare/the patient`s home. The patients were asked to quote how important they think each question is. In the discussion a requirement specification is presented.

Method: Cross-sectional study with quantitative survey where the selection was patients who was discharged from hospital during a time period of ten weeks (winter 2014-2015). The survey ended up with 52 respondents.

Result: The respondents experienced in varying degrees good care transitions. How important the questions are scored in many cases higher than the score on reported quality on the same question. CTM-15 proved to be a good instrument for collecting patient experiences in transitions.

Analyze: It is carried out univariate and bivariate descriptive analysis on the three instruments.

Discussion: Measurements has to be done to ensure good Quality on transitions. The results of the measurements can lead to improvement of routines. The measurements must be based on patients' experiences and the results can enable the health authorities to perform quality improvement. It is necessary with an IT-based solution for collection and presentation of data in a simple and visual way. An instrument analysis should be conducted where the goal is to analyze which quality indicators that are important for the patients.

Keywords: Quality indicators, PasOpp, CTM-15 Coleman, Transition, Patient satisfaction, IT-solution

Forord

Vi vil benytte anledningen til å takke vår veileder som gjennom hele prosessen har kommet med konstruktive innspill og god veiledning.

Vi retter en stor takk til de som bisto med oversettelsen av CTM-15 instrumentet.

En stor takk til avdelingene ved Sørlandet sykehus og Østerås distrikt ved hjemmesykepleien i Bærum som bistod med utdeling av spørreskjema og informasjon til respondentene. Vi vil også takke respondentene som har tatt seg tid til å besvare spørreundersøkelsen.

En takk til familie og venner som i tider har sett mindre til oss enn de har ønsket.

Oslo/Grimstad/Bærum, 6. mai 2015

Camilla Tveter

Vivi Haavik Tønnessen

Ole Peter Weea

Innhold

1.0 Innledning.....	1
2.0 Problemanalyse.....	3
2.1 Bakgrunn for problemstilling.....	4
2.2 Organisasjonsfaktorer	6
2.2.1 Pasientrapporterte resultater (PROMs - PatientRelatedOutcomeMesures).....	7
2.2.2 Nasjonale kvalitetsindikatorer	8
2.2.3 Helhetlige pasientforløp, behandlingslinjer og pakkeforløp	12
2.3 Mennesker	15
2.4 Teknologi og oppgaver.....	18
2.4.1 Behovet for IT-løsning	18
2.4.2 Kravspesifikasjon til IT-løsninger	19
2.4.3 Eksisterende løsninger	21
2.5 Juridiske rammebetingelser for behandling av helseopplysninger i et nasjonalt kvalitetsindikatorsystem	23
2.5.1 Helseregisterloven.....	23
2.5.2 Helsepersonelloven	24
2.5.3 Personvern	24
2.6 Norm for informasjonssikkerhet.....	25
2.7 Litteraturgjennomgang	25
2.7.1 Relevant forskning.....	25
2.7.2 Meleis Transition Theory	28
2.8 Problemformulering.....	30
2.9 Avgrensning av oppgaven.....	31
3.0 Metode og prosedyre for gjennomføring	32
3.1 Valg av metode og design.....	32
3.2 Utarbeidelse av spørreskjema.....	32
3.2.1 CTM-15	34
3.2.2 Sjekkliste pasientforløp for kommunen	35
3.2.3 PasOpp undersøkelsen 2013	36
3.3 Utvalg og tilgang til feltet	37
3.4 Valg av analysemetode.....	38
3.5 Litteratursøk og kilder til innsikt.....	40

3.5.1 Litteratursøk og kildekritikk	40
3.5.2 Kilder til innsikt	41
3.6 Ethiske overveielser	41
3.7 Metodiske overveielser	43
3.7.1 Reliabilitet.....	44
3.7.2 Validitet	44
3.8 Kritikk til metode.....	46
4.0 Resultat og analyse av data	48
4.1 Bakgrunnsopplysninger.....	48
4.2 Respondentenes tilbakemeldinger på opplevd kvalitet i overgangen.....	49
4.2.1 CTM-15	49
4.2.2 Kommunens sjekkliste	53
4.2.3 PasOpp	53
4.3 Respondentenes svar på “Hvor viktig er dette for deg?”	55
5.0 Diskusjon.....	61
5.1 CTM-15 - Opplevd kvalitet og oppgitt grad av viktighet av spørsmålene	61
5.2 Kommunens sjekkliste - Opplevd kvalitet og oppgitt grad av viktighet av spørsmålene	62
5.3 PasOpp - Opplevd kvalitet og oppgitt grad av viktighet av spørsmålene	65
5.4 Oppsummering av hvilke indikatorer som er viktigst for respondentene	68
5.5 Kravspesifikasjon til IT-løsning for innhenting, rapportering og presentasjon av pasientopplevde erfaringer.....	71
5.6 Styrker og svakheter ved analyse og diskusjon.....	80
6.0 Konklusjon.....	81
Litteraturliste.....	84

Figurer og tabeller

Figur 1: Leavitts diamant	3
Figur 2: Elektronisk behandlingslinje med fokus på kunnskapsbasert praksis, prosesser og samhandling.....	14
Figur 3: Eksempel på kontrolldiagram fra SPC veiledningshefte.....	23
Figur 4: The MidrangeTransition Theory.....	29
Figur 5: CTM Score for “Hvor viktig er dette for deg?” - de tre måleinstrumentene	59
Tabell 1: Trinn for bruk av PROMs-instrumenter som kvalitetsindikatorer i Norge	34
Tabell 2: Prosess for oversettelse av instrument	35
Tabell 3: Kommunens sjekkliste	36

Tabell 4: Relevante spørsmål fra PasOpp 2013	36
Tabell 5: Forskningsetiske utfordringer	42
Tabell 6: Bakgrunnsinformasjon	48
Tabell 7: Bakgrunnsinformasjon og CTM score	49
Tabell 8: Grad av opplevd kvalitet (CTM-15)	50
Tabell 9: CTM mean og SD	51
Tabell 10: Opplevd grad av kvalitet (kommunens sjekklister).....	53
Tabell 11: Opplevd grad av kvalitet (PasOpp)	53
Tabell 12: Sammenligning av resultatene med PasOpp undersøkelsen 2013	54
Tabell 13: CTM-15, Kommunens sjekklister og PasOpp; "Hvor viktig er dette for deg?"	55
Tabell 14: CTM-Score - Hvor viktig er dette for deg? (Mean og SD (Standard Deviation) på undergrupper)	59
Tabell 15: Funksjoner/oppgaver som skal løses.....	72
Tabell 16: Kapasitet og ytelse.....	74
Tabell 17: Systemmiljø	74
Tabell 18: Kompatibilitet	75
Tabell 19: Brukergrensesnitt.....	75
Tabell 20: Kommunikasjon	76
Tabell 21: Sikkerhet.....	77
Tabell 22: Særlige krav.....	78

Vedlegg

Vedlegg 1: Tankekart	1
Vedlegg 2: Informasjonsskriv.....	2
Vedlegg 3: Spørreundersøkelse	3
Vedlegg 4: Godkjenning FEK	12
Vedlegg 5: Tilbakemelding fremleggingsvurdering (REK).....	13
Vedlegg 6: Tilbakemelding fra NSD.....	14
Vedlegg 7: Datainnsamling - Søknadsskjema, Sørlandet sykehus HF.....	16
Vedlegg 8: Søknad om tillatelse til innhenting av data, Vestre Viken HF	19

1.0 Innledning

”Jeg trodde det skulle bli en pakketur hvor alt var planlagt og forberedt for meg, men det ble mer som en backpackertur hvor jeg måtte passe på og ta ansvar for alt selv.”

Sitatet ovenfor er en uttalelse fra en kreftpasient hentet fra ”Samspill 2.0 Nasjonal strategi for samhandling i helse- og omsorgssektoren 2008-2013” (2009).

Sitatet understreker hvor viktig det er for opplevelsen av kvalitet å bli ivaretatt i et system som benytter den tilgjengelige informasjonen i behandlingen, og at de faglige faktorene er de som spiller sterkest inn for individets opplevelse av kvalitet. I dag utskrives pasientene tidligere fra spesialisthelsetjenesten enn det som var tilfelle før innføring av Samhandlingsreformen. Den ble implementert fra 1. januar 2012. Antall liggedøgn i somatiske sykehus for pasienter på 80 år og eldre er redusert med 0,61 prosent fra 2010 til 2013 (Hermansen og Grødem, 2015). Dersom kommunehelsetjenesten ikke kan motta pasienten etter ferdig behandling er konsekvensen økonomiske sanksjoner. Helse Sør-Øst skriver at overgangene mellom tjenestenivåene erfaringsmessig er sårbare for pasienten. Viktige forbedringsområder for å sikre gode overganger er samhandling internt og eksternt (Helse Sør-Øst, 2015). Det rapporteres stadig på at både kvalitet og pasientsikkerhet er truet for pasienter som gjennomgår overganger på tvers av helsetjenesten. Dette kan føre til skader som inkluderer unødvendige reinnleggelser (Brock et al, 2013). Coleman et al. skriver at en gyldig og pålitelig selvrapportering på mål av kvaliteten på omsorg under overganger er nødvendig og i samsvar med pasientsentrering og kvalitetsforbedring (Coleman, 2005).

Nasjonale kvalitetsindikatorer har til hensikt å samle informasjon om kvaliteten på områdene som måles. Deretter kan det settes i gang forbedringstiltak hvor dette er nødvendig. Hele helse Norge har virksomhetsmåling på blant annet 30 dagers overlevelse og på reinnleggelser. I tillegg utfører kunnskapssenteret pasienttilfredsundersøkelser (PasOpp) som blant annet har til hensikt å måle kvalitet på

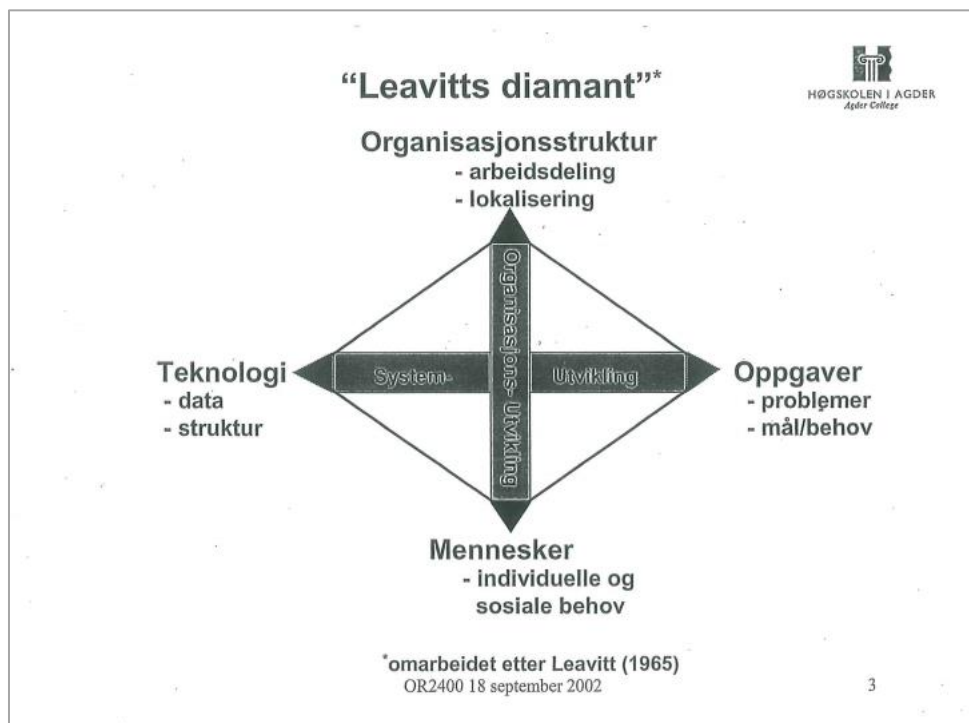
overganger. Resultatene fra PasOpp undersøkelsen kommer nesten ett år etter at undersøkelsen er gjennomført og sendes som generell informasjon til helseforetakene.

Helsedirektoratet arbeider for innføring av kunnskapsbasert praksis som innebærer “å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og **pasientens ønsker og behov i en gitt situasjon**” (Kunnskapsbasert praksis, 2015)

2.0 Problemanalyse

Problemanalysen er strukturert etter Leavitts diamant som beskriver de fire interaktive komponentene alle organisasjoner består av; mennesker, oppgaver, organisasjonsstruktur og teknologi. Samspillet mellom disse fire komponentene i den enkelte organisasjon har en stor påvirkning på hvordan organisasjonen fungerer (Thakur, 2013). I dette masterprosjektet er ikke organisasjon definert til kun én organisasjon, for eksempel et helseforetak. Da det er meningen at pasientene skal oppleve sømløse skifter mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, må organisasjonene ses i sammenheng. Menneskene er de som arbeider i organisasjonen og de som påvirkes av arbeidet som utføres i organisasjonene, det vil si pasienter og pårørende.

Figur 1: Leavitts diamant



De fire hjørnene i diamanten omfatter:

- **Organisasjonsstruktur:** Kommunikasjonssystemer, autoritetssystemer og arbeidsfordeling

- **Mennesker:** De ansatte i organisasjonen (og pasienter og pårørende). De ansatte tilfører kunnskaper, utdannelse, kvalifikasjoner, ferdigheter, verdier, holdninger og motivasjon til organisasjonen
- **Teknologi:** Maskiner, metoder og programmer (hardware og software) som de ansatte har til rådighet slik at de kan utføre sine arbeidsoppgaver
- **Oppgaver:** Organisasjonens eksistensgrunnlag, organisasjonens målsetning og arbeidsoppgaver som skal utføres for å realisere organisasjonens mål

2.1 Bakgrunn for problemstilling

For å effektivisere og øke kvaliteten på helsetjenestene gjennomføres flere reformer, rapporter og omstillinger. Samhandlingsreformen skal føre til ett mer helhetlig tilbud med mer sammenhengende helse- og omsorgstjenester. Reformen har tre hovedformål:

- Mer helhetlige og koordinerte helse- og omsorgstjenester
- En større del av helse- og omsorgstjenestene skal utføres i kommunene
- Styrke forebyggingen og bedre folkehelsen

Samhandlingsreformen inneholder flere virkemidler og de kan kategoriseres slik;

- Rettslige virkemidler
- Økonomiske virkemidler
- Faglige virkemidler
- Organisatoriske virkemidler (Norsk forskningsråd, 2012)

At pasientene er mer opplyst og involvert i egen behandling er et av målene, og det er i den sammenheng fokus på å dra nytte av brukernes erfaringer. Virkemidlene for å oppnå dette målet er blant annet:

- Sammenhengende pasientforløpsbeskrivelser
- Nasjonale kvalitetsindikatorer til bruk i det kontinuerlige kvalitetsutviklingsarbeidet
- Etter- og videreutdanning av helse- og omsorgspersonell innen samfunnsmedisin, tidlig intervensjon, forebygging, forløpstenking, migrasjon og tverrfaglig samarbeid (Norsk forskningsråd, 2012).

Samhandlingsreformens formål om å gi mer koordinerte tjenester og helhetlig behandling av pasientene skaper økt behov for å kunne vurdere helse- og omsorgstjenestene i et helhetlig og samlet perspektiv, på tvers av finansiering og ansvarsfordeling (Rapport IS-2245, 2015, s. 3). Det skal utføres et evalueringsarbeid av Samhandlingsreformen som skal ha særlig fokus på implementering av tiltak som har som formål å øke tjenestenes tilgjengelighet for utsatte og sårbare grupper.

Evalueringen gjennomføres løpende i tidsperioden 2011 - 2015 og er delt inn i to faser:

- Fase 1: ble startet mai 2012. Evaluerte Samhandlingsreformens virkemidler og deres implementering.
- Fase 2: selve gjennomføringen av effektevalueringen. Oppstart var i løpet av 2013-2014, avhengig av når det var mulig å identifisere faktiske, virkeliggjorte effekter av Samhandlingsreformen (Norsk forskningsråd, 2012).

Fylkeslegen i Aust-Agder beskriver i en rapport fra 2013, "Utskrevet til hjemmet - og hva så?", risikomomenter ved utskrivning fra sykehus og internt i kommunen etter utskrivning. Hensikten med Samhandlingsreformen var blant annet at pasientene skulle få behandling nærmest mulig hjemstedet og få bo hjemme så lenge de ønsker. For å nå denne målsettingen måtte kommunen ta imot ferdigbehandlede pasienter raskere. De måtte opprette alternativer til innleggelse i sykehus (akutt plasser) og de måtte forsterke det helsefremmede og forebyggende arbeidet. Oppgaveforskyvning med stadig mer komplekse og ressurskrevende oppgaver har vært pålagt kommunen gjennom mange år. Fylkeslegen foretok en brukerundersøkelse, da godt informerte pasienter og pårørende må anses å være av stor verdi for kvalitetssikring av behandlingsforløpet, men det kom kun 15 av 30 svar. I avsluttende kommentar skriver fylkeslegen at overganger representerer risiko for svikt og at bruker og pårørende bør involveres i så stor utstrekning som mulig (Syvertsen, 2013).

Riksrevisjonen vurderte status for innføring av elektronisk meldingsutveksling (rapport publisert i mars 2014). Rapporten påpeker manglende standardisering som kan føre til svekket kvalitet på informasjonen og dermed svekket pasientsikkerhet (Dokument 3:6, 2013–2014).

I dagens IT-samfunn er vi bedre rustet enn noensinne til å måle kvaliteten på gitt behandling så fremt de nødvendige målemetodene og verktøyene er definert og utviklet. Det lagres enorme mengder av informasjon om behandlingen pasientene mottar og hva pasientenes respons på mottatt behandling er i de ulike IT-løsningene som benyttes på sykehusene verden over. "Big data" er et "trendy" ord innen e-helse og det er et stort fokus på kvalitetsindikatorer som definerer hva som skal måles og hvor ofte for å gi en oversikt over helsesektorens kvalitet. De senere årene er det også et styrket politisk incentiv for analyse av informasjon som lagres i de ulike IT-løsningene. Nyere forskning viser at det er store gevinster å hente for helsesektoren, både i form av økonomiske gevinster, kvalitet på gitt behandling, utarbeidelse av behandlingslinjer og data som kan benyttes i forskning (Big-project, 2014).

I stortingsmelding 10 (2012-2013) vektlegges det at arbeidet med kvalitetsindikatorer bør foregå parallelt med utvikling av nasjonale faglige retningslinjer fordi kvalitetsindikatorer kan måle om en retningslinje fører til ønsket endring i praksis. Kvalitetsindikatorerne skal være et hjelpemiddel for ledelse og kvalitetsforbedring i tjenesten, samtidig som pasienten skal kunne bruke kvalitetsindikatorer som et grunnlag for å ivareta egne rettigheter (St. meld 10, 2012).

2.2 Organisasjonsfaktorer

Helseforetakene er offentlige organisasjoner. Et særtrekk ved disse er at de skal drive med mest mulig effektiv produksjon av tjenester og ivareta sentrale demokratiske verdier som likebehandling, forutsigbarhet og offentlighet. Offentlige organisasjoner er spesielle fordi de ikke opererer i et marked hvor de selger sine varer og tjenester, og tilbakemeldingen fra markedet (pasientene) er minimal (Jacobsen og Thorsvik, 2013).

I stortingsmelding 10 (2012-2013) skrives det at kvalitetsarbeidet skal integreres i de ordinære virksomhetene i større grad enn hva som gjøres i dag. Utvikling av kultur for kvalitetsforbedring og læring ved å styrke kompetanse hos ledere og ansatte, forbedre

og iverksette rutiner for å forebygge og lære av feil, systematisk ta i bruk ny kunnskap, faglige retningslinjer og annen kompetansestøtte er en viktig del av arbeidet. Resultatet på kvaliteten skal måles og et av målene er at ledere på alle nivåer skal etterspørre rapporter (St. meld 10, 2012-1013). I en overgangssituasjon fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten er den ideelle samarbeidstilstanden at pasienten ikke legger merke til at behandlingen gis av flere tjenesteytere (Pettersen, 2012).

2.2.1 Pasientrapporterte resultater (PROMs - PatientRelatedOutcomeMesures)

Kunnskapssenteret har ansvaret for nasjonale brukererfaringsundersøkelser i helsetjenesten, og det er fokus på nasjonale indikatorer knyttet til pasientrapporterte resultater (PROMs). Pasientenes opplevelser av helse og resultat må måles på en vitenskapelig tilfredsstillende måte. PROMs inkluderer instrumenter eller spørreskjemaer og det er to typer pasientrapporterte instrumenter som vurderer helse og livskvalitet fra pasientens perspektiv;

1. Generiske instrumenter er uavhengig av eventuelle underliggende helseproblem og har bred anvendelse. Generiske instrumenter har bredere anvendelse på tvers av helseproblemer og kan lettere fange opp bivirkninger eller uforutsette effekter av helsetjenester.
2. Spesifikke instrumenter er avgrenset til et spesielt helseproblem, ett aspekt av helse eller bestemte befolkningsgrupper. De er fokuserte og det målrettede fokuset gjør at de er mer relevante for pasienter og klinikere og er bedre til å måle endringer i helse (Garratt og Bjartnæs, 2014).

En vellykket bruk av PROMs i Norge forutsetter identifikasjon av egnede instrumenter, god oversettelse av instrumenter og vitenskapelig tilnærming for å teste instrumentenes måleegenskaper og gjennomføring (Garratt og Bjartnæs, 2014, s.5). Det må tas en avgjørelse på hvilke resultater og aspekter ved helse som bør måles, da omfanget av pasientrapporterte instrumenter er stort og det sjelden er aktuelt å utvikle nye instrumenter. Det finnes over 3000 instrumenter i engelskspråklig litteratur og flertallet er knyttet til spesifikke helseproblemer (Garratt og Bjartnæs, 2014).

2.2.2 Nasjonale kvalitetsindikatorer

En kvalitetsindikator defineres som et indirekte mål, en pekepinn, som sier noe om kvaliteten på det området som måles (Helsenorge, 2014). Norsk forskningsråd har en liste over emner som er av interesse i tilknytning til nasjonale kvalitetsindikatorer.

Følgende kan fremheves:

- Hvilke former for data inngår i valg og utforming av indikatorene?
- Hvem deltar i utviklingen av indikatorene, og hvordan samarbeider de ulike aktørene i denne prosessen?
- Hvordan samvirker sentrale/nasjonale instanser med de sentrale, regionale og lokale instanser i utviklingen av indikatorene?
- Hvilke informasjonssystemer er til rådighet i den norske helse- og omsorgstjenesten vedrørende kvalitet, og hva kreves i tillegg for å kunne monitorere helse- og omsorgstjenestens innsats med utgangspunkt i kvalitetsindikatorene? (Norsk forskningsråd, 2012)

Rammeverk for et nasjonalt kvalitetsindikatorsystem i helsetjenesten fastslår at god kvalitet for helse og omsorgstjenesten innebærer at “tjenestene er virkningsfulle, er trygge og sikre, involverer brukere, er samordnet og preget av kontinuitet, utnytter ressursene på en god måte og er tilgjengelig og rettferdig fordelt” (Rapport IS-1878, 2010, side 7). Formålet med nasjonale kvalitetsindikatorer er å gi publikum, ledere og politikere informasjon om kvaliteten på tilbudene i helsetjenesten. Et nasjonalt kvalitetsindikatorsystem skal være bærekraftig og helsepolitisk relevant slik at det kan utføres realistiske sammenlikninger på lokalt, nasjonalt og internasjonalt nivå.

OECDs modell for kvalitetsindikatorprosjektet “Health Care Quality Indicator Project” er utgangspunktet for det nasjonale indikatorsystemet. Det har som mål å skulle finne frem til indikatorer for helsetjenestens kvalitet, befolkningens helse og determinanter som påvirker folkehelsen (Rapport IS-1878, 2010). Nasjonalt kvalitetsindikatorsystem (NKI) har følgende formål og målgrupper:

- gi helsepersonell et grunnlag og et incitament for å drive lokalt kvalitetsarbeid
- gi brukerne mulighet til å velge sykehus på et kvalifisert og informert grunnlag

- gi ledere og eiere på alle nivå et godt styringsgrunnlag
- gi politisk ledelse et grunnlag for prioriteringer i helse- og omsorgstjenesten
- bidra til åpenhet og informasjon ut mot offentligheten (Lind, 2014, s. 6)

NKI består av (august 2014) 60 indikatorer som publiseres fire ganger per år på helsenorge.no. Datakildene for måling av alle definerte indikatorer er:

- Norsk pasientregister
- Nasjonalt kunnskapssenter
- Kreftregisteret
- Manuell rapportering fra helseforetakene
- Statistisk sentralbyrå
- Medisinsk fødselsregister
- Reseptregisteret
- IPLOS (Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk) registeret (Lind, 2014).

Verdien for bruk av kvalitetsindikatorer avhenger av at dataene det måles på er korrekte. Datakvaliteten kan være varierende og mangelfull i en rekke datakildesystemer og det er derfor viktig å validere dataene og å identifisere kritiske suksessfaktorer i arbeidet med definering av kvalitetsindikatorer. Rutiner for å forbedre datakvaliteten bør etableres. Mye av informasjonen som samles inn i dag er knyttet til helseøkonomiske investeringer og resultater i form av aktivitet og produktivitet. Det mangler systematisk informasjon på overordnet nivå for hva slags behandling, hvilken kvalitet og hvilke behandlingsresultater som oppnås (Rapport IS-1878, 2010). Det vises til tre typer kvalitetsindikatorer som kan benyttes til kvalitetsforbedring i alle ledd av helse- og omsorgstjenesten:

1. **Strukturindikatorer** - beskriver forutsetningene og rammene for forebygging, diagnostikk, behandling, pleie og rehabilitering. I dette inngår helsepersonellens kompetanse, utstyr, teknologi og fasiliteter.
2. **Prosessindikatorer** - beskriver hva som foregår av konkrete aktiviteter i et pasientforløp. Det gir et bilde av utførte prosedyrer som beskrives på grunnlag av kliniske retningslinjer eller referanseprogrammer. Eksempler i et pasientforløp kan

være forebygging, diagnostikk, behandling, pleie, rehabilitering eller kommunikasjon.

3. **Resultatindikatorer** - beskriver overlevelse, karakteristika basert på symptom- og laboratoriefunn, det vil si fysisk tilstand. I tillegg kan også pasientens psykiske reaksjon på sykdom og tilfredshet med behandling belyses (Rapport IS-1878, 2010).

I "3-årig handlingsplan 2014-2017" er et overordnet mål for kvalitetsmåling at resultatene brukes til kvalitetsstyring og lokal kvalitetsforbedring. Resultatene kan videre være grunnlag for "benchmarking" som innebærer at man måler egne prestasjoner mot andres, kommer fram til hva som særpreger de som presterer best og deretter forsøker å lære av de beste. I handlingsplanen legges det vekt på at NKI er avhengig av flere områder:

- Helsefaglige kodeverk og prosedyrekoder med lik registreringspraksis
- Administrative kodeverk
- Nasjonalt helseregisterprosjekt
- Fritt sykehusvalg
- Kvalitetsbasert finansiering
- Helsedirektoratet sin strategiske plan (Rapport IS-2228, 2014).

Erfaringer fra NKI i perioden 2012 - 2013 viser at utviklingen av kvalitetsindikatorer har vært mer komplekst enn hva som var forventet da arbeidet med kvalitetsindikatorgruppene startet. Årsaken til dette er at det er ulik forståelse av kvalitetsbegrepet og for dimensjonene av kvalitet i tjenestene. Videre har det vært ulik kjennskap til, forståelse for og forventninger til NKI internt og eksternt;

- NKI systemet skal bestå av få og gode indikatorer med fokus på å måle effekten av mottatt helse- og omsorgstjeneste.
- Behov for kvalitetsindikatorer på mange områder (Rapport IS-2228, 2014).

Handlingsplanen beskriver flere funksjoner i en publiseringsløsning enn hva nåværende løsning innehar. Løsningen skal tilpasses og utvikles på flere områder og det skal

vrderes på hvilken måte visning av kvalitetsindikatorer kan gjøres tilgjengelig for kvalitetsstyring og lokal kvalitetsforbedring (Rapport IS-2228, 2014).

Kvalitetsindikatorer for pasienterfaringer med somatiske sykehus hentes i dag inn ved at Nasjonalt kunnskapssenter gjennomfører en nasjonal undersøkelse blant pasienter som har hatt opphold ved sengeposter på norske somatiske sykehus (PasOpp-undersøkelsen). Undersøkelsen har vært gjennomført årlig i perioden 2011-2014 og resultatet publiseres på helsenorge.no. Sammenlikning av resultatet på undersøkelsene viser en positiv utvikling i pasienterfaringer med sykehusene over tid. Pasientene som har vært innlagt besvarer et papirspørreskjema som inneholder en rekke spørsmål om erfaringer med sykehuset, både når det gjelder strukturer og prosesser, forventninger og ventetid før innleggelse på sykehuset. Svarene på spørsmålene analyseres enkeltvis og grupperes i ti indikatorer som beskriver pasientenes erfaringer med sykehusoppholdet. De ti indikatorene er; Informasjon, Pleiepersonalet, Legene, Organisering, Pårørende, Standard, Utskriving, Samhandling, Ventetid og Pasientsikkerhet. Undersøkelsen viser at det er forbedringspotensialer ved norske sykehus sett fra pasientens perspektiv, spesielt på indikatorene utskrivning, samhandling, ventetid og organisering av sykehusets arbeid. PasOpp undersøkelsen 2013 viser klart at indikatoren utskrivning (overgangsfasen) er den indikatoren som scorer dårligst på landsbasis (Helsenorge, 2014).

Formålet med PasOpp er å fremskaffe informasjon om pasientenes erfaringer med norske sykehus og skal være et verktøy for:

- Faglig kvalitetsforbedring (verktøy for kvalitetsforbedring i helsetjenesten)
- Virksomhetsstyring (verktøy for styring og ledelse i helsetjenesten)
- Støtte til forbrukervalg (informasjonskilde for pasienter og helsepersonell i valg av helsetjenester)

- Samfunnsmessig legitimering og kontroll (gi allmennheten innsikt i helsetjenestens ytelser i samfunnsmessig og helsepolitisk sammenheng) (PasOpp-rapport Nr. 2 - 2014, 2014).

