

# Hospitering mellom spesialist- helsetjenesten og kommunale helse- og omsorgstjenester

SLUTTRAPPORT 2023



**Utviklingscenter for  
sykehjem og hjemmetjenester**

VIKEN (Østfold)



**INDRE ØSTFOLD  
KOMMUNE**

# INNHOOLD

<b>FORORD</b> .....	4
Kontaktinformasjon .....	4
<b>1.0 BAKGRUNN FOR PROSJEKTET</b> .....	5
1.1 Samarbeidspartnere i prosjektet.....	5
1.2 Planlegging av hospiteringsprosjektet.....	6
1.3 Samarbeidsarena .....	6
1.4 Valg av hospitanter og hospitering .....	7
1.5 Valg av avdelinger .....	7
<b>2.0 BAKGRUNN I LITTERATUR</b> .....	8
2.1 Østfoldmodellen .....	8
2.2 Hospital at home.....	8
2.3 Lav bemanning og lite rom for samhandling.....	8
2.5 Arbeid med utskrivningsklare pasienter.....	8
2.7 Reinleggelse .....	9
2.9 Føringer i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023.....	9
<b>3.0 METODE</b> .....	10
3.1 Planlegging og gjennomføring av aktiviteter .....	10
3.2 Hospitering.....	11
3.3 Spørreundersøkelser .....	13
<b>4.0 RISIKOVURDERING</b> .....	13
<b>5.0 HOSPITERING</b> .....	14
5.1 Forberedelser.....	14
5.2 Erfaringsdeling .....	14
5.3 Hospitering med bestilling .....	14
5.4 Hospitering som forventet aktivitet .....	14
5.5 Relasjon til Nasjonal helse - og sykehusplan .....	15
5.6 En modell til hospitering .....	15

<b>6.0 EVALUERING</b> .....	16
6.1 Informasjon i forkant av hospitering .....	16
6.2 Forberedelse og refleksjon.....	16
6.3 Antall dager til hospitering .....	16
6.4 Hospiteringssted.....	17
6.5 Gevinster av hospitering.....	17
6.6 Spørreundersøkelser .....	18
6.7 Hvor glipper det? .....	19
<b>7.0 REFERANSER</b> .....	21
Vedlegg 1: Spørsmål til hospitantene .....	22
Vedlegg 2: Resultater av spørreundersøkelser .....	24
Før hospiteringen.....	24
Underveis i hospiteringen.....	24
I kommunehelsetjenesten .....	24
I spesialisthelsetjenesten.....	25
Spørsmål til leder eller veileder underveis i hospiteringen.....	25
Refleksjonsspørsmål i etterkant av hospiteringen .....	25
Fra hospitanten .....	25
Hva har du lært av hospiteringen?.....	26
Erfaringer med pasient- og pårørendemedvirkning.....	26
Dele med kolleger .....	26
Ved overføring / innleggelse / utskrivning / reinnleggelse, vurderer du at det blir gjort tilstrekkelig forberedelser? .....	27
Ved overføring / innleggelse / utskrivning / reinnleggelse, vurderer du at det blir gitt tilstrekkelig informasjon? .....	27
Pasientens og pårørendes ønsker blir tatt hensyn til i den daglige pleien.....	27
Noe tjenesten kan gjøre annerledes for å involvere pasient og pårørende i større grad .....	27
Fra avdelingsleder eller veileder.....	27
Vedlegg 3: Resultater fra kafédialoger .....	28
Kafédialog 18.05.21 .....	28
Kafédialog 31.08.21 .....	29
Kafédialog 29.11.21 .....	31

# FORORD

I 2021 søkte og fikk Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester i Viken (Østfold), Indre Østfold kommune, midler fra Helsedirektoratet for å gjennomføre et prosjekt i forbindelse med gjensidig hospitering mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Hensikten med oppdraget var å utvikle en retningslinje og modell, og å dokumentere og spre erfaringer, som ble gjort i forbindelse med hospiteringen.

Prosjektet er gjennomført som et samarbeid mellom Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester i Viken (Østfold), Sykehuset Østfold Kalnes, 2 avdelinger på Sykehuset Østfold Kalnes, 8 kommuner i Østfoldregionen og Senter for omsorgsforskning.

Vi vil takke alle deltagerne i prosjektet som har gitt samtykke til å anvende de registrerte dataene. Vi vil også takke alle aktørene i dette prosjektet, som har vært ivrige etter å være med på å hospitere og bidra med å lage en felles hospiteringsmodell for vårt helsefelleskap.

## Kontaktinformasjon

Torunn Sikkeland  
Prosjektleder Hospiteringsprosjektet  
USHT Viken (Østfold)  
Torunn.sikkeland@io.kommune.no

Linda Egeland  
Prosjektleder Hospiteringsprosjektet  
USHT Viken (Østfold)  
Linda.egeland@io.kommune.no

Annette Bjerkenes,  
Konstituert enhetsleder  
USHT Viken (Østfold)  
annette.bjerkenes@io.kommune.no

# 1. BAKGRUNN FOR PROSJEKTET

Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester Viken (Østfold), heretter omtalt som USHT Viken (Østfold) søkte om midler til hospiteringsprosjektet på bakgrunn av en visjon om å styrke kompetanse, kvalitet og kapasitet i tjenestene. Ønsket var å bygge på nasjonale satsninger, lokale utfordringer og arbeid som inkluderte læringsnettverk, KlinObsKommune, Trainee-program for sykepleiere i kommunehelsetjenesten, KS Jobbvinnnersatsning og utarbeidet retningslinje for gjensidig hospitering jamføre Helsefelleskap.

Helsefelleskapet i Østfold har gjennom tidligere prosjekt etablert en svært god kultur for samarbeid. Hospiteringsprosjektet ønsker å videreføre erfaringer og kunnskap fra samarbeidet og delingskulturen som er etablert i Østfoldregionen, Østfoldmodellen (1).

Prosjektets hovedmål har vært å utvikle en velfungerende modell for hospitering i Helsefelleskapet for vår region.

Prosjektets delmål har vært å tilpasse en ordning for å sikre bedre kompetanse, kvalitet og kapasitet for skrøpelige eldre og eldre med flere kroniske lidelser.

Herunder tiltak som fremmer

- likeverd, tillit og kompetanse,
- felles forståelse og kunnskap,
- sammenhengende behandling og oppfølging,
- erfaringsutveksling og veiledning,
- bruker- og pårørendeperspektivet,
- eierskap mellom deltakende aktører.

## 1.1 Samarbeidspartnere i prosjektet

Intern arbeidsgruppe var fra mars til august 2021 prosjektleder Torunn Sikkeland, USHT Viken (Østfold), prosjektmedarbeider Linda Elisabet Egeland, USHT Viken (Østfold), Wenche Charlotte Hansen, enhetsleder USHT Viken (Østfold) og Eivind Bjørnstad, fagkonsulent USHT Viken (Østfold). Fagrådgiver i Fredrikstad kommune, Bente Kristin Kobbek, var med i planleggingsfasen og oppstartsfasen av prosjektet.

Intern arbeidsgruppe fra september til desember 2021 var ny prosjektleder Linda Elisabet Egeland, USHT Viken (Østfold), Wenche Charlotte Hansen, enhetsleder USHT Viken (Østfold), Ina Kristin Blågestad, konstituert enhetsleder USHT Viken (Østfold) og Eivind Bjørnstad, fagkonsulent USHT Viken (Østfold).

Prosjektet er gjennomført som et samarbeid mellom Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Viken (Østfold), Sykehuset Østfold, samhandlingsavdelingen, Alderspsykiatrisk seksjon og Geriatrisk sengepost og poliklinikk, Indre Østfold kommune, Råde kommune, Moss kommune, Skiptvet kommune, Halden kommune, Våler kommune, Marker kommune, Fredrikstad kommune og Vestby kommune, Senter for omsorgsforskning (SOF), Høgskolen i Østfold, KS, DnL, NSF og Helsedirektoratet.

Prosjektleder Torunn samlet ledere fra kommunehelsetjenestene og ledere på sykehuset Østfold for å introdusere prosjektet. Styringsgruppen består av følgende medlemmer:

- Guro Steine Letting, samhandlingssjef for kommunene, Helsefellesskapet i Østfold
- Wenke Aannerød, kommunaldirektør helse, Våler kommune
- Mette Bøhn Meisingseth, fag- og kompetansesjef, Sykehuset Østfold
- Astrid Eri-Montsma, overlege Geriatrik poliklinikk og sengepost, Sykehuset Østfold
- Astri Myhrvang, pasient- og pårørenderepresentant
- Veronica Aam, direktør for helse og mestring, Halden kommune
- Odd Petter Nilsen, samhandlingssjef Sykehuset Østfold
- Anna Lena Gaup, rådgiver KS
- Wenche Charlotte Hansen, enhetsleder USHT Viken (Østfold)
- Ina Kristine Blågestad, konstituert Enhetsleder USHT Viken (Østfold)
- Torunn Sikkeland, prosjektleder USHT Viken (Østfold)
- Linda Elisabet Egeland, prosjektleder USHT Viken (Østfold)

Referansegruppa har ikke hatt møte i prosjektperioden og det har ikke vært vurdert et behov for det. De får tilgang til rapporten ved ferdigstilling.

