

Hvorfor har du vært på sykehus?

*Innføring av pasientrettet informasjonsskriv ved utskrivelse på
Medisinsk avdeling, Sykehuset Innlandet HF, divisjon Gjøvik*

Karoline Anisdahl

Cecilie Elisabeth Bugge

Magnus Barth Gustavsen

Daniel A. Olsen Harvei

Nathalie Linn Anikken Holme

Live Løvaas Stang-Lund



Prosjektoppgave på 11. semester – gruppe K2

Kunnskapshåndtering, ledelse og kvalitetsforbedring

Medisinsk fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

15. mai 2015

Copyright Forfatter

2015

Innføring av pasientrettet informasjonsskriv ved utskrivelse – En KLoK-oppgave på Medisinsk avdeling, Sykehuset Innlandet HF, divisjon Gjøvik.

Av Karoline Anisdahl, Cecilie Elisabeth Bugge, Daniel A. Olsen Harvei, Nathalie Linn Anikken Holme, Magnus Barth Gustavsen og Live Løvaas Stang-Lund

<http://www.duo.uio.no>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Sammendrag

Bakgrunn og problemstilling

Pasienter har lovfestet rett til å motta språklig tilpasset, forståelig informasjon om egen helsetilstand og innholdet i mottatt helsehjelp. Dagens fagtunge epikriser er ofte lite tilgjengelige for pasienter, og mange mangler derfor slik informasjon når de utskrives fra sykehus. Vårt mål er derfor å innføre pasientrettede informasjonsskriv til dem som utskrives fra Medisinsk avdeling ved Gjøvik sykehus.

Kunnskapsgrunnlag

To store brukerundersøkelser viser at norske pasienter ikke mottar tilstrekkelig informasjon ved utskrivelse. Kunnskapsgrunnlaget for å si at pasienter bør motta strukturert og tilpasset informasjon er godt. Imidlertid har vi funnet lite forskning som viser at skriftlig informasjon er den beste måten å overlevere slik informasjon på.

Tiltak og indikatorer

Vårt tiltak er å innføre et kortfattet, pasientrettet informasjonsskriv som følger pasienten ved utskrivelse. Dette skal inneholde relevante medisinske opplysninger fra det aktuelle sykehusoppholdet, og en oppdatert, standardisert medisinske opplysninger, på «allment norsk». Vi velger å bruke andel utskrevne pasienter som mottar informasjonsskrivet som prosessindikator for å måle kvaliteten på forbedringsprosjektet.

Prosess, ledelse og organisering

Forbedringstiltaket ledes av en arbeidsgruppe på Medisinsk avdeling, Gjøvik, ledet av seksjonsoverlege Reinertsen og LIS Bøhn. Både leger og sykepleiere vil involveres i gjennomføringen av tiltaket. Implementeringen vil foregå etter PUKK-prinsippet, og tiltaket er foreslått igangsatt høsten 2015.

Konklusjon

Undersøkelser tyder på at pasientenes behov for informasjon ved utskrivelse fra norske sykehus i dag ikke møtes tilfredsstillende. Tross mangelfullt kunnskapsgrunnlag om effekten av skriftlig informasjon versus andre informasjonsmetoder, mener vi at et pasientrettet informasjonsskriv i kraft av å være strukturert og språklig tilpasset vil være et godt forbedringstiltak for å øke pasientenes forståelse av og kunnskap om egen helse og sykdom.

Innholdsfortegnelse

1	Bakgrunn	1
1.1	Problemstilling	1
1.2	Mangel på kunnskap om egen helse et problem	1
1.3	Gjeldende lovverk, retningslinjer og anbefalinger	1
1.4	Erfaringer fra sykehuspraksis 10. semester	2
1.5	Dagens praksis ved Sykehuset Østfold	2
1.6	Oppgavens mål	3
2	Kunnskapsgrunnlag	4
2.1	Litteratursøk	4
2.1.1	Utarbeidelse av PICO-spørsmål og kjernesporsmål	4
2.1.2	Pyramidesøk i McMaster PLUS	5
2.1.3	Resultater	5
2.2	Hva sier litteraturen?	6
2.2.1	Kunnskapsbaserte oppslagsverk og retningslinjer	6
2.2.2	Systematiske oversiktsartikler	6
2.2.3	Enkeltstudier	8
2.2.4	Oppsummering av kunnskapsgrunnlag	9
3	Dagens praksis, tiltak og indikatorer	10
3.1	Praksis ved Medisinsk avdeling, Gjøvik sykehus	10
3.2	Tiltak	11
3.2.1	Innføring av pasientrettet informasjonsskriv	11
3.2.2	Tilgjengelighet i journalsystemet DIPS	12
3.2.3	Fordeler med tiltaket	12
3.2.4	Tiltakets relevans og gjennomførbarhet	12
3.3	Kvalitetsindikator	13
3.3.1	Hva er en kvalitetsindikator?	13
3.3.2	Valg av kvalitetsindikator	13
3.3.3	Forslag til resultatindikator i regi av Gjøvik sykehus	14
4	Prosess, ledelse og organisering	16
4.1	Strukturelt grunnlag - PUKK-sirkelen	16
4.2	Planlegging - <i>Plan</i>	16
4.2.1	Opprettelse av en prosjektgruppe	16
4.2.2	Informasjon og opplæring	16
4.2.3	Økonomi	16
4.3	Utførelse - <i>Do</i>	17
4.4	Kontroll - <i>Study</i>	17
4.5	Korrigerings - <i>Act</i>	18
4.6	Motstand	19
5	Diskusjon og konklusjon	21
	Litteraturliste	24
	Vedlegg 1 - Eksempel på informasjonsskriv	26
	Vedlegg 2 Veiledning til utfylling av informasjonsskriv	28

1 Bakgrunn

1.1 Problemstilling

Hver dag utskrives pasienter fra norske sykehusavdelinger etter å ha gjennomgått behandling for sine sykdommer. Dessverre er det langt fra alltid at pasientene vet noe særlig om hvorfor de har vært innlagt, eller hvilke symptomer og tegn de skal være oppmerksomme på når de kommer ut igjen. Epikrisene som følger pasientene skal inneholde tilstrekkelig informasjon om pasientens helsetilstand og videre oppfølging, men språkbruken er ofte beregnet på fastlegen eller annet helsepersonell. Det fører til at hovedpersonen selv ofte ikke har mulighet til å trekke de relevante opplysningene ut av papirene som følger ved utskrivelse.

1.2 Mangel på kunnskap om egen helse et problem

En viktig forutsetning for at en pasient skal kunne ta vare på egen helse, er at vedkommende er godt informert om sine sykdommer, hvordan de er blitt behandlet og eventuelt hvordan de skal håndteres etter utskrivelse fra sykehus. Hvis en pasient utskrives uten å forstå hvordan medisiner skal tas, eller hvilke symptomer og tegn som skal føre til at lege eller sykehus kontaktes, kan farlige situasjoner oppstå. Følelsen av kontroll og mestring av egen hverdag vil for mange avhenge av at man selv har tilstrekkelig innsikt i sin egen helsetilstand.

1.3 Gjeldende lovverk, retningslinjer og anbefalinger

Det norske samfunnet anerkjenner viktigheten av at pasienter får tilstrekkelig informasjon, og retten til informasjon er nedfelt i pasient – og brukerrettighetsloven (1) under følgende paragrafer:

§ 3-2 Pasientens og brukerens rett til informasjon:

«Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger. (...) Brukere skal ha den informasjon som er nødvendig for å få tilstrekkelig innsikt i tjenestetilbudet og for å kunne ivareta sine rettigheter.»

§ 3-5 Informasjonens form:

«Informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Informasjonen skal gis på en hensynsfull måte. Personellet skal så langt som mulig sikre seg at mottakeren har forstått innholdet og betydningen av opplysningene. (...)».

UpToDate har utarbeidet en retningslinje for bruk av skriftlig pasientinformasjon ved utskrivelse av sykehus. Forfatterne anbefaler at pasienten ved utskrivelse mottar et dokument med tilpasset språk og innhold. Dokumentet bør være kortfattet og inneholde kritisk informasjon rettet mot hva pasienten må vite for å takle sin lidelse etter utskrivelse (2). Som eksempel viser de til modellen «Ask Me 3» som National Patient Safety Foundation har utviklet, som et praktisk eksempel på hvordan slik informasjon kan overbringes (3).