I 2014 ble kvalitetsbasert finansiering innført som en forsøksordning for spesialisthelsetjenesten. Kvalitetsbasert finansiering er en oppgjørsordning hvor en andel av de regionale helseforetakenes totale inntekter gjøres avhengig av måloppnåelse på fastsatte prestasjonsmål med bruk av kvalitetsindikatorer. Finansiering ved bruk av kvalitetsbasert finansiering skal komme i tillegg til dagens finansieringsordninger (basisbevilgning og innsattsstyrt finansiering). Det gjøres en vurdering av datagrunnlagets kompletthet før beregningen utføres. Vurderingen gjøres av Helsedirektoratet og prosedyren går ut på at man undersøker om alle rapporteringsenheter har levert data for den enkelte indikator. Årsaken til manglende rapportering er ofte manglende funksjonalitet i de pasientadministrative systemene. Da PasOpp er underlaget for finansieringsberegningen for brukererfaringer og opplevd kvalitet er det viktig at dataene er korrekte. Det er ikke funksjonalitet for å hente ut opplysninger om brukererfaringer fra dagens IT-løsninger på sykehusene, og det er derfor PasOpp benyttes. Ved gjennomgang av innsamlede data benyttelse statistiske metoder for å sikre representativitet og signifikans, samt at sammensetningseffekter i dataene da nøytraliseres (Rapport IS-2154, 2014).

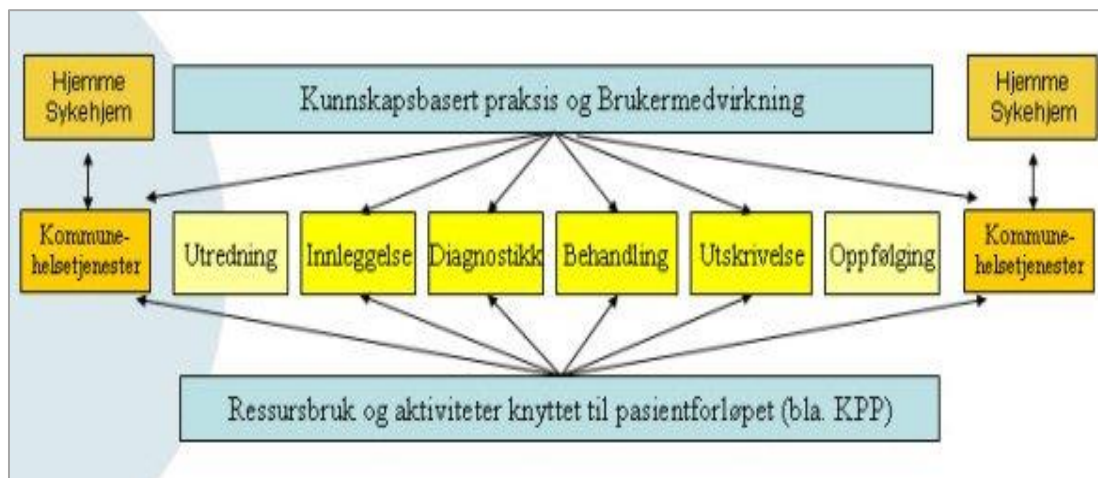
2.2.3 Helhetlige pasientforløp, behandlingslinjer og pakkeforløp

I veiledningsheftet "Helhetlige pasientforløp" sidestilles begrepene helhetlige pasientforløp og behandlingslinjer (Helse Sør-Øst, 2015). Helsebiblioteket definerer pasientforløp på følgende måte: «En helhetlig, sammenhengende beskrivelse av en eller flere pasienters kontakter med ulike deler av helsevesenet i løpet av en sykdomsperiode», mens behandlingslinje defineres som: «En dokumentert beskrivelse av et forventet pasientforløp for en definert diagnosegruppe, forankret i evidens og koplet til effektiv ressursutnyttelse og målbare resultater» (Helsebiblioteket, 2015).

I arbeidet med pasientforløp er erfaringen at spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten tenker forskjellig. I sykehus er pasientforløp utviklet i forhold til faglige retningslinjer for enkeltdiagnoser, mens det i kommunehelsetjenesten fokuseres på å ivareta pasients samlede medisinske behov og funksjonsevne. Pasientforløp i sykehus fokuserer på en diagnose om gangen, hvor det legges vekt på å følge de faglige retningslinjene. Pasientforløpet i kommunen vil derimot ha som mål å se på hvordan pasienten skal bli mest mulig selvhjulpent. I kommunen må man kunne ivareta at pasienten ofte har flere diagnoser og et sammensatt sykdomsbilde. 90 prosent av pasientene over 70 år har mer enn en kronisk sykdom (Norsk helsenett, 2015). Fastlege Marit Hermansen viser til forskjellen på pasientforløp som er utarbeidet ved sykehus hvor pasientforløp er knyttet til diagnoser og beskrives som lineære, i henvisning, utredning og behandling, og i primærhelsetjenesten hvor pasientforløp kan beskrives mer som en sirkel og hvor pasientforløpene er knyttet til en funksjon. Et viktig mål i samhandlingsreformen er nettopp å gi pasientene helhetlige og koordinerte helsetjenester, hvor utfordringen er å skape sammenheng i overgangene (Hermansen, 2013).

Hensikten med behandlingslinjer er å sikre høy faglig kvalitet, skape forutsigbarhet, bidra til samhandling og effektiv ressursutnyttelse. Dette skal igjen bidra til bedre planlegging, utvikling og styring i helsetjenesten. En behandlingslinje kan starte ved at sykdom oppstår i pasientens hjem, andre ganger starter behandlingslinjen ved akutt innleggelse på sykehus. Behandlingslinjer tar utgangspunkt i kjernevirksomheten i helsetjenesten, pasientbehandling, forskning, utdanning og opplæring av pasienter og pårørende. Behandlingslinjene skal være et verktøy for kliniske beslutninger i pasientbehandlingen (Helljesen, 2010). Figur 2 viser et eksempel på en behandlingslinje.

Figur 2: Elektronisk behandlingslinje med fokus på kunnskapsbasert praksis, prosesser og samhandling



Ved at behandlingslinjen er elektronisk skapes det en mulighet for elektroniske koplinger til nasjonale retningslinjer, oppslagsbøker, prosedyrer, elektronisk kvalitetshåndbøker og elektronisk pasientjournal. Samtidig gir den mulighet for å kople aktivitetsdata, kostnad-aktivitet-per-pasient (KAPP), planleggingsdata med kliniske aktiviteter og kliniske resultater. Når behandlingen av pasientens sykdom krever tverrfaglig samarbeid sikrer man, ved bruk av behandlingslinje, deling av kunnskap, implementering og at beste praksis følges i pasientbehandlingen (Helljesen, 2010).

Læringsnettverket er et samarbeidprosjekt mellom KS (Kommunesektorens organisasjon) og Kunnskapssenteret hvor 29 norske og 2 danske kommuner deltok på første møte, i januar 2014. På møtene ble kommunens sjekklister og arbeidet med helhetlig pasientforløp påbegynt. Kommunens sjekklister består blant annet av 5 punkter som skal utføres når pasienten utskrives fra sykehus for å sikre kvalitet i overgangen og et helhetlig pasientforløp. Vege (2014) har presentert følgende bruksanvisning for sjekklisten:

- For pasienter som skrives ut fra sykehus til hjemmet eller til midlertidig opphold i kommunal institusjon.
- Primærkontakt fyller ut sjekklisten og dokumenterer i journal
- Kommunen kan tilføye punkter til denne sjekklista dersom de ønsker det, men alle kommuner måler på punktene 1-10

- Kopi av ferdig utfylte sjekklister sendes fra primærkontakt til tilretteleggeren i kommunen for registrering i måleskjema (Vege, 2014)

I "Nasjonal kreftstrategi 2013- 2017" er det satt opp tydelige mål for kreftomsorgen. Standardiserte pasientforløp skal bidra til å heve kvaliteten og lage grunnlag for bedre samhandling, samtidig som risikofaktorer og unødig ventetid for pasientene blir redusert. Helsedirektoratet har utarbeidet pakkeforløp for kreft og diagnoseveiledere for fastlegene som skal implementeres i helsetjenesten i 2015. 21 arbeidsgrupper har utarbeidet 28 pakkeforløp og diagnoseveiledere for kreft etter den danske modellen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Pakkeforløp for kreft defineres som; "Pakkeforløp er standardiserte pasientforløp som omfatter hele forløpet – fra henvisning til spesialisthelsetjenesten til oppfølging og kontroller. I pakkeforløpene er det angitt differensierte, anbefalte forløpstider for hver kreftform" (Helsedirektoratet, 2014). Pakkeforløpene er i tråd med de nasjonale handlingsprogrammene med retningslinjer for kreft og endrer ikke eksisterende rettigheter og plikter (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013).

2.3 Mennesker

Det er et paradigmeskifte i det norske helsevesen: før spurte man pasienten "hva feiler det deg?", nå ønsker man å snu denne trenden til å spørre; "hva er viktig for deg?". I HelseOmsorg21 skrives det at god kvalitet på tjenestene forutsetter at brukernes erfaringer og synspunkter tas med i utviklingen og anvendelsen av kunnskap; *"Brukermidvirkning kan bidra til økt «treffsikkerhet» i utformingen og gjennomføringen av både generelle og individuelle tilbud, men pasienter/brukere er i dag i for liten grad delaktige i utformingen av helsetjenestene"* (HelseOmsorg21, 2014, s. 32).

Helt siden Freeman i 1984 skrev boken "Strategic management: A stakeholder approach" har det vært lagt vekt på hvem som er stakeholders i forskjellige prosjekter. Stakeholders kan oversettes til interessenter. Interessentene er de menneskene som på

en eller annen måte berøres av prosessen. Organisasjoner og offentlig forvaltning kan også ses på som interessenter (Hestad og Reinvang, 2008).

I Oppdrag- og bestillerdokumentet gis helseforetakene styringskrav fra Helse Sør-Øst. Under overordnede føringer er det presisert at regjeringen vil skape pasientens helsetjeneste og flytte makt slik at pasienten blir en aktiv og likeverdig partner (Helse Sør-Øst, 2011). Forskeres prioriteringer er ofte ikke i samsvar med hva store pasientgrupper opplever som viktige spørsmål, og Norges forskningsråd vil derfor innføre krav om å vise hvordan prosjektet vil involvere brukere ved søknad om midler. Forskning skal bidra til å løse problemer for pasienter og deres pårørende og derfor må deres ekspertise bli hørt og tatt til følge når nye metoder skal prøves ut, eller gjeldene praksis skal evalueres (Leegaard, 2015).

En undersøkelse gjennomført ved et sykehus i Chicago viste at kommunikasjonssvikt i overgangsfasen kan føre til pasientskader. Legene som ble intervjuet beskrev hendelser og suboptimale hendelser som oppstod grunnet kommunikasjonssvikt ved utskrivelse av pasienter. Det ble avdekket 21 alvorlige hendelser og i nesten alle tilfellene førte disse feilene til usikkerhet om avgjørelser knyttet til pasientomsorgen (medisinering, forestående tester og pasientens problemer/diagnoser). Manglende kommunikasjon rundt dette førte til ineffektivitet og suboptimal omsorg som igjen kunne føre til pasientskade (Arora, Johanson, Lovinger, Humhrey og Metlzer, 2005).

For å ivareta pasientens behov for kommunale helse- og omsorgstjenester etter utskrivelse sendes elektronisk melding til aktuell omsorgsgiver (i bruk i de fleste kommuner). Dette for at kommunen skal ha mulighet for å imøtekomme pasientens behov ved utskrivelsestidspunktet. Bjørlo og Christensen (2014) gjennomførte en kvalitativ undersøkelse for å identifisere kjennetegn på god kvalitet i elektroniske meldinger mellom sykehus og kommunehelsetjeneste (somatiske pasienter). Deretter ble det utført en kvantitativ undersøkelse for å vurdere hver melding over en begrenset tidsperiode. Resultatet viste at omtrent halvparten av meldingene var av god kvalitet, men av de resterende 45-50 prosentene hadde feil og mangler. Dette utløste et behov for tilleggsopplysninger som måtte innhentes på andre måter; telefon, telefaks og møter.

Dette påfører mottaker ekstra og kanskje unødvendig tidsbruk. Feil og manglende informasjon kan få alvorlige følger dersom det ikke oppdages, men blir integrert i pasientens videre medisinske behandling (Bjørlo og Christensen, 2014).

Presentasjon av og tilbakemelding på de rapporterte data (kvalitetsindikatorer) har som formål å være et incitament for lokalt kvalitetsarbeid og for å gi ledere og eiere på alle nivå i helseforetakene et godt styringsgrunnlag (Lind, 2014, s. 6). For at den enkelte medarbeider skal være motivert for å bidra til endring av rutiner og praksis slik at pasientenes erfaringer blir ytterligere positiv er det viktig å:

- skape eierskap til endringene som må gjennomføres
- ledelsen må kommunisere budskapet
- alle lag i organisasjonen må bli involvert
- snakke til den enkelte (Ukeavisen ledelse, 2013)

Myndighetene krever økt standardisering og bruk av systemer for å sikre god kvalitet. Informantene i studien hvor Indrebø og Korsæth (2013) undersøkte lederes oppfatning av kvalitet og pasientsikkerhet, og hvilke kvalitets- og pasientsikkerhetsutfordringer de opplevde. Det ble vektlagt at de ansattes kompetanse er viktigere enn systemene. Manglende kontinuitet kan være en utfordring for å sikre kvalitet. Myndighetenes pålegg oppfattes ikke nødvendigvis som relevante for å sikre kvalitet. Ledelsen ved sykehusene har en oppgave i å formulere pasientsikkerhetsfeltets systemorientering slik at det oppleves relevant fra klinikernes individorienterte ståsted. For å innføre kvalitetsbegrepet i den kliniske hverdagen må både ledere og medarbeidere engasjeres. Lederne må være involvert i kvalitetsarbeidet og samtidig føle et eierskap for kvalitetsarbeidet for å kunne engasjere og motivere sine medarbeidere for å oppnå ønsket resultat.(Indrebø og Korsæth, 2013).

2.4 Teknologi og oppgaver

2.4.1 Behovet for IT-løsning

I dag benyttes ingen elektronisk løsning for innrapportering av pasienterfaringer med somatiske sykehus og erfaringer med overgang fra spesialisthelsetjenesten (somatikk) til kommunehelsetjenesten/hjemmet. Det er et behov for en elektronisk løsning for innrapportering, men også fordi antall pasienter med komplekse helsebehov er økende. Dette medfører et sterkt behov for utvidelse av kvalitetssikring på tvers av organisatoriske grenser (Noest et al 2014). I dag er PasOpp undersøkelsens indikatorer "Utskriving" og "Samhandling" det eneste måleinstrumentet som benyttes på landsbasis for måling av pasienterfaringer i overgangen på tvers av organisatoriske grenser (eksempelvis mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten/hjemmet). En IT-løsning kan løse dagens utfordringer med lang tilbakemeldingstid, eventuelle utfordringer med distribuering og liknende.

DIS (Digitale innbyggertjenester i spesialisthelsetjenesten) arbeider med å identifisere mulige løsninger for utveksling av strukturert informasjon mellom innbygger og helsetjenesten. Som en del av arbeidet har det blitt foretatt en uforpliktende RFI (forespørsel for informasjon) for at helsedirektoratet skal skaffe best mulig utgangspunkt for valg av løsningskonsept. Flere leverandører besvarte RFI og helsedirektoratet opplyser at de nå har mange gode forslag og at DIS 2015 har fått de beste forutsetninger for å utforme løsningskonsept for utveksling av strukturert informasjon/digitale skjema (helsenorge, 2015).

Som skrevet i kapittel 2.2.2 Nasjonale kvalitetsindikatorer kvalitetsindikatorerne delt inn i tre typer; strukturindikatorer, prosessindikatorer og resultatindikatorer. Disse indikatorene rapporteres i dag ved hjelp av uttrekk fra pasientadministrative systemer og elektroniske pasientjournaler og er viktige for pasienten for å sikre at de ikke blir glemt og at nødvendig dokumentasjon på behandlingen foreligger innen rimelig tid. På grunn av strukturen på dagens EPJ (hovedsakelig ustrukturerte data) er det vanskelig å måle data som ville vært direkte nyttig for klinikerne eller pasienten i det daglige arbeidet. Det er også utfordrende å opprette målinger som vil understøtte klinikerens arbeid. Helse

Nord hevder de har vært flinke til å strukturere data og at de har «rimelig bra kontroll på virksomhetsdata», men virksomhetsdata dekker i liten grad pasientopplevde data. Det er fortsatt store mengder ustrukturerte data i helseforetakene som det er vanskelig å trekke nyttig informasjon ut av fordi de er vanskelige å strukturere (Schreurs, 2011).

Bruk og nytteverdi av de publiserte kvalitetsindikatorer fra PasOpp undersøkelsen er forskjellig. Kvalitetsindikatorer kan benyttes i arbeidet med korreksjon av behandlingsforløp og pakkeforløp. I motsetning til Big data vil man ved å definere kvalitetsindikatorer lokalt, lett kunne synliggjøre kvaliteten på arbeidet.

Gottschalk og Solli-Sæther (2009) viser til fire dimensjoner innen bruk av elektronikk for å lette samhandlingen mellom aktører (og dermed også leverandører av informasjon). Disse fire dimensjonene er arbeidsprosess, kunnskapsdeling, verdiskapnings-stadiet og helhetlig strategi (Gottschalk og Solli-Sæther, 2009). Behovet for en IT-løsning som kan ivareta målinger av definerte kvalitetsindikatorer er tosidig:

- behov for en løsning som kan ivareta de store datamengdene som gir grunnlag for rammene
- behov for en løsning hvor mindre enheter lett kan forme sine egne målinger for å tilpasse og korrigere den lokale virksomheten

2.4.2 Kravspesifikasjon til IT-løsninger

En kravspesifikasjon må beskrive hvilke brukerfunksjoner og generell ytelse en IT-løsning skal ha og sikre at brukernes behov blir dekket når det gjelder funksjonalitet, ytelse og brukervennlighet (Liseter, 2009). Kravspesifikasjon utarbeides for å gi de involverte parter, for eksempel brukere og utviklere, et felles bilde av hvordan systemet skal se ut og er viktig i utviklingsfasen og i testperioden hvor løsningens funksjonalitet testes i forhold til de fastlagte krav. Det er imidlertid viktig å merke seg at en kravspesifikasjon aldri kan erstatte kontinuerlig kommunikasjon i alle faser av utviklingen mellom de involverte parter (Kravspesifikasjon, 2015). Omland (forelesning ved Universitet i Agder, Systemutvikling, 2013) påpeker at det i systemutvikling ofte brukes “brukerhistorier” med følgende opplysninger:

- For å få/oppnå <nytte>

- Ønsker jeg som en <type bruker>
- En type <funksjonalitet>

Olav Torvund har angitt hovedpunkter som bør vurderes å ta med i en kravspesifikasjon. Det vil ikke alltid være aktuelt å ta med alt. Masterprosjektgruppen har valgt følgende hovedpunkt:

- **Funksjoner/oppgaver** som skal løses. Hvilke funksjoner løsningen skal ha må spesifiseres sammen med hva slags informasjon som skal håndteres av løsningen.
- **Kapasitet og ytelse.**
- **Systemmiljø.** I systemmiljø beskrives hva slags maskinvare man benytter eller vil benytte, hvilket operativsystem, nettverkssystem med mer. Vil man basere seg på et bestemt databasesystem, klient/tjenerløsninger eller annet? Dersom dette er spesifisert sammen med kompatibilitet, kan det være avgjørende for om leverandøren kan holdes ansvarlig dersom ikke løsningen fungerer som avtalt.
- **Kompatibilitet** kan gjelde både maskiner og programvare og siktes til om det som leveres kan brukes om hverandre med tilsvarende enheter og programvare.
- **Brukergrensesnitt** kan noen ganger være standardisert, for eksempel windows. Det kan være behov for å angi ulike skjermbilder ved utvikling av programvare selv om programmet kjører med standardisert grensesnitt.
- **Kommunikasjon.** Datasystemene er på en eller annen måte knyttet til et nettverk, lokalnett hvor der foregår kommunikasjon. Videre foregår det kommunikasjon utenfor lokalnettet. Det kan være mot andre lokale nett og mot offentlige nett i tillegg til internett.
- **Sikkerhet.** Ved kommunikasjon utover eget lokalnett må det tas hensyn til hvilke sikkerhetskrav som er nødvendige. Nettverkene er mer tilgjengelige, men man må også sørge for at uvedkommende ikke får tilgang til helseopplysninger. Sikkerhetsmekanismene kan spesifiseres.
- **Særlige krav.** Særlige krav til løsningen som skal leveres må tas med i kontrakten (Torvund, 1997).

Kravspesifikasjon blir ofte fraveket i praksis. Spesielt dersom det er et prosjekt som strekker seg over noe tid kan en rekke forutsetninger endre seg underveis og partene kan endre på kravet. Kunden kan få mer innsikt i hvilke muligheter løsningene gir og hvordan de kan utnyttes og leverandøren vil lære mer om kunden. I tillegg lanseres det stadig nye løsninger. Det er derfor viktig å følge med i tiden slik at man får et resultat begge parter er fornøyd med (Torvund, 1997).

DIFI laget i 2014 en liste med 11 punkter som utgjør standardkrav som leverandører skal opplyse om når det gjelder IT-standarder for offentlig sektor (Bergem, 2014). Alle standardspørsmål gjelder organisatoriske, semantiske og tekniske standarder. Det var aktuelt i utforming av kravspesifikasjonen (kapittel 5.5 Kravspesifikasjon til IT-løsning for innhenting, rapportering og presentasjon av pasientopplevde erfaringer) å se om denne nye standarden ville gi masterprosjektet den beste fremstillingen av kravspesifikasjonen. Gjennomgang viser imidlertid at Torvund sin beskrivelse fra 1997 dekker kravene fra DIFI og i tillegg gir faglig grunnlag for krav ut over det DIFI dekker. Arbeidet med en kravspesifikasjon bygger derfor på Torvund.

2.4.3 Eksisterende løsninger

Uttrykket “man trenger ikke finne opp hjulet på nytt” er også relevant for helsevesenet. Det er viktig å undersøke markedet for å se på dagens løsninger, både løsninger som benyttes i helsesektoren og andre bransjer. For å se på fellesnevnerne ved eksisterende løsninger er det trukket frem 4 løsninger som alle kan være relevant å benytte til dette formålet med innsamling og presentasjon av data.

I dialog med ansatt i Rambøll opplyses det at de tilbyr et **Rest API** (en hendelsesbasert integrasjonsløsning) som muliggjør at SurveyXact og System X (eksempelvis et pasientadministrativt system/modul eller et styrings- og rapporteringssystem) kan integreres. API står for Application Programming Interface, og Rest er betegnelsen på “språket”. De samlede dataene kan igjen benyttes i analyseprogram, eksempelvis SPSS.

Sigurd From, Sjefsarkitekt i **DIPS ASA**, svarer i en e-post den 4. februar 2015, at det i neste generasjon av DIPS, **DIPS Arena**, utvikles et datavarehus som gjør det mulig å benytte big data analyseverktøy for å registrere og høste de aktuelle kvalitetsindikatorer. Data fra skjemaer i journalen, basert på arketyper, vil kunne hentes over i datavarehuset, flere ganger per dag, og behandles der. Fortløpende høsting av data fører til at det kan utarbeides statistikker basert på den løpende datainnsamlingen. Data vil både kunne behandles i rapportverktøyet som hører til datavarehuset eller tas over i andre verktøy som SPSS for videre behandling. Ca. 80 prosent av spesialisthelsetjenesten i Norge benytter DIPS i dag, men man må kunne anta at big-data teknologien også kan benyttes i andre journalsystemer som benyttes i helsevesenet.

Qlikview er et utbredt analyseverktøy for store datamengder og med QlikView plattformen kan helseforetakene blant annet måle kvaliteten på utførte helsetjenester (Qlick.com, 2015). Qlickview kan konfigureres etter brukernes behov og integreres med allerede implementerte løsninger i helseforetakene, som eksempelvis pasientadministrativt system/journalsystem. Helseforetakenes virksomhetssystem kan også integreres med QlickView for å få en god oversikt over og presentasjon av virksomhetsdata. Systemet benyttes flere steder i norsk helsevesen allerede.

Statistisk prosesskontroll (SPC) er et "analyseverktøy, en filosofi, en strategi og et sett med metoder for kontinuerlig forbedring av systemer, prosesser og resultater". Hensikten med et SPC diagram er å kunne følge prosesser/målinger over tid. Klinikerne forstår og bruker kontrolldiagrammer til å reflektere over egen praksis. Kvalitet er en ferskvare, ikke bare rapporter man mottar lenge etterpå. Dersom vi ønsker at sykehuspersonell skal endre praksis må de involveres fra første stund og på sitt nivå. Ledere må kunne underbygge klinisk praksis med tall og målinger og ikke bare synsing. De som har hatt vellykkede forbedringsprosjekter sier at kontrolldiagrammene fungerte bra for å få de andre med seg (Brandrud, 2009).

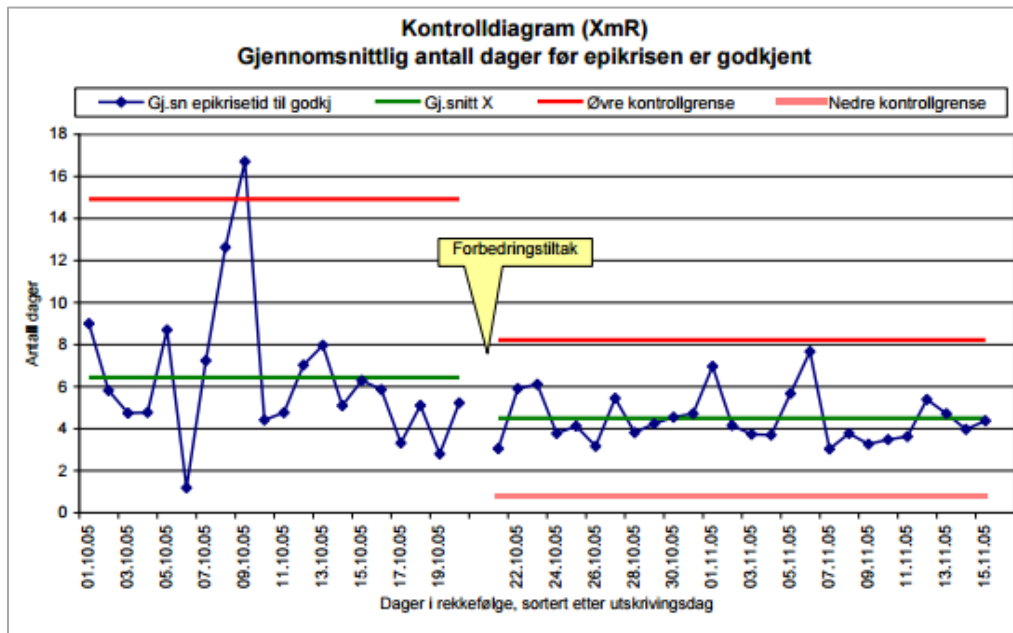
Forbedringskontroll: Sikre at forbedringer dokumenteres og at kvalitetsutviklingen er i retning av det bedre.

Variasjonskontroll: Sikre at prosessen er tilstrekkelig stabil

Nivåkontroll: Sikre at det stabile nivået er i overenstemmelse med god praksis.

For å sikre varig endring må vi styre prosessen helt til resultatene *forblir* slik vi vil ha dem (Brandrud, 2009).

Figur 3: Eksempel på kontrollidiagram fra SPC veiledningshefte



2.5 Juridiske rammebetingelser for behandling av helseopplysninger i et nasjonalt kvalitetsindikatorsystem

I rapporten "Rammeverk for et kvalitetsindikatorsystem i helsetjenesten - Primær- og spesialisthelsetjenesten" nevnes juridiske rammebetingelser for behandling av helseopplysninger i et nasjonalt kvalitetsindikatorsystem.

2.5.1 Helseregisterloven

Helseregisterloven gjelder for behandling av helseopplysninger som skjer helt eller delvis med elektroniske hjelpemidler, samt annen behandling av opplysninger når de inngår i et helseregister. Et helseregister defineres som "register, fortegnelser, mv. der

helseopplysninger er lagret systematisk slik at opplysninger om den enkelte kan finnes igjen”. Et nasjonalt kvalitetsindikatorsystem vil innhente tilgjengelig data i arbeidet med å beregne ulike typer kvalitetsindikatorer. Dette vil innebære behandling av helseopplysninger som omfattes av Helseregisterloven (Rapport IS-1878, 2010).

2.5.2 Helsepersonelloven

§ 29 b i Helsepersonelloven åpner for at departementet kan gi dispensasjon fra taushetsplikten slik at helseopplysninger kan gis til bruk ved kvalitetssikring, administrasjon, planlegging eller styring av helsetjenesten (Rapport IS-1878, 2010).

§ 26 i Helsepersonelloven gir hjemmel for behandling av taushetsbelagte opplysninger innenfor en virksomhet når formålet er internkontroll eller kvalitetssikring av tjenesten. Dette inkluderer beregning av kvalitetsindikatorer. Et kvalitetsregister kan i prinsippet defineres som et behandlingsrettet helseregister, og er derfor bare meldepliktig (ikke konsesjonspliktig). Forutsetningen er at registrering, rapportering og tilbakemelding bare benyttes internt i en virksomhet, og at personidentifiserbare opplysninger ikke kobles til data fra andre virksomheter. Opplysningene skal imidlertid så langt som mulig gis uten individualiserende kjennetegn. Pasientene har mulighet til å motsette seg utlevering av personidentifiserbare opplysninger (Rapport IS-1878, 2010, s. 16).

2.5.3 Personvern

Det må foretas en vurdering av de personvernmessige konsekvenser når valget av løsning for etablering av et nasjonalt indikatorsystem for helse- og omsorgstjenesten skal gjøres. Dette følger blant annet av Helseregisterlovens formålsbestemmelse og med grunnleggende personvern hensyn menes blant annet behovet for personlig integritet, privatlivets fred og tilstrekkelig kvalitet på helseopplysningene (Rapport IS-1878, 2010).

2.6 Norm for informasjonssikkerhet

Normen er veiledende retningslinjer for både helsevirksomheter og leverandører til disse når det gjelder digital aktivitet. I kapittel 5.8.3 i Normen står det hva leverandørers virksomhet må ta hensyn til for å ivareta konfidensialitet, integritet og tilgjengelighet for helse- og personopplysninger. Punktene nedenfor er de punktene som kan anses som relevante for en leverandør som leverer en IT-løsning for kvalitetsindikatorer:

- leverandøren etterlever Normen med tanke på databehandlingsansvarliges plikter vedrørende sikkerhetsrevisjoner og avviksbehandling.
- leverandørens utstyr som benyttes ved online oppkobling ved hjelp av kommunikasjonsnett eller medbrakt utstyr som knyttes til virksomhetens utstyr, har ikke ondsinnet programvare som inneholder virus e.l. og at utstyret er sikret mot adgang fra uvedkommende.
- leverandøren skal kun få adgang etter særskilt tillatelse fra virksomheten i hvert enkelt tilfelle, og kun adgang til de enheter hvor det er behov.
- all adgang skal skje under overvåking fra virksomhetens personale (Helsedirektoratet, 2015).