Referansegruppen består av følgende medlemmer:

- Kirsti Lauvli Andersen, Prodekan utdanning, Høgskolen i Østfold
- Ann Katrin Reinell, Seksjonsleder Sykehuset Østfold
- Gina Anette Brekke, Rådgiver stab helse – og mestring, Halden kommune
- Jan Erik Eide, Samhandlingskontakt og rådgiver, Indre Østfold kommune
- Wenche Hammer, rådgiver og erfaringskonsulent, Indre Østfold kommune
- Eva Zimmermann, seniorrådgiver i Norsk Sykepleierforbund
- Eli Sogn Iversen, prosjektleder helsefag, KS
- Anna Pauline Pedersen, fagutviklingsrådgiver akuttgeriatrik avdeling, Sykehuset Østfold
- Inga Harsem, fagutviklingsrådgiver aldersgeriatrik seksjon, Sykehuset Østfold
- Birgit Hjortkær Evensen, tillitsvalg Sykehuset Østfold
- Kari Anette Os, seniorrådgiver Helsedirektoratet
- Britt Fritzman, tillitsvalg Den norske legeforeningen, Sykehuset Østfold

## 1.2 Planlegging av hospiteringsprosjektet

Prosjektets oppstart besto av løpende samtaler og dialog med aktuelle kontaktpersoner i kommunene og sykehuset, samt andre samarbeidspartnere.

Kartlegging og innhenting av informasjon rundt relevant forskning og annet kunnskapsgrunnlag, dialog med aktuelle med relevante erfaringer knyttet til ulike prosjekt/hospiteringsarbeid,

dialogmøter med enkeltaktører og ressurspersoner, internt og eksternt, ikke minst sentrale personer i referansegruppe. Dialog med ledelse og fagutviklingsrådgivere på geriatrisk sengepost og poliklinikk og alderspsykiatrisk seksjon, dialog med sentrale ressurspersoner i partnerkommuner/sentrale personer i referansegruppe og dialog med prosjektgruppe Karmøy, Haugesund/Helse Fonna i mars og mai. Dialog med prosjektleder Kjell Magne Tysvær, Karmøy kommune. Dialog med Høgskolen i Østfold, PROFF praksismodell og Sim Fredrikstad, dialog med prosjektleder i Kompetansebroen og dialog med forskningsfaglig veileder i Senter for omsorgsforskning Nina Beate Andfossen.

### 1.3 Samarbeidsarena

På grunn av pandemi Covid-19, ble samarbeidsarena med kommunene og sykehuset, samt andre aktører, gjennomført på Teams.

Prosjektet inviterte til kafédialoger på Teams. Her ble det planlagt å ha faglige innlegg og diskusjon i grupper. Alle innspill ble sendt til prosjektet i ettertid.

I alt har det vært tre kafédialoger, hvorav to av dem ble gjennomført på Teams. Siste kafédialog ble gjennomført fysisk på Quality Hotel Sarpsborg.

Kafédialog ble valgt som metode for samhandling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Kafédialog har blitt anvendt som et pedagogisk verktøy for læring i større forsamlinger, der det blir gjennomført undervisning gjennom forelesninger kombinert med engasjement underveis i undervisningen. Dette gjøres for at deltakerne skal forstå sammensatte problemstillinger og anvende ulike perspektiver for å finne løsninger på ulike utfordringer (1).

### 1.4 Valg av hospitanter og hospitering

I utgangspunktet kan alt av helsepersonell hospitere og det er nøye beskrevet i samarbeidstalen til Helsefelleskapet.

Det ble i fellesskap bestemt at målgruppen for prosjektet var sykepleiere.

Prosjektet fikk ønsker om 2-3 dagers hospitering. Grunnet tidspress i kommunene og på sykehuset, en pandemi med økt forekomst for sykdom og mye fravær grunnet karantene ble det bestemt at hospiteringen skulle gå over 2 dager.

### 1.5 Valg av avdelinger

Prosjektet besluttet, i samråd med samarbeidsaktørene, at det skulle hospiteres på alderspsykiatrisk seksjon og geriatrisk sengepost og poliklinikk på sykehuset Østfold.

I kommunehelsetjenesten ønsket prosjektet, i samråd med samarbeidsaktører, at hospiteringen skulle gjennomføres på bestillerkontor/forvaltningskontor og ute i hjemmetjenesten.

På denne måten kunne vi favne målgruppen for hospiteringsprosjektet, skrøpelige eldre og eldre med flere kroniske lidelser, samtidig som hospitantene så og erfarte planleggingen av innleggelse og utskrivinger.

## 2. BAKGRUNN I LITTERATUR

### 2.1 Østfoldmodellen

Østfoldmodellen er en modell som er med på å skape en arena for samhandling, for å gi større innsikt for et bedre og tettere samarbeid på tvers av kommunegrensene, noe som har overføringsverdi for andre samarbeidspartnere og prosjekter. Hospitering handler om lære hvordan vi skal samhandle på tvers, til det beste for våre pasienter og deres pårørende. Østfoldmodellen er derfor et godt utgangspunkt for videre samhandling (2).

### 2.2 Hospital at home

Hospital at home kan være en måte å gi pasientene trygghet, å la eldre pasienter bli behandlet i eget hjem i større grad, med oppfølging fra kjent personell som også kjenner pasientens sykdomshistorikk og effektiv behandling og derfor kan jobbe forebyggende og bevare livskvaliteten. Hospital at home er et godt tilbud for «kjente pasienter» med kronisk sykdom blir utredet i akuttmottak og returnerer hjem med sammen med sykepleier /team fra sykehuset.

I Norge har vi ikke gjennomført «hospital at home» i stor grad. I dag er det hjemmesykepleien som får meldt pasienten hjem og tar over så fort pasienten er kommet hjem fra sykehuset. Da sykehuspersonell ikke blir med pasienten hjem fra sykehuset, er det et større behov for hospitering mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

### 2.3 Lav bemanning og lite rom for samhandling

Gautun (2020) viste til forskning, statistikk og kartlegging av sykepleierbemanning i sykehjem og hjemmesykepleien. I tillegg så hun på forskning som hadde undersøkt konsekvenser av mangel på sykepleie og kompetanse, samt strategier for å rekruttere, mobilisere og beholde sykepleiere i sykehjem og hjemmesykepleien.

Konsekvensene av lav helsefagutdannede ansatte og mangel på sykepleiere i kommunehelsetjenesten går ut over kvaliteten på tjenesten, sykdomstilstanden til eldre pasienter kan utvikle seg til å bli mer alvorlig, opplevd kvalitet på behandling og tilfredshet med tjenesten, forekomst av trykksår og utilstrekkelig ivaretagelse av psykiske problemer og forekomst av vekttap (4).

Lav sykepleierbemanning går ut over samarbeidet med sykehuset og det tjenestetilbudet som tilbys etter pasienten har vært innlagt på sykehus. Det påvirker omfanget av kontakten med sykehuset (4). En konsekvens av samhandlingsreformen, er et forsterket press på å overføre oppgaver fra sykehus til kommunene (5). Med dårlig bemannede tjenester er det et stort behov for å systematisere og gjennomføre hospitering, slik at helsepersonell føler seg kompetente til å ivareta sine pasienter.

### 2.5 Arbeid med utskrivningsklare pasienter

Overføring av oppgaver mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten har foregått over lengre tid. Samhandlingsreformen (5) hadde som mål at samhandlingen skulle bedres, men har samtidig aktualisert og forsterket utviklingstrekkene ved å flytte mer behandlingsansvar fra sykehus til kommune.



Det er ulik oppfatning mellom sykehus og kommune når det gjelder forståelsen av situasjonen rundt utskrivningsklare pasienter. Terskelen for å skrive ut pasienten oppleves lavere blant sykepleiere i kommunehelsetjenesten enn på sykehuset og kommunenivået i liten grad blir trukket inn i prosessen rundt utskrivelsen.

Rapport nr. 2005 (8) påpeker følgende områder der sykehusenes praksis kan få konsekvenser for kommunenes ressursbruk og autonomi. Sykehusene skaper forventninger hos utskrivningsklare pasienter om bestemte tjenestetilbud i kommunene, kommunehelsetjenesten må utføre avanserte prosedyrer i tillegg til å ta ansvar for svært krevende pasientgrupper og de administrative ressursene øker (8). Et presset helsesystem med stor arbeidsbelastning, manglende kompetanse, manglende kapasitet i tjenestene og behov for bedre strukturer og lederstøtte (7) gir et økt behov for kunnskapsoverføring på tvers. Hospitering kan være god løsning for dagens utfordringer.

## 2.7 Reinnleggelser

Analysene viser at sannsynligheten for reinnleggelse innen 30 dager etter utskrivning fra sykehus i 2019 lå på 16,9 % i Østfold. Dette er en økning fra 15,2% fra 2015 (10).

Reinnleggelse er definert som en akutt sykehusinnleggelse uansett årsak som finner sted mellom 8 timer og 30 dager etter en utskrivning fra et sykehus. 30 dagers reinnleggelse beregnes for pasienter som er 67 år og eldre og som har vært innlagt for tilstander for følgende hoveddiagnosegruppe: astma/kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS), hjertesvikt, lungebetennelse, hjerneslag, brudd, dehydrering, forstoppelse, gastroenteritt, urinveisinfeksjon, mangelanemier og gikt (10).

Det er flere årsaker til reinnleggelser. Pasientgruppene som kommunehelsetjenesten mottar i dag, er endret og mer komplekse, behovene til pasienter som bor på sykehjem er blitt mer kompliserte, sykehusleger tror pasienter i noen tilfeller ble skrevet ut for tidlig fra sykehuset og at dette er en direkte årsak til reinnleggelser (11). Gjennom en hospiteringsordning kan en del av disse reinnleggelsene unngås, ved at helsepersonell har mer kunnskap og mer samarbeid på tvers.

## 2.9 Føringer i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023

Nasjonal helse- og sykehusplan legger vekt på pasientens helsetjeneste, at pasient og pårørende skal være en aktiv deltaker i egen helsetjeneste og på den måten sørge for brukermedvirkning i utvikling av tjenestene. Det er et klart mål at alle pasienter skal motta helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester av god kvalitet, uavhengig av hvor de bor og hvem som yter tjenesten. Dette stiller store krav til koordinering og samarbeid (12) og hospitering kan være løsningen til at dette fungerer mer optimalt.