1.4 Erfaringer fra sykehuspraksis 10. semester

I startfasen av prosjektoppgaven ble det diskutert ulike temaer, og gruppen oppdaget ved en tilfældighet at pasientrettet informasjon ved utskrivelse ikke var noe alle var vant med fra vikariater eller praksisplasser. Fire på gruppen hadde tilbrakt praksis på Sykehuset Østfold, Fredrikstad (SØF), men bare to hadde erfaring med at pasientene alltid fikk tildelt et informasjonsskriv ved utskrivelse. Dette inneholdt essensiell informasjon om oppholdet, diagnosen, endringer i medisinlisten og hva som var planen for videre oppfølging. For dem som hadde brukt dette i praksis opplevdes det som en integrert del av post-arbeidet. I tillegg virket pasientene takknemlige for informasjonen. Da vi oppdaget gapet mellom erfaringene våre på dette området, følte vi det var et interessant og viktig tema som det var verdt å jobbe videre med.

1.5 Dagens praksis ved Sykehuset Østfold

Ett av gruppemedlemmene avtalte å møte med overlege på Hjertemedisinsk avdeling, Philipp Oursin, for å kartlegge bakgrunnen for denne praksisen nærmere. Det fremkom at SØF hadde brukt dette i minst ti år, og at det egentlig skal gjøres på alle medisinske avdelinger på sykehuset. Det startet som en oppdatert medisinliste, men utviklet seg til å inneholde mer informasjon. Hensikten var å øke pasient-compliance og innsikt i egen sykdom og situasjon. De har ikke basert bruken av informasjonsskrivet på et kunnskapsgrunnlag annet enn at

pasientene virker tilfreds med denne løsningen. De har heller ikke forsøkt å måle effekten av tiltaket. Å skrive utskrivingskjema på medisinsk avdeling på SØF er en rutine, ikke en anbefaling. Legene der er vant med å gjøre det og ser ikke på dette som ekstraarbeid.

1.6 Oppgavens mål

I samarbeid med Medisinsk avdeling på Sykehuset Innlandet Gjøvik ønsker vi å innføre et informasjonsskriv med pasienttilpasset informasjon som følger pasienten ved utreise. Målet er at prosjektet skal gjennomføres høsten 2015 og at alle pasienter skal få med seg et slikt skriv ved avreise innen 3 måneder etter prosjektets oppstart.

2 Kunnskapsgrunnlag

Selv om det synes å være bred enighet om at pasienter i for liten grad har tilgang til tilpasset, forståelig informasjon ved utskrivelse fra sykehus, har kunnskapsgrunnlaget for dette vært vanskelig å få oversikt over. En årsak til dette kan være at spørsmålet er tverrfaglig, og derfor ikke kan knyttes til et spesifikt fagområde. Å søke opp relevant forskning innenfor temaet har derfor vært utfordrende.

For å undersøke kunnskapsgrunnlaget er det avgjørende å definere tydelig hva vi vil måle, i hvilken populasjon, om vi vil sammenligne det med noe og hvilke kriterier vi sammenligner ut fra. Utfordringen er å søke bredt nok til å bevare høy sensitivitet, og likevel konkret nok til å få høyest mulig spesifisitet, det vil si færrest mulige irrelevante søketreff.

2.1 Litteratursøk

2.1.1 Utarbeidelse av PICO-spørsmål og kjernes spørsmål

I arbeidet med kunnskapsbasert praksis er det viktig å formulere presise spørsmål for å få svar på det man vil finne ut av. PICO-spørsmålet er et verktøy som hjelper til med dette (4). Forkortelsen står for komponenter som ofte er med i en spørsmålsformulering. Vi formulerte PICO-spørsmålet på følgende måte:

P	Patient/problem:	Patients, hospital discharges.
I	Intervention:	Written information.
C	Comparison:	Verbal information.
O	Outcome:	Patient satisfaction, increased compliace, increased survival, less readmission.

Etter at PICO-spørsmålet er definert, bør man klargjøre hva slags type problemstilling man har foran seg. Vi kom frem til at vi i realiteten hadde to spørsmål vi ønsket å besvare.

Vårt første kjernes spørsmål dreier seg om effekt av tiltak: *Hjelper skriftlig informasjon med å bedre pasientenes tilfredshet og kunnskap om egen helsetilstand?* Vårt andre spørsmål omhandler forekomst og prevalens: *Hvor mange pasienter er fornøyde med informasjonen de mottar fra sykehusene i dag?*

2.1.2 Pyramidesøk i McMaster PLUS

Vi brukte PICO-søket i databasen McMaster PLUS for å finne ut om vi fikk noen relevante treff i de øverste trinnene i søkepyramiden. Søket resulterte i ett relevant treff i det kliniske oppslagsverket UpToDate: «Hospital discharge and readmission» (2). Vårt originale søk besto av mange søkeord, og kunne derfor tenkes å være for spesifikt og dermed å utelate relevante artikler. Derfor modifiserte vi søkeordene i den hensikt å øke sensitiviteten. I det nye søket benyttet vi oss av søkeordene «written information AND hospital discharge». Da fikk vi i tillegg opp en systematisk oversiktsartikkel fra Cochrane-databasen: «Written and verbal information versus verbal information only for patients being discharged from acute hospital settings to home» (5). Vi forsøkte oss videre med «written information», som ga oss treff på den systematiske oversiktsartikkelen «Written information about individual medicines for consumers» (6).

Vårt andre spørsmål går på pasienterfaringer med informasjon på norske sykehus. Derfor valgte vi å søke i en norsk søkemotor fremfor en internasjonal. Vi benyttet oss av Kunnskapssenterets hjemmesider, gikk inn på «våre publikasjoner» og valgte temaet «brukeropplevd kvalitet». Vi fikk da opp PasOpp-undersøkelsen 2013 (7) og Commonwealth Funds undersøkelse av helsevesenet i Norge og 10 andre land for 2014 (8). Den første referansen i PasOpp-undersøkelsen har vi også benyttet oss av (9).

2.1.3 Resultater

Søkene basert på PICO-spørsmålet gav treff i et klinisk oppslagsverk og en systematisk oversiktsartikkel. Et utvidet søk med flere søkeord gav mange irrelevante treff, men samtidig noen få oversiktsartikler av høy nok kvalitet til at vi valgte å inkludere dem.

Søk på Kunnskapssenterets hjemmeside gav treff i to publikasjoner som ble inkludert angående pasienterfaringer, spesielt vedrørende utskrivelse, ved norske sykehus.

Noen studier, som ble ansett som relevante og er tatt med i kunnskapsgrunnlaget, ble funnet ved å se referanselisten til artikler som vi hadde fått opp ved å bruke PICO-spørsmålene og ulike variasjoner av søkeordene beskrevet over i avsnitt 2.1.2.

2.2 Hva sier litteraturen?

2.2.1 Kunnskapsbaserte oppslagsverk og retningslinjer

UpToDate hadde en artikkel som omhandlet utskriving fra sykehus (2). Her anbefales det at pasienten ved avreise skal få skriftlig informasjon som er språklig og innholdsmessig tilpasset. Retningslinjen er ikke gradert, men viser til National Patient Safety Foundation (3), som har utviklet tre spørsmål som bør besvares, og til en studie som viste at 40 % av innlagte pasienter ikke husket årsaken til at de ble innlagt (10). De viser også til en «discharge checklist» som er blitt utviklet og som tar for seg hva som skal være med i informasjonen til pasienten. Effekten av bruk av denne er imidlertid ikke blitt studert (11).

2.2.2 Systematiske oversiktsartikler

Et Cochrane-review utarbeidet av Johnson, Sandford og Tyndall i 2003 forsøker å oppsummere tilgjengelig forskning på hvorvidt skriftlig og muntlig informasjon er bedre enn bare muntlig informasjon ved utskrivelse fra sykehus (5). Forfatterne setter opp en rekke ulike parametere for å kunne måle dette, blant dem totalkostnader knyttet til behandling og oppfølging av den enkelte pasient, antall reinnleggelses, pasienters følelse av kontroll over egen situasjon, pasienttilfredshet og pasienters kunnskapsnivå om sin tilstand. De inkluderer to studier, hvorav begge ser på informasjon til foreldre ved utskrivning av barn fra pediatrike avdelinger; én RCT der målgruppen er foreldre til barn som utskrives med brannskader og én ikke-randomisert klinisk studie der målgruppen er foreldre til barn innlagt med otitis media. Forfatterne konkluderer med at det foreløpig foreligger lite kunnskap om hvorvidt skriftlig informasjon er bedre enn bare muntlig, og at kunnskapen er vanskelig å samle inn da den ikke knytter seg til et enkelt fagområde. Den nåværende kunnskapen peker mot at skriftlig og muntlig informasjon gir bedre pasienttilfredshet og økt kunnskap enn bare muntlig informasjon, mens det ikke kan trekkes konklusjoner om de øvrige parametere. Videre virker det som det er standardiseringen av informasjon, og ikke det faktum at den er skriftlig, som er avgjørende for økt kunnskap og tilfredshet blant pasientene.