2.7 Litteraturgjennomgang

2.7.1 Relevant forskning

I en kvalitativ meta-syntese av pasientopplevelser ved overganger intra- og interhospitalt (Uhrenfeldt et al) er det samlet, tolket og syntetisert funn fra kvalitative studier. 14 kvalitative studier av pasientenes erfaringer om å bli overført ble inkludert i studien. Tre hovedkategorier ble identifisert:

1. overføring som uforutsigbar, skremmende og stressende;
2. overføring som utvinning og lettelse
3. overføring som sklir i ubetydelighet

Meta-syntese viste at pasienters erfaringer med overganger kunne betraktes som kritiske hendelser der sykepleiere trenger å fokusere på pasienten og at overføringen

skal være trygg, forutsigbar, og individuell (Uhrenfeldt, Aagaard, Hall, Fegran, Ludvigsen, 2013).

Hvalvik og Dale (2013) viser til sykepleiernes erfaringer med omsorg for eldre personer i overgangen ved utskrivelse fra sykehus og til hjemmet, og samarbeidet på tvers av organisatoriske nivåer ble påpekt som en kritisk faktor med potensial for forbedring. Hvalvik og Dale delte 11 sykepleiere fra hjemmesykepleien inn i to fokusgrupper og sykepleierne ble deretter intervjuet etter en fenomenologisk, hermeneutisk tilnærming.

Det var fire tolkninger som ble belyst:

- Det er viktig å ha en forståelse for pasientenes tidligere historie når det gjelder overganger
- Sykepleierens repertoar utfordres i overgangsprosessen
- Omsorgen må tilpasses pasientens livssituasjon
- Hvor god omsorgen blir, er avhengig av sammenhengen. Sykepleierne etterstrebet å gi omsorg basert på respekt for det enkelte individ som en levende helhet (Hvalvik og Dale 2013)

Coleman (2003) nevner følgende faktorer som avgjørende for å oppnå effektive overganger:

- Kommunikasjon mellom den avleverende og mottagende part om:
 - plan for videre behandling
 - epikrise
 - pasientens mål
 - oppdatert liste med problemer, kognitive funksjoner, medikamenter og allergier
 - kontaktinformasjon til pasientens fastlege og omsorgsyter(e)
- Forberedelse av pasienten og omsorgsyter angående hva som er forventet i videre forløp
- Oppdatering av forskrevne medikamenter
- Plan for videre oppfølging (polikliniske timer, prøver) (Coleman, 2003)

I 2003 var det få klare definerte kvalitetsindikatorer som indikerte grad av kvalitet på klinikernes arbeid i en overgangssituasjon. Konsekvensene av overganger med dårlig kvalitet blir ofte undervurdert og kvaliteten på overgangen kan påvirke både helsepersonellet og pasienten selv. Overganger med dårlig kvalitet kan føre til et høyere behov for oppfølging av sykehuset, større behov for poliklinisk oppfølging og høyere benyttelse av akuttfunksjoner. Hindringer for effektive overganger i helsevesenet kan settes i tre kategorier: "leveringssystemet", klinikerens, og pasientens. Kvalitetsindikatorer er nødvendig for å måle kvaliteten på overganger, for å sammenlikne ulike situasjoner i helsevesenet og for å sikre profesjonalitet for pasienter som gjennomgår overganger. Forfatterne mener også at kvalitetsindikatorer skal være linket til tilbakebetalinger (Coleman, 2003).

Coleman et al utviklet i 2005 Care Transition Measure (CTM) for å kunne vurdere kvaliteten i overganger, og prestasjonsmåling var en potensiell strategi for å forbedre kvaliteten på omsorg gitt i overganger. En gyldig og pålitelig selvrapporing var nødvendig som mål på kvaliteten på gitt omsorgen i overganger. Selvrapporingen var i overensstemmelse med begrepet pasientsentrering og nyttig for måling av ytelse og kvalitetsforbedring. Coleman et al utviklet og testet selvrapporing som mål på kvalitet på omsorgen i overganger som fanget opp pasientens perspektiv, samtidig som dette kan benyttes som et verktøy i arbeidet med kvalitetsforbedring. CTM ble eksplisitt utformet for å omfatte alle sidene ved pasientenes erfaring med overganger, og ble utviklet ved hjelp av en rekke fokusgrupper som involverte eldre pasienter (og deres pårørende) som nylig hadde opplevd overgang. De kvalitative analysene avdekket fire domener:

- Informasjonsoverføring/kunnskapsoverføring
- Forberedelse av pasient og pårørende (hva skjer etter utskrivelse, hvem følger opp pasienten)
- Støtte for selvledelse
- Patient empowerment (Empowerment of self preferences) (Coleman et al, 2005).

Resultatene av studien endte med 15 elementer innenfor de fire dimensjonene nevnt ovenfor. I artikkelen konkluderes det med at det må vurderes å utvikle og teste CTM i en større sammenheng. En av årsakene til at CTM ble utviklet var for å rette et økt fokus mot overganger og at overganger er mer enn kun utskrivelsesprosessen. Det er også viktig å få en god kvalitet på overgangen slik at videre kontinuitet, pasientens mestringsfølelse og koordinering blir optimal (Coleman et al, 2005). Arbeidet med utviklingen av CTM har pågått over lenger tid og det er utført fire tidligere forskningsstudier i prosessen. I intervju med Journal for Healthcare Quality (2011) opplyste Coleman at over 400 ledende helseorganisasjoner har tatt i bruk "Care Transitions Intervention". Det er registrert 15 land som har bedt om tillatelse til å ta i bruk CTM (Chai, 2011).

I 2012 ble det gjennomført en studie som validerte "The Care Transition Measure". Pasientene (n = 579) ble intervjuet ved hjelp av CTM-15 tre uker etter utskrivelse fra sykehus. Studien konkluderte med at The Care Transition Measure er et valid og pålitelig måleinstrument for opplevd kvalitet i overganger for pasienter i Singapore (Bakshi et al 2012).

2.7.2 Meleis Transition Theory

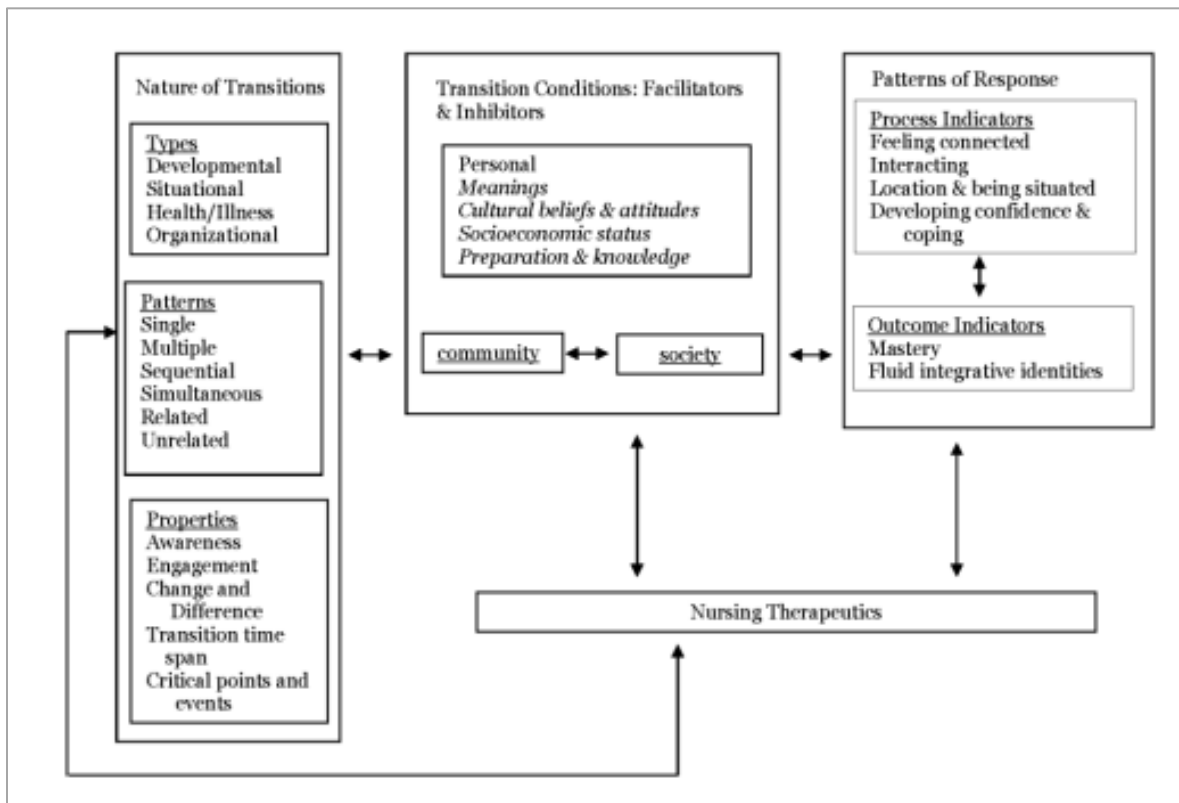
Begrepet "Transition" inneholder elementer av både prosesser, tid og mening. En overgang kan dermed karakteriseres som en prosess som innebærer endringer og krav som stilles til å mestre disse endringene. En overgang er videre en prosess med et tidsperspektiv som strekker seg fra overgangen starter og fram til den nye situasjonen oppleves som stabil og trygg (Hvalvik, 2012, s.9).

I følge Meleis er det et mål for sykepleie å bidra til helse og mestring i overgangsfasen. For å nå dette målet må sykepleier ha kunnskaper om hvordan pasienten mestrer utfordringene og endringene som overgangen innebærer. Dette beskriver Meleis som det å observere helsefremmende prosesser. Videre må sykepleier tilegne seg kunnskaper om hvorvidt pasienten opplever at overgangsprosessen truer det som føles meningsfullt i livet. Dette beskrives som det å vurdere overgangsprosessen gjennom

prosess indikatorer. Til slutt må sykepleier ha kunnskaper om hvilke sykepleiehandlinger som kan bidra til at pasienten mestrer overgangsfasen på en best mulig måte (Hvalvik, 2012, s.10).

Pasientene opplever overgang ved utskrivelse fra sykehus til kommunehelsetjenesten/hjemmet. Sårbarheten pasientene opplever er knyttet til erfaringer med overganger, interaksjoner og de miljømessige forhold. Dårlige erfaringer kan føre til potensiell skade, som kan medføre forsinket eller usunn mestring av egen situasjon. Sykepleiere er nøkkelpersoner i overgangen og de har en viktig rolle i overgangen fra sykehus til kommunehelsetjenesten/hjemmet (Im, 2007). Meleis Transition teori tar for seg faktorer som påvirker overgangen (se figur nedenfor):

Figur 4: The Midrange Transition Theory



Det er flere typer overganger i løpet av et sykdomsforløp. Eksempel på overganger er prosessen fra å være frisk til å bli alvorlig akutt syk eller kronisk syk, rehabilitering fra sykdom eller å bli utskrevet fra sykehus til hjemmet med poliklinisk oppfølging og/eller

kommunale helsetjenester. Mønstre i overganger omfatter også om pasienten erfarer/opplever en eller flere overganger (Fex, 2010).

Betraktninger av Meleis Transition Theory sier følgende:

- overganger er komplekse og flerdimensjonale
- overganger karakteriseres av endringer over tid
- overganger kan føre til endringer i identitet, rolle, relasjoner, evner og adferdsmønstre
- hvordan personer reagerer på overganger er individuelt (Im, 2007)

Overganger er ofte en endring i seg selv og resulterer derfor som oftest i en endring hos personen som opplever overgangen. The Midrange Transition Theory er, i følge tilbakemeldinger, enkel og klar å forstå. Definisjonene er klare og gir en helhetlig forståelse av kompleksiteten i overganger. De viktigste begrepene er logisk knyttet sammen, relasjonene er tydelige og variablene er uavhengige av hverandre. Faktorer som påvirkes av hverandre er tydelig grafisk fremstilt (se figur 4). Middle range teorier er mer spesifikke og konkrete enn teorier med større omfang. Selv om Meleis Middle range Transition theory generaliseres og har et begrenset omfang kan den benyttes generelt i overganger. Teorien er flere ganger benyttet som et rammeverk i prosessen med å forklare erfaringer med overganger i ulike situasjoner hos ulike grupper av befolkningen. Helserelaterte spørsmål omhandler alltid en type overgang, enten en eller flere (Im, 2007).

2.8 Problemformulering

Studier, erfaringer og tilbakemeldinger fra pasientene viser at kvaliteten på overgangen fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten og eller hjemmet ikke alltid er tilfredsstillende.

Forsknings spørsmål

1. Hvordan opplevde pasientene i denne undersøkelsen overgangen fra spesialisthelsetjenesten?
2. Hvilke spørsmål synes pasientene i denne undersøkelsen det er mest viktig å måle på?
3. Hvilke krav bør stilles til en IT-løsning for å gi gode rapporteringsmuligheter og presentasjon av innsamlede data?

2.9 Avgrensning av oppgaven

Fra pasienten har sin første kontakt med sykehuset, og til de er vel “fremme” enten i sitt eget hjem eller i en form for omsorgssituasjon, er det mange overgangsfaser hvor man kan måle kvaliteten og det er flere målemetoder for dette. Kunnskapssenterets PasOpp undersøkelse inneholder ti indikatorer. Kun to av disse, “Utskriving” og “Samhandling”, er aktuelle for måling av opplevd kvalitet i overgangen utskrivelse fra somatisk spesialisthelsetjeneste til kommunehelsetjenesten/hjemmet. Det er valgt å avgrense til å se på overgangen mellom somatisk spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjenesten/hjemmet, og samhandling er kun berørt i de tilfellene det har betydning for masterprosjektet. Spørsmål og påstander som er definert under samhandling er benyttet da de inngår i en helhetsforståelse av overgangen.

Det er utformet en kravspesifikasjon som begrenses til en IT-løsning som vil måle og synliggjøre innsamlede data ved målinger på kvalitetsindikatorer. Kravspesifikasjonen som er utarbeidet har fundament i resultatet av undersøkelsen, litteratursøk og egne vurderinger ut fra helsefaglig og helseinformatisk bakgrunn.

3.0 Metode og prosedyre for gjennomføring

3.1 Valg av metode og design

Det ble valgt å gjennomføre en tverrsnittsundersøkelse hvor respondentene er pasienter som er blitt utskrevet fra spesialisthelsetjenesten. En tverrsnittstudie samler informasjon på en planlagt måte i en definert populasjon (utvalg) på et gitt tidspunkt (Polit og Beck, 2014). Tverrsnittstudier kan gi informasjon om hvordan fenomener fungerer på det aktuelle tidspunktet og om eventuelle sammenhenger (Johannessen, Tuftte og Christoffersen, 2011). Studier som er retrospektive benytter som regel tverrsnittsundersøkelser og i dette masterprosjektet ser man på erfaringer som respondenten alt tilegnet seg i overgangen (Polit og Beck, 2014).

Målet med spørreundersøkelsen er å få en oversikt over hvordan pasientene opplevde overgangen, og hvilke indikatorer som pasienten mener er viktige ved overgangen fra spesialisthelsetjenesten til annet nivå i helsetjenesten eller ved utskrivelse til hjemmet. Befring deler data inn i primær- og sekundærdata. Primærdata er data som blir samlet inn med det primærformål å danne analysegrunnlag. Sekundærdata er data som allerede eksisterer (Befring, 2007). Sekundærdata blir i denne undersøkelsen brukt til å sammenligne de innsamlet data med.

3.2 Utarbeidelse av spørreskjema

Et standardisert selvinstruerende spørreskjema blir ofte kalt enquete. Enquete kan metodisk sett ses på som et kollektivt intervju, der spørreskjema går til mange informanter samtidig. Enquete stiller strenge krav til systematisk utforming av både spørsmål og svarkategorier (Befring, 2007). Spørreskjemaet inneholder spørsmål fra følgende tre instrumenter:

- CTM-15 (Care Transition Model-15)
- PasOpp undersøkelsen 2013
- Kommunens sjekkliste

Spørsmålene får frem ulike faktorer knyttet til pasientenes erfaring med overgangen. Spørsmålene i CTM-15 har skala med fire verdier som svaralternativ, i tillegg til “vet ikke, husker ikke, ikke aktuelt”, mens PasOpp undersøkelsen har skala med 6 verdier. En av fordelene med skalaer med flere verdier er at respondentene får mulighet til å nyansere svaret og at fem verdier eller mer gir mulighet for mer omfattende statistiske analyser enn skalaer med færre verdier (Johannesen, Tufte og Christoffersen, 2011). Svaralternativet “Vet ikke/husker ikke/ikke aktuelt” er et omdiskutert svaralternativ, men i norsk metodelitteratur anbefales dette svaralternativet i tilfeller hvor det er sannsynlig at respondentene ikke er i stand til å besvare spørsmålet. Dersom dette svaralternativet ikke er med kan det risikeres at respondentene velger et annet svaralternativ i mangel på et “vet ikke/husker ikke/ikke aktuelt” alternativ som da vil føre til feil og være en mulig feilkilde når data skal analyseres (Johannesen, Tufte og Christoffersen, 2011, s. 271).

Alle spørsmålene i spørreskjemaet har et underspørsmål hvor pasienten skal gradere, på Likert skala, graden av viktighet for det aktuelle spørsmålet. Fordel med Likert skala er at graderingen på de ulike spørsmålene enklere kan kvantifiseres (Polit og Beck, 2014, s. 188). Respondentenes gradering av viktighet på de ulike spørsmålene for de tre måleinstrumentene vil utgjøre grunnlaget for diskusjonen hvor måleinstrumentene diskuteres opp mot hverandre. Hensikten med at respondentene graderte viktighet er at måleinstrumentene skal diskuteres opp mot hverandre for å se hva som egner seg best for måling av opplevd kvalitet i overgang fra sykehus til kommunehelsetjenesten og/eller hjemmet, og hvilke som vil ha mindre betydning ved utskrivning.

Som skrevet i kapittel 2.2.1 Pasientrapporterte resultater (PROMs - PatientRelatedOutcomeMesures)forutsetter en vellykket bruk av PROMs i Norge identifikasjon av egnede instrumenter, god oversettelse av de egnede instrumentene og en vitenskapelig tilnærming for å teste instrumentenes måleegenskaper og gjennomføring. Tabellen nedenfor viser trinnene og aktivitetene beskrevet av Garratt og Bjartnæs (2014) sammen med beskrivelse av hvordan masterprosjektgruppen har gjennomført de ulike aktivitetene i arbeidet med kartlegging av hvilke indikatorer

pasientene mener for å måle kvalitet i overgangen spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten/hjemmet.

Tabell 1: Trinn for bruk av PROMs-instrumenter som kvalitetsindikatorer i Norge

Trinn	Aktivitet	Masterprosjektgruppens aktiviteter
Etablering av referansegruppe	Følge hele prosessen og godkjenne protokoll. Valg av riktige helseaspekter (Garratt og Bjartnæs, 2014, s.6)	Avgrenset til overgangen ved utskrivelse fra sykehus til kommunehelsetjenesten/hjemmet
Systematisk gjennomgang	Vurdere eksisterende kunnskapsoppsummeringer og PROMS-studier ifht COSMIN-sjekklisten (Garratt og Bjartnæs, 2014, s.6)	Litteratursøk resulterte i tre aktuelle instrumenter: <ul style="list-style-type: none"> - CTM-15 - Kommunens sjekkliste - PasOpp (indikatorerne "Utskrivelse" og "Samhandling")
Oversettelse av instrumenter	Forlengsbaklengs oversettelse av instrumenter som ikke har vært igjennom tilfredsstillende oversettelsesprosesser (Garratt og Bjartnæs, 2014, s.6)	Fulgt WHO's retningslinjer for oversettelse av CTM-15 (fra engelsk til norsk og fra norsk til engelsk)
Kognitive intervjuer med pasienter	Testing av aksept, forståelse og innholdsvaliditet (Garratt og Bjartnæs, 2014, s.6)	Ikke utført da søk etter tidligere forskning viser at CTM-15 og PasOpp er benyttet flere ganger. Kommunens sjekkliste er ikke benyttet i spørsmålsform, men er utvalgt av arbeidsgrupper (se kapittel 2.2.3)
Kvantitativ undersøkelse	Testing av instrument på en større gruppe pasienter, vurdere resultat mot COSMIN-sjekklisten (reliabilitet, validitet, sensitivitet til å måle endringer) (Garratt og Bjartnæs, 2014, s.6)	Kvantitativ undersøkelse er gjennomført

3.2.1 CTM-15

CTM-15 er opprinnelig engelskspråklig, og er tidligere oversatt til en rekke språk, men ikke til norsk. Masterprosjektgruppen har fulgt WHO's retningslinjer for oversettelse av instrumenter i arbeidet med oversettelsen av CTM-15 fra engelsk til norsk. Følgende prosess for oversettelse ble gjennomført:

Tabell 2: Prosess for oversettelse av instrument

Handling	Forklaring	Utførende person
Forward translation	WHO påpeker at oversetteren bør være kunnskapsrik og av den engelskspråklige natur. Forward translation skal legge vekt på det konseptuelle, og ikke kun språklig ekvivalens (WHO, 2015).	Oversetteren som utførte forward translation oppfyller dette kravet ved å være engelsklærer og har master i engelsk litteratur ved universitet i Agder.
Back-translation	Instrumentet oversettes tilbake til engelsk av en uavhengig oversetter, hvis morsmål er engelsk og som ikke har noen kjennskap til spørreskjemaet. Som forward translation skal back-translation ha fokus på det konseptuelle og ikke kun språklig ekvivalens (WHO, 2015).	Oversetteren som utførte dette har engelsk som morsmål.
Expert panel	Målet i dette trinnet er å identifisere og løse de utilstrekkelige uttrykk / begreper i oversettelsen, samt eventuelle avvik mellom forward-translation og back-translation. Ekspertpanelet kan stille spørsmål noen ord eller uttrykk og foreslå alternativer. Ekspertpanelet fikk tilgang til den opprinnelige utgaven av CTM-15 da WHO sine retningslinjer påpeker at eksperter bør gis adgang til materiale som kan hjelpe dem til å være i samsvar med tidligere oversettelser. Resultatet av denne prosessen vil gi en fullstendig oversatt versjon av spørreskjemaet. (WHO, 2015).	Veileder av masterprosjektet og kollega av veileder.
Final version	Den endelige versjonen av instrumentet i målspråket bør være et resultat av alle iterasjoner som er beskrevet ovenfor. (WHO, 2015).	Masterprosjektgruppen og veileder gjennomgikk sammen versjonen av CTM-15 som var resultatet av expert panel gjennomgangen.

3.2.2 Sjekkliste pasientforløp for kommunen

Sjekklisten “Oppfølging av Gode pasientforløp i kommunen” inneholder flere punkter, men det er kun 5 av punktene som er relevant å trekke ut i forbindelse med overgang. Ordlyden på punktene i sjekklisten for kommune er tilpasset spørreundersøkelsen slik at de fremstår som mer tilpasset til pasientene. I tabellen nedenfor er det en oversikt over tilpasset tekst og den eksakte ordlyden i sjekklisten:

Tabell 3: Kommunens sjekkliste

Kommunens sjekkliste	
1	Tilpasset: Kommune og sykehus har hatt et møte og planlagt min utreise sammen <i>Eksakt ordlyd: Kommune og sykehus / kommunal institusjon har planlagt utreisen sammen i telefon / video / møte</i>
2	Tilpasset: Forberedelse av utreisen er gjort i samarbeid med meg og mine pårørende? <i>Eksakt ordlyd: Forberedelse av utreisen er gjort i samarbeid med pasient og pårørende?</i>
3	Tilpasset: Nødvendige hjelpemidler er bestilt/på plass for å mestre min egen situasjon best mulig? <i>Eksakt ordlyd: Nødvendige hjelpemidler er bestilt/på plass hos pasienten for å mestre egen situasjon best mulig?</i>
4	Tilpasset: Brev fra sykehuset fra behandlende lege (Epikrise) var gjennomgått før kommunehelsetjenesten møtte meg? <i>Eksakt ordlyd: Epikrise (eller tilsvarende fagrapport) er gjennomgått før møte med pasienten</i>
5	Tilpasset: Jeg vet hvem som er min primærkontakt? <i>Eksakt ordlyd: Pasienten vet hvem som er primærkontakt og ansvarlig for oppfølgingen</i>

Se kapittel 2.2.3 Helhetlige pasientforløp, behandlingslinjer og pakkeforløp for detaljer om hvordan sjekklisten “Oppfølging av gode pasientforløp i kommune ble utarbeidet.

3.2.3 PasOpp undersøkelsen 2013

I spørreundersøkelsen gjennomført i dette masterprosjektet er det trukket ut to indikatorer (“Utskriving” og “Samhandling”) fra PasOpp undersøkelsen 2013. Tabellen nedenfor viser hvilke spørsmål som dekkes av de to indikatorene:

Tabell 4: Relevante spørsmål fra PasOpp 2013

Spm nr	Spørsmål i PasOpp undersøkelsen
	Indikator: Utskriving (Forberedelse til tiden etter utskrivning)
Spm 42	Ble du informert om hva du selv kunne gjøre hjemme ved eventuelle tilbakefall?
Spm 43	Ble du informert om hvilke plager du kunne regne med å få i tiden etter sykehusoppholdet?

Spm 44	Ble en oppdatert liste over medisinene dine gjennomgått med deg da du ble utskrevet fra sykehuset?
Spm 45	Da sykehuspersonalet vurderte hvilke helsetjenester jeg kom til å ha behov for etter sykehusoppholdet, tok de hensyn til hva jeg og mine pårørende ønsket.
Spm 46	Ved utskriving fra sykehuset hadde jeg god forståelse for hva som var mitt ansvar for å ta vare på egen helse.
Spm 47	Ved utskriving fra sykehuset forsto jeg klart hensikten med å ta de forskjellige medisinene mine
	Indikator: Samhandling (Sykehusets samarbeid med andre)
Spm 48	Opplever du at sykehuset har samarbeidet bra med fastlegen din om det du var innlagt for?
Spm 49	Opplever du at sykehuset har samarbeidet bra med hjemmetjenesten/andre kommunale tjenester om det du var innlagt for?

3.3 Utvalg og tilgang til feltet

Ved utvelgelsen må det tas hensyn til ytre validitet slik at generaliseringene får best mulig validitet (Lund og Haugen, 2006). Det ble utført en vilkårlig utvelgning av respondenter blant pasienter som ble utskrevet ved

- Sørlandet sykehus, ortopedisk avdeling SSK og SSA og medisinsk avdeling UC SSA og 1D Lungeposten SSK, medisinsk avdeling 2 A og 2C SSK og medisinsk og kirurgisk avdeling ved SSF
- Vestre Viken, til Hjemmesykepleien i Bærum kommune, Østerås distrikt.

Utvelgningen ble gjort ved at personalet på avdelingen hvor pasienten ble utskrevet fra delte ut informasjonsskriv og spørreskjema (papirformat) til pasientene. I Bærum var det hjemmesykepleien som delte ut skjemaet. Ved vilkårlig utvelgning velges individer som er praktisk tilgjengelige (Lund og Haugen, 2006). I informasjonsskrivet ble det opplyst om en kode til SurveyXact spørreskjema (nettbasert) slik at de selv kunne velge om de ønsket papirbasert eller elektronisk besvarelse.

Inklusjonskriterier for studien:

- ≥ 18 år

Eksklusjonskriterier for studien:

- Demente pasienter
- Pasienter i terminal fase
- Pasienter med psykisk lidelse
- Psykisk utviklingshemmende
- Pasienter som ikke har norsk som hoved morsmål

Søknadskjema vedrørende datainnsamling ble sendt til rådgiver ved Sørlandet sykehus (SSHF) 11. desember 2014. Enhetsledere ved fire ulike enheter fikk søknadsskjema samme dag. Svarene kom raskt tilbake, men ved en av enhetene ønsket enhetsleder også godkjenning fra pasientansvarlig lege. Dette forsinket prosessen i en drøy måned. Distribusjon av undersøkelsen startet på tre av enhetene 15. desember 2014, med svarfrist 16. januar 2015. 15. januar var det få respondenter på spørreundersøkelsen, og det ble derfor sendt søknad til to nye enheter ved SSHF. Svarfrist ble utsatt til 1. februar og 20 konvolutter ble utlevert til hver av de to enhetene.

Den 22. januar var det kun fire respondenter på undersøkelsen. Etter samtale med veileder, ble det sendt søknad til to enheter ved SSHF, Flekkefjord. Begge enhetsledere var positive til å bistå med å gjennomføre undersøkelsen og det ulevert 97 konvolutter til enhetene. Svarfrist for spørreundersøkelsen ble igjen utsatt, endelig frist ble satt til 14. februar 2015.

Sørlandet sykehus delte totalt ut 246 konvolutter (Kristiansand 90 av 120 konvolutter, Flekkefjord 73 av 98 og, Arendal, 83 av 100). Hjemmesykepleien i Bærum kommune (Østerås distrikt) delte ut 23 konvolutter. Tilsammen ble det utdelt 269 konvolutter og resultatet ble 52 svar, hvilket utgjør en svarprosent på 19.

3.4 Valg av analysemetode

Analyse av data ble gjort ved bruk av SurveyXact og SPSS. Det ble først utført en univariat analyse hvor det undersøkes hvordan enhetene fordeler seg på én egenskap

eller én variabel. Deretter ble det utført bivariante frekvensanalyser for å se på sammenhengen mellom variablene (Johannesen, Tufte og Christoffersen, 2011).

Da MannWhitney U Test benyttes for å teste forskjeller mellom to uavhengige grupper av kontinuerlige variabler (Pallant, 2010) ble det gjennomført en MannWhitney U-test. Det var ønskelig å se om det var signifikant forskjell på kjønnene (kvinne og mann) og aldersgrupper. Følgende kombinasjoner ble analysert;

- Kjønn kombinert med CTM Score og CTM Score for viktighet på CTM-15, CTM score for viktighet på Kommunens sjekkliste og CTM score for viktighet på PasOpp.
- Alder (over og under 70 år og over og under 80 år) kombinert med CTM Score og CTM Score for viktighet på CTM-15, CTM score for viktighet på Kommunens sjekkliste og CTM score for viktighet på PasOpp.