# 3. BAKGRUNN FOR PROSJEKTET

## 3.1 Planlegging og gjennomføring av aktiviteter

Måned	Aktivitet	Aktivitet	Aktivitet	Merknader
<b>Januar</b>		Styringsgruppe-møte		
<b>Februar</b>	Kartlegging og innhenting av informasjon, etablere kontakt med samarbeidspartnere			
<b>Mars</b>				Oppstart prosjektleder 15.03.21
<b>April</b>	Kartlegging og innhenting av informasjon, etablere kontakt med samarbeidspartnere			
<b>Mai</b>	Kafédialog 18.05.21			
<b>Juni</b>		Styringsgruppe-møte 07.06.21		
<b>Juli</b>	Ferie			
<b>August</b>	Kafédialog 31.08.21	Styringsgruppe-møte 25.08.21		
<b>September</b>		Styringsgruppe-møte 15.09.21	Etablering av kontakt med hospitanter, veiledere og avdelingsledere	Oppstart ny prosjektleder 01.09.21
<b>Oktober</b>			Etablering av kontakt med hospitanter, veiledere og avdelingsledere	
<b>November</b>	Kafédialog 29.11.21	Styringsgruppe-møte 08.11.21	Hospiteringsperiode uke 44 - 47	
<b>Desember</b>		Styringsgruppe-møte 13.12.21		Prosjektet avsluttet 31.12.21

## 3.2 Hospitering

Oktober og november 2021 skulle 18 hospitanter ut i 2-dagers hospitering.  
4 hospitanter fra Sykehuset Østfold og 14 hospitanter fra kommunene.

Fra kommune	Uke 44, 1–5.nov.					Uke 45, 8–12.nov.					Uke 46, 15–19.nov.					Uke 47, 22–26.nov.				
	M	T	O	T	F	M	T	O	T	F	M	T	O	T	F	M	T	O	T	F
Halden			1																	
Halden			1																	
Våler													1							
Marker											1								Syk	
Råde											1									
Råde													1							
Moss																				
Moss																				
Vestby						1														
Vestby						1														
Indre Østfold							1-		-1											
Indre Østfold							1-		-1											
Indre Østfold												1								
Indre Østfold												1								
Indre Østfold																	1			
Indre Østfold																	1			
Alderspsyk													1							
Alderspsyk													1							
Geriatrisk avd												1-								-1
Geriatrisk avd															1					

### 3.3 Spørreundersøkelser

Målet for hospiteringsprosjektet var å utarbeide en hospiteringsmodell som skal benyttes i vårt helsefellesskap, som også har en overføringsverdi til andre helsefellesskap. For å utarbeide en modell for hospitering ønsket prosjektet tilbakemeldinger på spørreundersøkelser. Spørreundersøkelsene ble sendt til følgende personer og på følgende tidspunkt:

	Spørreundersøkelse før hospiteringen	Spørreundersøkelse underveis i hospiteringen	Spørreundersøkelse etter hospiteringen
Hospitanter fra spesialisthelsetjenesten og fra kommunehelsetjenesten	X	X	X
Avdelingsledere der hospitantene jobber til daglig		X	
Avdelingsledere / veiledere der hospitanten hospiterte	X		X

Alle hospitantene mottok en spørreundersøkelse før, underveis og etter hospiteringen. Avdelingsledere fikk spørreundersøkelse før og etter hospiteringen og veiledere/avdelingsledere der hospiteringen fant sted fikk spørreundersøkelse underveis i hospiteringen.

Vi ønsket at hospitantene skulle svare ut spørreundersøkelsen for å kunne innhente helt konkret informasjon om hva som er nødvendig og viktig å tenke på rundt selve hospiteringen. Vi ønsket blant annet å se å se hva som var viktig av praktisk informasjon, oppfølgingen før, underveis og etterpå, målrettet fokus og perspektiv i hospiteringsprosessen.

Avdelingsledere som skulle sende ut hospitanter måtte også svare ut en spørreundersøkelse, både før og etter hospiteringen. Dette ønsket vi å gjøre for å hente inn tanker og erfaringer fra de ansvarlige lederne, samt for å sørge for lederforankring i hospiteringen og videre oppfølging i etterkant av hospiteringen.

Avdelingsleder og / eller veileder der hospiteringen fant sted skulle også svare ut en spørreundersøkelse underveis i hospiteringen. Dette ønsket vi å gjøre for å innhente tanker og erfaringer fra avdelingen der hospiteringen fant sted. Dette kunne også sørge for en lederforankring og tanker rundt veiledning av helsepersonell.

Årsaken til valg av spørreundersøkelser var for å sette i gang og innhente refleksjoner rundt hospiteringsprosessen. Vi ønsket å få konkrete tilbakemeldinger på viktige ting vi måtte ta hensyn til. Dette for å sørge for en lærerik og nyttig hospitering, å gi en god opplevelse og for å sørge for gode refleksjoner underveis.

Spørreundersøkelsene ble utarbeidet i Forms og sendt ut som en lenke på e-post via jobb eller på privat e-post, etter respondentenes eget ønske. Respondentene fikk informasjon om e-post pr tekstmelding og fikk påminnelse om svar på spørreundersøkelsen om det manglet svar. Dette gav respondentene mulighet til å kontakte prosjektleder når de hadde behov for det, og denne muligheten ble benyttet av flere underveis i hospiteringsperioden. Spørreundersøkelsene ble anonymiserte.

Kafédialog etter endt hospitering ble brukt som en del av metoden for å evaluere hospiteringen og fremtidig utvikling av modell.

## 4. RISIKOVURDERING

Risikofaktor	Konsekvens	Mottiltak
Manglende forankring i SØ og kommuner	Liten mulig for måloppnåelse og å lykkes	Involvering av alle parter, alle bidrar med informasjon og fremsnakking av prosjektet i sine respektive organisasjoner
Får ikke rekruttert antall hospitanter som planlagt	Får færre hospitanter enn målet	Bred medvirkning og involvering med fokus på eierskap og gjensidighet
Forankring, informasjon og vikarordning		
Får ikke med kommunene og SØ som vi har avtalt/planlagt		
Få interesserte hospiteringsvirksomheter	Får færre hospiteringssteder enn ønskelig	Forankring, informasjon, involvering, medvirkning og vikarutgiftsdekning
Grunnet kort prosjektperiode må vi kanskje prosjektet nedskaleres		
Manglende deltakelse og prioritering fra sykehuset	Mindre sjanse for å lykkes og mindre mulighet for opplevelse av eierskap til ordningen	Involvere styringsgruppe for «fremsnakking» og tilrettelegging for bistand i egne virksomheter. Frikjøp
Manglende ressurser i operativ prosjektgruppe	Vi kommer i mål med prosjektet	Involvere aktørene i prosjektet og fordele ansvar og oppgaver
Aktiv bistand fra samarbeidende parter i prosjektet.		
Frikjøp		
Manglende rammebetingelser og tilrettelegging, mulighet for vikar(personellsituasjonen) SØ og kommuner	Dårligere forutsetninger for å lykkes	Frikjøp av vikar. Involvering «alle ledd» - og med forankring i Helsefelleskapet -som gir tro på mulighet for etablering av en velfungerende og fleksibel modell som fungerer i praksis
Tilrettelegging fra ledelsen		
Informasjon, involvering		
Manglende personellressurser med mulighet for medvirkning	Dårligere forutsetninger for å lykkes	Frikjøp i pilotperioden
Smitte/Koronasituasjonen og fysisk hospitering	Ikke tilstrekkelig erfaringsgrunnlag for å evaluere piloten	Digitale løsninger, simulering som supplement (evt erstatning)
Manglende involvering av pasient-bruker- og pårørende-representanter	Dårligere forankring og mindre kunnskapsgrunnlag	Faktisk involvering, god informasjon og utgiftsdekning/honorar. Tilby digitale løsninger

# 5. HOSPITERING

## 5.1 Forberedelser

Praktisk informasjon er svært viktig for hospitantene og for leder av hospitantene. Tid og sted, parkering, klær og sko, omvisning, tid og rom for spørsmål, informasjon om avdelingen før man kommer, navn på kontaktperson og sted for oppmøte. Det er vesentlig for optimal hospiteringen at det gjøres gode forberedelser på mottak av hospitanter. Hospitanten ønsker å få tilstrekkelig informasjon og bli ivaretatt før og underveis i hospiteringen.. Det er viktig med informasjon om hospiteringsstedet. Gjensidige forventningsavklaringer.

## 5.2 Erfaringsdeling

Bruke tid i faglunsj og på sykepleiermøte, det må tydelig gjøres nytte av det hele i organisasjonen. Sette av tid til lederstøtte og tid til drift av dette, god tid til etablering av hospiteringsmodellen.

Personalmøte, deretter dele informasjon videre til andre avdelinger. Jobbe med å skrive gode innleggelsesrapporter. Tettere dialog med sykehjemslegen i kommunene.

## 5.3 Hospitering med bestilling

JA! Det ønskes hospitering i flere avdelinger og i forbindelse med flere konkrete prosedyrer.

Det er viktig med målrettet hospitering, samt å ha fokus på å bli godt kjent, på tvers, for å sikre bedre overganger.

Det er viktig at hospitanten får tilstrekkelig informasjon underveis i hospiteringen og føler seg ivaretatt.

## 5.4 Hospitering som forventet aktivitet Relevans for helsefelleskap

Fremsnakke hospitering, gi hospitantene en positiv opplevelse.

Hospiteringsmodellen må forankres - konkret plan i helsefelleskapet vårt. Ansvar for hospitering må følge stillinger og ikke personer - det må inn i kompetansepakke /årshjul.

Det må være gjensidig hospitering for gjensidig nytteverdi, samt et forutsigbart løp for hospitering.