Doyle, Lennox og Bell fra BMJ Open ønsker å undersøke om pasienterfaringer bør sidestilles med pasientsikkerhet og klinisk effektivitet som kvalitetsmål for helsetjenestens arbeid, slik det er blitt foreslått av Institute of Medicine og The NHS Outcome Framework (9).

Pasienterfaringer er et vidt begrep som forfatterne definerer ved hjelp av åtte underpunkter,

hvorav ett var overlevering av klar og forståelig informasjon til pasienten.

Oversiktsartikkelen inkluderer 55 studier med ulike studiedesign fra ulike medisinske fagfelt, der man gjennomgående finner at positive pasienterfaringer er assosiert med forbedrede utfall målt ved diverse objektive helseindikatorer slik som compliance til å ta medisiner som forskrevet, helsefremmende adferd og bruk av preventive tilbud slik som screening-tjenester og vaksinasjon. Forfatterne argumenterer for at de robuste funnene av en positiv korrelasjon mellom pasienters erfaringer og objektive helsemål bør tilgrunnlegges for at helsevesenet i fremtiden legger større vekt på pasienters opplevelse av helsevesenet som en kvalitetsindikator enn det som gjøres i dag. Vi valgte å inkludere artikkelen i vårt kunnskapsgrunnlag da et av hovedpoengene i artikkelen var at overlevering av forståelig informasjon utgjør en viktig del av det foreslåtte kvalitetsmålet «pasienterfaringer».

Samuels-Kalow et. al. tar for seg kommunikasjonen mellom pasient og helsevesen ved utskrivelse fra akuttmottak («emergency departments»), hvilke svakheter ved rutine for informasjonsoverlevering man ser i dag, diskuterer pasientenes grad av forståelse av informasjonen som gis og kommer med forslag til hvordan informasjonsoverleveringen kan forbedres (12). Forfatterne konkluderer med at pasienter i dag gjennomgående forstår lite av informasjonen de får ved utskrivelse, og at dette gjør pasientene dårlig rustet til å ivareta egen helse. Bruk av komplisert medisinsk terminologi og mangel på struktur i overlevering av informasjonen trekkes frem som viktige årsaker til problemet. Forfatterne anbefaler at pasienter ved utskrivelse mottar strukturert informasjon, inkludert skriftlig informasjon skrevet på et tilpasset og forståelig språk.

I en annen systematisk oversikt av Watson et al. ble det vurdert hvordan pasienters evne til å huske informasjon som blir gitt i en klinisk situasjon kan bedres (13). Dette er et bredt spørsmål, men det brukes inklusjonskriterier. Det er angitt hvilke søk som er utført og hvilke studier som er blitt inkludert. Det nevnes imidlertid ikke om det er søkt blant studier på andre språk og upubliserte studier. Det kommer ikke tydelig frem om validiteten på studiene er vurdert. 34 studier inkluderes i oversikten. Det er flere ulike studier, hvor noen ser på effekten av lydopptak, skriftlig informasjon, ulike typer skriftlig informasjon og videoopptak. Forfatterne konkluderer med at lydopptak og skriftlig informasjon viser å ha effekt på pasienters evne til å huske informasjon.

2.2.3 Enkeltstudier

PasOpp-undersøkelsen er en brukerundersøkelse av norske sykehus som ser på pasienterfaringer og pasienttilfredshet (14). Den er blitt gjennomført i 2006, 2011, 2012 og 2013 (15). Det er ti ulike kvalitetsindikatorer som blir vurdert i undersøkelsen, og hvert år har indikatoren «utskrivning» skåret lavt. Indikatoren har blitt skåret av pasientene ved å besvare to spørsmål. Spørsmålene går på informasjon gitt ved utskrivelse om hva pasientene skal gjøre ved eventuelle tilbakefall og om hvilke plager pasientene kan forvente seg etter utskrivning. I tillegg er det i 2013 inkludert enkeltspørsmål om utskrivelsesprosessen. Resultatene fra 2013 viser at 10 % hadde liten eller ingen forståelse for hva som var eget ansvar for egen helse, og 14 % hadde ikke i det hele tatt/i liten grad (5 %) eller bare i noen grad (9 %) forståelse for hensikten med de ulike medisinene de sto på. Ved utskriving var det 33 % som ikke fikk med seg oppdatert medisinliste (7).

I 2014 var det sjettede gangen Norge deltok i Commonwealth Funds årlige internasjonale undersøke av helsesystemer (8). Ti andre land deltok. Spørreskjemaene var like i alle land med noe lokal tilpasning. Svarprosenten var lavest i Norge på 16 %. Sammenliknet med de andre landene kommer Norge dårligere ut blant annet på områdene: utskriving fra sykehus, legemiddelgjennomgang og håndtering av pasienter med kronisk sykdom. Til andelen som hadde vært innlagt på sykehus ble det stilt spørsmål om utskrivingsprosessen, hvor Norge på fire spørsmål skårer ca. 15 prosentpoeng lavere enn «øvrige land», som er en signifikant forskjell ($p < 0,001$). I denne undersøkelsen ble det spesifikt spurt om skriftlig informasjon ved utskrivelse fra sykehus. Bare 56,6 % av pasientene hadde fått med seg skriftlig informasjon om hva de skulle gjøre etter utskrivelse (8, s. 29). Dette er betydelig lavere enn gjennomsnittet fra resten av landene (73 %), men det er en bedring fra undersøkelsen fra 2010, da kun 43 % i Norge oppga få skriftlig informasjon (16, s. 28). 56,5 % hadde en samtale med personalet om formålet med medisinene sine. Hele 72,9 % fikk vite hvem de skulle kontakte dersom de hadde spørsmål, men det er fortsatt signifikant lavere enn «øvrige land» (87,4 %, $p < 0,001$). Norge skårer også signifikant lavere på legemiddelgjennomgang. Bare 45 % hadde fått en skriftlig liste utdelt siste 12 måneder. 37 % hadde ikke fått forklart bivirkningene av medisinene de tar. Når det gjelder behandling av pasienter med kronisk sykdom kommer Norge igjen dårligere ut enn gjennomsnittet. Bare 23 % svarte å ha fått utdelt en skriftlig plan slik at det blir lettere å følge egen behandling.