Det ble ikke funnet noen signifikante verdier og de er derfor ikke tatt med i analysen.

Spearman Rho analyse gjøres for å se etter korrelasjons koeffisient som indikerer viktigheten av forholdet mellom ordinale variabler (Polit og Beck, 2014). Dette ble utført på CTM-15, Kommunens sjekkliste og PasOpp, både på selve spørsmålene i instrumentene og på underspørsmålet "Hvor viktig er dette for deg?". Pallant henviser i SPSS Survival Manual til at Cohen har følgende retningslinjer for korrelasjon blir fulgt: liten $r=.10$ til $.29$, medium $r=.30$ til $.49$ og stor $r=.50$ til 1.0 (Pallant, 2011). Analysen viste flere korrelasjoner som var signifikante, men det var ikke relevante korrelasjoner å trekke inn i analysen.

Utrekning/målemetode for CTM Score

Vi har fulgt utregningsmetode for utregning av CTM score for hver respondent på hvert spørsmål. Svaralternativene i undersøkelsen er kodet med følgende verdier:

- Svært uenig =1
- Uenig =2
- Litt enig =3
- Svært enig =4
- (Vet ikke/Husker ikke/Ikke aktuelt= Fjernes)

Regnemetode for utregning av CTM Score:

- Legge sammen den totale summen for hvert spørsmål
- Dele den totale summen med antall spørsmål som respondenten har besvart. Dette utgjør meanverdi for hver respondent. Score for hver respondent vil alltid være mellom 1- 4.

Det ble deretter gjort en lineær omforming av CTM Score for å få et mer brukervennlig 0-100 tall. Dette gjøres ved å benytte følgende formel; $[(\text{Mean score}-1)/3]*100$. Meanverdi og standard avvik (SD) er utregnet for hver respondent. Denne fremgangsmåten er utarbeidet av Coleman. Masterprosjektgruppen valgte å benytte CTM score da det er relevant for å sammenlikne med andre undersøkelser hvor denne utregningsmetoden er benyttet. Det korrekte målet for sentraltendens på ordinalt nivå er median. Medianen kan gi en bedre og mer robust beskrivelse av sentraltendensen i skjeve fordelinger (Bjørndal, Hofoss, 2004. s. 44). Coleman bruker kun mean og i flere vitenskapelige artikler ser man at mean blir benyttet på samme måte som Coleman gjør (benytter ikke median). Siden sammenlignbare artikler regner på mean, velger vi også å gjøre det.

3.5 Litteratursøk og kilder til innsikt

3.5.1 Litteratursøk og kildekritikk

Prosjektgruppen søkte etter relevant litteratur i norske kilder, og fant mye relevant på Helsedirektoratets sider, Helsenorge.no og Helsebiblioteket. Deretter ble det søkt i skandinaviske databaser som Svemed og til slutt ble søket utvidet til internasjonale databaser. Det var spesielt Medline, Embase og Cochrane for å finne oppsummert forskning. I litteratursøkene ble søkeord som blant annet "Transition", "CTM-15", "CTM 3", "hospital discharge", "health care quality", "Meleis", "Big data", "Kvalitetsindikatorer", "Quality indicators", "Overgang fra sykehus til hjemmet" benyttet. Videre er det også funnet relevante artikler i referanselister til artikler vi har valgt.

Artiklene som er referert til i masterprosjektet er både av ny og noe eldre dato. Årsaken til at artiklene av eldre dato ble trukket inn i prosjektoppgaven er at undersøkelsene og resultatene fra studiene som evaluerer instrumentet CTM-15 er relevant å ta med i diskusjonen.

3.5.2 Kilder til innsikt

The Care Transitions Program ble kontaktet og aksepterte at det ble gjennomført en oversettelse av CTM-15. Oversettelsen ble utført ved å følge WHO sin prosess for oversettelse av instrumenter (se kapittel 3.2.1 CTM-15).

Fagavdelingen ved Sørlandet sykehus har utarbeidet en oversikt over alle kvalitetsindikatorer med lenker til nettsidene. Masterprosjektgruppen fikk tilgang til denne og brukte den som oppslagsverk.

For å få utdypende informasjon om REST API ble representant fra Rambøll, Espen Bjaarstad, invitert til møte med representanter fra Sørlandet sykehus. Sigurd From, Sjefsarkitekt i DIPS ASA, har bidradd med verdifull informasjon om videre utvikling av DIPS.

Det er gjort oppslag på Statistisk sentralbyrå sine internettsider (i deres tallmateriale) og på Finansdepartementet sine internettsider for å kvalitetssikre tallmateriale som er hentet inn via andre kilder og som er benyttet i masterprosjektet.

3.6 Etiske overveielser

For 50 år siden utformet Verdens legeförening Helsinkideklarasjonen, og den ble sist revidert i 2013. Det informerte samtykket står sentralt i Helsinkideklarasjonen hvor det tydelig fremkommer at det forskningsetiske ansvaret ligger på forskeren (Førde, 2013). De forskningsetiske utfordringer i forbindelse med gjennomføring av masterprosjektgruppens spørreundersøkelse er vurdert slik:

Tabell 5: Forskningsetiske utfordringer

Forskningsetiske utfordringer	Vurdering
Hensynet til forsøkspersonen	Det kan være en belastning for pasientene å bli spurt om å svare på et spørreskjema. De blir bedt om å svare innen en uke etter utskrivelse. Da mange har kroniske sykdommer og noen kanskje ikke har kommet seg helt etter sykehusoppholdet kan pasienten, om ønskelig, å få hjelp til å fylle ut spørreskjemaet av pårørende eller helsepersonell. Kommunens sjekkliste er tenkt brukt slik at det er pleiepersonalet som skal svare etter å ha snakket med pasienten. I denne undersøkelsen var det ønskelig å få direkte svar fra pasienten selv om det medførte en ekstra belastning. Imidlertid har hensynet til forsøkspersonen vært avgjørende da eksklusjonskriteriene valgt.
"Informert samtykke og frivillig deltakelse"	Pasientene har mottatt informasjonsskriv med informasjon om undersøkelsen. Her opplyses det at pasienten, ved besvarelse av spørreskjemaet, samtykker til å være med i studien.
"Rett til å trekke seg uten sanksjoner og uten å oppgi noen grunner for dette"	Pasienten kan trekke seg fra studien før innsendelse av spørreskjema. Da spørreundersøkelsen er anonym vil det etter innsendelse ikke være mulig å oppspore hvilket spørreskjema som tilhører den enkelte pasient.
"Konfidensialitet og taushetsplikt"	Spørreundersøkelsen pasientene besvarer vil være anonym. Alle data legges inn i SurveyXact av pasienten selv (ved elektronisk spørreskjema) eller masterprosjektgruppen. Dataene vil lagres i SurveyXact frem til august 2015. Da vil også papirbesvarelsene makuleres.

Det ble søkt om godkjenning fra FEK (Fakultetets Etske Komité) og etter at godkjenning fra FEK forelå ble det sendt framleggingsvurdering til REK (Regional Etisk Komité) hvor tilbakemeldingen var; "Det fremkommer av framleggingsvurderingen at de opplysningene som samles inn i prosjektet er anonyme. Anonyme opplysninger, det vil si opplysninger som ikke kan føres tilbake til enkeltpersoner, er ikke å betrakte som helseopplysninger etter loven, jf. Helseforskningsloven § 4-d. Prosjekter der alle opplysninger håndteres anonymt er av den grunn ikke framleggingspliktig for REK". Før distribuering av spørreundersøkelsen ble gjort ble det søkt NSD (Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste) om godkjenning. Svaret fra NSD var: "Prosjektet

medfører ikke meldeplikt eller konsesjonsplikt etter personopplysningslovens §§ 31 og 33” (se vedlegg 4, 5 og 6 for kvitteringer).

Masterprosjektgruppen sendte deretter søknadsskjema til aktuelle sykehus og kommuner for å søke om godkjenning til gjennomføring av spørreundersøkelsen og hjelp til distribusjon av spørreskjema (se vedlegg 7 og 8). Vestre Viken HF avsto søknaden, Bærum kommune (Østerås distrikt) ble deretter kontaktet per telefon og vi fikk muntlig tillatelse til å få hjelp til utdeling av spørreskjema.

3.7 Metodiske overveielser

I artikkelen til Greenlaw og Brown-Welty sammenliknes de innkomne svarene ved bruk av en blandet metode (både papirskjema og web-basert skjema). Sammenlikningen viser at den beste responsen oppnås når respondenten kan velge om han eller hun ønsker å svare elektronisk eller på papir. Noen av respondentene valgte å ikke benytte det elektroniske spørreskjema da de ikke var komfortable med å benytte teknologi (Greenlaw og Brown-Welty, 2009). Med denne artikkelen som grunnlag ble respondentene opplyst i informasjonsskrivet om at det var mulighet for å besvare spørreundersøkelsen elektronisk, men ingen av respondentene valgte dette. En av årsakene til dette kan være at det var lagt godt til rette for en papirbesvarelse da det var ferdigfrankert konvolutt vedlagt spørreskjema. Svakheter ved at respondentene har benyttet papirspørreskjema er;

- respondenten har valgt å ikke besvare alle spørsmål
- respondenten har lagt til mye fritekst
- respondenten har krysset av for flere svaralternativer på spørsmål

Å benytte spørsmål med forhåndsdefinerte svaralternativer gjør det enklere for respondenten å fylle ut skjemaet. Ulempen med prekodete skjemaer er at de ikke gir muligheter for å fange opp informasjonen utover de oppgitte spørsmålene og svaralternativene (Johannessen, Tufte og Christoffersen, 2011, s.261).

3.7.1 Reliabilitet

Det finnes forskjellige måter å teste datas reliabilitet på. En mulighet er å gjenta den samme undersøkelsen på samme gruppe på to forskjellige tidspunkter, en annen måte er at flere forskere undersøker samme fenomen. Dersom flere forskere kommer frem til samme resultat, tyder det på høy reliabilitet (Johannessen, Tufte og Christoffersen, 2011). Reliabilitet kan vurderes ut ifra hvilken grad elementene som utgjør skalaen alle måler etter samme grunnleggende attributt (i hvilken grad elementene 'henger sammen'). Intern konsistens kan måles på en rekke måter, i masterprosjektet er det valgt å gjennomføre en Cronbachs alfa reliabilitetsanalyse på CTM-15 for å evaluere intern konsistens på måleinstrumentet (Polit og Beck, 2014). Verdiene varierer fra 0 til 1, med høyere verdier indikerer større pålitelighet, hvor verdi over 0.7 er anbefalt, men en verdi over 0.8 er å foretrekke (Pallant, 2011). Cronbachs Alpha for CTM-15 instrumentet i masterprosjektgruppens undersøkelse har koeffisient på ,966 og da verdi på over 0.8 er å foretrekke, viser dette god reliabilitet.

Til sammenlikning har Coleman et al (2008) en Cronbach alpha koeffisient for CTM-15 på:

- African Americans (alpha 0.94)
- Hispanic Americans (alpha 0.93)
- rural dwelling subjects (alpha 0.96).
- age, gender, educational status, and selfreported health status (alpha range, 0.93– 0.95) (Coleman et al, 2008).

For å sikre god pålitelighet gjennom hele studien er det gjort nummerering av spørreskjema ved registrering av svar i SPSS slik at data i etterkant kan hentes ut. Spørreskjema ble registrert i SurveyXact av masterprosjektgruppen ved å benytte lenke sendt ut til respondentene slik at alle svar skulle bli registrert korrekt.

3.7.2 Validitet

Det som avgjør om målingen er brukbar er om variabelen som er forsøkt kvantifisert har fått et adekvat og troverdig uttrykk. Termen isomorfi er et teknisk uttrykk for samsvar,

likhet eller identitet mellom realitet, altså variabelen, og måleresultatet. Ved måling av psykiske egenskaper er det hensiktsmessig å vurdere to ulike aspekt. Spørsmålet blir om vi måler adferd som virkelig er indikasjoner på den egenskapen, eller variabelen som vi ønsker å måle, eller i hvor høy grad resultatet inkluderer irrelevante faktorer. Det er relevant å skille mellom teoretisk og empirisk validitet. Teoretisk validitet handler om validiteten i de begrepene som blir benyttet. Begrepsvaliditet handler om det er faglig konsensus om validiteten av de begrepene som skal måles. Videre reiser spørsmålet seg om det er samsvar mellom den formelle og den operasjonaliserte begrepsdefinisjonen. Empirisk validitet er den faglige og logiske etterprøvingen. Dette kan også kalles deskriptiv validitet, og spørsmålet her er i hvor høy grad vi er i stand til å beskrive faktiske forhold på en troverdig og sannferdig måte. Ved å gjennomføre sammenligninger med andre måleresultat vil man få holdepunkt for å vurdere validiteten av en bestemt målemetode (Befring, 2007). Tidligere psykometrisk testing av CTM har antydnet at måleinstrumentet er valid og kan benyttes til å måle og evaluere kvaliteten på overganger som pasientene opplever i overgangen mellom helsetjenestene (Coleman et al, 2002). Spørreundersøkelsen som er gjennomført i masterprosjektet viser at CTM-15 også kan benyttes i Norge, men bør testes på et større antall respondenter. Et instrument mangler ikke validitet, men det er snakk om grad av validitet. Et instruments validitet er ikke bevist eller validert, men støttet av større eller mindre grad av belegg for validitet (Polit og Beck, 2014).

Intern validitet:

I den grad det er mulig å påvise årsakssammenhenger er de knyttet til intern validitet. Høy intern validitet innebærer at et eksperiment er gjennomført på en slik måte at det er muligheter for å si at en påvist sammenheng mellom to variabler dreier seg om en mulig årsakssammenheng (Johannessen, Tufte og Christoffersen, 2011). I korrelasjonsstudier, spesielt de det er benyttet tverrsnittdesign, kan det være uklart om den uavhengige variabelen rangeres foran den avhengige variabelen og vice versa (Polit og Beck, 2014).

Ytre validitet:

Den beste måten å kontrollere for ytre validitet på er å gjennomføre samme undersøkelse i forskjellige kontekster og på forskjellige tidspunkter, eventuelt sammenlikne med resultater fra tilsvarende undersøkelser (Johannessen, Tufte og Christoffersen, 2011). CTM-15 er benyttet i flere spørreundersøkelser i ulike land og er forskningsmessig bevist å gi godt svar på opplevd kvalitet. Selv om antall respondenter er lavt viser resultatet av spørsmålene, som ser på grad av viktighet for pasientene, at CTM-15 er det instrumentet som scorer høyest. Da tidligere forskning viser at CTM-15 gir en god oversikt over opplevd kvalitet samsvarer våre funn med dette. PasOpp undersøkelsen er basert på validerte spørsmål (Bjerkan, Holmboe, Skudal og Bjertnæs, 2013). Sammenligningen av masterprosjekt undersøkelsen med PasOpp undersøkelsen viser at resultatene på mange av spørsmålene ikke samsvarer. Årsaken til dette kan være svarprosent og utvalg.

3.8 Kritikk til metode

Tverrsnittsdesign er økonomisk og enkelt å administrere, men det er vanskelig å konkludere/se endringer over tid (Polit og Beck, 2014). Det kan være vanskelig å avdekke årsakssammenhenger mellom fenomener, det vil si om et fenomen påvirkes av et annet fenomen (Johannessen, Tufte og Christoffersen, 2011, s. 74).

En svakhet ved kvantitativ metode er at forskeren legger premissene for svarene/funnene og det er vanskelig å innhente eventuell tilleggsinformasjon for oppklaring av uklarheter. En styrke ved kvantitativ metode er at det er tidsbesparende ved at det benyttes et spørreskjema som legges direkte inn og er klart for analyse i SPSS (Jacobsen, 2005).

Masterprosjektgruppen valgte å følge Greenlaw og Brown-Welty sin anbefaling om en blandet metode for å oppnå et høyre antall respondenter ved å tilby respondentene mulighet til å besvare enten på papirskjema eller elektronisk via lenke opplyst i

informasjonsskrivet. Men selv om respondentene kunne velge mellom å besvare på papir eller elektronisk, valgte alle papir (Greenlaw og Brown-Welty, 2009).

Holmboe et al (2015) skriver at det kan være fordelaktig å supplere en kvantitativ måling med kvalitative tilnærminger. Dersom kvalitative intervjuer med pasientene hadde blitt gjennomført kunne det ha ført til mulige kvalitetsforbedringstiltak på områder som scorer dårlig i den kvantitative undersøkelsen (Holmboe, Danielsen og Iversen, 2015, s, 46). Det ble valgt kvantitativ metode da målet med spørreundersøkelsen var å se på kvalitetsindikatorer ved utskrivning fra sykehuset. Egenrapportering kan være uheldig da vi ikke kan være sikre på at respondentene føler eller handler som de sier de gjør da vi alle har en tendens til å presentere oss selv i best mulig lys. Potensielle skjevheter i selvrapporteringsdata kan forekomme (Polit og Beck, 2014).

Da spørreundersøkelsen ble besvart og sendt inn av respondentene selv kan dette føre til fare for under- og overrapportering. Dette fordi metoden ikke tar for seg faste målbare enheter. Spørsmål er alltid åpne for subjektive tolkninger og svar, og kommentarer utenom de stilte spørsmålene vil ikke komme med i resultatet og analysen.

Utvalget ble begrenset til pasienter som skulle utskrives, og det ble ikke stilt forbehold om at pasienten skulle motta kommunale tjenester etter utskrivelse. Dette har hatt betydning for resultatet da 53 prosent av respondentene ble utskrevet til hjemmet uten hjemmesykepleie. Det at over halvparten av respondentene er så pass friske kan ha hatt en del å si for resultatet av undersøkelsen. Det er mulig respondentene i utvalget skulle vært begrenset til å inkludere de som skulle motta kommunale tjenester.

4.0 Resultat og analyse av data

4.1 Bakgrunnsopplysninger

Antall respondenter på spørreundersøkelsen er 52, hvor 23 prosent av respondentene er fra Bærum kommune og 77 prosent av respondentene har vært innlagt ved Sørlandet sykehus.

Tabell 6: Bakgrunnsinformasjon

Bakgrunnsinformasjon til respondentene		Total n= 52
Kjønn (%)	Menn	56
	kvinner	44
Alder	Mean (SD)	68 (12,36)
	Range	47-91
Benyttet tjenester før innleggelsen (%)	Nei, helt selvhjulpen	51,9
	Hjelp fra familie	30,8
	Hjemmehjelp	5,8
	Hjemmesykepleie	3,8
	Annet	7,7
Årsak til innleggelse (%)	Skade/ bruddskade	23,08
	Planlagt operasjon	40,38
	Luftveisinfeksjon	13,46
	Oppkast, diaré	3,85
	Annet	9,62
	Missing	9,62
Lengde på sykehusoppholdet (%)	1-3 dager	46,2
	4-7 dager	38,5
	> 8 dager	15,4
Planlagt utskrivelse til (%)	Hjemmet uten hjemmesykepleie	52,9
	Langtidsopphold sykehjem	2
	Rehabiliteringsplass	17,6
	Hjemmet med hjemmesykepleie	19,6

Videre analyse av data omhandler de tre instrumentene CTM-15, kommunens sjekklister og spørsmålene fra PasOpp undersøkelsen 2013 under indikatorene "Utskriving" og "Samhandling". Instrumentene inneholder spørsmål/påstander om pasientenes erfaring med overgangen. Til hvert spørsmål er det valgt å legge til tilleggsspørsmålet; "Hvor viktig er dette for deg?". Tilleggsspørsmålet skal gi en indikasjon på hvor viktig respondentene opplever det enkelte spørsmålet/påstanden som beskrives.

4.2 Respondentenes tilbakemeldinger på opplevd kvalitet i overgangen

Underkapitlene presenterer data fordelt på hver av de tre instrumentene.

4.2.1 CTM-15

Tabellen nedenfor viser meanverdi på respondentenes opplevde kvalitet på utskrivelsesprosessen ved besvarelse av de 15 spørsmålene i CTM-15. Standardavviket (SD) som angir spredningen omkring gjennomsnittet er også tatt med (Bjørndal og Hofoss 2004). Tabellen presenterer respondentenes tilbakemelding fordelt på aldersgruppe, kjønn og hvor det er planlagt utskrivelse til.

Tabell 7: Bakgrunnsinformasjon og CTM score

Variabel	Kategori (n)	CTM-score	
		Mean	SD
Alder	< 65 (22)	89,85	11,19
	65-74 (13)	77,66	32,30
	> 75 (14)	69,19	29,66
	Totalt (49)	80,71	25,17
Kjønn	Mann (29)	80,03	25,27
	Kvinne (23)	82,66	24,16
Planlagt utskrivelse til	Hjemmet uten sykepleie	88,77	17,28
	Hjemmet med sykepleie	80,66	20,89
	Rehabiliteringsplass	62,74	33,08
	Annet (4)	71,91	40,13

Respondentene under 65 år opplevde høyest kvalitet på overgangen (høyest CTM score), mens de over 75 år oppgir å ha opplevd mindre god kvalitet. Over 50 prosent av respondentene ble utskrevet til hjemmet uten hjemmesykepleie. Respondentene som ble utskrevet til hjemmet uten hjemmesykepleie oppnår en høyere CTM score enn de som ble overført til rehabiliteringsplass og til hjemmet med hjemmesykepleie. Det er liten forskjell på kjønnene på hvordan overgangen oppleves.

I kapittel 3.4 Valg av analysemetode beskrives utregningsmetoden for CTM score. Meanverdi for CTM-15 spørsmålene er på 80,71 (alle respondentene summert). Tabellen nedenfor viser en oversikt over opplevd kvalitet på overgangen.

Tabell 8: Grad av opplevd kvalitet (CTM-15)

CTM 15	Valid prosent				
	Svært uenig	Uenig	Litt enig	Svært enig	Vet ikke/ husker ikke/ ikke aktuelt
1. Før jeg forlot sykehuset ble helsepersonellet og jeg enige om klare helsemessige mål for meg og hvordan disse skulle nås.	6	4	8	62	20
2. Sykehusets helsepersonell tok hensyn til mine og min families eller omsorgspersons ønsker i vurderingen av hva mine helsemessige behov ville være da jeg forlot sykehuset.	7,8	2	15,7	51	23,5
3. Sykehusets helsepersonell tok hensyn til mine og min families eller omsorgspersons ønsker i vurderingen av hvor mine helsemessige behov ville bli møtt da jeg forlot sykehuset.	5,9	2	23,5	47,1	21,6
4. Da jeg forlot sykehuset hadde jeg fått all den informasjonen jeg trengte for å kunne ta vare på meg selv.	5,9	5,9	21,6	64,7	2
5. Da jeg forlot sykehuset forstod jeg klart hvordan jeg skulle ta vare på egen helse.	3,9	7,8	19,6	66,7	2
6. Da jeg forlot sykehuset forstod jeg klart hvilke tegn og symptomer jeg skulle være oppmerksom på for å følge med på min helsetilstand.	5,9	7,8	21,6	62,7	2
7. Da jeg forlot sykehuset hadde jeg en oversiktlig og forståelig skriftlig plan som beskrev hvordan alle mine helsemessige behov kunne bli ivarettatt.	9,8	0,8	11,8	56,9	11,8
8. Da jeg forlot sykehuset hadde jeg en god forståelse av min helsemessige tilstand og hva som ville forbedre den eller forverre den.	3,9	5,9	19,6	66,7	3,9
9. Da jeg forlot sykehuset hadde jeg en god forståelse av hva jeg selv hadde ansvar for når det gjaldt å ta vare på egen helse.	7,8	3,9	11,8	74,5	2
10. Da jeg forlot sykehuset var jeg trygg på at jeg visste hva jeg skulle gjøre for å ta vare på egen helse.	6	6	20	68	0
11. Da jeg forlot sykehuset var jeg trygg på at jeg faktisk kunne gjøre de tingene jeg trengte å gjøre for å ta vare på min egen helse.	6	8	16	70	0
12. Da jeg forlot sykehuset hadde jeg en oversiktlig og enkel skriftlig liste over alle avtaler og tester jeg trengte å ta de neste ukene.	14	8	12	52	14
13. Da jeg forlot sykehuset forstod jeg godt hensikten med hver medisin jeg skulle ta.	2	4	18	70	6
14. Da jeg forlot sykehuset forstod jeg godt hvordan jeg skulle ta alle medisinene, hvor mye jeg skulle ta og når.	0	7,8	11,8	74,5	5,9
15. Da jeg forlot sykehuset, forstod jeg godt de mulige bivirkningene mine medisiner kunne forårsake.	9,8	15,7	21,6	43,1	9,8

Noen av spørsmålene utmerker seg med at antallet som har svart "Enig" eller "Svært enig" er lavt. På spørsmål 15, "*Da jeg forlot sykehuset, forsto jeg godt de mulige bivirkningene mine medisiner kunne forårsake*", har totalt 25 prosent svart "Svært uenig" eller "Uenig" i at de forsto mulige bivirkninger.

Et annet spørsmål som utmerker seg er spørsmål 12, "*Da jeg forlot sykehuset hadde jeg en oversiktlig og enkel skriftlig liste over alle avtaler og tester jeg trengte å ta de neste ukene*", hvor totalt 22 prosent har svart "Svært uenig" eller "Uenig" i at de hadde en skriftlig liste, og 14 prosent har svart "Vet ikke/ husker ikke eller ikke aktuelt".

Spørsmål som utmerker seg i positiv retning er spørsmål 9 og 14. På spørsmål 14, "*Da jeg forlot sykehuset forsto jeg godt hvordan jeg skulle ta alle medisinene, hvor mye jeg skulle ta og når*", hvor totalt 86,3 prosent svarer "Enig" og "Svært enig". På spørsmål 9, "*Da jeg forlot sykehuset hadde jeg en god forståelse av hva jeg selv hadde ansvar for når det gjaldt å ta vare på egen helse*", har også en høy andel av respondentene svart "Enig" og "Svært enig" "

Tabellen nedenfor sammenlikner CTM-15s meanverdi og SD (kolonnen til venstre) med meanverdi og SD fra to andre undersøkelser hvor CTM-15 ble benyttet. Disse to undersøkelsene er utført av Anatchkova og Coleman.

Tabell 9: CTM mean og SD

CTM 15			Anatchkova		Coleman 2007	
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
1. Før jeg forlot sykehuset ble helsepersonellet og jeg enige om klare helsemessige mål for meg og hvordan disse skulle nås.	3,58	0,903	3,2	0,7	3,03	0,499
2. Sykehusets helsepersonell tok hensyn til mine og min families eller omsorgspersons ønsker i vurderingen av hva mine helsemessige behov ville være da jeg forlot sykehuset.	3,44	0,968	3,2	0,7	3,08	0,547
3. Sykehusets helsepersonell tok hensyn til mine og min families eller omsorgspersons ønsker i vurderingen av hvor mine helsemessige behov ville bli møtt da jeg forlot sykehuset.	3,43	0,874	3,2	0,7	3,05	0,613
4. Da jeg forlot sykehuset hadde jeg fått all den informasjonen jeg trengte for å kunne ta vare på meg selv.	3,48	0,863	3,3	0,6	3,21	0,528

5. Da jeg forlot sykehuset forstod jeg klart hvordan jeg skulle ta vare på egen helse.	3,52	0,814	3,2	0,6	3,15	0,489
6. Da jeg forlot sykehuset forstod jeg klart hvilke tegn og symptomer jeg skulle være oppmerksom på for å følge med på min helsetilstand.	3,44	0,884	3,3	0,7	3,1	0,447
7. Da jeg forlot sykehuset hadde jeg en oversiktlig og forståelig skriftlig plan som beskrev hvordan alle mine helsemessige behov kunne bli ivaretatt.	3,31	1,062	3,2	0,6	2,92	0,664
8. Da jeg forlot sykehuset hadde jeg en god forståelse av min helsemessige tilstand og hva som ville forbedre den eller forverre den.	3,55	0,792	3,3	0,6	3,11	0,509
9. Da jeg forlot sykehuset hadde jeg en god forståelse av hva jeg selv hadde ansvar for når det gjaldt å ta vare på egen helse.	3,56	0,907	3,3	0,6	3,13	0,339
10. Da jeg forlot sykehuset var jeg trygg på at jeg visste hva jeg skulle gjøre for å ta vare på egen helse.	3,5	0,863	3,3	0,6	3,08	0,48
11. Da jeg forlot sykehuset var jeg trygg på at jeg faktisk kunne gjøre de tingene jeg trengte å gjøre for å ta vare på min egen helse.	3,5	0,886	3,2	0,6	3,13	0,339
12. Da jeg forlot sykehuset hadde jeg en oversiktlig og enkel skriftlig liste over alle avtaler og tester jeg trengte å ta de neste ukene.	3,19	1,16	3,2	0,6	3,11	0,453
13. Da jeg forlot sykehuset forstod jeg godt hensikten med hver medisin jeg skulle ta.	3,66	0,668	3,2	0,6	3,03	0,56
14. Da jeg forlot sykehuset forstod jeg godt hvordan jeg skulle ta alle medisinene, hvor mye jeg skulle ta og når.	3,71	0,617	3,3	0,6	3,08	0,433
15. Da jeg forlot sykehuset, forstod jeg godt de mulige bivirkningene mine medisiner kunne forårsake.	3,09	1,05	2,9	0,7	2,89	0,559

Anatchkova et al (2014) testet ut CTM-15 på 1 545 pasienter. Hensikten med studien var å undersøke om kvaliteten på omsorg i overganger er knyttet til viktige helseutfall som reinnleggelse og kostnader. Pasientene ble intervjuet under sykehusinnleggelse for akutt koronarsyndrom. Resultatet viste at CTM-15 hadde god intern konsistens (Cronbachs $\alpha = 0,95$), men Anatchkova et al konkluderte allikevel med at CTM score skal tolkes med forsiktighet og at det ikke er et tilstrekkelig følsomt verktøy for å påvise meningsfulle forbedringer i kvaliteten på overganger. Et nytt måleinstrument på pasientrapporterte kvalitetsmål er derfor nødvendig (Anatchkova et al 2014).

Studien gjennomført av Coleman et al (2007) identifiserte mangler ved overganger. Deretter ble det utarbeidet og implementert kvalitetsforbedring for å bedre de identifiserte manglene. Videre vurderte de effekten på kvalitetsforbedringen ved å bruke CTM scoring. Tallene i tabellen er fra baseline gruppa på 50 personer (studien hadde en baselinegruppe på 50 personer og en intervensjons gruppe på 192 personer).