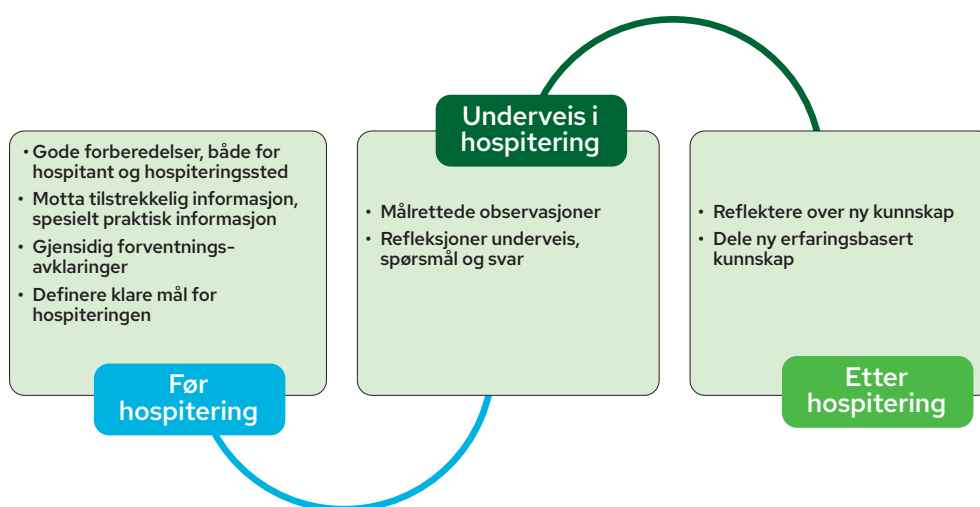
Bevisstgjøring, erfaringsdeling, evaluering må gjøres før, underveis og etter hospiteringen.

## 5.5 Relasjon til Nasjonal helse - og sykehusplan

Gjøre hospitering til en positiv opplevelse, ha felles fokus på at vi alle ønsker det beste for pasienten og for god pasientflyt, gode og sømløse overganger.

Kommunikasjonsflyt, forankring og informasjon. Helsefelleskapet må være brobyggere for det utadvendte sykehuset.

## 5.6 En modell til hospitering



## 6.0 EVALUERING

### 6.1 Informasjon i forkant av hospitering

Noen av svarene på spørreundersøkelsen bærer preg av manglende informasjon i forkant av hospiteringen. Det er tydelig at informasjonen til kommunene ikke har kommet frem til alle avdelingslederne og/eller hospitantene før selve hospiteringen. Det viser at det er nødvendig med tilstrekkelig og målrettet informasjon i forkant av hospitering, at formålet med hospiteringen er klart for hospitanten og for ledere. Noen av hospitantene har selv poengtert dette i etterkant av hospiteringen. Det kan også ses som et klart funn at manglende informasjon understreker viktigheten av god og tilstrekkelig informasjon i forkant. Manglende informasjon gir dårligere utgangspunkt for gode opplevelser og god læring. I tillegg viser det en nødvendighet for god informasjon, da hospitantenes egne læringsmål bør inkludere selvstendighet og en aktiv rolle i utformingen av egne mål for hospiteringen.

### 6.2 Forberedelse og refleksjon

Hospitantens forventninger til hospiteringen virket preget av at de var med på en åpen hospitering. De visste hvilken avdeling de skulle hospitere på, men ikke alle hadde konkrete mål for hospiteringen. Det overordnede målet var å erfare og observere hvordan hospiteringsstedet håndterer og utfører sin jobb i pasientbehandling. Refleksjonene ble farget av mange inntrykk og mye informasjon, men hospitantene var positive og takknemlige for erfaringene. I ettertid har flere kommuner tatt kontakt med prosjektleder for å få gjennomført flere hospiteringer, så det kan tyde på at hospiteringen var positiv for flere og at flere ønsker samme erfaring.

### 6.3 Antall dager til hospitering

Det ble gjort et valg om å hospitere i to dager. Dette måtte ikke være to dager etter hverandre, men innenfor valgt periode for hospitering. Dette måtte kunne passe for avdelingene det skulle hospiteres på.

På Sykehuset Østfold skulle hospitantene hospitere to dager på samme avdeling, eller etter hva avdelingene så som mest nyttig for læring.

I kommunehelsetjenesten skulle hospitantene en dag på tildelingskontor /bestillerkontor og en dag ute i hjemmetjenesten (3, 12).

På kafédialogene hadde det vært ytre flere ønsker om 2-3 dagers hospitering. Tilbakemeldingene fra hospitantene understøtter at tiden ble for knapp og de fikk ikke sett eller opplevd alt de ønsket. Selv om det er tydelig at hospitering er svært lærerikt og et godt og effektivt middel for å redusere reinnleggelser og bedre ivareta gode pasientforløp, er det også svært personavhengig og avhengig av hvordan hospiteringsdagene ser ut. Hadde hospiteringsprosjektet vært mer målrettet ved tanke på spesifikke prosedyrer eller konkrete pasientsituasjoner eller overganger, hadde det kanskje holdt med to dager. Denne formen for hospitering var av mer åpen karakter, derfor skulle man erfare og observere så mye man kunne på to dager. Tilbakemelding på dette var at tiden ble knapp.



## 6.4 Hospiteringssted

Valg av avdelinger på Sykehuset Østfold falt på alderspsykiatrisk seksjon og geriatrisk sengepost/poliklinikk. Det var ønske fra kommunene å hospitere på andre avdelinger i tillegg, men utfallet av kafédialogene landet på disse to avdelingene. Det var tydelig at kommunene ønsket andre avdelinger i tillegg til de valgte avdelingene, men at dette kunne skje på et senere tidspunkt.

I forarbeidet/samarbeidsmøtene/kafédialogene ønsket ansatte fra Sykehuset Østfold å lære hvordan tjenestetildelingen foregikk i kommunen, hvordan fordelingen av tjenester faktisk fungerte. Dette ønsket de å se og oppleve tjenestetildelingen / bestillerkontor for å lære mer om fordelingen av tjenester i kommunen. De ønsket å lære hvordan man best kunne samarbeide med tjenestetildelingen / bestillerkontorene for å se og lære hvordan de kunne kommunisere bedre med kommunehelsetjenesten. Det var derimot ikke noe konkret ønske om å se hvordan ting fungerte i helsetjenesten ellers i kommunen. Valget om en dag ute på tildelinekontor / bestillerkontor og en dag i hjemmetjenesten ble derfor tatt av styringsgruppa.

Tilbakemeldingene fra en av avdelingene på sykehuset var at de ikke så gevinsten av å hospitere i kommunehelsetjenesten. De visste allerede godt hvordan ting fungerte og hva som ikke fungerte ute i kommunen, og de mente derfor at det var viktigere at kommunehelsetjenesten kom inn på sykehuset for å lære av dem. Dette kom det reaksjoner på fra flere av styringsgruppedlemmene og fra prosjektlederne, og det ble derfor tatt opp som tema internt i et møte på sykehuset. Styringsgruppen fikk kun tilbakemelding om at dette var håndtert og at vi kunne fortsette som planlagt. Hospiteringen ble gjennomført.

At vi har ulike holdninger til hospitering, må respekteres. Det er ulike/mange grunner til at helsepersonell kan være forutinntatt og at vi snakker på hverandres vegne, men det er også en årsak til at vi gjennomfører hospitering slik at man kanskje ser hospiteringsstedet i nytt lys og lærer av erfaring. Mangel på kompetanse handler ikke alltid om fag, men også holdninger (7, 8 og 11), og det kan få konsekvenser for den pleie og omsorg vi tilbyr våre pasienter og deres pårørende.

## 6.5 Gevinster av hospitering

Noen av avdelingene på sykehuset kan ikke se noen gevinst med å sende hospitanter ut i kommunehelsetjenesten. Dette ble ytret flere ganger, både i Kafédialog og gjennom samtaler i forkant av hospiteringen. Prosjektet velger derfor å trekke det inn i rapporten. Årsaken til at de ikke så meningen med å sende hospitanter ut fra sykehuset var at de ikke kunne se hensikten med å dra ut i tjenesten hvor de visste at det ikke fungerte optimalt. De kunne ikke forstå at de skulle lære noe av det. De visste hvordan det burde fungere best mulig rundt pasientens tjenester i hjemmet basert på hva de hadde gjort av utredninger og behandling på sykehuset, og derfor mente de at de ikke hadde så mye å lære fra kommunehelsetjenesten.

Denne typen holdninger har en tendens til å spre seg og er svært uheldig for et godt samarbeid. Dette kan gi et dårligere utgangspunkt for samarbeid. Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 (12) legger føringer for at pasienten skal inkluderes i et samvalg, at hva som er viktig for pasienten og bidrar til at behandling skal tas hensyn til pasientens livssituasjon. Om slike holdninger får lov til å eksistere blant helsepersonell, kan det hende hospitering er et svært effektivt virkemiddel for å bli kvitt holdningene. Organisert hospitering er med på å gi mer innsikt i andres arbeidshverdag og arbeidsmåte og gi kunnskap på tvers og kan derfor være avgjørende for om slike holdninger får leve videre eller ikke.

Kan det hende at lav bemanning i kommunene er en avgjørende faktor for at mål om videre behandling og oppfølging fra sykehuset ikke blir fulgt? Lav bemanning er ikke unormalt i kommunene (4) og har en rekke uheldige resultater eller konsekvenser. Og det være at behandlingen eller oppfølgingen i kommunen er overtakelse av arbeidsoppgaver eller oppgaveforskyvning fra sykehuset til kommune (8)? Kanskje det kunne være heldig at helsepersonell fra sykehuset så hvordan det faktisk fungerte i praksis i kommunen, slik at pasienten og helsepersonell i kommunene opplevde bedre og virkningsfulle forløp og behandlingsplaner og at man ikke gjør lovnader på hverandres vegne. Hospitering kan være avgjørende for at rett informasjon kommer til rett tid i overføringssituasjoner, om helsepersonell samarbeider mer på tvers og bruker kunnskapen om hverandres arbeidshverdag målrettet.

## 6.6 Spørreundersøkelser

Det kom tilbakemeldinger om at det var for få dager for å observere alt vi spurte etter i spørreskjemaene. Spørsmålene ble ikke sendt ut flere dager i forkant og derfor fikk ikke hospitantene mulighet for å forberede seg godt nok og bevisst se etter det vi spurte om. Dette var bevisst fra vår side, da vi ikke ønsket å gi hospitantene spesifikke oppgaver underveis, men heller vurdere og evaluere underveis og i etterkant.

Spørreundersøkelsene spurte blant annet etter observasjoner rundt pasientens og pårørendes ønsker eller behov for å bli tatt hensyn til i den daglige pleien. Årsaken til disse spørsmålene var for å gi oppmerksomhet til pasient og pårørende, slik at overgangene mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten ble hensyntatt i hospiteringen. Dette var det utfordrende å svare ut for hospitantene. Noen hospitanter mente de hadde vært i situasjoner hvor god informasjon og bevisst involvering av pasient og pårørende hadde vært prioritert, mens noen mente de ikke hadde hatt tid til å se etter dette.

Vi spurte om det var noe tjenesten kan gjøre annerledes for å involvere pasient og pårørende i større grad. Her mente noen hospitanter at det hadde vært stor involvering og inkludering av pasient og pårørende og at avdelingene la opp til dette. Andre hospitanter mente at dette ikke var så lett å se, og at tiden hadde vært for knapp.

Hospitantene fikk ingen konkrete oppgaver underveis i hospiteringen og derfor kunne vi ikke forvente at det ble gjort konkrete observasjoner rundt involvering av pårørende.

## 6.7 Hvor glipper det?

I forkant av hospiteringen ble det i flere omganger diskutert på kafédialogene hvorfor det mangler informasjon i overgangene. Tilbakemeldingene vi har fått fra spørreundersøkelsene kan tyde på at det mangler en del fokus eller opplæring på innleggelsesrapportene som blir skrevet. Det kan også tyde på at kommunene og sykehuset burde kommunisert mer ved innleggelse og utskrivning, men så stoler man på at nødvendig informasjon kommer med i pleie- og omsorgsmeldinger. Tilbakemeldingene fra noen av hospitantene var at de så at det manglet informasjon og de forsto hvorfor det manglet informasjon, samt at overgangene ble viet for lite tid (3, 4, 7, 8, 11, 12). Samtidig ble det observert at det ikke nødvendigvis manglet informasjon i det daglige arbeidet med pasienten, verken i kommunehelsetjenesten eller i spesialisthelsetjenesten, men at det manglet informasjon i overgangene (4, 7, 8).

Helsepersonell uttaler seg noen ganger på hverandres vegne og dette gir utfordringer som til slutt kan påvirke pleien til pasientene. Ved å prioritere hospitering mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten kan man på en bedre måte få oversikt over organiseringen og den utøvende pleien og dermed gi den informasjonen som er relevant og viktig for å kunne gi den den beste pleien. Flere hospitanter forsto at det var mye de ikke visste fra før og at de hadde lært noe de kunne ta med seg i videre jobb. De fikk bedre forståelse for hva som skjedde inne på sykehuset eller ute i kommunehelsetjenesten og de fikk bedre kjennskap til hva som skjer på de ulike avdelingene. Dette er gode argumenter for å fortsette med hospitering.

Å gjennomføre hospitering krever forberedelser for hospitanten og for hospitantens leder, men også for hospiteringssted. Hvor mange dagers hospitering er optimalt? Er det spesifikke prosedyrer som skal læres eller er det økt kunnskap og kjennskap til tjenesten som er målet for hospiteringen?

Her var det enighet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten fra kafédialogene – målet med hospiteringen må være tydelig og bestillingen må være klar. Hospitering må forberedes.

Å spre gode modeller for hospitering avhenger av at vi har en god modell og at den blir tatt i bruk.

En velfungerende hospiteringsmodell skal fungere til det beste for alt av helsepersonell, pasienter og pårørende. For at hospiteringsmodellen skal fungere best mulig er det vesentlig at det er gjensidighet i hospiteringen.

Målet for tilskuddet var å gi pasienter gode og sammenhengende oppfølging og å unngå reinnleggelser. Hospitantene har erfart at tiden er knapp og at det er årsaker til at det mangler informasjon i overgangene (4, 7, 8). Dette er vesentlig kunnskap som kan jobbes videre med for å forbedre. Hospitering kan utgjøre en forskjell for fremtidens praksis.

Målet for tilskuddet var sikre helhetlige og gode forløp for pasienter. For at hospitering skal bidra til helhetlige og gode forløp må hospitering bli en rutine, en innarbeidet norm i Helsefellesskapet. Og resultatene av prosjektet viser at dette bør innarbeides gjennom en koordinatorrolle i Helsefellesskapet. Uten at noen sørger for tilbudet, kan det se ut som at hospitering en utfordring å få gjennomført. Helsefellesskapet og alle aktørene som var deltakere i dette prosjektet, hadde ikke noe problem med å anerkjenne at hospitering er viktig og at gjensidig hospitering er riktig prioritering. Hospitering er ønsket av alle aktører i Helsefellesskapet. Hospitering er viktig for å få gjennomført gode og helhetlige pasientforløp.

I etterkant av prosjektet har det flere ganger kommet forespørslers om mer hospitering. Disse henvendelsene har kommet fra flere kommuner i Østfold og har kommet til prosjektleder. Alle henvendelsene har blitt svart ut med kontaktinformasjon til sykehuset og viser til retningslinje for samhandling (9). Tilbakemeldingene er da at det blir for mye jobb å ordne dette selv. Dette kan tyde på at det mangler noen som kan holde i koordineringen rundt hospitering. Det er i dag mangel på informasjon om hospiteringssted, informasjon til hospitanten, forberedelser før hospitering, viktig informasjon rundt hospitering, hva man skal forvente og hva som forventes av hospitanten, mål for hospiteringen og mål for egen tjeneste og kolleger i etterkant av hospitering.

Prosjektleder av hospiteringsprosjektet har en klar anbefaling at noen bør stå for koordineringen av denne tjenesten. Skal helsefellesskapene se gevinstene av hospitering og gjensidig kompetanseutveksling bør det bli prioritert en koordinatorrolle for at hospiteringen blir gjennomført og at hospiteringen blir en god opplevelse.

## 7. REFERANSER

1. Elvekrok, I. & Smith, K. H. Kafèdialog som pedagogisk verktøy. Idunn 02/2013 (volum 36). 2013
2. Martinsen, M., Reinnel, A. K. L., Grøndahl, V. A. & Leonardsen, A-C. L. (2020). «Østfoldmodellen» kan forbedre kvaliteten på praksisstudier. Sykepleien 2020 108. <https://sykepleien.no/sites/default/files/pdf-export/pdf-export-79917.pdf>
3. Malone ML, Capezuti EA, Palmer RM, eds. (2015). Geriatrics Models of Care: Bringing 'Best Practice' to an Aging America. Springer International Publishing: Switzerland.
4. Gautun, H. (2020). En utvikling som må snus. Bemanning og kompetanse i sykehjem og hjemmesykepleien. Oslo. NOVA Rapport nr 14.
5. St.meld.nr.47. (2008-2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
6. Helsedirektoratet (2019). Utvikling og variasjon i opphold, liggetid og andel re-innleggelse for utskrivningsklare pasienter. 2011-2018. SAMDATA kommune. IS-2813
7. Sogstad, M. og Bergland, A. (2021). Sårbar sammenheng i helse- og omsorgstjenesten til eldre pasienter. Tidsskrift for omsorgsforskning. Hentet fra <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2021-02-02>
8. Rødal, J. H., Frisvoll, I. C., Hungnes, T., Myhre, E. & Aarseth, T. (2020) Sykehus og kommuners arbeid med utskrivningsklare pasienter – et møte mellom to verdener? RAPPORT NR. 2005: Møreforskning Molde AS. <https://www.ks.no/contentassets/a02d2d38c1de488f8e61823abcbc5118/Rapport-Sykehus-og-kommuners-arbeid-med-utskrivningsklare-pasienter.pdf>
9. Folkehelseinstituttet (2020). Kvalitet i helsetjenesten. 30 dagers overlevelse og reinnleggelse etter sykehusinnleggelse. Resultater for 2019. <https://www.fhi.no/publ/2020/30-dagers-overlevelse-og-reinnleggelse-etter-sykehusinnleggelse-resultater/>
10. Glette, M. (2020). Reinnleggelse fra primærhelsetjeneste til sykehus. (Doktorgradsavhandling). Universitetet i Stavanger.
11. Meld. St. (2019 – 2020). Nasjonal helse- og sykehusplan 2020 – 2023. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-helse--og-sykehusplan-2020-2023/id2679013/?ch=1>

## Vedlegg 1: Spørsmål til hospitantene

### Spørsmål til hospitantene og til avdelingsledere / veiledere

#### Før hospiteringen

##### Spørsmål til hospitanter i forkant av hospitering.

- Hvilke forventninger har du til hospiteringsdagene?
- Hva er viktig for deg?
- Hva trenger du av praktisk informasjon?
- Hva trenger du av annen informasjon?

##### Spørsmål til avdelingsleder i forkant av hospitering, der hospitanten har sin stilling.

- Hvilke forventninger har du som leder til hospiteringsdagene?
- Hva er viktig for deg?
- Hva tenker du at hospitanten trenger av praktisk informasjon?
- Hva tenker du at hospitanten trenger av annen informasjon?
- Er skjema for taushetsklæring forberedt?

#### Underveis i hospiteringen

##### Spørsmål til hospitanten i spesialisthelsetjenesten, underveis i hospiteringen.

- Hvilken avdeling hospiterer du på?
- Har du fått tilstrekkelig informasjon?
- Føler du deg ivaretatt?
- Er det gjort forberedelser i forbindelse med hospiteringen, med tanke på hva avdelingen vil at du skal observere, lære og ta med deg tilbake til ditt arbeidssted?
- Vurderer du at det blir gjort tilstrekkelige forberedelser til pasienten som skal skrives ut av sykehus og overføres til kommunehelsetjenesten?
- Vurderer du at det blir gitt tilstrekkelig informasjon til kommunen i forbindelse med overføring av pasienter til spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten?
- Pasient- og pårørendeperspektiv: er pasientens og pårørendes ønsker tatt hensyn til ved innleggelse i spesialisthelsetjenesten?
- Pasient- og pårørendeperspektiv: er det noe tjenesten kan gjøre annerledes for å involvere pasient og pårørende i større grad, samt tilrettelegge for mer sømløse overganger ved overføring/utskrivelser?

##### Spørsmål til hospitant i kommunehelsetjenesten, underveis i hospiteringen.

- Hvilken avdeling hospiterer du på?
- Har du fått tilstrekkelig informasjon?
- Føler du deg ivaretatt?
- Er det gjort forberedelser i forbindelse med hospiteringen, med tanke på hva avdelingen vil at du skal observere, lære og ta med deg tilbake til ditt arbeidssted?

- Vurderer du at det blir gjort tilstrekkelig forberedelser i forbindelse med innleggelse av pasienter i spesialisthelsetjenesten?
- Vurderer du at det blir gitt tilstrekkelig informasjon til spesialisthelsetjenesten i forbindelse med overføring av pasienter fra kommunehelsetjenesten til spesialisthelsetjenesten?
- Pasient- og pårørendeperspektiv; er pasientens og pårørendes ønsker tatt hensyn til i den daglige pleien i kommunehelsetjenesten?
- Pasient- og pårørendeperspektiv; er det noe tjenesten kan gjøre annerledes for å involvere pasient og pårørende i større grad, samt tilrettelegge for mer sømløse overganger ved overføringer?

#### **Spørsmål til leder/veileder underveis i hospiteringen, der hospiteringen foregår.**

- Er skjema for taushetsklæring signert av hospitanten?
- Har hospitanten fått tilstrekkelig informasjon?
- Tror du hospitanten føler seg ivaretatt?
- Er det gjort forberedelser i forbindelse med hospiteringen, med tanke på hva avdelingen vil at hospitanten skal observere, lære og ta med seg tilbake til sitt arbeidssted?

#### **Etter hospiteringen**

##### **Refleksjonsspørsmål til hospitanten i etterkant av hospiteringen.**

- Hvordan ble du mottatt på avdelingen?
- Var avdelingen forberedt på at du kom på hospitering?
- Hva har du lært av hospiteringen?
- Hvilke erfaringer fikk du med pasient- og pårørendemedvirkning?
- Hva er viktig lærdom du kan dele med dine kolleger?
- Ved overføring / innleggelse / utskrivning / reinnleggelse, vurderer du at det blir gjort tilstrekkelig forberedelser?
- Ved overføring / innleggelse / utskrivning / reinnleggelse, vurderer du at det blir gitt tilstrekkelig informasjon?
- Pasient- og pårørendeperspektiv; vurderer du at pasientens og pårørendes ønsker blir tatt hensyn til i den daglige pleien?
- Pasient- og pårørendeperspektiv; er det noe tjenesten kan gjøre annerledes for å involvere pasient og pårørende i større grad?

##### **Refleksjonsspørsmål til leder / veileder, etter samtale med hospitanten.**

- Hva er ditt inntrykk av hvordan hospitanten ble mottatt på hospiteringsavdelingen?
- Har du inntrykk av at avdelingen var forberedt på at hospitanten kom på hospitering?
- Hvilke erfaringer fikk hospitanten med pasient- og pårørendeperspektivet?
- Hva slags kunnskap kan deles med deres kolleger i deres tjeneste, etter hospiteringen?
- Hva har du lært av hospiteringen til din ansatt?

## Vedlegg 2: Resultater av spørreundersøkelser

Innspill som har kommet gjennom spørreundersøkelsene er ikke redigert av prosjektleder. Siden spørreundersøkelsene var anonymisert, var det ikke mulighet for å stille spørsmål tilbake til respondenten, derfor blir svarene stående som de ble skrevet.

### **Før hospiteringen**

#### **Fra hospitanten**

Hospitantene har forventninger om å lære nye tillitskapende tiltak, hvordan de skal håndtere utagerende pasienter, tilegne seg ny kunnskap, bli kjent med hverdagen på sykehus og innsikt i hvordan kommunen jobber, hvilken type pasienter hjemmesykepleien har, hvordan de tar imot pasienter fra sykehus.

Viktig for hospitantene å få ny kunnskap sånn at egen avdeling kan utvikle seg, viktig at mennesker er i sentrum og at de blir behandlet med respekt og verdighet. Viktig at avdelingen er forberedt på at de kommer. Få informasjon og veiledning. Bedre innsikt. Informasjon og bedre innsikt i hverandres arbeidshverdag og utfordringer.

Praktisk informasjon: Tid og sted, parkering, klær og sko, omvisning, tid og rom for spørsmål, vite noe om avdelingen før man kommer. Skal man møte noen er det greit med navn og hvor man møtes.

Annen informasjon: Forventninger til hospitanten, om selve avdelingen, skal de ta med seg noe.

#### **Fra avdelingsleder**

Forventninger: Delt erfaringer i løpet av hospiteringen. Lærdom, innsikt og kunnskap som kan deles på arbeidsplassen etterpå. Forventningsavklaring. Nytteverdi for arbeidsplassen sin. Større /økt forståelse.

Viktig for avdelingsleder: godt mottak av hospitant, ivaretagelse, ny lærdom og innsikt. God opplevelse. Kunnskapsdeling, slik at hospiteringssted og hospitant kan lære av hverandre.

Hva trenger hospitanten av praktisk informasjon: hvor og når de skal møte opp og hvem de skal møte, informasjon om praksisstedet/avdelingen, hva hospitanten kan forvente seg, kunnskap om pasientforløp, informasjon om rutiner i avdelingen.

Hva trenger hospitanten av annen informasjon: veiledning grunnet annet praksisplass, regler og rutiner, prosedyrer.

### **Underveis i hospiteringen**

#### **I kommunehelsetjenesten**

Hospitantene i kommunehelsetjenesten mente de hadde fått tilstrekkelig informasjon og følte seg ivaretatt. Ulik erfaring blant hospitantene på hvor forberedt kommunene var på selve hospiteringen. forberedelser for erfaringsdeling og lære bort noe nytt er bra, men ikke for alle (avhengig av tidligere erfaring).



Observasjonen hospitantene gjorde i kommunehelsetjenesten viste at det blir gjort forberedelser til innleggelse i sykehus, men at det mangler noe i forbindelse med pasientens funksjonsbeskrivelse og sykepleier rapport. Tilbakemeldingen viser at det er mangler som må forbedres. Informasjonen i innleggelsesrapportene påpekes som viktig for å sikre sømløse overganger. Informasjonen i forbindelse med innleggelse må være mer utfyllende og den må være aktuell. Det påpekes at tid og tilstrekkelig bemanning er essensielt, spesielt viktig i denne sammenheng.

Det oppleves at pasient- og pårørendeperspektivet blir tatt hensyn til i stor grad i kommunehelsetjenesten, men at det er store variasjoner i dette perspektivet. Det påpekes at korte opphold vanskelig gjør planleggingen av utskrivelse fra sykehus, og at det derfor er vesentlig at rett og vesentlig informasjon følger pasienten.

### **I spesialisthelsetjenesten:**

De fleste hospitantene opplevde at de fikk tilstrekkelig informasjon i forkant og at de følte seg godt ivaretatt. Noen hospitanter skulle gjerne hatt mer informasjon i forkant. Det var varierende erfaring på om personalet på sykehuset var forberedt på hospiteringen. Tilbakemeldingen tyder på at dette ikke gav hospitantene en dårlig opplevelse, men at eventuelle utfordringer ble løst når de kom.

Det oppleves at det blir gjort tilstrekkelige forberedelser til utskrivelser og at personalet gjør så godt de kan med den tiden de har tilgjengelig. Det vurderes at det ofte blir gitt god informasjon til kommunehelsetjenesten og at det er fokus på en god overføring til kommunen. Det oppleves også at det er noe dårlig tid på sykehusavdelingen og at dette påvirker utskrivelsesprosessen.

Det kommenteres at det nesten alltid er sprik i medisinlisten, at sykehuset ofte ikke har den siste oppdaterte medisinlisten. Det oppleves at det gjøres grundige utredninger på sykehuset og at det tilstrebes sømløse overganger ved at informasjonen videreføres i utskrivningsprosessen.

Det godt inntrykk blant hospitantene på sykehus at pasient- og pårørendeperspektivet blir ivaretatt. Det observeres at samarbeidet med pasient og pårørende er i fokus. Det kommenteres at det være vanskelig å observere dette godt nok med kun to dagers hospitering. Flere hospitanter hadde ikke snakket med pasientene eller med pårørende underveis i hospiteringen.

Flytting av pasienter mellom avdelinger gjør det noe mer utfordrende og slitsomt for alle involverte. Til tross for dette opplever hospitantene at det er gode rutiner. Det oppleves godt for hospitantene at sykehuset legger opp til tverrfaglig samarbeid.

Det kommenteres at hospitering over to dager er for lite ved tanke på å bli kjent og få oversikt over alt. Hospitantene har ikke oversikt og synes av den grunn at det virker kaotisk, ting går for fort til at de får med seg alt.

### **Spørsmål til leder eller veileder underveis i hospiteringen**

Veileder (avdelingsleder opplevde og håpet at hospitantene hadde fått tilstrekkelig informasjon og at de følte seg ivaretatt. Vurderingen var at det var gjort forberedelser i forbindelse med hospiteringen, med tanke på hva avdelingen vil at hospitanten skal observere, lære og ta med seg tilbake til sitt arbeidssted. Det var lagt opp til en agenda og et detaljert program, med god mulighet for å komme med spørsmål underveis. Hver dag er forskjellig også på et sykehus, og det påpekes at hospitantene av den grunn ikke sitter igjen med samme erfaring.

### **Refleksjonsspørsmål i etterkant av hospiteringen**

#### **Fra hospitanten**

Hospitantene mente de ble tatt veldig godt imot i avdelingen. Personalet hadde tatt seg god tid til å vise dem rundt og fortelle om hvordan avdelingen fungerer.

Det var variasjon om ansatte på sykehuset visste om hospitantene kom eller ikke. Hospitantene var med på det som skjedde når de var til stede i hospiteringen. Selv om ikke alle var informert om hospiteringen, opplevde hospitantene at de ble tatt godt imot likevel og fikk delta i masse. Kun en hospitant ble sendt hjem grunnet mangel på informasjon og ingen kommunikasjon mellom avdelingene.

### **Hva har du lært av hospiteringen?**

Hospitantene mener de har sett grundige observasjoner og systematisk jobbing på sykehuset. Det opplevdes godt å se tverrfaglige, dyktige team som utreder pasientene. Hospitantene på sykehuset så at det er behov for mer konkrete innleggelsesrapporter fra kommunehelsetjenesten. Det oppleves viktig med innblikk i demensutredningen på poliklinikken. Hospitantene har lært generelt mer om samarbeid mellom sykehjem og sykehus og ser at det er viktig med videre fokus på samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten. Det trekkes frem at det har vært lærerikt å se avdelingene fra innsiden og å se at det kan være kaos på avdelingene på sykehuset. Det påpekes at observasjon er veldig viktig.

Hospitantene i kommunehelsetjenesten trekker frem at det har vært interessant å se hvordan hverdagen i helsetjenestene fungerer i en liten kommune. Det blir trukket frem at det er viktig med gode planer og bra med informasjon fra sykehuset før pasienten kommer til eget hjem eller til annet opphold i kommunen.

### **Erfaringer med pasient- og pårørendemedvirkning**

Inntrykket er at både pasient- og pårørendemedvirkning er viktig og i sterkt fokus gjennom hele utredningen/ innleggelsen. Å være observatør/hospitant en dag i en travel avdeling var interessant, men gav ikke nødvendigvis noen nye erfaringer i forhold til pasient- og pårørendemedvirkning. Det var vanskelig svare på spørsmål om dette da noen av hospitantene ikke hadde særlig kontakt med pasient eller pårørende. Hospitantene fikk mest innblikk i organisering av tjenester. Hospitantene hadde lite kontakt med pasientene, men det var et tydelig at brukermedvirkning var viktig, i den grad det lot seg gjøre i forbindelse med behandlingen. Hospitantene mente personalet på sykehuset er gode på å møte pasientenes behov, at hverdagsrehabilitering viser gode resultater og at det virker som de har et godt samarbeid med pårørende.

### **Dele med kolleger**

Hospitantene har lært å jobbe litt mer med «hendene på ryggen», men ser at dette ikke alltid er lett i kommunehelsetjenesten hvor det kan være for få ansatte som skal hjelpe mange. Hospitantene har sett viktigheten av organisering, både i det daglige i avdelingen, men også høyere opp i systemet, ser helt klart at ledelsen må være mer aktivt ut i tjenesten. Slutte å være «snille piker» som fikser alt. Bruke pårørende som ressurs. Viktig at vi får tid med faglig dialog. Tid må settes av for å diskutere pasienter, behandling og observasjoner (gjærne tverrfaglig). Hva som bør være med i innleggelsesrapporten. At helsepersonell burde følge behandlingsplan som er skrevet for å forsøke å lykkes med pasientens behov. At helsepersonell kan bli langt flinkere til å melde om det normale funksjonsnivået til pasienten i innleggelsesrapporten, så avdelingen har mer informasjon å jobbe ut ifra.

Hospitantene som har vært i kommunen har nå en bedre forståelse av funksjonen til kommunehelsetjenesten. Det er viktig at personalet på sykehuset kan ta i betraktning at det som planlegges på sykehuset vesentlig informasjon, og gjennomførbart for videre og langvarig behandling. Viktig med god kommunikasjon mellom sykehus og kommune for å kunne gi pasienten et best mulig tilbud.

### **Ved overføring / innleggelse / utskrivning / reinnleggelse, vurderer du at det blir gjort tilstrekkelig forberedelser?**

Det virker som dem vurderer nøye. Innleggelse er sjelden planlagt slik utskrivelser er, men motivert til å sende kort funksjonsbeskrivelse av pasienten ved innleggelse. Det oppleves at det er søkelys på det, men at det er svært lite tid til å innhente tilstrekkelig opplysninger da det jobbes svært tverrfaglig og er hektisk. Ja, personalet ga inntrykk av å være svært rutiner og faglig dyktige. Pasienten i fokus. Det kan alltid forbedres, men er sikker på at slik prosjekt som dette gir en mye dypere forståelse.

### **Ved overføring / innleggelse / utskrivning / reinnleggelse, vurderer du at det blir gitt tilstrekkelig informasjon?**

Oftest ja, men ikke alltid. Det varierer nok litt fra avdeling til avdeling hvor flinke de er på å sende gode helseopplysninger. Det var kjent at den ene avdelingen noen hospitanter hospiterer på er nok en av avdelingene som oftest gir god informasjon. Noen hospitanter mente de ikke rakk å snakke så mye om dette, rakk heller ikke se så mye om dette, da det var for travelt på avdelingen. Hospitantene mente det burde være et tettere samarbeid mellom avdelingene under innleggelse. Fra sykehusets side kan PLO bli skrevet mer utfyllende slik at arbeidet i kommunen blir enklere ved å ikke måtte trenge å finne ut av ting som sykehuset kan informere om.

### **Pasientens og pårørendes ønsker blir tatt hensyn til i den daglige pleien**

Flere hospitanter mente hospiteringen var for kort til å kunne gi et adekvat svar, men at hospitanten antok at pasient- og pårørendeperspektivet /medvirkning er del av tilnæringsmetode og behandling.

Hospitantene opplevde at det var for travelt og litt for mye kaos. Det var flere pasienter som var opprørt over at de ikke ble hørt og de følte at de ble flyttet for mye mellom avdelingene og at det var ingen som visste noe når de spurte om noe.

Ut fra det lille som ble observert virker det som at de innhenter mye informasjon fra pasienter/pårørende.

### **Noe tjenesten kan gjøre annerledes for å involvere pasient og pårørende i større grad**

Hospitantene fikk inntrykket av at dette er et viktig område både for legene og sykepleierne som er i utredningsteamet og at både pasient og pårørende er involvert i stor grad. Noen hospitanter mente at pårørende ikke er så involverte og at de blir oppfordret/motivert til å være delaktig.

Det hospitantene opplevde var at det var et godt samarbeid og at det var innlagt rutiner for innleggelse og utskrivning. Her var det samarbeidsmøter med pasient og pårørende til stede. På poliklinikk fikk hospitanten inntrykk av at både pasient og pårørende var godt involvert. På sengeposten fikk ikke hospitanten god nok innsikt i dette.

Noen hospitanter hadde ikke tid til å observere dette. Pårørende var ofte til stede på kartleggingsbesøk.

### **Fra avdelingsleder eller veileder**

Her var det inntrykk av god mottakelse. Ikke alle var forberedt på å ta imot hospitantene.

Erfaringer med pasient – og pårørendeperspektivet: mye medisinaladministrasjon for sykepleierne, litt lite kontakt til tider og ulikt på ulike avdelinger. Noen opplevde god kontakt-/informasjonsflyt med pårørende.

Hvordan dele kunnskapen /erfaringen – ønsker høyere grunnbemanning i kommunen for å dekke mer enn kun grunnleggende behov og for å kunne se pasienten og jobbe mer hensiktsmessig.

Personalmøte for å dele erfaringer. Viktighet av gode innleggelsesrapporter som beskriver normalt funksjonsnivå. Forståelse for hverandres arbeidshverdag.

#### **Hva har avdelingsleder lært av hospiteringen?**

Lært av hospiteringen til ansatte: glede over å lære noe nytt, nyttig og lærerikt. Faglig utbytte. At det er tilbud det er forventet å ha i kommunehelsetjenesten som man ikke kan lære noe om på sykehus. At man har for lite tid til pasientene i kommunehelsetjenesten til å gi pasientene en meningsfull hverdag.

## Vedlegg 3: Resultater fra kafédialoger

### **Kafédialog 18.05.21**

#### **Hvilke forventninger har dere til hospiteringsprosjektet?**

At dette bedrer samarbeidet, at vi får en felles forståelse for hverandre. Det er et ønske om mer gjensidig kunnskapsutveksling. Dette bør bli en prioritering for alle.

#### **På hvilke områder ses hospitering som viktig for å lykkes bedre?**

For å lære det fagspesifikke, administrative rutiner som gjelder utskrivelser og mottak. Hospitering øker forståelse for hverandre, økt kunnskap for den enkelte, bedrer pasientsikkerheten og pasientflyten ved innleggelse og utskrivelse, samt reduserer antall reinnleggelser. Dette må bli satt i system for å kunne gjennomføres. Dette kan bidra til organisatoriske endringer spesielt for sykepleiergruppen, kan bedre rekrutteringen til tjenestene.

#### **Hvilke avdelinger/enheter bør man hospitere?**

Alle avdelinger, både i spesialisthelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten, bør benytte seg av hospiteringsordningen. Både å ta imot og å sende ut i hospitering.

Noen avdelinger er mer spennende og dagsaktuelle enn andre, men dette kan endres. Vi må være fleksible for ønsker.

Avdelinger som ble tatt opp på kafédialogen, var følgende:

Sykehus: geriatrisk avdeling, lungemedisinsk, diabetespoliklinikken, ortopedisk avdeling, SLB, sårpoliklinikken, nyre/geriatri, onkologisk avdeling, alderspsykiatri, psykiatrisk avdeling,

Kommunehelsetjenesten: forvaltningskontor/inntakskontor, korttidsavdeling, hjemmetjenesten og helsehuset. Det kom innspill på at kommunehelsetjenesten selv måtte være med på å bestemme hvor hospiteringen skulle foregå.

#### **Utbytte av hospiteringen**

Få oversikt over usikre momenter i overgangene, felles mål og forståelse. Målrettet hospitering. Bytte relasjoner for pasientsikkerheten. Bestillingen bør være tydelig. Hospiteringen bør skje på dager hvor spesielle ting skjer i avdelingen, for eksempel inntaksmøte i kommunehelsetjenesten.

Hospitantene må dele erfaringen sin med kollegene sine i ettertid. Det bør være klare mål for hvor mange som skal hospitere i virksomheten. Dette må inn i kompetanseplaner i kommunene og på sykehus.

## Kafédialog 31.08.21

### **Beskriv faktorer som fremmer og hemmer samhandlingskompetanse i overgangen mellom spesialtjenesten og kommunehelsetjenesten? Hvor glipper det?**

Enkelte kommuner er veldig store og uoversiktlige spesielt for de utenfor kommunen. Noen kommuner er veldig små og ofte personavhengig. Alle er rigget på forskjellig måte. Mye som er planlagt som ikke skjer og harde rammer. For eksempel blir pasienter meldt ut av sykehuset, men er ikke klar allikevel. Siden de har klokkeslett på når de må melde ut. Kommunen bruker mye ressurser på å finne løsninger som ikke trengs. Mangelfulle helseopplysninger begge veier. Lik informasjon/forventninger til flyttinger/overføringer. Pasienter og pårørende blir ofte ikke hørt i overføringer. Vil de på sykehus, vil de hjem, vil de på sykehjem?

Kommunikasjonen mangler. Forventninger til hva som blir tilbudet blir feil. Forventningssamtale i drømmeverden før endringer. Overordnet skriv.

Hemmer: Kommunenes organisering er ulik, ofte må informasjon samles fra ulikt hold, ofte via mellomledd. Vanskelig for sykehuset å finne rett instans. Sykehusets har en klarere struktur og det er vanskelig å forstå kommunenes system.

Ikke nok kunnskap om hverandres hverdag.

Pasienter sendes hjem som ikke burde vært hjemme, tilstand kan ofte endre seg når de kommer hjem og boligen kan også være lite funksjonell i forhold til helsetilstanden. Dette kan gjøre det vanskelig å finne rett tjenestetilbud. Ressurskrevende og går på bekostning av andre brukere.

Det sendes også hjem brukere hvor sykehuset har vurdert og forespeilet brukeren et større tjenestebehov enn det viser seg at de har når de kommer hjem i sine vante omgivelser.

Lite kontakt med pårørende.

Fremmer: Elektronisk epikrise er en klar forbedring, får den mye raskere enn før

God funksjonsbeskrivelse og helseopplysninger/helseskjema fra sykehus gjør det lettere å tildele riktig tjenestetilbud

God kontakt med pårørende, som kan gi supplerende opplysninger.

### **Hvor glipper det?**

Informasjon til/fra pårørende blir ofte for dårlig.

Kommunikasjonsflyten mellom sykehus og kommune er for dårlig, blant annet angående medisinerendringer.

For dårlig beskrevet funksjonsnivå og helseopplysninger fra sykehus, ofte kun bestilling av hvilke tjenester pasienten har behov for.

### **Hva ønsker vi å lære bort og hva ønsker vi å lære?**

Systemene vi har de forskjellige stedene i forhold til hva vi kan tilby begge veier og hvordan avgjørelsen kommer dit den kommer.

Spesielle fagområder i spesialisthelsetjenesten. Hva vi trenger av kompetanse fra sykehuset for å klare å hjelpe pasientene. Vi ønsker også å se på samhandling innad i kommunene og innad på sykehuset. Eksempel: Slik at pasienter ikke trenger å flyttes mellom tre sykehus i Østfold for å komme til riktig lege.

### **Hvor ligger svakheten i egen tjeneste og i tjenester vi samhandler med?**

Noen store kommuner sier at det er en svakhet at de er så store. Utfordrende med tanke på samarbeid i egen kommune, hvordan fange opp de som ikke er så gode og gi opplæring.

Turnover i helse. Kompetanse, fagområde, forståelse. Vi må lære spesielle ting. Men vi mener det handler mer om forståelse. System som er firkantet. Tidlig ut å informere om hva de kan forvente av tjenester fra helse.

#### **Fra sykehuset:**

Må ha pasienter fort ut, også før helgen, for å få plass til andre pasienter. Stor frustrasjon over at kompetansen til å ta imot i kommunene er alt for dårlig, dette må styrkes. Dette skal jo fungere jfr. samhandlingsreformen.

Med manglende kompetanse menes mangel på sykepleiere. Kompetansen i kommunen må styrkes og kjøpes for. Ved fravær settes det ofte inn personer uten den rette kompetansen. Det er alltid for få sykepleiere, mulig dette også gjelder helsefagarbeidere.

Kompetansen i psykisk helsetjeneste i kommunene er også for dårlig, pasientene har ofte store og sammensatte behov.

Der kommunen kjøper tjenester er også kompetansen for dårlig.

Vi må forstå hverandre bedre, dialog og informasjon må bli bedre.

#### **Fra kommunen:**

Sykehuset sender pasientene alt for tidlig ut.

### **Hvilke konkrete hospiterings-/læringspunkt kan du/din avdeling/virksomhet (kommune/sykehus) tilby?**

Det er ønske om å ha hospitanter hos oss dagvakt og kveldsvakt, spesielt en fredag kveld og lørdag dag, da det er da vi ofte får pasienter fra sykehus. De vil da gå med en sykepleier, som er kjent i kommunen. Det er ønske at hospitanten(e) skal få mulighet til samtale med tjenestekontoret og rehabiliteringsteam i kommunen, da disse er viktige for det tverrfaglige samarbeidet rundt pasientene. Det vil være for å hospitere på sykehjem også. Det lages en strukturert plan (så langt det lar seg gjøre) for de som kommer og hospiterer, så de får mest mulig nytte av hospiteringen.

## Kafédialog 29.11.21

### **Hvilke forberedelser må ledere og hospitanter gjennomgå før hospitering?**

konkret praktisk informasjon (som hvor man skal møte opp, parkere, ha på seg/med seg)

Godt med gode forberedelser på å ta imot hospitanter.

Informasjon om læringsstedet – praksisplassen /avdelingen /kommunen etc.

Gjensidige forventningsavklaringer.

### **Hvordan skal hospitantene dele sine erfaringer fra hospiteringen i etterkant av hospiteringen? Hvilken rolle spiller leder i denne erfaringsdelingen?**

Bruke i faglunsj, sykepleiermøte, det må tydelig gjøres nytte av det hele i organisasjonen. Sette av tid til lederstøtte og tid til drift av dette, god tid til etablering av hospiteringsmodellen.

Personalmøte, deretter dele informasjon videre til andre avdelinger.

Dialog med sykehjemslegen i kommunene

### **Hospitering med bestilling – bør hospiteringen komme med en konkret bestilling om hva hospitanten trenger å lære mer om?**

JA! Flere avdelinger og flere konkrete prosedyrer.

Fokusområde og sette opp klare mål for hospiteringen.

Fokus på å bli godt kjent, på tvers, for å sikre bedre overganger.

### **Hvordan skal vi gjøre hospitering attraktivt? Hvordan skal vi gjøre hospitering til en forventet aktivitet for Helsefellesskapet vårt?**

frem snakke hospiteringsmodellen, gi hospitantene en positiv opplevelse.

Hospiteringsmodellen må forankres – konkret plan i helsefellesskapet vårt. Ansvar for hospitering må følge stillinger og ikke personer – det må inn i kompetansepakke /årshjul.

Må være gjensidig, forutsigbart løp for hospitering.

Bevisstgjøring, erfaringsdeling, evaluering.

### **Nasjonal helse- og sykehusplan (2020-2023) har klare føringer om det utadvendte sykehus – hvordan skal vi rigge fremtidens hospitering ved tanke på økt gjensidig hospitering, fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten og vica versa?**

Gjøre hospitering til en positiv opplevelse, ha felles fokus på at vi alle ønsker det beste for pasienten og for god pasientflyt.

Kommunikasjonsflyt, forankring og informasjon.

Være brobyggere i det utadvendte sykehuset.

Nasjonal helse- og sykehusplan bør forankres lengre ned i systemet, på alle plan.



Følg oss på: [www.facebook.com/ushtostfold](http://www.facebook.com/ushtostfold)  
Kontakt oss på mail eller tlf: [utviklingscenter@io.kommune.no](mailto:utviklingscenter@io.kommune.no), 69 68 10 00  
[www.io.kommune.no/usht](http://www.io.kommune.no/usht) eller [www.utviklingscenter.no](http://www.utviklingscenter.no)