2.2.4 Oppsummering av kunnskapsgrunnlag

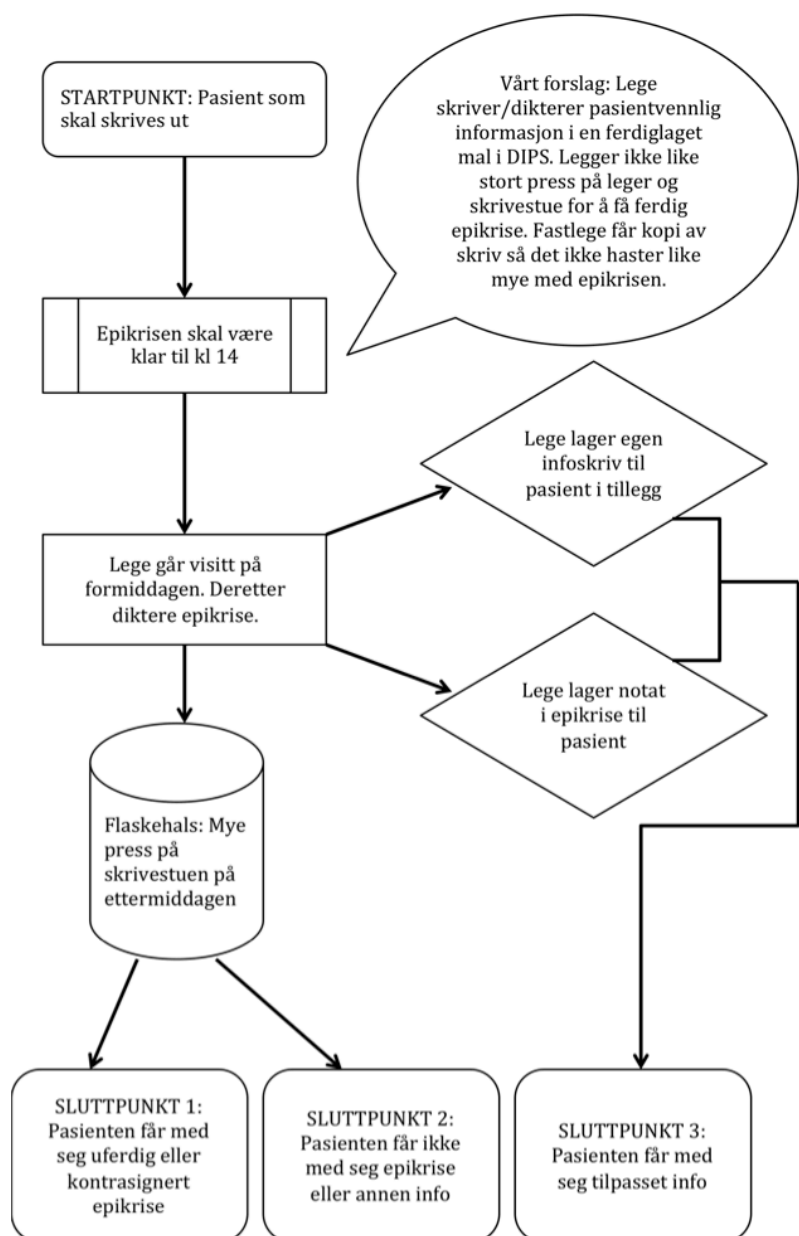
- Det er nedfelt i Pasient- og brukerrettighetsloven at pasienten har krav på forståelig og tilpasset informasjon, og at helsepersonell skal gjøre sitt ytterste for å sikre seg at informasjonen er forstått (1).
- Norge kommer signifikant dårligere ut enn gjennomsnittet i Commonwealth-undersøkelsen for 2014 i kategoriene «utskrivelse» og «legemiddelgjennomgang» Det er signifikant færre pasienter i Norge enn gjennomsnittlig i studien som får med seg skriftlig informasjon ved utskrivelse (8, 16).
- Kunnskapsgrunnlaget for at pasienter bør få strukturert og tilpasset informasjon er ikke spesielt sterkt. Vi har funnet en retningslinje i UpToDate (2) og tre systematiske oversikter (5, 12, 13) som underbygger dette. Skriftlig informasjon er foreslått som intervensjon i én av artiklene, og forsøkt undersøkt i én annen. Det er imidlertid ikke undersøkt direkte om skriftlig, pasientrettet informasjon ved utskrivelse gir en signifikant bedring i compliance eller reduksjon i dødelighet. Således er det lite data som direkte underbygger vår konkrete intervensjon.
- Vi vet at skriftlig informasjon på et pasientvennlig språk allerede gis til pasienter på noen avdelinger og sykehus i Norge, blant annet på Sykehuset Østfold, Fredrikstad. Der har vi erfaring med at pasienter er fornøyde med å få utdelt utskrivings skjema.
- Vi mener derfor vi likevel har et godt nok grunnlag til å kunne gjennomføre dette tiltaket, basert på våre erfaringer fra jobb og praksis i helsevesenet og Gjøvik sykehus sitt ønske om å innføre utskrivings skjema til en rutine, i tillegg til kunnskapsgrunnlaget vi har funnet.

3 Dagens praksis, tiltak og indikatorer

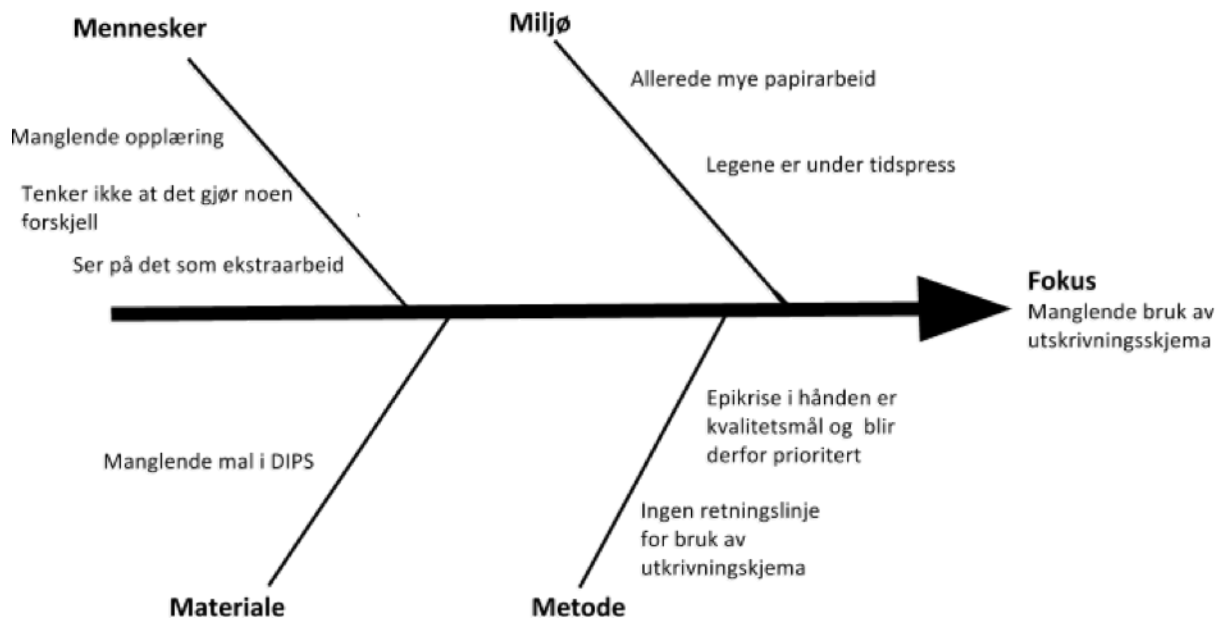
3.1 Praksis ved Medisinsk avdeling, Gjøvik sykehus

Det er i dag ikke laget en fast rutine på avdelingen for å sikre at pasienten får med seg skriftlig informasjon ved utskrivelse. Legene løser det på forskjellige måter. Noen gir ikke ut skriftlig informasjon utover epikrisen, andre gir halvferdige epikriser og noen lager på eget initiativ utskrivingskjema til pasienten eller har med tilpasset informasjon til pasienten i epikrisen. I dag er det rutine på Gjøvik sykehus at epikrisen skal være ferdig til kl. 14 samme dag som pasienten skrives ut. Dette legger et høyt press på utskrivende leger og skrivestuen, som blir svært opptatt med dette i løpet av ettermiddagen. Siden den skriftlige informasjonen i stor grad er basert på epikrisen kan pasienten i verste fall ende opp med å reise hjem tomhendt dersom epikrisen

ikke er klar eller komme hjem med en epikrise de ikke forstår noe av. Følgende flytskjema viser hvordan utskrivingsprosessen skjer på Gjøvik sykehus i dag.



Under følger et fiskebeinsdiagram som viser tenkte årsaker til at utskrivningsskjema ikke blir brukt.



3.2 Tiltak

3.2.1 Innføring av pasientrettet informasjonsskriv

Tiltaket vi ønsker å implementere ved Sykehuset Innlandet Gjøvik består av et kortfattet pasientrettet informasjonsskriv, som skal inneholde relevante medisinske opplysninger basert på pasientens aktuelle sykehusopphold, inkludert en oppdatert medisinliste. Språket som benyttes i notatet skal være forståelig for pasienten. Skjemaet bør totalt ta 5-10 min å fylle ut, der den oppdaterte medisinlisten trolig vil være det mest arbeidskrevende punktet.

Utformingen av medisinlisten har vært et viktig tema under arbeidet vårt, og noe som de involverte på Gjøvik sykehus også har lagt stor vekt på. Det ligger et stort potensiale i det å presentere gode og oppdaterte medisinlister. Det vil være viktig å utforme denne listen på en lett forståelig, oversiktlig og ikke minst standardisert måte. Vi har kommet fram til at en god måte å gjøre dette på vil være å sette opp listen i tabellform, som inneholder felter for administrasjonsform, medisinnavn, -styrke, -dose, indikasjon og varighet.