4.2.2 Kommunens sjekkliste

Tabellen nedenfor viser hva respondentene har svart på spørsmålene/påstandene i kommunens sjekkliste. Respondentene har valgt svaralternativet "Vet ikke/husket ikke/ikke aktuelt" i mye større grad på spørsmålene/påstandene i kommunes sjekkliste enn i de to andre måleinstrumentene.

Tabell 10: Opplevd grad av kvalitet (kommunens sjekkliste)

Kommunens sjekkliste	Valid prosent				Vet ikke/ husker ikke/ ikke aktuelt
	Helt uenig	Litt uenig	Litt enig	Helt enig	
16. Kommune og sykehus har planlagt min utreise sammen	16	0	8	18	58
17. Forberedelse av utreisen er gjort i samarbeid med meg og mine pårørende	7,8	7,8	11,8	52,9	19,6
18. Nødvendige hjelpemidler er bestilt/på plass for å mestre min egen situasjon best mulig	10,2	4,1	8,2	46,9	30,6
19. Brev fra sykehuset fra behandlende lege (Epikrise) var gjennomgått før kommunehelsetjenesten møtte deg meg?	14	2	8	30	46
20. Jeg vet hvem som er min primærkontakt	9,8	2	9,8	39,2	39,2

4.2.3 PasOpp

Tabellen nedenfor viser respondentenes svar på spørsmålene trukket ut av PasOpp undersøkelsen 2013:

Tabell 11: Opplevd grad av kvalitet (PasOpp)

PasOpp	Valid prosent						
	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Ikke aktuelt	Vet ikke
22. Ble du informert om hvilke plager du kunne regne med å få i tiden etter sykehusoppholdet?	19,6	13,7	19,6	19,6	21,6	5,9	0
23. Ble du informert om hva du selv kunne gjøre hjemme ved eventuelle tilbakefall.	32	6	12	16	22	12	0

24. Da sykehuspersonalet vurderte hvilke helsetjenester jeg kom til å ha behov for etter sykehusoppholdet, tok de hensyn til hva jeg og mine pårørende ønsket.	9,8	3,9	5,9	25,5	19,6	35,3	0
25. Ved utskriving fra sykehuset hadde jeg god forståelse for hva som var mitt ansvar for å ta vare på egen helse.	5,9	5,9	9,8	35,3	41,2	0	2
26. Ved utskriving fra sykehuset forsto jeg klart hensikten med å ta de forskjellige medisinene mine	7,8	11,8	33,3	39,2	5,9	0	2
27. Opplever du at sykehuset har samarbeidet bra med fastlegen din om det du var innlagt for?	9,8	3,9	9,8	13,7	17,6	17,6	27,5
28. Opplever du at sykehuset har samarbeidet bra med hjemmetjenesten/andre kommunale tjenester om det du var innlagt for?	5,9	2	7,8	11,8	7,8	47,1	17,6

I tillegg til spørsmålene i tabellen ovenfor ble spørsmålet "Ble en oppdatert liste over medisinene dine gjennomgått med deg da du ble utskrevet fra sykehuset?" stilt. 56 prosent av respondentene svarte "Ja", 44 prosent svarte "Nei".

Spørsmålet som skiller seg klarest ut er spørsmål 22: "Ble du informert om hvilke plager du kunne regne med å få i tiden etter sykehusoppholdet?", hvor 19,6 prosent av respondentene svarer "Ikke i det hele tatt" og 13,7 prosent svarer "I liten grad".

76,5 prosent av respondentene svarer "I stor grad" og "I svært stor grad" på spørsmål 25: "Ved utskriving fra sykehuset hadde jeg god forståelse for hva som var mitt ansvar for å ta vare på egen helse". Dette samsvarer med spørsmål 9 (fra CTM-15): "Da jeg forlot sykehuset hadde jeg en god forståelse av hva jeg selv hadde ansvar for når det gjaldt å ta vare på egen helse", hvor 86 prosent av respondentene svarte "Litt enig" eller "Svært enig".

Tabell 12: Sammenligning av resultatene med PasOpp undersøkelsen 2013

PasOpp	I stor grad / I svært stor grad (%)	
	Resultat (n=52)	PasOpp 2013 (n=13 594)
22. Ble du informert om hvilke plager du kunne regne med å få i tiden etter sykehusoppholdet?	41,2 (51)	47 (9 649)
23. Ble du informert om hva du selv kunne gjøre hjemme ved eventuelle tilbakefall?	38 (50)	52 (9 152)
24. Da sykehuspersonalet vurderte hvilke helsetjenester jeg kom til å ha behov for etter sykehusoppholdet, tok de hensyn til hva jeg og mine pårørende ønsket.	45,1 (51)	64 (6 156)
25. Ved utskriving fra sykehuset hadde jeg god forståelse for hva som var	76,5 (51)	76 (10 535)

mitt ansvar for å ta vare på egen helse.		
26. Ved utskrivning fra sykehuset forsto jeg klart hensikten med å ta de forskjellige medisinene mine	41,5 (51)	85 (9 030)
27. Opplever du at sykehuset har samarbeidet bra med fastlegen din om det du var innlagt for?	31,3 (51)	58 (7 247)
28. Opplever du at sykehuset har samarbeidet bra med hjemmetjenesten/andre kommunale tjenester om det du var innlagt for?	19,6 (51)	62 (3 653)
21. Ble en oppdatert liste over medisinene dine gjennomgått med deg da du ble utskrevet fra sykehuset?	Ja = 56 (50) Nei = 44	Ja = 67 (8 830) Nei = 33

Tabellen ovenfor viser resultatet på spørsmålene i masterprosjektets undersøkelse sammenliknet med resultatet av PasOpp undersøkelsen 2013. Det største avviket i respondentenes svar er på spørsmål 28 som omhandler samarbeid med hjemmetjenesten/andre kommunale tjenester. På spørsmål 26 er antallet respondenter som i "stor grad"/"svært stor grad" er enig i at de har kunnskap om hensikten med å ta medisinene halvert i masterprosjektgruppens undersøkelse. Som tabellen viser var n betydelig høyere for PasOpp 2013 enn for undersøkelsen som masterprosjektgruppen har gjennomført.

4.3 Respondentenes svar på "Hvor viktig er dette for deg?"

Tabellen nedenfor viser respondentenes svar på underspørsmålet "Hvor viktig er dette for deg?" til hvert av spørsmålene/påstandene i de tre måleinstrumentene. CTM-15 spørsmålene får høyest prosentandel på "Ganske viktig" og "Veldig viktig" (sett i sammenheng), mens Kommunens sjekkliste får jevnt over lavest prosentandel på "Ganske viktig" og "Veldig viktig".

Tabell 13: CTM-15, Kommunens sjekkliste og PasOpp; "Hvor viktig er dette for deg?"

Måle-instrument	Spørsmål	Valid prosent					Mean	SD
		Ikke viktig	Litt viktig	Ganske viktig	Veldig viktig	Ikke aktuelt for meg		
CTM 15	1. Før jeg forlot sykehuset ble helsepersonellet og jeg enige om klare helsemessige mål for meg og hvordan disse skulle nås.	2	8	8	76	6	3,68	,726

2. Sykehusets helsepersonell tok hensyn til mine og min families eller omsorgspersons ønsker i vurderingen av hva mine helsemessige behov ville være da jeg forlot sykehuset.	3,9	5,9	17,6	60,8	11,8	3,53	,815
3. Sykehusets helsepersonell tok hensyn til mine og min families eller omsorgspersons ønsker i vurderingen av hvor mine helsemessige behov ville bli møtt da jeg forlot sykehuset.	5,9	5,9	15,7	58,8	13,7	3,48	,902
4. Da jeg forlot sykehuset hadde jeg fått all den informasjonen jeg trengte for å kunne ta vare på meg selv.	1,9	5,8	15,4	76,9	-	3,67	,678
5. Da jeg forlot sykehuset forstod jeg klart hvordan jeg skulle ta vare på egen helse.	2	2	9,8	86,3	-	3,8	,566
6. Da jeg forlot sykehuset forstod jeg klart hvilke tegn og symptomer jeg skulle være oppmerksom på for å følge med på min helsetilstand	3,9	-	7,8	84,3	3,9	3,84	,472
7. Da jeg forlot sykehuset hadde jeg en oversiktlig og forståelig skriftlig plan som beskrev hvordan alle mine helsemessige behov kunne bli ivarettatt.	2	-	15,7	72,5	9,8	3,78	,467
8. Da jeg forlot sykehuset hadde jeg en god forståelse av min helsemessige tilstand og hva som ville forbedre den eller forverre den	2	-	15,7	82,4	-	3,8	,448
9. Da jeg forlot sykehuset hadde jeg en god forståelse av hva jeg selv hadde ansvar for når det gjaldt å ta vare på egen helse.	2	2	9,8	86,3	-	3,8	,566
10. Da jeg forlot sykehuset var jeg trygg på at jeg visste hva jeg skulle gjøre for å ta vare på egen helse.	4	-	8	88	-	3,84	,468
11. Da jeg forlot sykehuset var jeg trygg på at jeg faktisk kunne gjøre de tingene jeg trengte å gjøre for å ta vare på min egen helse.	4	-	12	84	-	3,8	,495

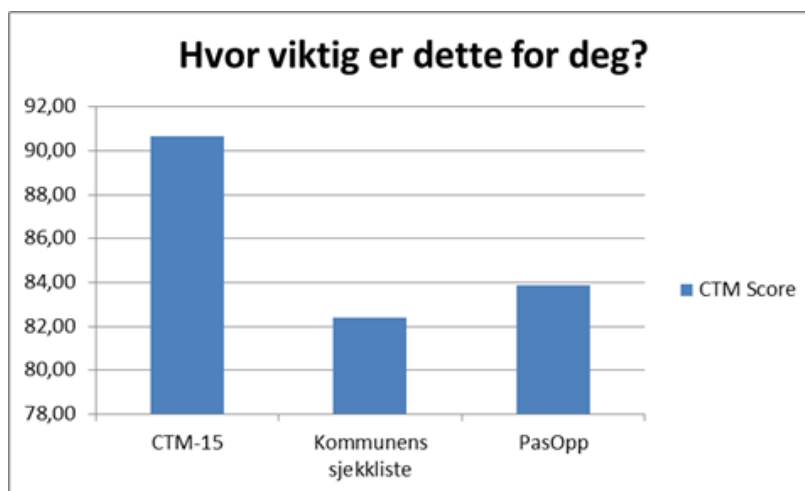
	12. Da jeg forlot sykehuset hadde jeg en oversiktlig og enkel skriftlig liste over alle avtaler og tester jeg trengte å ta de neste ukene.	4	-	16	70	10	3,73	,539
	13. Da jeg forlot sykehuset forstod jeg godt hensikten med hver medisin jeg skulle ta.	2	-	12	82	4	3,83	,429
	14. Da jeg forlot sykehuset forstod jeg godt hvordan jeg skulle ta alle medisinene, hvor mye jeg skulle ta og når.	3,9	-	7,8	84,3	3,9	3,84	,472
	15. Da jeg forlot sykehuset, forstod jeg godt de mulige bivirkningene mine medisiner kunne forårsake.	3,9	-	17,6	74,5	3,9	3,73	,531
Kommunens sjekkliste	16. Kommune og sykehus har planlagt min utreise sammen	8,3	8,3	22,9	29,2	31,3	3,06	1,029
	17. Forberedelse av utreisen er gjort i samarbeid med meg og mine pårørende	5,9	7,8	9,8	60,8	15,7	3,49	,935
	18. Nødvendige hjelpemidler er bestilt/på plass for å mestre min egen situasjon best mulig	8	2	12	48	30	3,43	1,008
	19. Brev fra sykehuset fra behandlende lege (Epikrise) var gjennomgått før kommunehelsetjenesten møtte deg meg?	10	6	16	40	28	3,19	1,091
	20. Jeg vet hvem som er min primærkontakt	8	4	18	54	16	3,4	,964
PasOpp	21. Ble en oppdatert liste over medisinene dine gjennomgått med deg da du ble utskrevet fra sykehuset?	10	8	8	62	12	3,39	1,061
	22. Ble du informert om hvilke plager du kunne regne med å få i tiden etter sykehusoppholdet?	2	14	20	60	4	3,44	,823
	23. Ble du informert om hva du selv kunne gjøre hjemme ved eventuelle tilbakefall?	6,1	8,2	24,5	51	10,2	3,34	,914
	24. Da sykehuspersonalet vurderte hvilke helsetjenester jeg kom til å ha behov for etter sykehusoppholdet, tok de hensyn til hva jeg og mine pårørende ønsket.	2	2	9,8	52,9	33,3	3,71	,676

25. Ved utskrivning fra sykehuset hadde jeg god forståelse for hva som var mitt ansvar for å ta vare på egen helse.	3,9	-	21,6	74,5	-	3,71	,540
26. Ved utskrivning fra sykehuset forsto jeg klart hensikten med å ta de forskjellige medisinene mine.	5,9	-	21,6	64,7	7,8	3,64	,605
27. Opplever du at sykehuset har samarbeidet bra med fastlegen din om det du var innlagt for?	4	2	24	50	20	3,5	,784
28. Opplever du at sykehuset har samarbeidet bra med hjemmetjenesten/andre kommunale tjenester om det du var innlagt for?	3,9	7,8	9,8	31,4	47,1	3,3	,993

Respondentene oppgir at CTM-15 spørsmålene er viktigere for dem enn hva spørsmålene i Kommunens sjekklister og spørsmålene fra PasOpp undersøkelsen er. Spørsmål 25, hvor 74,5 prosent oppgir at dette er "Veldig viktig" er det spørsmålet fra PasOpp som får høyest score på viktighet. Spørsmålet fra Kommunens sjekklister som får høyest score på "Veldig viktig" er spørsmål 17 med 60,8 prosent. Til sammenlikning er det kun to av spørsmålene fra CTM-15 som får under 70 prosent på "Veldig viktig", mens de resterende 13 får en score over 70 prosent. SD er høyest på spørsmålene tilhørende Kommunens sjekklister og lavest på CTM-15.

Det er 8 av spørsmålene fra CTM-15 som utmerker seg med en meanverdi på $\geq 3,8$. Til sammenlikning er høyeste meanverdi på Kommunens sjekklister 3,49 og for PasOpp er høyeste meanverdi 3,71.

Figur 5: CTM Score for “Hvor viktig er dette for deg?” - de tre måleinstrumentene



Søylediagrammet ovenfor viser totalscore på “Hvor viktig er dette for deg?” for de tre måleinstrumentene utregnet med CTM score. Søylediagrammet viser at CTM-15 scorer høyest samlet på alle spørsmålene, mens kommunens sjekkliste scorer lavest på grad av viktighet for respondentene.

Tabell 14: CTM-Score - Hvor viktig er dette for deg? (Mean og SD (Standard Deviation) på undergrupper)

Variabel	Kategori (n)	CTM-15		Kommunens sjekkliste		PasOpp	
		Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
Alder	< 65	95,23	6,63	78,78	36,73	85,72	15,16
	65-74	94,69	10,60	85,90	19,81	83,97	18,59
	> 75	78,07	26,49	80,38	24,17	78,82	26,35
	Totalt (48)	90,18	17,24	81,24	28,97	83,38	19,41
Kjønn	Kvinne (29)	93,55	16,07	85,62	32,43	85,58	20,00
	Mann (23)	87,01	17,46	78,44	22,67	81,60	18,15
Planlagt utskrivelse til	Hjemmet uten hjemmesykepleie	90,11	17,23	75,62	36,90	81,02	21,26
	Hjemmet med hjemmesykepleie	86,63	22,38	90,74	12,42	91,67	13,18
	Rehabiliteringsplass	91,77	14,28	86,29	13,79	87,59	13,76
	Annet	97,25	5,50	90,00	15,87	84,00	22,93

Tabellen ovenfor viser grad av viktighet for spørsmålene/påstandene i de tre måleinstrumentene. Det er utregnet meanverdi og SD for variablene “Alder”, “Kjønn” og “Planlagt utskrivelse til”. Samlet meanverdi er høyest og SD er lavest for CTM-15 totalt

for aldersgruppene, mens meanverdi er lavest og SD er høyest for Kommunens sjekklister. For variabelen "Planlagt utskrivelse til" er meanverdi høyest og SD lavest for CTM-15, men her er meanverdi lavest og SD høyest for spørsmålene fra PasOpp undersøkelsen.

5.0 Diskusjon

5.1 CTM-15 - Opplevd kvalitet og oppgitt grad av viktighet av spørsmålene

Analyse av data kan indikere at respondentene opplever at det er vanskelig å svare på noen av spørsmålene da 20 prosent eller flere har svart "Vet ikke/ husker ikke eller ikke aktuelt" på de tre første spørsmålene. Over 50 prosent av respondentene ble utskrevet til hjemmet uten hjemmesykepleie, og det er mest sannsynlig at de fleste i den yngste aldersgruppa tilhører denne gruppen. En annen årsak kan være at de under 65 år har lettere for å spørre og følger mer med på egen sykdom slik at en del av spørsmålene ble avklart før overgangen skjedde.

Respondentene som ble utskrevet til hjemmet uten hjemmesykepleie oppnår en høyere CTM score enn de som ble overført til rehabiliteringsplass og til hjemmet med hjemmesykepleie. Det kan være flere årsaker til dette. En av årsakene til dette kan være at informasjonen sendes direkte til hjemmesykepleien i stedet for at pasienten blir belastet med informasjonen, og dermed oppleves det som om informasjonen ikke er gitt i tilstrekkelig grad. Det kan også tenkes at den informasjonen som gis av helsepersonell oppfattes som mangelfull til denne gruppen siden informasjonsbehovet er større da deres oppfølgingsbehov også er større. Dette støttes av kvalitativ forskning gjort av Coleman, et al (2005) hvor det viste seg at pasienter som nylig har opplevd overganger på tvers av helsetjenesten uttrykker følelser av betydelig uro på grunn av mangel på forberedelse, en manglende forståelse for egenomsorgsaktiviteter, manglende evne til å ta kontakt med et passende helsepersonell for veiledning, og manglende innspill til utformingen av deres egen omsorgsplan (Coleman, Mahony og Parry, 2005). Walhoved et al (2005) viser til at det etter fylte 60 år er en tiltakende reduksjon av hjernemasse og denne reduksjonen kan føre til reduksjon av de kognitive evnene. Eldre med reduserte kognitive evner vil ha et annet behov for informasjon og oppfølging. Dette er en mulig forklaring på at den eldste gruppen ikke er like forberedt på overgangen og dermed er mindre fornøyd (Hestad og Reinvang, 2008).

Ryvicker et al undersøkte om bruk av CTM-15 score kan forutsi risiko for reinnleggelse eller hjemmesykepleie. CTM-15 undersøkelse ble administrert til 495 pasienter som

mottok hjemmesykepleietjenester kort tid etter utskrivning fra sykehuset. Det ble gjennomført oppfølgingsintervju mellom 30-60 dager etter utskrivning fra sykehuset. Artikkelforfatterne fant ikke bevis for at CTM-15 kunne forutsi hvilke pasienter som mottar hjemmesykepleie som har en forhøyet risiko for øyeblikkelig hjelp, reinnleggelse eller økt hjemmesykepleie og kunne ikke anbefale målinger med bruk av CTM-15 score for pasienter som mottar hjemmesykepleie (Ryvicker et al 2013). Det hadde vært interessant å utføre samme oppfølgingsundersøkelse i Norge for å se om resultatet er annerledes.

I CTM-15 er det to av spørsmålene (spørsmål 2 og 3) som omhandler både pasient og pårørende. Dette er uheldig da pasienten blir bedt om å svare på to faktorer i et spørsmål, og det kan hende at helsepersonellet kun tok hensyn til pasienten eller kun de pårørendes ønsker. To faktorer i et spørsmål kan føre til at det blir vanskelig å svare på spørsmålet. Noen av respondentene har skrevet kommentar på papirspørreskjema at de bor alene, og at det derfor ikke er aktuelt å ta hensyn til de pårørendes ønsker.

Sammenlikningen av meanverdi og SD i de tre undersøkelsene (Anatchkova et al (2014), Coleman et al (2007) og mastergruppens studie) viser at masterprosjektgruppen sin undersøkelse har en høyere meanverdi (og SD). Årsaken til dette er ikke åpenbar, men det kan ha noe med utvalget å gjøre. Respondentene i denne undersøkelsen kan ha vært "friskere" da 53 prosent av respondentene ble utskrevet til hjemmet uten hjemmesykepleie. Man skal heller ikke se bort fra at de to andre undersøkelsene er utført i land med en annen helsemodell enn vi har i Norge, og at det derfor kan være en reell forskjell. Det må imidlertid gjøres nye studier med flere respondenter for å få dette bekreftet.

5.2 Kommunens sjekklister - Opplevd kvalitet og oppgitt grad av viktighet av spørsmålene

Kommunens sjekklister er det instrumentet som gjennomgående har høyest prosentandel på svaralternativet "Vet ikke/husker ikke/ikke aktuelt".

Spørsmålsformuleringen på 4 av de 5 spørsmålene er formulert som påstander. At instrumentet består av påstander kan ha en innvirkning på hvordan respondentene har besvart. Kommunens sjekklister inneholder påstander/spørsmål som er mer relevant for pasienter som skal ha oppfølging etter utskrivelse fra sykehuset.

Tabell 10 (Kommunens sjekklister) viser at 58 prosent av respondentene velger svaralternativet "Vet ikke/husker ikke/ikke aktuelt" på påstanden "*Kommune og sykehus har planlagt min utreise sammen*". 16 prosent sier seg "Helt uenig" i at kommune og sykehus har planlagt utreise sammen. Årsaken til dette kan være at 53 prosent av respondentene skulle utskrives til hjemmet uten oppfølging fra kommunehelsetjenesten, og at det derfor ikke var aktuelt å planlegge utreise i samarbeid med kommunen. Videre ser vi at 46 prosent av respondentene har svart "Vet ikke/husker ikke/ikke aktuelt" på spørsmål 18, "*Brev fra sykehuset fra behandlende lege (epikrise) var gjennomgått før kommunehelsetjenesten møtte meg*", og 14 prosent har svart "helt uenig". Dette har sannsynligvis samme årsak. Ingen av spørsmålene fra kommunens sjekklister får høy score på "litt enig" og "helt enig", men de to spørsmålene som får høyest score er "*Forberedelse av utreisen er gjort i samarbeid med meg og mine pårørende*" (64,7 %) og "*Nødvendige hjelpemidler er bestilt /på plass for å mestre min situasjon best mulig*" (55,1 %).

Det gode pasientforløpet (kapittel 2.2.3 Helhetlige pasientforløp, behandlingslinjer og pakkeforløp) beskriver overgangen mellom spesialist- og primærhelsetjenesten. For å måle kvaliteten på arbeidet som utføres i overgangen og pasientens erfaringer med overgangen, kan følgende spørsmål stilles:

- Hvor ligger forbedringspotensialet?
- Hva er det som faktisk skjer?
- Hva skjer med henvisningene?
- Hvordan skjer utskrivningen fra medisinsk avdeling?
- Har legekantoret en god organisering? (Hermansen, 2013, s. 14-16)

Spørsmålene "Hvor ligger forbedringspotensialet" og "Hva er det som faktisk skjer" er viktige å stille seg (Hermansen, 2013). Prosentandelen som utskrives til hjemmet uten

kommunehelsetjeneste trekker antakeligvis opp prosentandelen på svaralternativet “Vet ikke/husker ikke/ikke aktuelt”, men respondentene har allikevel angitt en høy grad av viktighet på de fleste av kommunens sjekklister påstander/spørsmål. På påstanden *“Forberedelse av utreisen er gjort i samarbeid med meg og mine pårørende”* er det meanverdi på 3,49 og dette viser at det er viktig å involvere pasienten i forberedelsen av utreisen.

På spørsmålet *“Brev fra sykehuset fra behandlende lege (Epikrise) var gjennomgått før kommunehelsetjenesten møtte meg?”* har totalt 56 prosent svart “Veldig viktig”/“Ganske viktig” på grad av viktighet for spørsmålet. Derimot svarer totalt 60 prosent “Helt uenig”/“Vet ikke/husker ikke/ikke aktuelt” på om de er enig i at brev fra sykehuset ble gjennomgått. Årsaken til denne scoren kan være at en stor andel av respondentene ikke skulle ha oppfølging av kommunehelsetjenesten etter utskrivelse fra sykehuset, og at det derfor er “Ikke aktuelt” som er det gjeldene svaralternativet, og ikke eksempelvis “Vet ikke/husker ikke”. Siden disse tre svaralternativene er satt i samme kategori kan det gi en usikkerhet i analysen av data da det er vanskelig å si noe om det er manglende rutiner for gjennomgang av epikrise, manglende informasjon til pasienten om at gjennomgang er utført eller om respondentene i denne spørreundersøkelsen har valgt dette svaralternativet fordi dette ikke var aktuelt for dem i deres overgang. Interessenter ved utskrivelse fra sykehuset er ikke nødvendigvis bare pasienten og pårørende, men også helsepersonell som skriver ut pasienten og helsepersonell som danner mottaksapparatet. Det er derfor mange individfaktorer som må tas hensyn til for å gi god kvalitet på tjenestene.

Det er mulig at hensikten med kommunens sjekklister er formet på en måte som gjør at det ikke er pasienten sin opplevelse som er det primære, men heller helsepersonell sin oppfatning av samspillet i overføringen mellom etatene. Påstandene er mer fjerne fra pasienten og inneholder informasjon som ikke nødvendigvis berører pasienten direkte. En av påstandene i kommunens sjekklister er om epikrisen er gjennomgått med pasienten. Wimsett et al (2014) gjennomgikk 84 artikler hvorav 32 studier ble inkludert. Hensikten med studien var å kartlegge om det var manglende informasjon i epikriser.

Konklusjonen var at følgende komponenter måtte være med i utskrivelsesrapporten; utskrivelsesdiagnose, mottatt behandling, undersøkelsesresultat og plan for hvordan pasienten skulle følges opp (Wimsett, Harper and Jones, 2014). Dette viser at det er viktig å inkludere denne påstanden i kommunens sjekkliste slik at epikrise gjennomgås og at det dermed avdekkes om det mangler viktig informasjon om pasientens sykdomshistorie og videre oppfølging. Som skrevet i kapittel 2.3 Mennesker er det viktig at det er god kvalitet på elektroniske pleie- og omsorgsmeldinger mellom sykehus og kommunehelsetjeneste (somatiske pasienter).

5.3 PasOpp - Opplevd kvalitet og oppgitt grad av viktighet av spørsmålene

Sammenliknet med PasOpp undersøkelsen fra 2013 er det største avviket i respondentenes svar på spørsmål 28 (*“Opplever du at sykehuset har samarbeidet bra med hjemmetjenesten/andre kommunale tjenester om det du var innlagt for?”*). Her svarer 62 prosent “I stor grad”/“I svært stor grad” på PasOpp undersøkelsen fra 2013, mens det er kun 19,6 prosent som svarer dette i masterprosjektets undersøkelse. Samtidig svarer 47,1 prosent av respondentene “Ikke aktuelt” på dette spørsmålet. Dette henger antakeligvis sammen med at en høy prosentandel av respondentene ble utskrevet til hjemmet uten hjemmesykepleie.

Et annet spørsmål med stort avvik i disse to undersøkelsene er spørsmål 26. Her er antallet respondenter som “I stor grad”/“I svært stor grad” er enig i at de har kunnskap om hensikten med å ta medisinene halvert i masterprosjektgruppens undersøkelse.

Antall respondenter i PasOpp undersøkelsen 2013 var på 13 594, noe som er betydelig høyere enn 52. Dette gjør det utfordrende å sammenlikne og å si noe om tendenser i disse to undersøkelsene. Resultatet av PasOpp undersøkelsene viser at indikatoren “Utskriving” får dårligst score nasjonalt i 2011, 2012 og 2013. Indikatoren er laget av to spørsmål:

- om pasienten fikk informasjon om hva han/hun kan gjøre ved eventuelle tilbakefall hjemme (spørsmål nummer 23 i masterprosjektets spørreundersøkelse)
- om pasienten ble informert om hvilke plager som kunne oppstå i tiden etter sykehusoppholdet (spørsmål nummer 22 i masterprosjektets spørreundersøkelse) (PasOpp-rapport Nr. 2 - 2014, 2014)

I masterprosjektets undersøkelse svarer 32 prosent av respondentene “Ikke i det hele tatt” på om de fikk informasjon om hva han/hun skal gjøre ved eventuelle tilbakefall (spørsmål 23), og 22 prosent svarer at de i “Svært stor grad” ble informert.

Prosentfordelingen her antyder at sykehusene fortsatt har et forbedringspotensiale når det gjelder å informere pasientene. På spørsmål om de ble informert om hvilke plager de kunne regne med å få i tiden etter sykehusoppholdet svarer totalt 33,3 prosent “Ikke i det hele tatt” og “I liten grad”, mens totalt 41.2 prosent svarer “I stor grad” og “I svært stor grad”. At 33,3 prosent gir dette spørsmålet så lav score indikerer at sykehusene også på dette området har et forbedringspotensiale slik at pasientene føler seg mer informert om egen sykdom og hvilke plager som kan oppstå.

På spørsmålene for indikatoren “Utskrivelse” er meanverdien på henholdsvis 3,34 og 3,44. Dette indikerer at det på indikatoren “Utskriving” er svært viktig for sykehusene å utføre god kvalitet. Da det i dag tar lang tid før resultatene på PasOpp undersøkelsen blir publisert kan dette føre til at det er svært vanskelig for sykehusene å endre på dagens praksis. Dette kan være fordi de ikke er klar over at pasientene er misfornøyd før lang tid etter utskrivelsen/overgangen fant sted. Den lange tiden gjør det også vanskelig å ha oversikt om utførte forbedringstiltak har hatt effekt. Dette kan være den største årsaken til at indikatoren “Utskriving” får dårligst score tre år på rad.

Indikatoren som får nest dårligst score nasjonalt i 2011, 2012 og 2013 er “Samhandling”.

Indikatoren består av to spørsmål:

- sykehusets samarbeid med fastlegen (spørsmål nummer 27 i masterprosjektets spørreundersøkelse)

- sykehusets samarbeid med hjemmetjenesten eller andre kommunale tjenester (spørsmål nummer 28 i masterprosjektets spørreundersøkelse) (PasOpp-rapport Nr. 2 - 2014, 2014).

I masterprosjektets undersøkelse svarer 27,5 prosent av respondentene “Vet ikke” på spørsmål om sykehuset har samarbeidet med fastlegen, mens 17,6 prosent svarer “I svært stor grad”. En av årsakene til dette kan være at lege/sykepleier på sykehuset har vært dårlig til å informere pasienten om et eventuelt samarbeid som har foregått under innleggelsen. Selv om det er en stor del som ikke vet, kan man heller ikke utelukke at dette er et punkt hvor sykehusene har et forbedringspotensial.

Respondentene i masterprosjektets spørreundersøkelse gir uttrykk for at de to spørsmålene for indikatorene “Samhandling” er viktig for dem i overgangen:

- Meanverdi 3,5 (spørsmål 27)
- Meanverdi 3,3 (spørsmål 28)

Dette indikerer at det også på indikatoren “Samhandling” er viktig at pasientene opplever god kvalitet i overgangen. Det er per i dag, på lik linje som for indikatoren “Utskriving”, vanskelig å gjennomføre endringer og forbedringer i dagens praksis raskt da tilbakemeldingene kommer så sent.

Tilbakemeldingene fra respondentene viser at det er forbedringspotensial når det kommer til grad av kvalitet. Respondentene oppgir at dette er veldig viktige indikatorer som bekrefter at det er korrekt å fortsette måling på disse spørsmålene og presentere resultatet for sykehuset. Ved oppnåelse av bedre score indikeres det at pasienten er bedre opplyst og opplever økt mestringfølelse rundt egen sykdom og situasjon. I dag gir PasOpp undersøkelsen tilbakemeldinger til hvert helseforetak. Utskrivning skjer på enhetsnivå og det kan være store forskjeller på avdelings- og seksjonsnivå som PasOpp ikke vil fange opp så lenge man ikke har en standardisert rutine for hele foretaket. Rapportering på enhetsnivå vil føre til muligheter for å se om iverksatte tiltak har hatt effekt.

5.4 Oppsummering av hvilke indikatorer som er viktigst for respondentene

Det er ikke gjennomført en faktoranalyse av spørsmålene, kun en presentasjon av hvilke spørsmål som scorer høyest på grad av viktighet for respondentene.

Studier som har sett på overgangen utskrivelse fra sykehus til hjemmet har sjeldent inkludert variabelen "pasientens opplevelse av modenhet for utskrivelse. Grad av modenhet er svært viktig for pasientsikkerhet, tilfredshet og resultater. Grad av modenhet for utskrivelse kan ha en innvirkning på timingen av utskrivelsen og hvilke behov for oppfølging og helsetjenester pasienten har etter utskrivelsen (Weiss et al, 2010, s. 154). En høy prosentandel svarer "Veldig viktig" på spørsmålene/påstandene som omhandler faktorer som påvirker pasientens opplevelse av modenhet ved utskrivelse. Dette kan bety at pasienten ønsker å være opplyst og informert ved utskrivelse for å oppnå økt mestringsfølelse og trygghet. Modenhet kan oppnås ved undervisning og informasjon slik at pasientene er trygg på sin egen situasjon ved utskrivelse og dermed opplever god kvalitet på overgangen til hjemmet eller kommunehelsetjenesten. På følgende påstander/spørsmål svarer over 80 prosent av respondentene "Veldig viktig":

- "Da jeg forlot sykehuset forstod jeg klart hvordan jeg skulle ta vare på egen helse" (meanverdi 3,8)
- "Da jeg forlot sykehuset forstod jeg klart hvilke tegn og symptomer jeg skulle være oppmerksom på for å følge med på min helsetilstand" (meanverdi 3,84)
- "Da jeg forlot sykehuset hadde jeg en god forståelse av min helsemessige tilstand og hva som ville forbedre den eller forverre den" (meanverdi 3,8)
- "Da jeg forlot sykehuset hadde jeg en god forståelse av hva jeg selv hadde ansvar for når det gjaldt å ta vare på egen helse" (meanverdi 3,8)
- "Da jeg forlot sykehuset forstod jeg godt hensikten med hver medisin jeg skulle ta" (meanverdi 3,83)

En av dimensjonene ved overganger er utvikling/opparbeidelse av tillit og mestring. Utvikling av tillit er manifestert i grad av forståelse i de ulike prosessene som diagnostisering, behandling, rekonvalesering og det å leve med de begrensningene som

sykdom medfører, ressursutnyttelse og utvikling av strategier for å mestre hverdagen (Meleis, Sawyer, Im, Messias, Schumacher, 2010, s. 52). Respondentene støtter oppunder dette ved at det er en så høy andel av respondentene som svarer "Veldig viktig" på spørsmålene som omhandler kunnskaper om egen tilstand, endring i eget sykdomsforløp og medisiner. Pasientens kunnskaper om egen helse og mestring av egen sykdom er en avgjørende faktor for en vellykket overgang fra sykehuset til hjemmet. Sykehus er komplekse institusjoner hvor flere klinikere skal levere en rekke tjenester trygt, humant, og effektivt. Lepore et al (2013) mener at internettbaserte vurderings- og tilbakemeldingssystemer kan gi en god indikasjon på hvordan pasienten mestrer egen helsesituasjon og hvilke kunnskaper pasienten har om egen sykdom før innleggelse, slik at klinikerne kan skreddersy informasjon og tilrettelegge for at pasienten får en best mulig overgang (Lepore et al, 2013).

Flere av spørsmålene fra CTM-15 som får høyest score handler om hvilken informasjon pasienten trenger for å ivareta egen helse. Dette samsvarer godt med Meleis transition theory, hvor det i følge Meleis er et mål for sykepleie å bidra til helse og mestring i overgangsfasen. Sykepleier må ha kunnskap om hvordan pasienten mestrer utfordringene og endringene overgangen innebærer. I Meleis transition theory står det også at sykepleier må ha kunnskap om hvilke sykepleiehandlinger som bidrar til at pasienten mester overgangsfasen på en best mulig måte ved å vurdere overgangsprosessen gjennom prosessindikatorer. Prosessindikatorene som Meleis har definert er blant annet det å utvikle tillit og mestring. Ved å se på de spørsmålene som pasientene har vurdert som svært viktige kan sykepleierne få mer kunnskap om hva som er viktig for pasienten i en overgangsfase og hvilken informasjon og samhandling som er nødvendig for å utvikle tillit og mestring. Mange av spørsmålene fra CTM-15 handler nettopp om hva som skal til for å utvikle mestring, men også tillit ved at pasienten blir tatt med på avgjørelser som omhandler omsorg ved overganger. Spørsmålene/påstandene som har fått en meanverdi på 3,8 eller mer legges til grunn for hvilke kvalitetsindikatorer det bør måles på i overgangen.

Ingen av spørsmålene fra PasOpp undersøkelsen får meanverdi 3,8 eller mer, og de to som får høyest score (meanverdi 3,71) er spm.24; *“Da sykehuspersonalet vurderte hvilke helsetjenester jeg kom til å ha behov for etter sykehusoppholdet, tok de hensyn til hva jeg og mine pårørende ønsket”*. Dette spørsmålet er ganske likt spørsmål 3 i CTM-15, *“Sykehusets helsepersonell tok hensyn til mine og min families eller omsorgspersons ønsker i vurderingen av hvor mine helsemessige behov ville bli møtt da jeg forlot sykehuset”*, som har en meanverdi på 3,48. Det andre spørsmålet som får høy meanverdi (3,71) er spørsmål 25, *“Ved utskrivning fra sykehuset hadde jeg god forståelse for hva som var mitt ansvar for å ta vare på egen helse”*. Dette spørsmålet er ganske likt spørsmål 5 i CTM-15, *“Da jeg forlot sykehuset forstod jeg klart hvordan jeg skulle ta vare på egen helse”*, som har en meanverdi på 3,8.

Undersøkelsen viser at for spørsmål som har sammenliknende innhold er mean score høyere for CTM-15 enn for PasOpp og Kommunens sjekkliste. Det er mulig at plasseringen har noe å si siden CTM-15 er presentert først og på den måten er første gang respondenten må ta stilling til spørsmålet/påstanden. Det at et stort antall av spørsmålene har en meanverdi på 3,8 viser at spørsmålene er viktige i vurderingen av utført kvalitet.

I tillegg til PasOpp undersøkelsen for pasienterfaringer med somatiske sykehus har Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten utviklet et nytt hjelpemiddel “PasOpp fastlege – for måling av pasientopplevelser”. Et av målene for prosjektet var å gi legekantorene tilgang til et elektronisk registrerings- og analyseverktøy da dette skulle minimere behovet for å skrive inn spørreskjemadata manuelt, samt å gi automatisk genererte resultater (Holmboe et al, 2015). Sett sammen med PasOpp-undersøkelsen som hvert år gjennomføres ved sykehusene understreker dette behovet for en IT-løsning for innhenting, rapportering og presentasjon av pasientopplevde erfaringer.

5.5 Kravspesifikasjon til IT-løsning for innhenting, rapportering og presentasjon av pasientopplevde erfaringer

PasOpp undersøkelsen som benyttes i dag innehar spørsmål som i stor grad er sentralisert for sammenlikningens skyld. Dette er med på å minske nytten for foretakene med tanke på et styringssystem for kvalitetsarbeidet. Dette masterprosjektet tar for seg en del av det helhetlige pasientforløpet (overgangen mellom sykehus og annet nivå som for eksempel hjemmesykepleie), men det er klart at hele pasientforløpet bygger på flere faser (overganger) som er med på å avgjøre kvaliteten på hele behandlingen. Det vil være nyttig å kunne måle disse fasene på en effektiv måte og ikke bare ved bruk av PasOpp-undersøkelsen. Behovet for et PROMs instrument til måling av kvalitet vil kunne utgjøre det redskapet som er nødvendig for raskt å kunne måle og endre kvaliteten ved helseforetaket. Ved bruk av et slikt instrument vil helsearbeiderne kunne definere kvalitetsindikatorer ut fra eget behov og på de ulike nivåene i organisasjonen.

Beck et al (2013) undersøkte sykepleieres påvirkning på kvalitet av behandling, framgang, utfordringer og fremtidige retninger. Et av spørsmålene som ble stilt for fremtidige undersøkelser og retningslinjer var: *“Hvordan integrerer vi pasient og pårørendes målte erfaringer i den elektroniske pasientjournalen og bygger opp en nødvendig datamodell, inkludert struktur og prosess (gitt omsorg, mottatt omsorg, pasienterfaring), pasient aksjoner og pasientresultat (inkludert kostnader) over flere innleggelser?”* Flere av spørsmålene Beck et al stilte handler om at pasienten blir tatt med på avgjørelser om egen behandling og at pasientene har fått forståelse av hva de skal gjøre om sykdommen forverres og om videre behandling (Beck et al 2013).

På bakgrunn av manglende IT-løsning for innrapportering av pasientopplevelser i overganger (og andre aspekter ved somatiske sykehusopphold) er det nedenfor utarbeidet en kravspesifikasjon for en tenkt IT-løsning. Kravspesifikasjonen inneholder både krav til funksjonalitet for rapportering av pasienterfaringer og presentasjon av de innsamlede data. Kravspesifikasjonen er basert på Torvunds hovedpunkter (kapittel 2.4.2 Kravspesifikasjon til IT-løsninger) for kravspesifikasjon og masterprosjektgruppens erfaring med besvarelse og vurdering av kravspesifikasjoner.

Kravspesifikasjonen er delt inn i tre kolonner;

- Kolonne 1 (nr.): Referansenummer for krav
- Kolonne 2 (A/V/Ø = Absolutt / Viktig / Ønskelig): Beskriver viktigheten av krav
- Kolonne 3 (krav): Beskrivelse av krav / behovsbeskrivelse

Tabell 15: Funksjoner/oppgaver som skal løses

Nr	A/V/Ø	Funksjoner/oppgaver som skal løses
F1	A	Funksjonalitet for utsendelse av epost til pasientene etter utskrivelse hvor pasienten bes om å gi tilbakemelding/evaluere (validert, strukturert skjema).
F2	V	Konfigureres etter behovene til de forskjellige yrkesgrupper og nivåer i organisasjonen ut fra lokale og sentrale behov.
F3	A	Spørreskjema som sendes til pasientene bør kunne designes enkelt og være intuitive for mottaker.
F4	A	Pasienten skal enkelt kunne sende skjema i retur til sykehus (elektronisk).
F5	V	Varslingsfunksjon for å påminne pasient om mottatt spørreskjema.
F6	V	Pasientene skal kunne reservere seg mot mottak av epost.
F7	A	Samle inn og strukturere data fra spørreskjemaer som bygger på selvrapporing fra pasienter.
F8	V	De strukturerte skjemaene skal ha en fast form hvor det er mulig å sette inn og eller erstatte eksisterende spørsmål, ut fra behov.
F9	V	Løsningen skal ha funksjonalitet for at flere uavhengige spørsmålsserier kan kjøres til samme tid ved flere deler av institusjonen.
F10	A	En spørsmålsserie består av et før-hospitaliserings spørreskjema, et skjema mens pasienten er inneliggende, og et skjema et definert antall dager etter utskrivning.
F11	A	Arketyper definert lokalt eller sentralt skal kunne benyttes i utforming av spørreskjema.
F12	V	Rapport/diagram modul skal ikke kreve manuell registrering, men genereres automatisk ved forhåndsdefinerte rapporter.
F13	V	Presentasjonen bør baseres på Dashboard funksjonalitet.
F14	V	Presentasjonen av rapportene skal være tydelige, med gode visuelle virkemidler.
F15	V	Innsamlede data er tilgjengelige i et datavarehus slik at de anonymiserte dataene er sammenlignbare for andre som bruker programmet, både innen egen institusjon og på tvers av helseforetak.
F16	V	Dashboard-løsningen skal være definerbar ut fra brukers tilgangsnivå og med mulighet for individuelt å forme egne presentasjoner ut fra behov.

Ved bruk av eksempelvis digitale skjema for innsamling av data og deretter presentasjon av data i form av grafer og tabeller (dashboard) som er egendefinert av sykehusene, vil ledelsen raskt kunne trekke ut data som sier noe om kvaliteten på overgangen mellom sykehus og hjemmet. Da kvalitetsbasert finansiering baserer seg på kvalitetsindikatorer er det viktig å score høyt på pasientopplevelser. Ved fortløpende presentasjon av data vil sykehusledelsen raskt kunne gjennomføre endringer slik at det oppnås høy score på opplevd kvalitet og dermed en høyere finansiering.

Funksjonalitet beskrevet i krav F12, F13 og F14 omhandler presentasjon av de innsamlede data. Det er tenkelig at data fra løsningen skal kunne trekkes ut og presenteres i diagrammer som viser trender og endringer i tilbakemeldingene. Ved bruk av for eksempel SPC (se kapittel 2.4.3 Eksisterende løsninger), vil det fremgå om endringen er stabil. Presentasjon av, og tilbakemelding på de rapporterte kvalitetsindikatorer har som formål å være et incitament for lokalt kvalitetsarbeid. Det skal også gi ledere og eiere på alle nivå i helseforetakene et godt styringsgrunnlag (Lind, 2014, s. 6). Uttrekk av data kan presenteres på ledermøter. Seksjonsledere for de ulike avdelingene kan få presentert data for sin avdeling som kan brukes i arbeidet med endring av rutiner ved utskrivelse på avdelingen slik at pasientene opplever en høyere kvalitet på overgangen. I tilfeller der pasientene er svært godt fornøyde kan de ansatte få presentert dataene slik at motivasjon for videre godt arbeidet styrkes.

For helseforetakene er det en fordel at standarder etableres på tvers av organisasjonen og at data fra undersøkelser kan brukes til å forbedre datakvalitet i eget system. Det er i denne forbindelse viktig at hvert enkelt helseforetak tar avgjørelser om hvilke pasienter som skal motta skjema, hvordan rapporteringen deles opp (på enhetsnivå eller helseforetaksnivå), hvilke kvalitetsindikatorer som er aktuelle og selve utformingen av rapporteringen. Krav F11 stiller krav til løsningens funksjonalitet for integrasjon mot arketypebiblioteket og at løsningen skal støtte utforming av spørsmål basert på arketyper. Bruk av arketyper kan føre til større motivasjon for oppstart av arbeidet med å gå gjennom ustrukturerte data i journalsystemet for å finne data som kan struktureres og deretter fremstille disse som arketyper. Strukturerte data vil danne et godt grunnlag for

utarbeidelse av behandlingsløp som bygger på best practise. Nasjonal IKT HF har begynt arbeidet med oppbyggingen av et nasjonalt arketypebibliotek hvor alle innmeldte arketyper skal være tilgjengelige for uthenting (Nasjonal IKT, 2015).

Tabell 16: Kapasitet og ytelse

Nr	A/V/Ø	Kapasitet og ytelse
K1	V	Enkel å vedlikeholde.
K2	A	Vedlikeholdes uten at leverandør skal involveres.
K3	V	Ved oppdateringer/endringer bør løsningen kunne være tilgjengelig og online for brukerne.

Krav K1-K3 er nødvendig slik at det sikres at løsningen er enkel å vedlikeholde og at leverandør ikke må involveres ved hver endring da det blir dyrt å drifte og vedlikeholde løsningen dersom leverandør må involveres ved alle endringer. Det er viktig at intern driftsorganisasjon kan utføre vedlikehold og oppdateringer etter gjennomført opplæring gitt av leverandør. Det er også viktig at oppdateringer kan implementeres i løsningen uten at brukerne legger merke til dette, derfor krav K3.

Tabell 17: Systemmiljø

Nr	A/V/Ø	Systemmiljø
S1	A	Benyttter anerkjente standarder for informasjonsutveksling i helsevesenet som HL7 ol.
S2	V	Løsningen bør i stor grad kunne benytte, og integrere open-source-løsninger.
S3	Ø	I de delene hvor S2 ikke er mulig ønskes det at man i første rekke lager integrasjoner med allerede eksisterende programvare, før man utvikler helt nye løsninger.

Bakgrunn for krav S1 er at det med standardisering åpner for samhandling med andre vilkårlige aktører. I dag benyttes ulike varianter av HL7 versjon 2 over store deler av verden for at kommunikasjon mellom ulike system internt på et sykehus (eksempelvis laboratoriesystem, røntgensystem og pasientadministrative system) støttes. HL7 v2.x benyttes i mindre grad for kommunikasjon mellom institusjoner (Helsedirektoratet, 2015).

Open-source er programvare som i de fleste tilfeller er gratis og hvor koden kan endres av alle som benytter programvaren (Datamaskin, 2015). Det kan være aktuelt for helseforetak å integrere løsningen med en open-source programvare og derfor stilles krav S2. Løsningen skal være enkel å integrere med andre løsninger som helseforetakene benytter slik at det ikke påkreves store investeringer fordi løsningene er vanskelig å integrere med 3.partsløsninger. Det forutsettes at allerede eksisterende løsninger er villig til å dele sine koder med systemet slik at det lar seg integrere best mulig.

Tabell 18: Kompatibilitet

Nr	A/V/Ø	Kompatibilitet
K1	A	Løsningen støtter alle plattformer (Android, iOS og Windows).

For at løsningen skal kunne benyttes på eksempelvis nettbrett, telefon og PC (med ulike operativsystemer) må løsningen støtter alle plattformer. iOS plattformen benyttes for utvikling av applikasjoner for iPhone og iPad. Den største utfordreren til iOS er i dag Android og det er flere enheter på verdensbasis som benytter Androidtelefoner enn noen annen plattform. Windows 8 fungerer på PC, nettbrett og på mobiltelefon (Knowit, 2015).

Tabell 19: Brukergrensesnitt

Nr	A/V/Ø	Brukergrensesnitt
B1	V	Brukergrensesnittet skal være intuitivt slik at endringer, utforming og utvikling av spørreskjema lett kan utføres.
B2	V	Inneholder hjelpefiler som skal være tilstrekkelig til at brukeren finner nødvendig informasjon om bruken.
B3	V	Behovet for opplæring i systemet bør være minimalt, og tilpasset det nivået bruker har tilgang til.
B4	V	Dashboard løsningen som presenteres skal være fleksibel og kunne formes ut fra brukers behov.
B5	V	Dashboard-løsninger som ønskes benyttet ved institusjonen skal lett kunne overføres til enkeltbrukere og være valgbar i menyer sammen med egendefinerte Dashboard.

Krav B1, B2 og B3 stiller krav til at løsningen er brukervennlig og krever minimal opplæring. En god hjelpefil vil støtte brukerne i den daglige bruken da økt registrering

innebærer økt administrasjon for allerede hardt belastede medarbeidere. Jernberg (2014) påpeker at det er viktig å ta hensyn til om det er praktisk gjennomførbart og om registreringen vil påvirke kontakten mellom helsepersonell og pasient negativt. Dobbeltarbeid ved dokumentasjon både i journal og i register må minimeres på sikt (Jernberg, 2014). Ved at pasientene registrerer sine svar i elektroniske spørreskjema vil ikke løsningen medføre økt registreringsarbeid for klinikerne. Tanken er at pasientansvarlig eller sekretær innhenter samtykke fra pasienten om å motta elektronisk spørreskjema før og etter innleggelse. Dersom pasienten velger å reservere seg for mottak av skjema vil dette kreve en registrering i systemet. Utover dette skal ikke løsningen medføre pålagt registrering for klinikerne da det er ledelsen som utarbeider rapporter ved å trekke ut aktuelle data fra rapporteringsgrunnlaget.

Krav B4 og B5 stiller krav til at bruker i stor grad selv skal kunne definere bruken av data, samtidig som det muliggjør en enkel bruk av organisasjonsbaserte fremstillinger.

Tabell 20: Kommunikasjon

Nr	A/V/Ø	Kommunikasjon
K1	A	Integreres med EPJ, Rapporterings og styringssystemer etc.
K2	A	Integreres mot helsenorge.no for publisering av innsamlede data.
K3	V	Ha et system for automatisk rapportering av nasjonalt pålagte målinger.
K4	A	Integreres mot IT-baserte survey-verktøy eller inneha funksjonalitet for opprettelse av surveys.
K5	V	Kan utføre spørringer mot 3.partssystemer (eksempelvis datavarehus).
K6	V	Integreres mot alle nasjonale databaser (eksempelvis Arketypebiblioteket, Norsk pasientregister, Kvalitetsregistre).
K7	Ø	Ha mulighet til URL-integrasjoner mot oppslagsverk nasjonalt og internasjonalt.

Krav K1, K2 og K3 stiller krav til integrasjon mot 3. partsløsninger, kvalitetsregistre og nasjonale databaser. Løsningen skal kunne integreres mot lovpålagte rapporteringssteder (eksisterende og fremtidige). Den kvalitetsbaserte finansieringsmodellen benytter et poengsystem som grunnlag for beregningene av inntekt til de regionale helseforetakene. Dette fører til at pasienterfaringer vil gi et utslag i indikatorene da 30 prosent av finansieringen regnes ut på bakgrunn av pasientopplevelser (Rapport IS-2154, 2014, s 13). Systemet må derfor tilfredsstill

kravet om datakompletthet slik at sykehuset ikke mister poengene som benyttes i kvalitetsbasert finansiering. Løsningen bør automatisk overføre de innsamlede data til nasjonale kvalitetsregistre (krav K3) slik at grunnlaget for utregning av kvalitetsbasert finansiering enkelt kan gjøres. Det stilles krav til datakompletthet som betyr at sykehusene registrerer og rapporterer data i samsvar med kravene knyttet til de aktuelle kvalitetsindikatorne. Det er kun når kravet til datakompletthet oppfylles at det utløses poeng for den aktuelle indikator (Rapport IS-2154, 2014, s. 13-14). Ved at løsningen innehar funksjonalitet som oppfyller disse kravene vil sykehusene oppfylle kravene om datakompletthet og poengene til kvalitetsbasert finansiering vil kunne regnes ut. Krav K3 vil i tillegg muliggjøre automatisk rapportering.

Ved integrasjon med EPJ, Rapporterings og styringssystemer og liknende (krav K1) vil helseforetakene raskere få tilbakemelding da svarene fra pasientundersøkelsene blir tilgjengeliggjort fortløpende. Rapporter kan utarbeides så ofte dette er ønskelig, og tilbakemeldinger og tiltak for endring av rutiner kan planlegges og iverksettes raskere. Helseforetak som består av flere lokasjoner får tilbakemelding per lokasjon. Det kan være store variasjoner på pasienterfaringer innen ett foretak. Dersom foretakene virkelig skulle kunne nyttiggjøre deg tilbakemeldingene, burde tilbakemeldingene vært gitt helt ned på enhetsnivå og med rask responstid.

Tabell 21: Sikkerhet

Nr	A/V/Ø	Sikkerhet
S1	A	Tilgang til opplysninger skal bygge på prinsipper om tilgangsstyring hvor tilgjengeligheten er delt inn i nivåer ut fra prinsippet om Need to know.
S2	A	Brukere med nødvendig tilgangsrettigheter skal kunne slette spørreskjemaer etter pasientens ønske (før utreise).
S3	V	Aidentifiserbare data skal være tilgjengelige i en Dashboard løsning for alle som har tilgang til systemet.
S4	A	Løsningen skal støtte sikkerhetsnivå 4.
S5	A	Leverandør skal dokumentere på hvilken måte pasientsikkerheten ivaretas og på hvilket sikkerhetsnivå dette skjer på.
S6	A	Leverandør skal dokumentere hvordan tilgang til løsningen og de lagrede dataene styres.
S7	A	Leverandør skal dokumentere hvilke driftskostnader løsningen medfører både i forhold til

		normal drift og vedlikehold / videreutvikling.
S8	A	Innsyn i dataene skal være sporbare (logges).
S9	Ø	Løsningen bør støtte single sign-on.

Krav S4 ivaretar krav om sikkerhetsnivå 4 da det er ønskelig at løsningen er integrert mot sykehusenes pasientadministrative system for å hente ut data om utsendelsesadresse (epost). Ved besvarelse og innsendelse av spørreskjema er det ønskelig at pasientene kan benytte seg av en tilsendt link (per epost). Løsningen for innrapportering, analyse og presentasjon av kvalitetsindikatorer er ikke et journalsystem, men vil være integrert med løsninger på sykehuset som inneholder sensitiv informasjon. Løsningen skal derfor ivareta konfidensialitet, integritet og tilgjengelighet for helse- og personopplysninger, som skrevet i Norm for informasjonssikkerhet (Kapittel 2.6 Norm for informasjonssikkerhet). På sikt kan krav S9 åpne for at det kan benyttes single Sign-on (SSO). SSO fører til at brukere kun trenger å logge seg på en av flere relaterte, men uavhengige programvaresystemer (Techopedia, 2015). Dette fører til redusert bruk av tid til pålogging og enkel navigering mellom uavhengige systemer.

Ved valg av løsning for innsamling og presentasjon av data som rapporteres av pasienter er det viktig at løsningen har funksjonalitet for anonymisering av data slik at personvernet ivaretas (Helseregisterloven - se kapittel 2.5.1 Helseregisterloven). Løsningen for utsendelse av spørreskjema til pasienter skal ikke samle inn pasientsensitiv informasjon, men skal benyttes i beregning av kvalitetsindikatorer som igjen er grunnlaget for kvalitetsbasert finansiering. Helsepersonelloven definerer kvalitetsregistre som behandlingsrettede helseregistre og de er derfor meldepliktige (se kapittel 2.5.2 Helsepersonelloven). For å ivareta normen for informasjonssikkerhet, Helsepersonelloven og personvernet innehar kravspesifikasjonen "Dokumentasjonskrav" hvor leverandør skal redegjøre for loggfunksjonalitet, lagring av data og hvordan løsningen ivaretar pasientsikkerheten.

Tabell 22: Særlige krav

Nr	A/V/Ø	Særlige krav
SK1	A	Data skal følge norsk lov sine krav til å være anonymisert ved presentasjon.

SK2	V	Leveransen skal tilfredsstillende Normen for informasjonssikkerhet.
-----	---	---

Det er ikke relevant med personidentifiserbare opplysninger i presentasjonen av data, men krav SK1 setter allikevel krav til at dataene skal være anonymisert. Dette for å sikre Helsepersonellovens krav til ivaretagelse av at personidentifiserbare opplysninger så langt som mulig skal gis uten individualiserende kjennetegn (kapittel 2.5.2 Helsepersonelloven).

Kravspesifikasjonen ovenfor inneholder mange viktige og aktuelle krav for IT-løsningen, men dersom et slikt system skal bestilles er det nødvendig med en grundig interessentanalyse hvor det nedsettes en prosjektgruppe med fagpersoner med relevant utdanning og erfaring slik at alle vesentlige komponenter blir ivaretatt. En av forutsetningene for å kunne utvikle gode dataprogrammer er å ha en klar forståelse av brukernes behov og de krav de ulike interessentene i helsesektoren (pasienter, klinikere og leger, helsepersonell, betalere, farmasøytisk industri, medisinske produktleverandører og regjeringen) har. Resultatet av Zillner et al (2014) sin studie støtter oppunder dette. Zillner et al gjorde en markedsundersøkelse hvor de ulike interessentene ble intervjuet og resultatet ble en oversikt over ulike krav til en IT-løsning som må oppfylles. Disse kravene ble delt inn i tre ulike kategorier: organisatorisk relaterte, teknisk relaterte og krav som både er organisatorisk- og teknisk relaterte. Studien avdekket at store helsedataapplikasjoner indikerer et stort potensial for å forbedre effektiviteten og kvaliteten på utført behandling. For å kunne benytte seg av dette potensialet er det nødvendig at de ulike dimensjonene av helseopplysninger, som:

- de kliniske data som beskriver pasientens historie og helsetilstand
- de administrative data
- kunnskap om sykdommer (og populasjon)
- kunnskap om endringer i tid innarbeides i den automatiserte helsedataanalysen en big data applikasjon kan utføre (Zillner, Lasierra, Faix og Neururer, S, 2014).

En IT-løsning for måling av kvalitet i overgangen vil gi verdi for å forbedre, komplettere og eventuelt videreutvikle dagens pasientforløp, helhetlige behandlingslinjer og

pakkeforløp da dette er hjelpemidler og retningslinjer for at pasientene skal motta evidensbasert behandling, og behandling med god kvalitet.