I utarbeidelsen av punktene som utgjør malen for informasjonsskrivets utforming, innhentet vi en mal som benyttes ved Sykehuset Østfold Fredrikstad og brukte denne til inspirasjon.

Videre ble det avlagt et besøk ved sykehuset på Gjøvik for å høre deres synspunkter på

innholdet og eventuelle innspill. Basert på dette utarbeidet vi alternative forslag til en mal som ble presentert for Gjøvik sykehus via e-post.

3.2.2 Tilgjengelighet i journalsystemet DIPS

Vi ser for oss at innholdet i informasjonsskrivet vil være definert ut fra en standardisert mal tilgjengelig i DIPS. Ifølge våre kontaktpersoner ved Gjøvik sykehus er opprettelse av en mal i DIPS enkelt å få til. Forhåndsdefinerte punkter i en mal vil bidra til å sikre adekvat og tilpasset informasjon til hver enkelt pasient. I tillegg kan det forhåpentligvis bidra til å redusere usikkerhet blant leger knyttet til hva skrivet skal inneholde, og således redusere unødvendig tidsbruk ved innføring av tiltaket.

3.2.3 Fordeler med tiltaket

Det er viktig å presisere at informasjonsskrivet verken er ment å være en erstatning for verbal informasjon eller epikrisen i sin helhet. Isteden er det ment å fungere som et hensiktsmessig supplement, i håp om å kunne bedre pasientens tilfredshet, innsikt i egen sykdom og helsetilstand samt etterlevelse. Å lage kortere utskrivingskjemaer med forståelig informasjon vil ikke bare kunne hjelpe pasienten, men også lette på arbeidspresset som hopper seg opp i timene før pasientene utskrives. Ifølge Medisinsk avdeling på Gjøvik sykehus, oppfatter mange utskrivende leger «rushtiden» for å få ut epikriser på utskrivningsklare pasienter som en stor arbeidsbelastning. Det er en erkjennelse at kvaliteten har blitt redusert i takt med økende krav til rask produksjon av epikriser. Et viktig mål for vårt prosjekt er å gi utskrivende lege større mulighet til å fordele arbeidet med epikriser til andre og mer gunstige tidspunkter. Informasjonsskrivet tar kortere tid å skrive sammenliknet med en epikrise. Det er også enkelt å skrive, da det er utformet med mål om at alle pasienter skal ha en forutsetning for å forstå det. Skjemaet skal slik gi minimalt av merarbeid for personalet.

3.2.4 Tiltakets relevans og gjennomførbarhet

Målet er at alle pasienter på Medisinsk avdeling ved Gjøvik sykehus skal motta et utskrivingskjema. Vi vurderer tiltaket å være relevant å implementere med bakgrunn i kunnskapsgrunnlaget vårt, egne erfaringer og ønsket fra Gjøvik Sykehus. Vi mener tiltaket er realistisk å gjennomføre. Hovedsakelig skyldes det at Gjøvik sykehus selv har ytret ønske om å innføre dette som en del av utskrivingsrutinene, og har lenge ment at dette er et område de ikke er gode nok på. Planleggingen av tiltaket har derfor foregått i nær dialog med Gjøvik sykehus fra første stund. Eksempel på skjema finnes som vedlegg 1.

3.3 Kvalitetsindikator

3.3.1 Hva er en kvalitetsindikator?

Det er ønskelig at kvaliteten av et tiltak evalueres for å få innsikt i hvilken grad en har nådd målet ved innføring av tiltaket, samt å kunne identifisere behov for eventuelle korrigeringer som kan iverksettes i en videre prosess. Man må på forhånd etablere målbare indikatorer – kvalitetsindikatorer. Indikatoren er et indirekte mål på kvalitet og kan blant annet benyttes som støtte til kvalitetsforbedring. Indikatoren måler strukturer, prosesser eller resultater, som omtales henholdsvis «strukturindikator», «prosessindikator» og «resultatindikator».

3.3.2 Valg av kvalitetsindikator

I gruppen ble ulike forslag til mulige kvalitetsindikatorer for vårt tiltak diskutert. Det langsiktige resultatet vi ønsker å oppnå ved å innføre utskrivningsskjema til pasienten som en rutine er økt compliance, økt kunnskap om egen sykdom og færre reinnleggelser. En måte å måle disse alternativene som resultatindikatorer kunne være et spørreskjema som ble utdelt til pasientene i etterkant av sykehusoppholdet. Imidlertid vil målemetoden være ressurskrevende, og representative data forutsetter aktiv deltakelse fra pasientenes side, noe som vanskelig lar seg kontrollere. Som en indirekte resultatindikator kunne en se for seg at både PasOpp-undersøkelsen og Commonwealth Funds-undersøkelsen, som begge tidligere er beskrevet, kunne antydnet om tiltaket har hatt positiv effekt på områdene som undersøkes. PasOpp-undersøkelsen inndeles etter sykehus, og forutsatt at Gjøvik sykehus deltok, ville eventuelle utslag sees i sammenheng med tiltaket. Imidlertid kunne det ikke direkte måle aktuelle implementerte tiltak, og vil følgelig ikke egne seg som resultatindikator.

Man kunne også tenke seg at en mal i DIPS for informasjonsskrivet kunne ses på som en strukturindikator. Denne indikatoren vil bare fortelle om sykehuset har en slik mal i sitt system, men utelater hvor hyppig malen tas i bruk og kvaliteten på malen. Denne indikatoren er derfor ikke en god kvalitetsindikator for det tiltaket vi ønsker å implementere.

Etter å ha evaluert samtlige forslag til kvalitetsindikatorer, har vi i vår oppgave valgt å fokusere på en kvantitativ prosessindikator; delen av pasienter som får med seg utskrivningsskjema ved utreise av det totale antall pasienter som skrives ut. Under følger en skjematisk oversikt over prosessen ved valg av kvalitetsindikator for implementeringen av tiltaket vårt.

Indikatoren vi ønsker å benytte oss av vil være relevant i form av at den sier noe om i hvilken grad en lykkes med å faktisk implementere tiltaket. På den måten kan graden av resultatoppnåelse til en hver tid overvåkes og dokumenteres. Fordi informasjonsskrivet vil foreligge som et dokument i pasientens løpende journal i DIPS er indikatore materialet dokumentert og tilgjengelig for måling. Rom for feiltolkning vil være tilnærmet fraværende, da tellingen kan foregå elektronisk. Vi anser indikatoren for å være sensitiv for endring og at den dermed kan fortelle noe om effekten av tiltaket.

Det er utarbeidet kriterier for vurdering av om kvalitetsindikatorene er gode nok. Med bakgrunn i disse kriteriene evaluerte vi våre egne forslag til kvalitetsindikatorer; oppsummert i tabellen under:

Kriterier	Strukturindikator	Prosessindikator	Resultatindikatorer	
	<i>Mal i DIPS</i>	<i>Andel pasienter som får informasjonsskriv ved utreise</i>	<i>Pasient-tilfredshet</i>	<i>Økt kunnskap/ økt compliance</i>
Relevans	+	+++	+++	+++
Gyldighet	+	+++	++	+++
Målbarhet	+++	+++	+	+
Tilgjengelighet	+++	+++	+	+
Tolkbarhet	+	+	+	++
Sensitivitet for endring	+	+++	+++	+++

3.3.3 Forslag til resultatindikator i regi av Gjøvik sykehus

Det vil på sikt være ønskelig å også benytte seg av en resultatindikator i forbindelse med implementeringen av informasjonsskrivet. Grunnlaget for å vurdere om dette er et tiltak som anses å være verdt å implementere i større skala på et senere tidspunkt, fordrer argumentasjon som taler for at det er hensiktsmessig å inkludere tiltaket som en ekstra arbeidsoppgave i en

ellers travel hverdag. I vår KLoK-oppgave har vi vurdert det å være for omfattende å legge vekt på en slik resultatindikator, men vil oppfordre Sykehuset Innlandet Gjøvik til å vurdere muligheten for å inkludere enda en indikator, for eksempel i form av et spørreskjema til pasientene.

4 Prosess, ledelse og organisering

4.1 Strukturelt grunnlag – PUKK-sirkelen

PUKK-sirkelen (engelsk akronym: PDSA) benyttes som modell for forbedringsarbeidet. Denne består av punktene Planlegge (Plan), Utføre (Do), Kontrollere (Study) og Korrigere (Act). Gjennom denne setter vi fokus på hva vi ønsker å oppnå med prosjektet, og hvilke endringer som kan iverksettes for å skape forbedring. Modellen er utformet som en sirkel for å tydeliggjøre at forbedringsarbeidet ofte må foregå gjennom flere PUKK-sykluser.



4.2 Planlegging – *Plan*

4.2.1 Opprettelse av en prosjektgruppe

Forbedringstiltaket bør ledes av ansatte på medisinsk avdeling, Gjøvik som kjenner hverdagsrutinene godt, og som er motiverte for gjennomføring av tiltaket. Ansvarlige for gjennomføringen på overordnet nivå vil være LIS Audun Dybvik Bøhn og seksjonsoverlege Even Reinertsen. Tiltaket vil involvere både leger og sykepleiere, så det kan være hensiktsmessig å ha en representant med det overordnede ansvaret også på sykepleiersiden.

4.2.2 Informasjon og opplæring

Orientering om prosjektet og dets form er sendt per e-post til de prosjektansvarlige ved Gjøvik sykehus, og det har vært kontinuerlig dialog gjennom planleggingsfasen. Det er holdt et møte med de involverte partene på sykehuset tirsdag 24.03.15, der både leger og sykepleiere var representert. Møtet la grunnlaget for å utforme malen til informasjonsskrivet og retningslinjer for bruk på en måte som er tilpasset sykehusets eksisterende rutiner. Sykehuset har et bevisst fokus på kvalitetsforbedringsarbeid, og har vist interesse og engasjement rundt å innføre ordningen vi presenterer.

4.2.3 Økonomi

Prosjektet er økonomisk akseptabelt. Det kan både gjennomføres uten særlig krav til materiell, og det er et enkelt tiltak å ta i bruk da det er integrert i DIPS. Utskrivningsskjemaet vil være tilgjengelig som mal i DIPS uten at det kreves ytterligere finesser, og kan skrives ut på et vanlig A4-ark for utlevering til pasienter.

4.3 Utførelse – *Do*

Det vil være mest hensiktsmessig å innføre tiltaket på hele Medisinsk avdeling, istedenfor å starte med kun enkelte sengeposter, da leger og sykepleiere ruller mellom de ulike postene. En oppstart av ordningen tidlig høst 2015 vil kunne hindre at implementeringen går dårlig grunnet utskiftning av personell. Det er ønskelig at samtlige ansatte ved avdelingen informeres i forkant av innføringen, med påminnelse på morgenmøter på oppstartsdagen.

Både leger og sykepleiere er essensielle for at tiltaket skal fungere i praksis. Utskrivende lege er ansvarlig for å fylle ut pasientnotatet. Ansvarlig sykepleier sørger for at dette leveres direkte til pasienten før utskrivelse, gjerne i forbindelse med en utskrivelsessamtale. Kopi av skjemaet sendes elektronisk til fastlege. På denne måten får både pasienten og fastlegen håndfast informasjon om sykehusoppholdet ved utskrivelse.

Vi har som nevnt et gjennomgående ønske om å redusere mengden merarbeid til et minimum ved innføringen av tiltaket. Den oppdaterte medisinalisten samt eventuelt andre relevante opplysninger skal kunne kopieres direkte inn i epikrisen fra informasjonsskrivet –og vice versa. Epikrisen sendes til fastlege på vanlig måte når den er klar, og pasienten kan etterspørre den ved behov for mer detaljert informasjon, noe det også opplyses om i informasjonsskrivet.

4.4 Kontroll - *Study*

Antall utskrevne informasjonsskriv registreres i DIPS. Sykepleier, eller annen ansvarlig utpekt av sykehuset, teller over antall utskrevne skjemaer for hver uke, og beregner andelen av pasientene der tiltaket er blitt gjennomført. Ut fra disse resultatene settes det opp interne tidsserier som viser utviklingen over tid. Tidsseriene henges opp på en tavle på et synlig og tilgjengelig sted (vaktrom), i tillegg til at de ansatte opplyses om resultatene fortløpende, gjennom e-post og på morgenmøter. Informasjonen gis ukentlig de første ukene, deretter én til to ganger per måned når tiltaket er mer etablert. I oppstartsfasen kan den sengeposten som

har høyest andel utskrevne skjemaer gjerne belønnes, eller det kan gjøres andre tiltak for øke oppmerksomheten rundt pilotprosjektet. Det er verdt å nevne at denne opptellingen kun vil vise hvor mange skjemaer legen har skrevet, og reflekterer dermed ikke nødvendigvis antall skjemaer som faktisk er gitt til pasientene. Ansvarlig sykepleier har med dette et ansvar for at det innarbeides en fast rutine for utlevering av informasjonsskrivet til pasienten, f.eks. i forbindelse med utskrivningssamtalen eller på det samme tidspunktet som epikrisen utleveres i dag. Effekten av tiltaket vurderes kontinuerlig gjennom evaluering fra ansatte, og ikke minst gjennom tilbakemelding fra pasienter.

4.5 Korrigerings – *Act*

Prosjektgruppen ved Gjøvik sykehus kan kartlegge pasienttilfredsheten i etterkant av tiltaket med et spørreskjema som resultatindikator. Dette kan gi en direkte indikasjon på effekten av tiltaket. Vi har utarbeidet et forslag til momenter som denne evalueringen bør inneholde, med utgangspunkt i pasient- og brukererfaringer fra Kunnskapssenteret, PasOpp- og Commonwealth-undersøkelsen. Punkter i pasientskjemaet kan endres, fjernes eller legges til underveis gjennom fortløpende vurderinger og tilbakemeldinger fra de involverte partene, både helsepersonell og pasienter.

Noen tenkte korrigerings som vi har sett for oss kan komme til å dukke opp i videre sykluser av PUKK-sirkelen er for eksempel: Når og hvordan man skal velge å telle antall utskrivningsskjemaer, om legene er fornøyd med måten skjemaet er utformet eller om det skal gjøres endringer, at det kan bli et problem med vikarer, nye turnusleger og medisinstudenter i praksis som ikke blir informert om rutiner, det kan være uenighet om sykepleier eller lege skal være ansvarlig for at pasienten får skjemaet, eller at det tar for lang tid å diktere eller skrive skjemaet så man må gjøre en endring her. Det kan selvfølgelig også hende pasientene selv ikke er fornøyd med å få et kort skriv, men heller ønsker hele epikrisen ved utskrivelse.

En kontinuerlig vurdering av prosessen i sin helhet fra de prosjektansvarlige sin side, vil sikre at tidsbruk og effektivitet optimaliseres, at informasjon når frem til alle parter, og det kan avdekke om det er behov for endret registreringspraksis.

4.6 Motstand

Usikkerhet knyttet til kunnskapsgrunnlaget vil kunne skape motstand mot prosjektet. Ved sviktende overbevisning hos de ulike aktørene, er det vanskeligere å få gjennomført prosjektet slik det er tiltenkt. Gjennom kunnskapsgrunnlaget vårt har vi funnet flere indikasjoner på at tiltaket er hensiktsmessig og vil kunne ha en positiv effekt på flere områder, spesielt knyttet til pasienttilfredshet, bevisstgjøring og opplevd sykdomskontroll. Mange av artiklene som danner kunnskapsgrunnlaget vårt, konkluderer med at det er et område det er forsket lite på og hvor «harde fakta» til dels mangler, slik at det for øyeblikket kreves en viss overbevisning om at dette har noe for seg. Om man ønsker å utvikle prosjektet videre på sikt, kan det tenkes at man ved å undersøke effekten av tiltaket kan bidra til å generere ny kunnskap på området, hvor det som nevnt tidligere er tydelig at det foreligger et stort forbedringspotensiale i Norge.

Prosjektet kan umiddelbart representere en potensielt økt arbeidsmengde for de involverte. Implementeringen vil bli vanskeligere dersom dette oppfattes som ekstra tidkrevende. Vi har fokusert på at det skal gis god informasjon og opplæring før oppstart av prosjektet slik at dette skal skje så skånsomt som mulig. Dersom informasjonen ikke når frem til alle, vil det påvirke kvalitet og kompletthet. Vi har hatt fokus på å gi god informasjon til våre kontaktpersoner og sikre at det er en rimelig ansvarsfordeling for prosjektet. En tydelig ansvarsfordeling er viktig ikke minst for å unngå svikt i gjennomføringen og at det blir glemt eller forsømt. Informasjonsskrivet kan lette presset med å få ut epikrise på utskrivningsdatoen, noe som kan være en motivasjon i seg selv, og som vil gi mindre arbeidspress, dog kan oppfattes som dobbeltarbeid i starten.

Gjøvik Sykehus har uttrykt et strekt ønske om å gjennomføre denne endringen, også blant ledelsen, og vi tenker derfor at vi vil møte lite motstand herfra. Motstanden kan komme i form av leger som har jobbet lenge etter et bestemt system og ikke ønsker endringer. Det kan også være sykepleiere som føler deres arbeidsdag får en ny belastning dersom de må levere informasjonsskriv til pasientene og minne legene på å lage dem.

Når det gjelder tekniske utfordringer og materiell er det lite nytt for legene å sette seg inn i. Det største merarbeidet vil være å diktere medisinalisten annerledes, nemlig ”Tablett Paracet 1 gram inntil 3 ganger daglig, mot smerter” i motsetning til tidligere ”Paracet 1g x 3”. Det kan være sekretærene setter seg imot å skrive inn medisinalisten i en tabell, eller det kan bli

merarbeid for dem å lage både et informasjonsskriv og så kopiere mye av dette over til epikrisen etterpå.

Mye av denne motstanden vil antagelig skje i sammenheng med oppstart av prosjektet og etter hvert roe seg. Dersom det er større og vedvarende problemer må man ta tak i dette og gjennomføre en ny syklus av PUKK.

5 Diskusjon og konklusjon

Pasienter ved medisinske avdelinger er ofte eldre, med flere diagnoser, flere innleggelser bak seg, med lange og lite oppdaterte medisinlister. Mange har liten oversikt over egen helse, sykehistorie og medisinbruk. Denne oppgaven har hatt som mål å vurdere om man burde innføre et informasjonsskriv som gis til pasienten ved utreise etter endt sykehusopphold .

Vi har funnet god dokumentasjon på at informasjonen pasienter får om egen sykdom og sykehusopphold ved utskrivelse fra norske sykehus ikke er adekvat (8, 9, 17). Vi har i tillegg funnet god dokumentasjon som støtter opp om at pasienter har større kunnskap om egen sykdom og husker medisinske råd bedre om de mottar strukturert, språklig og innholdsmessig tilpasset informasjon (2, 10, 13). Imidlertid har det vært utfordrende å danne et solid kunnskapsgrunnlag for hvorfor man bør innføre et eget pasientskriv i tillegg til epikrisen ved utskrivelse. Flere av gruppemedlemmene har hatt positiv erfaring med en slik ordning fra praksis ved hjertemedisinsk avdeling ved Sykehuset Østfold. Vi har også erfart at skriftlig pasientinformasjon gis en del steder i dag, men på mange ulike måter uten noen form for standardisering. Det har imidlertid ikke latt seg gjøre å finne forskning som klart underbygger nettopp vår intervensjon, og de få studiene som finnes konkluderer alle med at forskningsmaterialet på dette området er for lite.

Epikrisen er allerede etablert som informasjonskanal fra sykehuset etter utskrivelse. «Epikrise i hånden» er brukt som en kvalitetsindikator for informasjon til pasienter, som gir økonomisk gevinst. Hensikten med «Epikrise i hånden» er å få ferdig epikrisen samme dag som pasienten blir utskrevet, men tiltaket er også ment å gi pasienten informasjon om sykehusoppholdet og egen helsetilstand. Vi mener at bruk av epikrisen som kanal for pasientinformasjon kan være problematisk.

Informasjonen i en epikrise er myntet på fastlege og annet helsepersonell, og er skrevet med medisinske fagtermer. Dette kan være vanskelig å forstå for pasienten, noe som kan medføre misforståelser og i verste fall bekymring for hva som står der. Om epikrisen skal brukes som pasientinformasjon krever det at den er ferdigskrevet når pasienten reiser. Dette medfører et visst tidspress for å ferdigstille papirene i tide, noe man derfor ikke alltid får til. Dette kan i verste fall medføre at pasienten reiser uten skriftlig informasjon. Tidspresset kan også tenkes å gå utover kvaliteten på epikrisen.

Vi mener ikke at tiltaket skal erstatte epikrisen, da det fortsatt vil være nødvendig å gi fastlegen og annet helsepersonell mer detaljert informasjon om forløp, undersøkelser og behandling, som ikke vil være inkludert i det kortfattede informasjonsskrivet. Imidlertid kan det tenkes å lette arbeidspresset til legen rundt utskrivelsen av pasienter, ved å fungere som en forberedelse til epikrisen. I utarbeidelsen skrivet, danner man seg et bilde av pasientforløpet samt skriver en oppdatert medisinliste, som videre kan brukes i epikrisen. Skrivet vil være enklere og ta kortere tid å ferdigstille. Dette kan bidra til at pasienter blir utskrevet tidligere på dagen med informasjonsskriv, mens man slipper tidspresset knyttet til ferdigstillingen av epikrisen. Dette kan igjen øke epikrisens kvalitet. Kopi av skrivet går også til fastlegen, med den oppdaterte medisinlisten, slik at dette foreligger tidligere dersom det tar noe tid før epikrisen når fastlegen.

Skrivet er ikke ment å erstatte den muntlige informasjonen gitt i en utskrivningssamtale. Det kan derimot danne grunnlaget for en slik samtale, og sikre at alle viktige aspekter rundt pasientens utskrivelse blir nevnt for pasienten. Dette kan også bidra til at pasienten får mulighet til å stille hensiktsmessige spørsmål. Den skriftlige informasjonen vil være tilgjengelig for pasienten og eventuelt pårørende over tid, i motsetning til den muntlige informasjonen som gis til pasienten ved utskrivelse.

Det vil være visse utfordringer knyttet til innføringen av tiltaket. Det svake kunnskapsgrunnlaget kan svekke de involvertes tro på effekten av innføringen. Dette kan forklares i at forskningen på området er sparsom, og at man ved å innføre tiltaket på sikt kan forsøke å måle effekten, og på den måten bidra til ny kunnskap på området. Målet om «Epikrise i hånden» som helseøkonomisk parameter, kan tenkes å komme i konflikt med vårt tiltak, og medføre at epikrisen blir prioritert før informasjonsskrivet. En mulig løsning på dette, er å innføre samme økonomisk gevinst-ordning for informasjonsskrivet. Noen kan oppfatte skrivet som unødvendig merarbeid. Det vil derfor være viktig med god informasjon om tiltakets hensikt til alle involverte tidlig i implementeringsfasen. Det kan også oppfattes som utfordrende å beskrive medisinske fagtermer på allment norsk. Dette kan løses ved at involvert personell får en introduksjon i hvordan man kan skrive på en forståelig måte, eller å opprette eksempler i e-håndboken, før pilotprosjektet starter.

Tross noe mangelfullt kunnskapsgrunnlag, mener vi at innføring av et pasientrettet informasjonsskriv kan være et adekvat forbedringstiltak for å øke kunnskap, tilfredshet og trygghet blant pasienter rundt og etter utskrivelse. Dette er først og fremst et forsøk på å

kunne gi pasientinformasjon på en standardisert måte, en delvis videreføring og standardisering av en praksis som praktiseres svært ulikt i dag. Vi konkluderer med at innføring av tiltaket både er gjennomførbart og økonomisk akseptabelt, i tillegg til å være lite tidkrevende. En liknende ordning har vist seg å fungere godt ved Medisinsk avdeling ved Sykehuset Østfold. Leger og sykepleiere ved medisinsk avdeling ved Sykehuset Innlandet Gjøvik har vist interesse og engasjement rundt å innføre tiltaket, og hadde allerede før vi tok kontakt erkjent at dette var et område de kunne bli bedre på. Vårt mål er at oppgaven kan bidra til å sette i gang et forbedringsprosjekt på sykehuset, som totalt sett både vil komme pasienter og ansatte til gode.

Litteraturliste

1. Pasient- og brukerrettighetsloven. Lov om pasient- og brukerrettigheter av 1999-07-02 nr. 63. 1999.
2. Alper E; O'Malley T; Greenwald J. Hospital discharge and readmission,. 16.12.2014 [cited 20.04.2015]. In: UpToDate [Internet]. Waltham, MA, [cited 20.04.2015]. Available from: http://www.uptodate.com/contents/hospital-discharge-and-readmission?source=search_result&search=discharge+information&selectedTitle=1%7E150-H8.
3. Foundation NPS. Ask Me 3 [27.04.2015]. Available from: <https://npsf.site-ym.com/default.asp?page=askme3>.
4. Mediesenteret HiB. Kunnskapsbasert praksis - PICO, 2012 [cited 21.04.2015]. Available from: <http://kunnskapsbasertpraksis.no/sporsmalsformulering/pico/>.
5. Johnson A, Sandford J. Written and verbal information versus verbal information only for patients being discharged from acute hospital settings to home: systematic review. Health education research. 2005;20(4):423-9.
6. Nicolson D, Knapp P, Raynor DK, Spoor P. Written information about individual medicines for consumers. The Cochrane database of systematic reviews. 2009(2):Cd002104.
7. Holboe O, Bjerkan AM, Skudal K. Pasienterfaringer med norske sykehus i 2013. Resultater på sykehusnivå. PasOpp-rapport - Brukererfaringsundersøkelse nr. 3 - 2014. Rapport fra Kunnskapscenteret. 2014.
8. Sjetne IS, Skudal KE, Haugum M, Bjertnæs ØA, Nylenna M. Commonwealth Funds undersøkelse i 2014 blant personer i aldersgruppe 55 år eller eldre: Resultater fra Norge og ti andre land. Rapport fra Kunnskapscenteret - Intervjuundersøkelse nr. 21 - 2014. 2014.
9. Doyle C, Lennox L, Bell D. A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. BMJ open. 2013;3(1).
10. Horwitz LI, Moriarty JP, Chen C, Fogerty RL, Brewster UC, Kanade S, et al. Quality of discharge practices and patient understanding at an academic medical center. JAMA internal medicine. 2013;173(18):1715-22.
11. Halasyamani L, Kripalani S, Coleman E, Schnipper J, van Walraven C, Nagamine J, et al. Transition of care for hospitalized elderly patients--development of a discharge checklist for hospitalists. Journal of hospital medicine. 2006;1(6):354-60.
12. Samuels-Kalow ME, Stack AM, Porter SC. Effective Discharge Communication in the Emergency Department. Annals of Emergency Medicine. 2012;60(2):152-9.
13. Watson PW, McKinstry B. A systematic review of interventions to improve recall of medical advice in healthcare consultations. Journal of the Royal Society of Medicine. 2009;102(6):235-43.

14. Dahle KA. PasOpp-undersøkelser - nasjonale brukererfaringer Helsebiblioteket, 2009 [updated 30.06.201128.04.2015]. Available from: <http://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/brukererfaringer/nasjonale-unders%C3%B8kelser>.
15. Kunnskapssenteret. Måling av brukeropplevd kvalitet [28.04.2015]. Available from: <http://www.kunnskapssenteret.no/kvalitet-og-pasientsikkerhet/brukeropplevd-kvalitet>.
16. Haugum M, Bjertnæs ØA, Iversen HH, Lindahl AK, Nylenna M. Commonwealth Funds undersøkelse av helsetjenestesystemet i 11 land: Norske resultater i 2013 og utvikling siden 2010. Rapport fra Kunnskapssenteret - Intervjuundersøkelse nr. 16 - 2013. 2013.
17. Statens legemiddelverk. Har du liste over medisinene dine? 2013 [14.05.2015]. Available from: http://www.legemiddelverket.no/Bruk_og_raad/raadtilforbruker/medisinlister/Sider/default.aspx.

Vedlegg 1 – Eksempel på informasjonsskriv

GJØVIK SYKEHUS, MEDISINSK AVDELING

Klara Klok 012345 67890

INNLAGT 01.01.2015

Medisinveien 1

UTSKREVET 06.01.2015

0000 PK

HVORFOR HAR DU VÆRT PÅ SYKEHUSET?

Du ble innlagt på grunn av sterke bryst smerter og tungpust. Dette viste seg å skyldes et hjerteinfarkt.

HVA SKJEDDE PÅ SYKEHUSET?

Du fikk behandling mot hjerteinfarkt. Du ble bedre etter et par dager.

DISSE MEDISINENE SKAL DU BRUKE FAST:

Legemiddelnavn	Virkestoff	Form	Styrke	Dose	Bruk	Merknad
Lipitor	atorvastatin	Tablett	40 mg	1 tablett hver kveld	Mot høyt kolesterol	Ny medisin!
Albyl-E	acetylsalisylysyre	Tablett	75 mg	1 tablett hver morgen	Mot blodpropp	Ny medisin!
Atacand	kandesartan cileksetil	Tablett	16 mg	1 tablett hver morgen	Mot høyt blodtrykk	

DISSE MEDISINENE KAN DU TA VED BEHOV:

Legemiddelnavn	Virkestoff	Form	Styrke	Dose	Bruk	Merknad
Paracet	paracetamol	Tablett	500 mg	1-2 tabletter ved behov. Ikke mer enn 6 tabletter i døgnet.	Mot smerter ved slitasjegikt	

DISSE MEDISINENE SKAL DU IKKE BRUKE LENGER:

Legemiddel- navn	Virkestoff	Form	Styrke	Dose	Bruk	Merknad
Selo-Zok	metoprol- olsuksinat	Tablett	50 mg	1 tablett hver morgen	Mot høyt blodtrykk	

HVA ER PLANEN VIDERE?

Du har begynt på noen nye medisiner her på sykehuset. Disse skal du fortsette på. Du vil få oppfølging på Hjertepoliklinikken om 1 måned, og det er bestilt time hos fastlegen din 13.01.15.

UTSKRIVENDE LEGE: Ola Nordmann, overlege hjerteavdelingen

Vedlegg 2

Veiledning til utfylling av informasjonsskriv

Pasientskrivet inneholder en mal med forhåndsdefinerte punkter, der hver overskrift legger føring for innholdet. Et gjennomgående hovedpoeng vil være at det benyttes pasientvennlige formuleringer. Fordi det vil være variasjon i sykehistoriene til hver enkelt pasient, vil det være utfordrende å utarbeide generelle «standardsetninger» som kan gjelde for alle. I utgangspunktet ser vi derfor for oss at det blir opp til den enkelte lege å tilpasse informasjonsskrivets språk. Enkelte pasienter vil kunne ha henholdsvis større eller mindre forutsetninger for å tilegne seg medisinsk informasjon, og ved en individuell tilpasning av informasjonen vil dette således også kunne tas høyde for. Skrivet er ment å være kortfattet og kun inneholde medisinsk informasjon fra det aktuelle sykehusoppholdet, som anses å være relevant for pasienten.

Oppdatert medisinliste er et spesielt viktig punkt. Tabellene med innhold skal kunne kopieres inn i epikrisen fra pasientskrivet, og vice versa. Jf. Statens legemiddelverk, skal medisinlisten inneholde følgende (17):

- Produktnavn (salgsnavn og varenavn)
- Navn på virkestoffet (kjemisk navn på den aktive medisinen)
- Legemiddelform (for eksempel depottablett, kapsel, inhalator)
- Styrke (hvor mye aktiv medisin er det i hver dose)
- Dosering (for eksempel: 1 tablett hver morgen)
- Bruksområde (for eksempel: blodtrykksmedisin)

Disse medisinene skal du bruke fast:

Legemiddelnavn	Virkestoff	Form	Styrke	Dose	Bruk	Merknad
Lipitor	atorvastatin	Tablett	40 mg	1 tablett hver kveld	Mot høyt kolesterol	Ny medisin!
Marevan	warfarin	Tablett	2,5 mg	19 tabletter per uke*	Mot blodpropp	* 3 tabletter hver mandag, onsdag, torsdag, fredag og søndag. 2 tabletter hver tirsdag og lørdag.

Disse medisinene skal du bruke ved behov:

Legemiddel- navn	Virkestoff	Form	Styrke	Dose	Bruk	Merknad
Paracet	paracetamol	Tablett	500 mg	1-2 tabletter ved behov. Ikke mer enn 6 tabletter i døgnet.	Mot smerter ved slitasje- gikt	

Disse medisinene skal du kun bruke i en avgrenset periode:

Legemiddel- navn	Virkestoff	Form	Styrke	Dose	Bruk	Merknad
Selexid	amidinopeni cillin	Tablett	200 mg	1 tablett morgen, middag og kveld	Mot urinveisin feksjon	3 dagers kur. Avsluttes 08.06.15