5.6 Styrker og svakheter ved analyse og diskusjon

Presentasjon og analyse av data er bygd opp etter rekkefølgen på instrumentene som er benyttet. Diskusjonsdelen er bygd opp i samme logiske rekkefølge. Deskriptive data er presentert i tabeller og figurer og resultatet fra spørreundersøkelsen benyttes i diskusjonen og sammenlignes med resultatet fra andre undersøkelser. Svakheten ved masterprosjektet ligger i antallet respondenter og at det er vanskelig å trekke konklusjoner på grunnlag av de innsamlede data. Da det ikke er et sannsynlighetsutvalg er det lite sannsynlighet for at utvalget er representativt for populasjonen og det er derfor ikke benyttet statistisk teori for å gjøre statistiske generaliseringer (Johannessen, Tufte og Christoffersen, 2011). Etter at resultatet av spørreundersøkelsen er diskutert, konsentreres videre diskusjon om IT-løsning og kravspesifikasjon for denne. Masterprosjektgruppen har ikke gjennomført en egen undersøkelse på hva kravspesifikasjonen bør inneha av krav, men det er benyttet innsamlet informasjon og egen erfaring for å utdype behovet for en egnet IT-løsning.

6.0 Konklusjon

I statsbudsjettet for helse og omsorgsdepartementet er det for 2015 vedtatt en ramme på i overkant av 132 milliarder kroner til spesialisthelsetjenesten. Da det er en betydelig sum som brukes til helseformål er det nødvendig med målinger som har til hensikt å sikre kvalitet på helsetjenestene. Dagens målinger dekker ikke alle helsetjenester, og i denne sammenheng måling av kvaliteten på overganger mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten/hjemmet.

Masterprosjektgruppens studie viser at CTM-15 har mange gode spørsmål som scorer høyt på viktighet for pasienten. Flere av spørsmålene er også sammenfallende med PasOpp undersøkelsen i innhold. PasOpp undersøkelsen innehar mange relevante spørsmål som også scorer høyt selv om resultatet er noe lavere enn CTM15. Kommunens sjekkliste har lavest score på hvor viktig respondentene mener den er for dem.

Det anbefales å gjennomføre en instrumentanalyse for å analysere hvilke kvalitetsindikatorer som er viktige for pasientene. Masterprosjektet gir en indikasjon på hvilke kvalitetsindikatorer respondentene mener er viktige ved utskrivning fra sykehuset, men da det ikke er et sannsynlighetsutvalg kan det ikke trekkes noen konklusjon ut fra dette materialet. Videre er det interessant å undersøke hvilke indikatorer som kan forutsi reinnleggelse eller økt omsorgsbehov, på hvilken måte innsamling av tilbakemelding fra pasienter og pårørende kan gjøres (uten for mye arbeid for dem), og på hvilken måte helsepersonell kan nyttiggjøre seg tilbakemeldingene.

Undersøkelser viser at feil blir gjort ved overganger på grunn av sviktende informasjon. Det er nødvendig med gode målinger som gjenspeiler det pasienter og pårørende synes er viktige. Skal målingen ha verdi må resultatene av målingene visualiseres for de involverte i overgangene, både ved utskrivelse og mottak. Målingene må anonymiseres og være tilgjengelige for pasienter. Resultatet av målingene kan ha utslag for sykehusvalg. Dette masterprosjektet har tatt for seg tre måleinstrumenter og latt pasienten bedømme hvordan deres opplevelse ved utskrivning var, og hvilken betydning

de enkelte spørsmålene har for pasientene. Hvilke målinger som skal supplere nåværende virksomhetsmålinger med blant annet reinnleggelse og 30 dagers dødelighet må handle om spørsmål som er viktige for pasienten. Videre må IT-løsning være på plass for å visualisere tilbakemeldinger fra pasienter. Tilbakemeldingene bør være visualisert kort tid etter måling slik at omsorg ved overganger kan være gjenstand for kontinuerlig forbedring. Dette handler om pasientsikkerhet, pasienttilfredshet, og økonomi.

Det er et behov for å utvikle et godt redskap for kvalitetsmåling, både for å få gode målinger på aktuelle områder og for lett og raskt kunne synliggjøre resultatene. En slik løsning vil lette kvalitetsarbeidet ved helseinstitusjoner. Raske svar vil samtidig kunne synliggjøre om gjennomførte endringer har effekt. Dersom en slik løsning skal bestilles er det nødvendig med en interessentanalyse hvor det nedsettes en prosjektgruppe med fagpersoner med relevant utdanning og erfaring slik at alle vesentlige komponenter blir ivaretatt.

Som en midlertidig løsning i påvente av en IT-løsning anbefales det å gjøre en analyse av de løsningene som allerede tilbys på markedet, eksempelvis kan Rambølls Rest API løsning, DIPS Arenas datavarehus, SPC (Statistic Process Control) og QlickView nevnes. Hensikten med analysen er å se om noen av dagens løsninger kan benyttes midlertidig, og om allerede eksisterende løsninger kan brukes i videreutviklingen av løsningen.

Masterprosjektet fokuserer på kvalitetsindikatorer ved overgang fra spesialisthelsetjenesten. Det vil trolig være aktuelt å benytte samme løsning for tilsvarende kvalitetsindikatorer i andre faser av et helhetlig pasientforløp. Videre forskning bør derfor se på andre indikatorer relatert til det helhetlige pasientforløpet.

Det er lite forskning som har undersøkt hva pasienten mener er viktige måleindikatorer, Det anbefales derfor ytterligere forskning for i større grad å kunne tilby pasienten gode løsninger for det som pasientene mener er viktig i de forskjellige faser av pasientforløpet med helsevesenet.

Det bør forskes mer på hvordan Big Data teknologi kan implementeres i spesialisthelsetjenesten slik at den store datamengden som allerede finnes kan tilføre verdi i blant annet videre arbeid med utvikling av det helhetlige pasientforløp og pakkeforløp for kreft.

Helsevesenet bør, på alle nivåer, observere utviklingen av programvare som kan behandle ustrukturerte data. IBM Watson er et eksempel på slike programmer, og her ser man hvordan man har klart å benytte ustrukturerte data i et Big-data miljø til å oppdage og behandle kreftforløp (IBM, 2015). Man må forvente at det i tiden fremover er flere slike programmer som vil bli utviklet, og at de i større grad kan være tilgjengelig og aktuelle for helsevesenet.

Litteraturliste

Anatchkova. M, Barysaukas. C, Kinney. R, Kiefe. C, Arlene S. (2014) Psychometric Evaluation of the Care Transition Measure in TRACE–CORE: Do We Need a better measure? The Journal of the American Heart Association is published by the American Heart Association, J Am Heart Assoc. 2014;3:e001053; originally published June 4, 2014

Arora, Johanson, Lovinger, Humhrey og Meltzer (2005) *Communication failures in patient sign-out and suggestion for improvement: a critical incident analysis* Qual Saf Health Care 2005, nr 14

Bakshi, Wee, Tay, Wong, Luo, Merchant og Leong (2012) *Validation of the care transition measure in multi-ethnic South-East Asia in Singapore* BMC Health Services Research 2012, 12:256

Beck, SL., Weiss, MA, Ryan-Wenger, N., Donaldson, NE, Aydin, C., Towsley, GL og Gardner, W. (2013) Measuring nurses' impact on health care quality: Progress, challenges and future directions. Medical Care 51: S15–S22. doi: 10.1097/MLR.0b013e3182802e8b. Published, 04/2013

Befring, Edvard. (2007) *Forskningsmetode*. Det Norske Samlaget

Bergem, Kristian (2014) *Sentrale krav til IKT-anskaffelser* Hentet fra <http://www.anskaffelser.no/sites/anskaffelser/files/sesjon-6.-kristian-bergem.pdf>

Big-project (2014) *Big Data Public Private Forum* Hentet fra <http://big-project.eu/>

Bjerkan AM, Holmboe, O, Skudal KE og Bjertnæs ØA. (2013) *Pasienterfaringer med norske sykehus i 2012: Metoderapport*. Metoderapport fra Kunnskapssenteret nr. 2–2013. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

Bjørlo, A. B. og Christensen, H. (2014) *Elektronisk meldingsutveksling- et bidrag til å oppfylle Samhandlingsreformens intensjoner om helhetlige, sømløse, koordinerte og trygge tjenester? To delstudier for å identifisere og vurdere kvalitet i elektroniske PLO – meldinger mellom kommunehelsetjeneste og helseforetak.* (Mastergradsavhandling, Universitetet i Agder), Bjørlo, A. B. og Christensen, H., UiA

Bjørndal, Arild og Hofoss, Dag (2004) *Statistikk for helse- og sosialfagene.* Gyldendal Norsk Forlag AS 2004.

Brandrud, Aleidis Skard (2009) *Veiledningshefte i statistisk prosesskontroll (SPC)* Ringerike sykehus HF, 2009.

Chai, Kathleen T. (2011) *Interview with a Quality Leader: Dr. Eric Coleman, on Care for Geriatric Populations* Journal for Health Care Quality Vol. 33 No. 5. September/October 2011

Coleman Eric A, Smith Jodi D, Frank Janet C., Eilertsen Theresa B., Thiare Jill N. og Kramer Andrew M.(2002) *Development and testing of a measure designed to assess the quality of care transitions* International Journal of Integrated Care – Vol. 2, 1 June 2002

Coleman, E. (2003) *Falling Through the Cracks: Challenges and Opportunities for Improving Transitional Care for Persons with Continuous Complex Care Needs* JAGS April 2003–Vol. 51, No. 4

Coleman. Eric A, Mahoney. Eldon og Parry. Carla (2005) *Assessing the Quality of Preparation for Posthospital Care from the Patient's Perspective* The Care Transitions Measure, Medical Care • Volume 43, Number 3, March 2005

Coleman Eric A, Parry Carla, Chalmers Sandra A., Chugh Amita og Mahoney Eldon (2007) *The Central Role of Performance Measurement in Improving the Quality of Transitional Care* Home Health Care Services Quarterly, 26:4, 93-104, DOI: 10.1300/J027v26n04_07

Datamaskin (2015) Fordelene med open-source Hentet fra http://www.datamaskin.biz/Software/open-source-code/144178.html#.VUG_QCHtmko

Dokument 3:6 (2013-2014) *Riksrevisjonens undersøkelse om elektronisk meldingsutveksling i helse- og omsorgssektoren*. Hentet fra <https://www.riksrevisjonen.no/rapporter/Sider/ElektroniskMeldingsutveksling.aspx>

Fex, Angelika (2010) *From Novice towards self-care expert - Studies of self-care among persons using advanced medical technology at home* (Mastergradsavhandling, Linköping University) Hentet fra <http://liu.diva-portal.org/smash/get/diva2:382687/FULLTEXT01.pdf>

Førde, Reidun (2013). *Helsinkideklarasjonen* Hentet 30.04.14 fra <https://www.etikkom.no/FBIB/Praktisk/Lover-og-retningslinjer/Helsinkideklarasjonen/>

Garratt AM, Bjartnæs ØA (2014) *Pasientrapporterte resultatmål (PROMS) som nasjonale kvalitetsindikatorer– kvalitetskriterier og standard utviklingsprosess* Notat fra Kunnskapssenteret 2014. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2014.

Gottschalk og Solli-Sæther (2009) Interoperability in e-government: Stages of growth. I Chhabra. S og Kumar. M (Red) *Integrating E-Business Models for Government Solutions: Citizen-Centric Service Oriented Methodologies and Processes* Hershey, New York: IGI Global

Greenlaw, C. og Brown-welty, S. (2009). A comparison of Web-Based and Paper-Based survey Methods: testing Assumptions of Survey Mode and Response Cost Sage Journals Eval Rev October 2009 vol. 33 no. 5464-480 Hentet fra <http://erx.sagepub.com/content/33/5/464>

Helljesen, Gro (2010) *Behandlingslinjer* Helsebiblioteket Hentet 06.09.14 fra <http://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/samhandling/metoder-og-verkt%C3%B8y/behandlingslinjer>

Helsebiblioteket (2014) *Kvalitetsforbedring - Hva er kvalitetsforbedring?* Hentet fra <http://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/hva-er-kvalitetsforbedring/forsideartikkel/hva-er-kvalitetsforbedring#>

Helsebiblioteket (2015) *Pasientforløp og behandlingslinjer* Hentet fra <http://www.helsebiblioteket.no/verkt%C3%B8y/pasientforlop-behandlingslinjer>

Helsedirektoratet (2011) *Kvalitetsmåling av helsetjenester i Norden*. Hentet 22.08.14 fra <http://www.helsedirektoratet.no/kvalitet-planlegging/kvalitetsindikatorer/internasjonale-aktiviteter/Sider/default.aspx>

Helsedirektoratet (2014) *Nasjonal plan for implementering av pakkeforløp for kreft 2014-2015* Hentet fra: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-plan-for-implementering-av-pakkeforlop-for-kreft-2014-2015/Publikasjoner/IS-2240%20Nasjonal%20plan%20for%20implementering%20av%20pakkeforl%C3%B8p%20for%20kreft%20pdf.pdf>

Helsedirektoratet (2015) *Nasjonale standarder og spesielt om forholdet til HL7* Hentet fra http://www.kith.no/templates/kith_WebPage_2695.aspx

Helsedirektoratet (2015) *Norm for informasjonssikkerhet* Hentet fra <https://ehelse.no/Documents/Normen/Norm%20for%20informasjonssikkerhet%205%20%20utgave.pdf>

Helsedirektoratet (2015) RFI: *Løsning for utveksling av digitale skjema/strukturert informasjon mellom innbygger og spesialisthelsetjenesten* Hentet fra <https://www.doffin.no/Notice/Details/2015-523998>

helsenorge (2015) DIS 2015 - Digitale innbyggertjenester i spesialisthelsetjenesten
Hentet fra <http://www.helsenorgebeta.net/2015/04/dis-2015-digitale-innbyggertjenester-i-spesialisthelsetjenesten/>

Helsenorge (2014) Om kvalitet og kvalitetsindikatorer Hentet 01.09.14 fra
<https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer/om-kvalitet-og-kvalitetsindikatorer>

Helsenorge (2014) *Pasienterfaringer med somatiske sykehus* Hentet fra
<https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer/kvalitetsindikator-sykehusopphold/pasienterfaringer-med-somatiske-sykehus>

Helse- og omsorgsdepartementet (2013) Sammen - mot kreft. Nasjonal kreftstrategi 2013-2014 Hentet fra
https://www.regjeringen.no/contentassets/07cd14ff763444a3997de1570b85fad1/kreftstrategien_2013.pdf

HelseOmsorg21 (2014) *HelseOmsorg21 Et kunnskapssystem for bedre folkehelse. Nasjonal forsknings- og innovasjonsstrategi for helse og omsorg* Helsedirektoratet.
Hentet fra http://www.regjeringen.no/pages/38743189/HelseOmsorg21_strategi_web.pdf

Helse Sør-Øst (2011) *Oppdrag og bestilling* Hentet fra http://www.helse-sorost.no/omoss_/avdelinger_/styre-og-eieroppfolging_/oppdragsdokument

Helse Sør-Øst (2015) *Veiledningshefte helhetlige pasientforløp - Kunnskapsutvikling og god praksis* Hentet fra
<https://sites.google.com/site/kunnskapsstoetteihelsesoroest/verktoe/veiledningshefte-helhetlig-pasientforloep>

Hermansen, Marit (2013) *Det gode pasientforløp - sett fra fastlegekontoret* Hentet fra
<http://www.utposten->

stiftelsen.no/Portals/14/2013Utposten/UP7_13/14_16_godt%20pasientforlop_Utp_7_2013.pdf

Hermansen, Åsmund og Grødem, Anne Skjevik (2015) *Redusert liggetid blant de eldste*. Sykepleien Forskning nr. 1, 2015; 10:24-32

Hestad, K. og Reinvang, I (2008) *Normal og patologisk kognitiv aldring - kan de skilles?* Tidsskrift for norsk psykologforening, Utgave 9-2008 Hentet fra http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=59092&a=3

Holmboe O, Danielsen K, Iversen HH. (2015) Utvikling av metode for måling av pasienters erfaringer med fastleger. PasOpp-rapport nr. 1 - 2015, Kunnskapssenteret. Hentet fra <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/utvikling-av-metode-for-maling-av-pasienters-erfaringer-med-fastleger>

Hvalvik, S (2012) Overganger hos eldre: en teoretisk tilnærming *Geriatrisk Sykepleie Nr 1:2012*

Hvalvik, Sigrun og Dale, Bjørg (2013) *Nurses' Experiences of Caring for Older Persons in Transition to Receive Homecare: Being Somewhere in between Competing Values* February 2013 Hindawi Publishing Corporation

IBM (2015) *IBM Watson Health* Hentet fra <http://www.ibm.com/smarterplanet/us/en/ibmwatson/>

Im, E-O (2007) *Afaf Ibrahim Meleis - Transition Theory* Hentet fra <https://www.us.elsevierhealth.com/media/us/samplechapters/9780323056410/Chapter%2020.pdf>

Indrebø, Marianne M og Korsæth, Anette (2013) *Lede trygt og godt: Sykehuslederes arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet* (Mastergradsavhandling, Universitetet i Oslo), Digitale utgivelser ved UiO

Jacobsen, D.I (2005) *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Høyskoleforlaget AS

Jacobsen, D. I (2005) *Induktivt og deduktivt design, metodevalg* Hentet fra www.uio.no/studier/emner/jus/afin/.../forelesn_280109_tranvik.ppt

Jacobsen, Dag I og Thorsvik, Jan (2013) *Hvordan organisasjoner fungerer* Bergen: Fagbokforlaget

Jernberg, Tomas (2013) Kvalitetsregister – en välklädd folkrörelse. *Läkertidningen*.(2013-02-26 nummer 9) 497-498.

Johannessen. Asbjørn, Tufte. Per Arne og Christoffersen (2011) *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* Abstrakt Forlag

Knowit (2015) *Utvikling på samtlige mobile plattformer* Hentet fra <http://www.knowit.no/plattformer>

Kunnskapsbasert praksis (2015) *Kunnskapsbasert praksis* Hentet fra (<http://kunnskapsbasertpraksis.no/kunnskapsbasert-praksis/>)

Kravspecifikation (2015) *Vad är en kravspecifikation* Hentet fra <http://www.kravspecifikation.se/>

Leegaard, Marit (2015) Brukerne må få delta i forskningen. *Sykepleien Forskning* 01/15

Lepore, M, Wild, D, Gil, H, Lattimer, C, Harrison, J, Woddor, N and Wasson, J (2013) Two Useful Tools To Improve Patient Engagement and Transition From the Hospital *J Ambulatory Care Manage* Vol. 36 No. 4 pp. 338-344

Lind, Janne (2014) *Nasjonale kvalitetsindikatorer Elektroniske Verktøy - for ernæringskartlegging og behandling – behov for nye løsninger* Hentet fra

http://www.innomed.no/media/media/filer_private/2014/11/14/3_janne_lind_kvalitetsindikatorer.pdf

Liseter, Ivar M, (2009) *kravspesifikasjon IT*. Hentet fra <https://snl.no/kravspesifikasjon%2FIT>

Lund, Thorleif og Haugen Richard (2006) *Forskningsprosessen* Oslo: Unipub forlag

Meleis, Sawyer, Im, Messias, Schumacher (2010) I A.I. Meleis (Red.) *Middle-Range And Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice* (s. 52) New York: Springer Publishing Company

Nasjonal IKT (2015) *Link til nasjonale arketyper* Hentet fra <http://www.nasjonalikt.no/no/nyheter/Link+til+nasjonalt+arketypebibliotek.9UFRnK1S.ips>

Net2Change (2012) *Leavitt diamantmodel*. Hentet 12.10.14 fra http://net2change.dk/leavitt-diamantmodel/#.VDpxq_I_s35

Noest, S Ludt, S Klingenberg, A Glassen, K Heiss, F Ose, D Rochon, J Bozorgmehr, K Wensing, M Szecsenyi, J (2014) *Involving patients in detecting quality gaps in a fragmented healthcare system: development of a questionnaire for Patient's Experiences Across Health Care Sectors (PEACS)* International Journal for Quality in Health Care 2014; Volume 26, Number 3: pp 240-249

Norsk forskningsråd (2012) *Mål- og rammedokument for forskningsbasert evaluering av Samhandlingsreformen – Følgeevaluering av Samhandlingsreformen* Hentet fra <http://www.forskningsradet.no/servlet/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition%3A&blobheadervalue1=+attachment%3B+filename%3DM%C3%A5logrammedokumentevalsam.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1274484474480&ssbinary=true>

norskelsenett (2015) *5.2 Pasientforløp i sykehus og i kommunene* Hentet fra:
<https://nhn.no/tema/helhetlig-pasientforlop/Sider/5/5-2-Pasientforlop-i-sykehus-og-i-kommunene.aspx>

Pallant, J. (2011) *SPSS Survival manual A step by step guide to data analysis using SPSS 4th edition* Australia: Allen & Unwin

PasOpp-rapport Nr. 2 - 2014 (2014) *Pasienterfaringer med norske sykehus i 2013. Nasjonale resultater*. Kunnskapssenteret. Hentet fra
<http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/attachment/22715?ts=1483bb63c46>

Pettersen, Karen-Sofie (2012) *Praksiskonsulenten som brobygger Evaluering av prosjektet "Allmennlegetjenesten og psykisk helse - Praksiskonsulentordningen"* AFI-rapport 4/2012 Hentet fra <http://www.hioa.no/Om-HiOA/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/AFI>

Polit. Denise F og Beck. Cheryl T (2014) *Essentials of nursing research Appraising Evidence for Nursing Practice* Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins

Qlick.com (2015) *Improve Patient outcomes, Operational Efficiency and Profitability in Healthcare Delivery with QlickView* Hentet fra
<http://www.qlik.com/no/explore/solutions/industries/life-science-healthcare/healthcare>

Rapport IS-1878 (2010) *Rammeverk for et kvalitetsindikatorsystem i helsetjenesten Primær- og spesialisthelsetjenesten* Helsedirektoratet. Hentet fra
<http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonale-kvalitetsindikatorer/Publikasjoner/nasjonale-kvalitetsindikatorer.pdf>

Rapport IS-2111 (2014), *Kvalitetsbasert finansiering 2014*. Helsedirektoratet. Hentet fra
<http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/kvalitetsbasert-finansiering-2014/Sider/default.aspx>

Rapport IS-2154 (2014) *Kvalitetsbasert finansiering 2015* Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/70/Kvalitetsbasert-finansiering-2015-IS-2154.pdf>

Rapport IS-2228 (2014) *3-årig handlingsplan 2014 - 2017 Nasjonalt kvalitetsindikatorsystem*, Helsedirektoratet.

Rapport IS-2245 (2015) *Samhandlingsstatistikk 2013-2014* Hentet fra http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/samhandlingsstatistikk-2013--2014/Publikasjoner/Samhandlingsstatistikk_2013-14_web.pdf

Ryvicker, M, McDonald. M.V, Trachtenberg. M, Peng. T.R, Sridharan. S, Feldman. P. H (2013). *Can the Care Transitions Measure Predict Rehospitalization Risk or Home Health Nursing Use of Home Healthcare Patients?* Journal for Healthcare Quality Vol. 35, No. 5, pp. 32–40 © 2013 National Association for Healthcare Quality

Schreurs, N (2011, 29.04) Jakter på strukturerte data *Computerworld* Hentet fra <http://www.cw.no/artikkel/it-helse/jakter-pa-strukturerte-data>

St. meld nr. 10, 2012-2013 (2012). *God kvalitet – trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten*. [Oslo]: Helse- og omsorgsdirektoratet. Hentet fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2012-2013/meld-st-10-20122013.html?id=709025>

Syvertsen, A. (2013) *Utskrevet til hjemmet - og hva så? Risikomomenter ved utskrivning fra sykehus, og internt i kommunen etter utskrivning. Tilsyn med pasientforløp i Arendal kommune*. Hentet fra <http://www.fylkesmannen.no/Documents/Dokument%20FMAA/Helse%20og%20omsorg/Helsetjenester/2013/Utskrevne%20rapport%202013.pdf?epslanguage=nb>

Thakur, S (2013) *A Look at the Components of Leavitt's Diamond* Hentet 12.10.14 fra <http://www.brighthubpm.com/change-management/122495-a-look-at-the-components-of-leavitts-diamond/>

Torvund, Olav (1997) *Kontraktsregulering – IT-kontrakter* Universitetsforlaget 1997

Uhrenfeldt, Lisbeth, Aagaard, Hannex, Hall, Elisabeth O.C, Fegran, Liv, Ludvigsen, Mette Spliid og Meyer, Gabriele (2013), *A qualitative meta-synthesis of patients' experiences of intra- and inter-hospital transitions*. JOURNAL OF ADVANCED NURSING 16

Ukeavisen ledelse (2013, 06.02.) *10 prinsipper for endringsledelse* Hentet fra <http://www.dagensperspektiv.no/2013/10-prinsipper-for-endringsledelse>

Vege, Anders (2014) *Felles mål, fremtidens løsninger Læringsnettverk for pasientforløp i kommunene*, Presentasjon Kristiansand 22.01. 2014

Vege, Anders (2014) *Implementering av pasientforløp i kommune*. Presentert på Samling 2 i Læringsnettverk for helhetlig pasientforløp/behandlingslinjer, Lillestrøm.

Weiss, Piacentine, Lokken, Ancona, Archer, Gresser, Holmes, Toman, Toy og Vege-Stromberg (2010) I A.I. Meleis (Red.) *Middle-Range And Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice* (s. 154) New York: Springer Publishing Company

techopedia (2015) *Single sign-on (SSO)* Hentet fra <http://www.techopedia.com/definition/4106/single-sign-on-sso>

Wimsett, J, Harper, A and Jones, P. (2014) *Review article: Components of a good quality discharge summary: A systematic review*. Emergency medicine Australia (2014) 26, 430-438

World Health Organization (WHO) (2015) Process of translation and adaption of instruments Hentet fra http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/

Zillner, S, Lasierra, N, Faix, W and Neururer, S (2014). User Needs and Requirements Analysis for Big Data Healthcare Applications. *e-Health – For Continuity of Care Volume 205*: 657 - 661

Referanse til figurer:

Borch-Johnsen, K. (2014) Et sundhedsvaesen ramt af registreringspsykose? Hentet fra http://www.dsks.dk/filer/publikationer/kronik_et_sundhedsvaesen_ramt_af_registreringspsykose.pdf

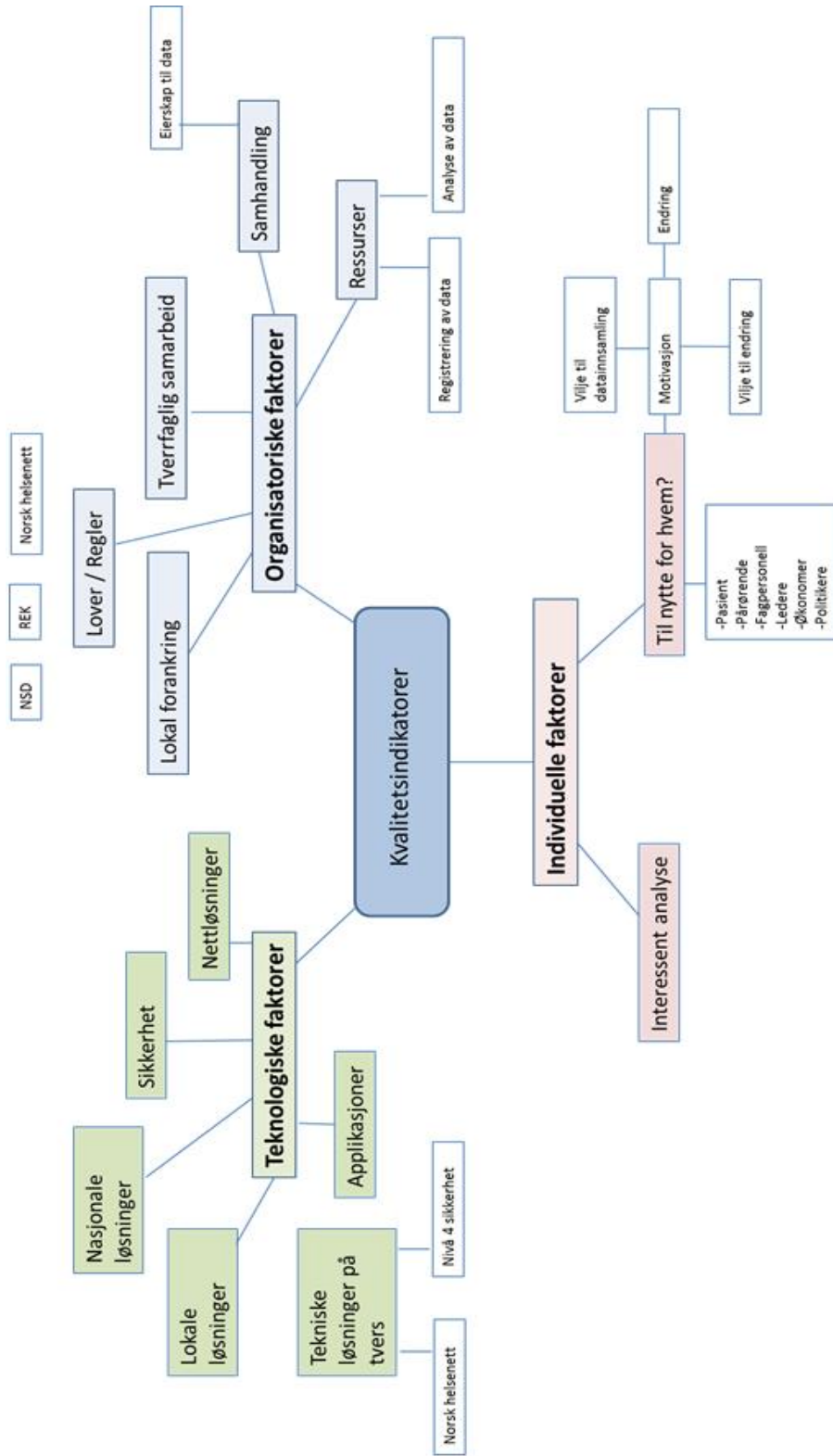
Figur 1: Leavitts diamant (2002) Fra foreslesning ved Høyskolen i Agder

Figur 2: Helljesen, Gro (2010) *Behandlingslinjer* Helsebiblioteket Hentet 06.09.14 fra <http://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/samhandling/metoder-og-verkt%C3%B8y/behandlingslinjer>

Figur 3: Helsebiblioteket (2015) *Pasientforløp og behandlingslinjer* Hentet fra <http://www.helsebiblioteket.no/verkt%C3%B8y/pasientforlop-behandlingslinjer>

Figur 4: Meleis, Sawyer, Im, Messias, Schumacher (2010) I A.I. Meleis (Red.) *Middle-Range And Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice* (s. 52) New York: Springer Publishing Company

Vedlegg 1: Tankekart



Vedlegg 2: Informasjonsskriv

Forespørsel om deltakelse i spørreundersøkelsen

«Erfaringer med utskrivelse fra sykehus»

Bakgrunn og hensikt

Spørreundersøkelsen har til hensikt å kartlegge hvordan du som pasient opplevde utskrivelsen og hva du som pasient synes er viktig ved overflytting fra sykehus til kommunehelsetjenesten eller til hjemmet.

Ditt bidrag er viktig for å kunne si noe om kvaliteten du som pasient opplever i overgangen fra sykehus til hjemmet eller kommunehelsetjenesten.

Den nye helsereformen fører til at pasienter blir tidligere utskrevet fra sykehus nå enn det som var tilfelle før. Det er et krav om at kvaliteten på helsetjenestens skal måles og denne spørreundersøkelsen kan gi oss svar på hva som er viktig for pasientene.

Hva innebærer studien?

Studien innebærer at du fyller ut vedlagte spørreskjema og sender det i retur i vedlagte konvolutt som er ferdig frankert. Alternativt kan du svare på spørsmålene elektronisk ved å benytte følgende lenke:

<http://www.survey-xact.no/collect>

Skriv deretter inn koden **YLN5-H6ZE-3K12** (store bokstaver)

Mulige fordeler og ulemper

Ved å besvare denne undersøkelsen kan du være med å synliggjøre hva helsepersonell skal legge vekt på ved overflytting fra sykehus til kommunehelsetjenesten eller til hjemmet.

Vi er klar over at det kan være belastende å fylle ut spørreskjema, dersom du kan spørre noen om å hjelpe deg å fylle ut, er det helt greit.

Det tar ca 10 minutter å fylle ut spørreskjemaet.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Spørreundersøkelsen er anonym og etter at resultatene er bearbeidet vil spørreskjemaet bli makulert.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Ved å fylle ut spørreskjema samtykker du til å være med i studien.

Resultatene blir publisert i en masteroppgave og eventuelt i en artikkel.

Dersom du ønsker å delta, besvarer du spørreskjemaet og sender det inn i vedlagte forhåndsfrankerte konvolutt eller besvarer undersøkelsen elektronisk ved hjelp av vedlagte lenke.

Personvern

Undersøkelsen er anonym og det er ikke mulig å identifisere deg som svarer.

Spørreundersøkelsen er en del av masterprosjekt i Helseinformatikk ved Universitetet i Agder.

Ved spørsmål angående spørreundersøkelsen kan du henvende deg til:

- Vivi Haavik Tønnessen, Masterstudent, tlf nr: 45 00 02 06, epost: vhtorm00@uia.no
- Ole Peter Weaa, Masterstudent, tlf: 94 81 53 15, epost: olepw12@uia.no
- Camilla Tvetter, Masterstudent, tlf nr: 95 80 24 15, epost: camilt12@uia.no

Masterstudentenes veileder ved Universitetet i Agder er Jan Gunnar Dale.

Svarfrist: Innen en uke og senest 18.01.2015

Hvor er det planlagt utskrivelse til?

- Hjemmet uten hjemmesykepleie Annet
- Hjemmet med hjemmesykepleie
- Rehabiliteringsplass
- Langtidsopphold sykehjem
-

Sett kryss i boksen ved alternativet som er mest riktig. Noen av spørsmålene er liknende, men for resultatet av undersøkelsen er det viktig at alle spørsmålene besvares.

De første påstandene gjelder tiden din på sykehuset ...

1. Før jeg forlot sykehuset ble helsepersonellet og jeg enige om klare helsemessige mål for meg og hvordan disse skulle nås.

- Svært uenig Uenig Litt enig Svært enig Vet ikke/
Husker ikke/
Ikke aktuelt

Hvor viktig er dette for deg?

- Ikke viktig Litt viktig Ganske viktig Veldig viktig Ikke aktuelt for meg

2. Sykehusets helsepersonell tok hensyn til mine og min families eller omsorgspersons ønsker i vurderingen av hva mine helsemessige behov ville være da jeg forlot sykehuset.

- Svært uenig Uenig Litt enig Svært enig Vet ikke/
Husker ikke/
Ikke aktuelt

Hvor viktig er dette for deg?

- Ikke viktig Litt viktig Ganske viktig Veldig viktig Ikke aktuelt for meg

3. Sykehusets helsepersonell tok hensyn til mine og min families eller omsorgspersons ønsker i vurderingen av hvor mine helsemessige behov ville bli møtt da jeg forlot sykehuset.

- Svært uenig Uenig Litt enig Svært enig Vet ikke/
Husker ikke/
Ikke aktuelt

Hvor viktig er dette for deg?

- Ikke viktig Litt viktig Ganske viktig Veldig viktig Ikke aktuelt for meg

De neste påstandene gjelder tiden da du forberedte hjemreise fra sykehuset...

4. Da jeg forlot sykehuset hadde jeg fått all den informasjonen jeg trengte for å kunne ta vare på meg selv.

Svært uenig Uenig Litt enig Svært enig Vet ikke/
Husker ikke/
Ikke aktuelt

Hvor viktig er dette for deg?

Ikke viktig Litt viktig Ganske viktig Veldig viktig Ikke aktuelt for meg

5. Da jeg forlot sykehuset forstod jeg klart hvordan jeg skulle ta vare på egen helse.

Svært uenig Uenig Litt enig Svært enig Vet ikke/
Husker ikke/
Ikke aktuelt

Hvor viktig er dette for deg?

Ikke viktig Litt viktig Ganske viktig Veldig viktig Ikke aktuelt for meg

6. Da jeg forlot sykehuset forstod jeg klart hvilke tegn og symptomer jeg skulle være oppmerksom på for å følge med på min helsetilstand.

Svært uenig Uenig Litt enig Svært enig Vet ikke/
Husker ikke/
Ikke aktuelt

Hvor viktig er dette for deg?

Ikke viktig Litt viktig Ganske viktig Veldig viktig Ikke aktuelt for meg

7. Da jeg forlot sykehuset hadde jeg en oversiktlig og forståelig skriftlig plan som beskrev hvordan alle mine helsemessige behov kunne bli ivaretatt.

Svært uenig Uenig Litt enig Svært enig Vet ikke/
Husker ikke/
Ikke aktuelt

Hvor viktig er dette for deg?

Ikke viktig Litt viktig Ganske viktig Veldig viktig Ikke aktuelt for meg

8. Da jeg forlot sykehuset hadde jeg en god forståelse av min helsemessige tilstand og hva som ville forbedre den eller forverre den.

Svært uenig Uenig Litt enig Svært enig Vet ikke/
Husker ikke/
Ikke aktuelt

Hvor viktig er dette for deg?

Ikke viktig Litt viktig Ganske viktig Veldig viktig Ikke aktuelt for meg

9. Da jeg forlot sykehuset hadde jeg en god forståelse av hva jeg selv hadde ansvar for når det gjaldt å ta vare på egen helse.

Svært uenig Uenig Litt enig Svært enig Vet ikke/
Husker ikke/
Ikke aktuelt

Hvor viktig er dette for deg?

Ikke viktig Litt viktig Ganske viktig Veldig viktig Ikke aktuelt for meg

10. Da jeg forlot sykehuset var jeg trygg på at jeg visste hva jeg skulle gjøre for å ta vare på egen helse.

Svært uenig Uenig Litt enig Svært enig Vet ikke/
Husker ikke/
Ikke aktuelt

Hvor viktig er dette for deg?

Ikke viktig Litt viktig Ganske viktig Veldig viktig Ikke aktuelt for meg

11. Da jeg forlot sykehuset var jeg trygg på at jeg faktisk kunne gjøre de tingene jeg trengte å gjøre for å ta vare på min egen helse.

Svært uenig Uenig Litt enig Svært enig Vet ikke/
Husker ikke/
Ikke aktuelt

Hvor viktig er dette for deg?

Ikke viktig Litt viktig Ganske viktig Veldig viktig Ikke aktuelt for meg

Den neste påstanden handler om oppfølgingsavtalene med legen din..

12. Da jeg forlot sykehuset hadde jeg en oversiktlig og enkel skriftlig liste over alle avtaler og tester jeg trengte å ta de neste ukene.

Svært uenig Uenig Litt enig Svært enig Vet ikke/
Husker ikke/
Ikke aktuelt

Hvor viktig er dette for deg?

Ikke viktig Litt viktig Ganske viktig Veldig viktig Ikke aktuelt for meg

De neste påstandene handler om medisineringen din...

13. Da jeg forlot sykehuset forstod jeg godt hensikten med hver medisin jeg skulle ta..

Svært uenig Uenig Litt enig Svært enig Vet ikke/
Husker ikke/
Ikke aktuelt

Hvor viktig er dette for deg?

Ikke viktig Litt viktig Ganske viktig Veldig viktig Ikke aktuelt for meg

14. Da jeg forlot sykehuset forstod jeg godt hvordan jeg skulle ta alle medisinene, hvor mye jeg skulle ta og når.

Svært uenig Uenig Litt enig Svært enig Vet ikke/
Husker ikke/
Ikke aktuelt

Hvor viktig er dette for deg?

Ikke viktig Litt viktig Ganske viktig Veldig viktig Ikke aktuelt for meg

15. Da jeg forlot sykehuset, forstod jeg godt de mulige *bivirkningene* mine medisiner kunne forårsake.

Svært uenig Uenig Litt enig Svært enig Vet ikke/
Husker ikke/
Ikke aktuelt

Hvor viktig er dette for deg?

Ikke viktig Litt viktig Ganske viktig Veldig viktig Ikke aktuelt for meg

Spørsmålene nedenfor omhandler planlegging av utskrivelse og informasjon

16. Kommune og sykehus har planlagt min utreise sammen

- Helt uenig Uenig Litt enig Helt enig Vet ikke/
Husker ikke/
Ikke aktuelt

Hvor viktig er dette for deg?

- Ikke viktig Litt viktig Ganske viktig Veldig viktig Ikke aktuelt for meg

17. Forberedelse av utreisen er gjort i samarbeid med meg og mine pårørende

- Helt uenig Uenig Litt enig Helt enig Vet ikke/
Husker ikke/
Ikke aktuelt

Hvor viktig er dette for deg?

- Ikke viktig Litt viktig Ganske viktig Veldig viktig Ikke aktuelt for meg

18. Nødvendige hjelpemidler er bestilt/på plass for å mestre min egen situasjon best mulig

- Helt uenig Uenig Litt enig Helt enig Vet ikke/
Husker ikke/
Ikke aktuelt

Hvor viktig er dette for deg?

- Ikke viktig Litt viktig Ganske viktig Veldig viktig Ikke aktuelt for meg

19. Brev fra sykehuset fra behandlende lege (Epikrise) var gjennomgått før kommunehelsetjenesten møtte meg?

- Helt uenig Uenig Litt enig Helt enig Vet ikke/
Husker ikke/
Ikke aktuelt

Hvor viktig er dette for deg?

- Ikke viktig Litt viktig Ganske viktig Veldig viktig Ikke aktuelt for meg

20. Jeg vet hvem som er min primærkontakt

- Helt uenig Uenig Litt enig Helt enig Vet ikke/
Husker ikke/
Ikke aktuelt

Hvor viktig er dette for deg?

- Ikke viktig Litt viktig Ganske viktig Veldig viktig Ikke aktuelt for meg

Spørsmålene nedenfor omhandler informasjon, planlegging av utskrivelse og samhandling

21. Ble en oppdatert liste over medisinene dine gjennomgått med deg da du ble utskrevet fra sykehuset?

- Ja
 Nei

Hvor viktig er dette for deg?

- Ikke viktig Litt viktig Ganske viktig Veldig viktig Ikke aktuelt for meg

22. Ble du informert om hvilke plager du kunne regne med å få i tiden etter sykehusoppholdet?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ikke i det hele tatt | <input type="checkbox"/> I stor grad |
| <input type="checkbox"/> I liten grad | <input type="checkbox"/> I svært stor grad |
| <input type="checkbox"/> I noen grad | <input type="checkbox"/> Ikke aktuelt |

Hvor viktig er dette for deg?

- Ikke viktig Litt viktig Ganske viktig Veldig viktig Ikke aktuelt for meg

23. Ble du informert om hva du selv kunne gjøre hjemme ved eventuelle tilbakefall?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ikke i det hele tatt | <input type="checkbox"/> I stor grad |
| <input type="checkbox"/> I liten grad | <input type="checkbox"/> I svært stor grad |
| <input type="checkbox"/> I noen grad | <input type="checkbox"/> Ikke aktuelt |

Hvor viktig er dette for deg?

- Ikke viktig Litt viktig Ganske viktig Veldig viktig Ikke aktuelt for meg

24. Da sykehuspersonalet vurderte hvilke helsetjenester jeg kom til å ha behov for etter sykehusoppholdet, tok de hensyn til hva jeg og mine pårørende ønsket.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ikke i det hele tatt | <input type="checkbox"/> I stor grad |
| <input type="checkbox"/> I liten grad | <input type="checkbox"/> I svært stor grad |
| <input type="checkbox"/> I noen grad | <input type="checkbox"/> Ikke aktuelt |

Hvor viktig er dette for deg?

- Ikke viktig Litt viktig Ganske viktig Veldig viktig Ikke aktuelt for meg

25. Ved utskrivning fra sykehuset hadde jeg god forståelse for hva som var mitt ansvar for å ta vare på egen helse.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ikke i det hele tatt | <input type="checkbox"/> I stor grad |
| <input type="checkbox"/> I liten grad | <input type="checkbox"/> I svært stor grad |
| <input type="checkbox"/> I noen grad | <input type="checkbox"/> Ikke aktuelt |

Hvor viktig er dette for deg?

- Ikke viktig Litt viktig Ganske viktig Veldig viktig Ikke aktuelt for meg

26. Ved utskrivning fra sykehuset forsto jeg klart hensikten med å ta de forskjellige medisinene mine.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ikke i det hele tatt | <input type="checkbox"/> I stor grad |
| <input type="checkbox"/> I liten grad | <input type="checkbox"/> I svært stor grad |
| <input type="checkbox"/> I noen grad | <input type="checkbox"/> Ikke aktuelt |

Hvor viktig er dette for deg?

- Ikke viktig Litt viktig Ganske viktig Veldig viktig Ikke aktuelt for meg

27. Opplever du at sykehuset har samarbeidet bra med fastlegen din om det du var innlagt for?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ikke i det hele tatt | <input type="checkbox"/> I svært stor grad |
| <input type="checkbox"/> I liten grad | <input type="checkbox"/> Vet ikke |
| <input type="checkbox"/> I noen grad | <input type="checkbox"/> Ikke aktuelt |
| <input type="checkbox"/> I stor grad | |

Hvor viktig er dette for deg?

- Ikke viktig Litt viktig Ganske viktig Veldig viktig Ikke aktuelt for meg

28. Opplever du at sykehuset har samarbeidet bra med hjemmetjenesten/andre kommunale tjenester om det du var innlagt for?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ikke i det hele tatt | <input type="checkbox"/> I svært stor grad |
| <input type="checkbox"/> I liten grad | <input type="checkbox"/> Vet ikke |
| <input type="checkbox"/> I noen grad | <input type="checkbox"/> Ikke aktuelt |
| <input type="checkbox"/> I stor grad | |

Hvor viktig er dette for deg?

- Ikke viktig Litt viktig Ganske viktig Veldig viktig Ikke aktuelt for meg

Et avsluttende spørsmål

29. Totalt sett, i hvor stor grad, er du fornøyd med overgangen fra sykehus til hjemmet eller sykehjem?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ikke i det hele tatt | <input type="checkbox"/> I svært stor grad |
| <input type="checkbox"/> I liten grad | <input type="checkbox"/> Vet ikke |
| <input type="checkbox"/> I noen grad | <input type="checkbox"/> Ikke aktuelt |
| <input type="checkbox"/> I stor grad | |

Tusen takk for din besvarelse!

Vedlegg 4: Godkjenning FEK

HSI-500 - Vivi Haavik Tønnessen, Ole Peter Weea, Camilla Tveter

TILBAKEMELDING FRA FEK

Kommentar: Fek behandlet dere søknad om etisk godkjenning av problemstillingen "Sammenligning av hvordan pasientene opplever kvalitet på overgangen og hvilke kvalitetsindikatorer de mener er viktig å måle for å gi et svar på kvaliteten på overgangen fra spesialisthelsetjenesten til hjemmet/kommunehelsetjenesten. Hvilke kvalitetsindikatorer bør måles ved overganger mellom spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste/hjemmet? Hvordan kan disse indikatorene synliggjøres og nyttiggjøres i kvalitetsarbeidet for at pasienten skal oppfatte overgangen som god."18-11.14. Fek tror ikke det er nødvendig å søke Rek med støtter dere på å be Rek gjøre en fremleggsvurdering. Dersom dere ikke trenger å søke Rek så kan dere sende svaret dere får til Fek. Dere trenger ikke sende ny søknad. Lykke til. På vegne av Fek Anne Skisland

Karakter:

Evaluerings: Godkjent

Vedlegg 5: Tilbakemelding fremleggingsvurdering (REK)

Emne: Sv: Kvalitetsindikatorer ved overgangen mellom spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste/hjemmet

Fra: post@helseforskning.etikkom.no

Dato: 24.11.2014 14:22

Til: camilt12@uia.no

Kopi:

Vår ref.nr.: 2014/2114 A

Vi viser til skjema for framleggingsvurdering mottatt 18.11.2014 angående prosjektet «Kvalitetsindikatorer ved overgangen mellom spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste/hjemmet». Fremleggingsvurderingen er vurdert av komiteens leder på fullmakt.

Formålet med prosjektet, slik det fremkommer av fremleggingsvurderingen, er å undersøke hvordan pasienter opplever kvalitet på overgangen mellom spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste/hjemmet samt hvilke kvalitetsindikatorer som oppleves som viktige for å måle kvalitet. Utvalget er pasienter som overflyttes fra et sykehus i en avgrenset tidsperiode. Spørreskjema skal sendes med pasienten ved utskrivelse fra sykehus, og er planlagt besvart etter ankomst til hjemmet, rehabiliteringsplass eller sykehjem.

Det fremkommer av fremleggingsvurderingen at de opplysningene som samles inn i prosjektet er anonyme. Anonyme opplysninger, det vil si opplysninger som ikke kan føres tilbake til enkeltpersoner, er ikke å betrakte som helseopplysninger etter loven, jf. helseforskningsloven § 4-d. Prosjekter der alle opplysninger håndteres anonymt er av den grunn ikke fremleggingspliktig for REK.

Vi gjør oppmerksom på at denne vurderingen er å anse som veiledende, jf. forvaltningsloven § 11.

Dersom dere likevel ønsker å søke REK vil søknaden bli behandlet av komite i møte og det vil bli fattet et enkeltvedtak etter forvaltningsloven.

Med vennlig hilsen

Anette Solli Karlsen

Komitesekretær

post@helseforskning.etikkom.no

T: 22845522

**Regional komité for medisinsk og helsefaglig
forskningsetikk REK sør-øst-Norge (REK sør-øst)**
<http://helseforskning.etikkom.no>



Vedlegg 6: Tilbakemelding fra NSD

2.5.2015

Skriv ut melding i Outlook.com

To: tvetercamill@hotmail.com

Subject: Re: Fwd: [nsd.personvernombudet] Masterprosjekt - Universitetet i Agder

Hei,

Vi viser til epost mottatt 25.11.2014.

Hvis det kun skal innhentes anonyme opplysninger i forbindelse med prosjektet, gjelder ikke meldeplikten. Med anonyme opplysninger menes opplysninger som ikke på noen måte kan spores tilbake til enkeltpersoner, verken direkte (via personetydige kjennetegn som navn), indirekte (via bakgrunnsopplysninger som alder, kjønn etc.), via kode og koblingsnøkkel (som navneliste, IP-logg etc.), eller i lyd-/bildeopptak (via stemme/ansikt etc.).

Se gjerne vår brosjyre om meldeplikten:

http://www.nsd.uib.no/personvern/doc/brosjyre_v10.pdf

Dersom du har flere spørsmål eller noe er uklart, ta gjerne kontakt på telefon 55 58 81 80.

Vennlig hilsen / Best regards

Lene Chr. M. Brandt

Rådgiver / Adviser

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

(Norwegian Social Science Data Services)

Personvernombud for forskning

(Data Protection Official for Research)

Harald Hårfagres gate 29, 5007 BERGEN

Tlf. direkte: (+47) 55 58 89 26

Tlf. sentral: (+47) 55 58 81 80 / 55 58 21 17

Faks: (+47) 55 58 96 50

Epost: lene.brandt@nsd.uib.no

----- Videre sendt melding -----

Emne:[nsd.personvernombudet] Masterprosjekt - Universitetet i Agder

Dato:Tue, 25 Nov 2014 19:17:24 +0000

Fra:Camilla Tveter <tvetercamill@hotmail.com>

Til:personvernombudet@nsd.uib.no <personvernombudet@nsd.uib.no>

Hei,

vi er tre studenter som nå skriver vår masteroppgave i helseinformatikk ved universitetet i Agder.

Vi har sendt inn fremleggingsvurdering til REK og fått vedlagte svar. Vi lurer på om dere kan svare på om vi trenger å sende inn meldeskjema til NSD på bakgrunn av tilbakemelding vi har fått som sier at vi ikke trenger å søke REK.

Takk for raskt svar,

MvH Camilla Tveter

Vedlegg 7: Datainnsamling - Søknadsskjema, Sørlandet sykehus HF

		Foretaksnivå		Skjema
Datainnsamling - Søknadsskjema etterutdanning, videreutdanning eller masterstudenter				Side 1 av 3
Dokument ID: I.1.5.3-8	Godkjent dato: 27.11.2013	Gyldig til: 27.11.2015	Revisjon: 3.00	

Foretaksnivå|Organisasjon, ledelse, administrasjon|Forskning og fagutvikling|Kompetanseheving

Til Vivi Haavik Tønnessen	Dette er søknadsskjema for datainnsamling ved ALLE enheter ved Sørlandet sykehus. Søknaden skal først godkjennes av universitets veileder og deretter sendes på e-post til vivi.tonnessen@sshf.no
------------------------------	---

SØKNAD OM TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA I FORBINDELSE MED ETTERUTDANNING, VIDEREUTDANNING ELLER MASTEROPPGAVER.

Det forutsettes at gjeldene lover, forskningsetiske retningslinjer og metoder for datainnsamling følges!

I forbindelse med oppgaveskriving kan det være ønskelig å innhente opplysninger direkte fra ansatte, pasienter eller pårørende.

I den anledning søker undertegnede student om tillatelse til å gjennomføre datainnsamling ved:

FYLLES UT AV STUDENTEN

Navn på student/søker	Camilla Tvetter, Ole Peter Weea, Vivi Haavik Tønnessen
Enhet/Avdeling	SSHF, ortopedisk avdeling SSK og SSA og medisinsk avdeling UC SSA og ID Lungeposten SSK


Tema og foreløpig problemformulering på oppgaven min er

Tema	Kvalitetsindikatorer ved overgangen mellom spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste/hjemmet
Problemformulering	Hvilke kvalitetsindikatorer bør måles ved overganger mellom spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste/hjemmet? Hvordan kan disse indikatorene synliggjøres og nyttiggjøres i kvalitetsarbeidet for at pasienten skal oppfatte overgangen som god.
Veileder ved universitetet	Jan Gunnar Dale
E-post	jan.g.dale@uia.no
Telefon	37233731

Presiseringer i forhold til datainnsamlingen:

Hensikt med datainnsamling	Sammenligning av hvordan pasientene opplever kvalitet på overgangen og hvilke kvalitetsindikatorer de mener er viktig å måle for å gi et svar på kvaliteten på overgangen fra spesialisthelsetjenesten til hjemmet/kommunehelsetjenesten
Metode for datainnsamling (intervju, spørreskjema, observasjon)	Metoden er en tverrsnittundersøkelse, hvor utvalget blir de pasientene som overflyttes fra sykehus i en viss tidsperiode. Det skal benyttes et spørreskjema basert på tre ulike måleinstrumenter som pasienten blir bedt om å fylle ut. Det vi ønsker er at ansatte ved SSHF sender konvolutten med spørreskjema med pasienten ved utreise. Pasienten bes om å svare innen en uke etter overflyttingen. Inklusjonskriterier: > 18 år Eksklusjonskriterier: <ul style="list-style-type: none"> • Ikke pasienter med intensivopphold mer enn 24 timer • Demente pasienter • Pasienter i terminal fase • Pasienter med psykisk lidelse • Psykisk utviklingshemmende • Pasienter som ikke har norsk som hovedmorsmål
Populasjon/utvalg	<input type="checkbox"/> Ansatte SSHF <input checked="" type="checkbox"/> Pasienter (legg ved nødvendige godkjenninger) <input type="checkbox"/> Pårørende (legg ved nødvendige godkjenninger)

Utarbeidet av: Arbeidsgruppe	Fagansvarlig: Vivi Haavik Tønnessen	Godkjent av: Organisasjonsdirektør Nina Føreland
---------------------------------	--	---

 SØRLANDET SYKEHUS		Datainnsamling - Søknadsskjema etterutdanning, videreutdanning eller masterstudenter			Side: 3 Av: 3
Dokument-id: I.1.5.3-8	Utarbeidet av: Arbeidsgruppe	Fagansvarlig: Vivi Haavik Tønnessen	Godkjent dato: 27.11.2013	Godkjent av: Organisasjonsdirektør Nina Føreland	Revisjon: 3.00

Foretaksnivå|Organisasjon, ledelse, administrasjon|Forskning og fagutvikling|Kompetanseheving

Org.enhet i Personalportalen	
Dato:	Forskningsjef:

Etter godkjenning sendes skjemaet til Kåre Smith Heggland, Geir Thor Berge og Vivi Haavik Tønnessen.

Kryssreferanser

[I.1.5.3-9](#)

Datainnsamling - Etterutdanning, videreutdanning og masterstudenter

Vedlegg 8: Søknad om tillatelse til innhenting av data, Vestre Viken HF

PROSJEKT I HELSE- OG SOSIALINFORMATIKK



TIL: Elisabeth Kaasa, administrasjonen ved Vestre Viken HF

SØKNAD OM TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA

I forbindelse med prosjektarbeid i helse- og sosialinformatikk er det ønskelig å innhente opplysninger. I den anledning søker undertegnede studenter om tillatelse til hjelp til å distribuere spørreundersøkelse.

Sted:	Pasienter ved Vestre Viken HF som utskrives til hjemmet eller kommunehelsetjenesten
-------	---

Tema og foreløpig problemformulering på oppgaven min er:

Tema:	Det er i dag få kvalitetsindikatorer som måler overgangene i helsevesenet. Målet med denne masteroppgaven er å sammenligne kvaliteten på hvordan pasientene faktisk opplever overgangen og hvilke kvalitetsindikatorer de mener er viktig å måle for å gi et svar på kvaliteten på overgangen fra spesialisthelsetjenesten til hjemmet/kommunehelsetjenesten.
Problemformulering:	Undersøkelsen vil se på hva pasientene mener er viktig for å måle kvaliteten på overgangen fra spesialisthelsetjenesten til hjemmet/kommunehelsetjenesten. Hvilke kvalitetsindikatorer mener pasientene er viktige å måle på i overgangen fra spesialisthelsetjenesten? Hvordan kan kvalitetsindikatorer benyttes og synliggjøres for å forbedre kvaliteten på overgangen fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten og/eller hjemmet?
Veileder ved universitetet: E-post / Telefon:	Jan Durnar Dale, jan.g.dale@uia.no, tlf 37233731

Hensikt med datainnsamling:	Resultatet av spørreundersøkelsen vil sammenligne hvordan pasientene opplever kvalitet på overgangen og hvilke kvalitetsindikatorer det bør måles på. Resultatet av spørreundersøkelsen skal danne grunnlaget for en kravspesifikasjon for IT system/Modul som kan samle inn/gi en oversikt over pasientens erfaring/opplevelse av kvaliteten på overgangen fra spesialisthelsetjenesten til hjemmet/kommune helsetjenesten.
Metode for datainnsamling: (intervju, spørreskjema, observasjon)	Metoden er en tverrsnittundersøkelse, hvor utvalget blir de pasientene som overflyttes fra sykehus i en viss tidsperiode. Det skal benyttes et spørreskjema basert på tre ulike måleinstrumenter som pasienten blir bedt om å fylle ut. Måleinstrumentene er basert på "PasOpp undersøkelsen 2013", "CTM-15 (Care Transition Model-15) og "Kommunenes sjekklister". Spørreskjemaet skal sendes med pasienten ved utreise og skal besvares etter ankomst til hjemmet/kommunehelsetjenesten. Som alternativ til et skjema vil det være mulig for pasienten å fylle ut skjemaet elektronisk direkte i SurveyXact. Dataene vil importeres til SPSS fra SurveyXact og deretter analyseres.

Presiseringer i forhold til datainnsamlingen:

Populasjon/utvalg:	Pasienter som utskrives til hjemmet eller kommunehelsetjenesten Følgende pasienter skal ikke få spørreskjema: - Pasienter under 18 år
--------------------	---

GRIMSTAD: Fakultet for helse og idrettsfag – Helse- og sosialinformatikkutdanningen
Postboks 509, 4898 Grimstad Tlf. 37233000
KRISTIANSAND: Servidboks 422, 4604 Kristiansand Tlf. 38141000
http://www.uia.no/no/portaler/om_universitetet/helse_og_idrettsvitenskap/helse_og_sosialinformatikk

Ønsket antall respondenter:	- Pasienter med intensivopphold mer enn 24 timer - Demente pasienter - Pasienter i terminal fase - Pasienter med psykisk lidelse - Psykisk utviklingshemmende - Pasienter som ikke har norsk som hovedmorsmål 200
Tidspunkt/varighet:	dd til 14 februar 2015

Vedlegg:

Kopi av datainnsamlingsinstrument/ samtykkeerklæring / ev. informasjonsskriv godkjent av veileder.

Ved ønske om utfyllende informasjon, og ved bekrefte/avslag på denne søknaden, vennligst ta kontakt med: (Navn, E-post, Tlf)	Camilla Tveter, Tlf 95 80 24 15, epost: tvetercamill@gmail.com Vivi Haavik Tønnessen, Tlf 45 00 02 06, epost: vivi.haavik@gmail.com Ole Peter Weea, Tlf 94 81 53 15, epost: opweea@gmail.com
--	--

Dato:
Med hilsen

Student(er)	Vivi Haavik Tønnessen, Ole Peter Weea, Camilla Tveter
E-post / Telefon:	vivi.haavik@gmail.com, opweea@gmail.com, tvetercamill@gmail.com

Tillatelse gitt av institusjon:

Dato: Ansvarlig: