



Samhandling mellom kommuner og helseforetak

Erfaringer fra Midt-Telemark

Geir Møller og Solveig Flermoen

TF-rapport nr. 266

2010

TF-rapport

Tittel:	Samhandling mellom kommuner og helseforetak. Erfaringer fra Midt-Telemark
TF-rapprt nr:	266
Forfatter(e):	Geir Møller og Solveig Flermoen
År:	2010
Gradering:	Åpen
Antall sider:	149
ISBN:	978-82-7401-359-9
ISSN:	1501-9918
Pris:	270,-
	Kan også lastes ned som pdf fra telemarksforskning.no

Prosjekt:	Samhandlingsreformen og samhandlingsmodeller
Prosjektnr.:	20090970
Prosjektleder:	Geir Møller
Oppdragsgiver(e):	Midt-Telemark regionråd/Helse Sør-Øst

Resyme:

Det overordnede temaet for denne rapporten er arbeidsdeling og samhandlingen mellom spesialisthelsetjeneste og kommunal pleie- og omsorgstjeneste. Rapporten tar for seg to hovedproblemstillinger. Den første dreier seg om dagens samhandling mellom helseforetak og kommuner, dvs. hvordan denne samhandlingen fungerer og hva slags utfordringer man står overfor. Den andre problemstillingen dreier seg om mulighetene for endring av arbeidsdelingen mellom helseforetak og kommune i form av å desentralisere oppgaver til kommunene.

Forord

Denne rapporten er utarbeidet i forbindelse med Midt-Telemarks strategiske arbeid i forhold til samhandlingsreformen. I 2009 fikk Midt-Telemark status som pilotkommune av Helse- og omsorgsdepartementet. I den forbindelse ble det startet et pilotprosjekt rettet mot det forebyggende arbeidet i regionen. Parallelt med dette ble det startet et utredningsarbeid som skulle ta for seg samhandlingsprosessen mellom kommunene og helseforetakene, samt skissere noen muligheter for videreutvikling av prosjektet. Denne rapporten er et resultat av dette arbeidet.

Denne delen av pilotprosjektet er i hovedsak finansiert av Helse Sør-Øst og delvis av Midt-Telemarkrådet. Utredningsarbeidet er utført av Geir Møller og Solveig Flermoen, begge ansatt ved Telemarksforskning. Møller har fungert som prosjektleder og har derfor ansvar for innholdet i rapporten. I tillegg har en rekke personer bidratt til rapporten ved å stille opp som informanter. Vi vil rette en takk til alle som har stilt opp.

Geir Møller

Forsker

Innhold

1. Innledning	11
2. Samhandlingserfaringer	14
2.1 Formelle samarbeidsavtaler	14
2.2 Samhandlingspraksis	17
2.3 Kompetanse og læring	21
2.4 Økonomiske spørsmål	23
2.5 Samarbeid med sikte på forebygging	25
2.6 Situasjonen i andre nordiske land	26
2.6.1 Danmark	27
2.6.2 Sverige	28
2.6.3 Finland	30
2.7 Oppsummering	31
3. Samhandling sett fra Midt-Telemark	33
3.1 Organisering av pleie- og omsorgssektoren	33
3.1.1 Nome kommune	34
3.1.2 Sauherad kommune	35
3.1.3 Bø kommune	36
3.1.4 Helseforetaket	38
3.2 Samhandlingsprosessen	38
3.2.1 Samarbeidsavtaler	38
3.2.2 Samarbeidsprosedyrer	39
3.3 Pasientflyt	45
3.3.1 Pasientflyt til sykehus	45
3.3.2 For tidlig utskriving av pasienter	50

3.3.3	Pasienter som blir liggende på sykehus	52
3.3.4	Press fra pårørende.....	53
3.3.5	Bedre samordning	54
3.4	Brukernes betraktninger	55
3.4.1	Det kommunale tjenestetilbudet	56
3.4.2	Sykehusinnleggelse	56
3.4.3	Opphold og utskriving	58
3.5	Kapasiteten i kommunene	62
3.6	Oppsummering.....	67
4.	Desentralisering og interkommunalt samarbeid	69
4.1	To hovedmodeller	69
4.2	Interkommunalt samarbeid	73
4.2.1	Ulike typer interkommunalt samarbeid	74
4.2.2	Erfaringer med interkommunalt samarbeid	75
4.2.3	Interkommunal samhandlingsreform.....	78
4.3	Oppsummering.....	79
5.	Intermediæravdelinger	81
5.1	Søbstad sykehjem/Søbstad Helsehus (Sør-Trøndelag)	82
5.2	Palliativ enhet ved Havstein sykehjem (Sør-Trøndelag)	84
5.3	Stortveit sykehjem	86
5.4	Drammen geriatriske kompetansesenter	90
5.5	Henie Onstad bo- og rehabiliteringssenter	92
5.6	Sykestuer i Nord-Norge.....	93
5.6.1	Sykestua i Alta	97
5.6.2	Sykestua på Skjervøy	98
5.6.3	Planer for Midt-Finnmark helsehus	100

5.7	Distriktsmedisinske sentre	101
5.7.1	Hallingdal sjukestugu	103
5.7.2	DMS Nord-Gudbrandsdalen	104
5.8	Helse Fonna HF	106
5.9	Oppsummering.....	109
6.	Samhandlingsreform i Midt-Telemark.....	112
6.1	Strategier for avgrensning av oppgaver	112
6.1.1	Avgrensning etter behandlingsprosess	112
6.1.2	Definering av pasientgrupper	114
6.1.3	Skrittvis nedenfra-og-opp-strategi	117
6.2	Hva bestemmer oppgaveomfanget?	119
6.3	Kompetanse.....	120
6.3.1	Dagens kompetanse.....	120
6.3.2	Kompetanseheving	123
6.3.3	Kompetansebehov i intermediære enheter	128
6.3.4	Læring og kvalitetssikring av kompetanse	129
6.4	Pasientgrunnlag.....	133
6.5	Avstander	134
6.6	”Helsekommune Midt-Telemark”	137
6.7	Oppsummering.....	141
7.	Oppsummering og diskusjon	143
8.	Litteratur	147

Sammendrag

Denne rapporten tar for seg samhandlingen mellom helseforetak og kommunal pleie- og omsorgstjeneste generelt og samhandlingen mellom sykehus og kommuner i Midt-Telemark spesielt. Innledningsvis går vi gjennom litteraturen som omhandler samarbeidet mellom kommuner og helseforetak. Dernest presenterer vi erfaringer fra dette samarbeidet i Midt-Telemark.

Langt på vei viser det seg å være sammenfallende resultater mellom det vi finner i litteraturen og det vi erfarer fra Midt-Telemark. Det viser seg å være flere svakheter ved de formaliserte samhandlingsprosedyrene, bl.a. at dokumentasjonsflyten går for seint, og at det oppstår feil i informasjonen som går mellom sykehus og kommune. Samtidig har vi sett i Midt-Telemark at det formaliserte systemet suppleres med et uformelt informasjonssystem. Kombinasjonen av et formelt og uformelt system synes å fungere rimelig godt. Problemet er imidlertid at det uformelle informasjonssystemet er tidkrevende og kan gå ut over andre oppgaver.

Problemstillingene rundt inn- og utskrivinger av pasienter er også mye de samme i Midt-Telemark som vi finner i litteraturen. En problemstilling som diskuteres, er om pasienter i for stor grad blir henvist til sykehus. Både informanter i kommunene og ved sykehuset opplever at dette er tilfelle. Forklaringen på det som oppleves som unødige henvisninger, er dels mangel på kompetanse og dels kapasitetsproblemer i kommunene. En annen problemstilling i forhold til utskriving av pasienter fra sykehuset, er oppfatningen av begrepet ”utskrivingsklar”. Sett fra sykehusets side, oppleves det til tider å være vanskelig å få skrevet ut pasienter. Noe av bakgrunnen for dette er at sykehuset har større forventninger til det kommunale mottaksapparatet enn det kommunene klarer å stille opp med.

En av målsettingene med samhandlingsreformen er å desentralisere oppgaver fra sykehusene til kommunene. I rapporten har vi kort redegjort for hvordan et interkommunalt samarbeid kan bidra til dette. I den forbindelse diskuteres også to ulike former for interkommunalt samarbeid, med og uten en politisk og administrativ overbygning. Et interkommunalt samarbeid med en egen politisk og administrativ overbygning er formelt mer beslutningsdyktig enn et samarbeid uten et slikt organ. Enkelte har derfor anbefalt en slik modell. I rapporten har vi imidlertid pekt på at

det ikke nødvendigvis er den formelle myndigheten som er avgjørende, men heller at samarbeidet har legitimitet i kommunene. I så måte kan det hende at den formelle interkommunale samarbeidsmodellen blir av mindre betydning.

Rapporten inneholder også en gjennomgang av intermediære enheter. Dette er enheter med oppgaver og funksjoner som tilsier at de befinner seg i grenselandet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Gjennomgangen viser at det er et stort spenn i oppgaver og funksjoner disse enhetene har og utfører. Et gjennomgående trekk er imidlertid at de retter seg mot eldre pasientgrupper. Ellers finner vi at enkelte har spesialisert seg på en bestemt behandlingstype (geriatrisk og palliativ), vektlegger en bestemt del av behandlingsprosessen mellom kommune og sykehjem (for eksempel etterbehandling etter sykehusopphold) eller opererer mer som forsterkede sykehjem (sykestuene). I tillegg til disse, har vi også DMSene som normalt er større enheter med relativt omfattende funksjoner og oppgaver.

I rapporten har vi også forsøkt å skissere noen muligheter for å forsterke pleie- og omsorgssektoren i Midt-Telemark. Her presenteres bl.a. tre ulike fremgangsmåter for å definere aktuelle områder som kan forsterkes. Den ene dreier seg om å definere en bestemt behandlingsprosess. Den andre definerer bestemte oppgaver. Den tredje bygger på en bottom-up-strategi i den forstand at vi tar utgangspunkt i de ønsker og behov sykehus og kommunen selv definerer. Samtidig peker vi også på tre faktorer som setter grenser for hvor langt det er hensiktsmessig å desentralisere oppgaver. Den første er pasientgrunnet, den andre er kompetanse og den tredje fysiske avstander.

Rapporten konkluderer med at det kan være fornuftig å velge en forsiktig og skrittvis fremgangsmåte i prosessen med å desentralisere oppgaver fra sykehus til kommunene.

1. Innledning

Denne rapporten omhandler samhandlingen mellom spesialisthelsetjeneste og kommunal pleie- og omsorgstjeneste. Det overordnede temaet dreier seg om arbeidsdeling og samhandlingen mellom de to tjenestenivåene. Rapporten tar for seg to problemstillinger. Den første dreier seg om dagens samhandling mellom helseforetak og kommuner, dvs. hvordan denne samhandlingen fungerer og hva slags utfordringer man står overfor. Den andre problemstillingen dreier seg om mulighetene for endring av arbeidsdelingen mellom helseforetak og kommune. Bakgrunnen for dette er de to målsettingene i samhandlingsreformen om desentralisering av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunene og mer vektlegging av forebyggende virksomhet i kommunene. Formålet med rapporten er å undersøke mulighetene for å oppnå disse målsettingene i Midt-Telemark.

I den første delen av rapporten (kapittel 2-4) diskuteres dagens samhandling mellom stat og kommune. Her tar vi først utgangspunkt i den litteraturen som finnes om temaet. Dernest gir vi en beskrivelse av dagens samhandling mellom kommunene i Midt-Telemark og helseforetaket, herunder hvilke særskilte utfordringer man står overfor. I disse tre kapitlene har vi forsøkt å redegjøre for følgende problemstillinger:

1. I de tilfeller det er nødvendig å benytte spesialisthelsetjenesten, er det et mål at grenseflaten mellom kommunal helse- og omsorgstjeneste/fastlege og spesialisthelsetjenesten er så smidig som mulig. I den forbindelse stiller vi spørsmål om hvordan innskrivningsprosedyrene er, sett fra kommunal helse- og omsorgstjeneste og sykehuset.
2. Tilsvarende som under punkt 1, stiller vi også spørsmål om hvordan utskrivning fra sykehus til kommunal omsorgstjeneste foregår, sett fra ståstedet til aktører fra både kommunal omsorgstjeneste og sykehuset.
3. I forbindelse med de to foregående problemstillingene, er det også relevant å stille spørsmål om hvilke kontaktflater det er på systemnivå mellom kommuner og sykehus, samt hvordan disse fungerer.
4. Pilotprosjektet "Midt-Telemark helsekommune" er et interkommunalt samarbeid der formålet er å få til en bedre arbeidsdeling mellom kommunene om-

I den andre delen av rapporten (kapitlene 5-7) har vi forsøkt å belyse spørsmålet om mulighetene for endring av arbeidsdelingen mellom helseforetak og kommune. I denne delen baserer vi oss dels på erfaringer fra etablerte intermediærenheter i ulike deler av landet, og dels på erfaringer fra kommunen i Midt-Telemark. De spørsmålene vi berører her er:

1. Hva slags oppgaver kan kommunene overta fra spesialisthelsetjenesten?
2. Hva kreves det av bemanning, kompetanse og teknisk utstyr for å styrke den kommunale pleie- og omsorgstjenesten?
3. Hvilke muligheter er det for å etablere en intermediærenhet, og hva krever dette av personell, kompetanse og utstyr.
4. Er det tilstrekkelig befolkningsgrunnlag til å etablere en intermediærenhet i Midt-Telemark? Hvordan bør den i tilfelle utformes?

Generelt kan en skille mellom to virkemidler for å bedre samhandlingen mellom kommune og sykehus. Det ene går ut på å bedre selve samhandlingsrutinene og kommunikasjonen. Den andre går ut på å styrke kommunehelsetjenesten for å begrense behovet for samhandling, dvs. tiltak basert på LEON-prinsippet (laveste mulig tjenestenivå).

De to nevnte virkemidlene – oppgaveoverføring og samhandlingsrutiner – henger også sammen i den forstand at behovet for samhandling kan reduseres i den grad man kan oppnå en mer optimal arbeidsdeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Med andre ord kan det være et mål i seg selv å bedre samhandlingsrutinene, men samtidig vil vi også kunne oppnå bedre samhandling gjennom endret arbeidsdeling. I praksis betyr det at en mer optimal arbeidsdeling kan redusere behovet for kompliserte og kanskje tidkrevende transaksjoner mellom sykehus og kommune. Som nevnt over, ligger det her som en premiss i samhandlingsreformen at en mer optimal arbeidsdeling innebærer desentralisering av tjenester eller oppgaver.

Desentralisering av tjenester eller oppgaver vil igjen bety en styrking av den kommunale pleie- og omsorgstjenesten. Vi kan snakke om minst tre måter å styrke

denne. Den ene går ut på å overføre oppgaver til kommunehelsetjenesten generelt slik at kommunene blir bedre i stand til å ivareta flere oppgaver lokalt. Den andre går ut på å styrke primærtjenesten ved å etablere intermediære enheter i kommunene som da overtar oppgaver i kommunene. Den tredje går ut på å bruke ambulende team fra spesialisthelsetjenesten ute i kommunene, noe som åpner for mindre pasientflyt. I denne rapporten har vi først og fremst tatt for oss de to førstnevnte måtene å styrke den kommunale pleie- og omsorgssektoren på, men vil også berøre den sistnevnte.

Rapporten er delt inn i syv kapitler. I kapittel 2 har vi gjennomgått aktuell litteratur om samhandling mellom kommunal pleie- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjenesten. I kapittel 3 har vi med utgangspunkt i kvalitative intervjuer presentert erfaringer med samhandling mellom kommunene i Midt-Telemark og sykehuset. Kapittel 4 tar for seg spørsmålet om desentralisering av oppgaver innenfor et interkommunalt samarbeid. Her fokuserer vi spesielt på erfaringer med interkommunalt samarbeid generelt og spesielt i Midt-Telemark. I kapittel 5 beskriver vi et utvalg intermediære avdelinger innenfor kommunal pleie- og omsorg. Bakgrunnen er at slike enheter gjerne vil følge som en konsekvens av desentralisering innenfor rammen av interkommunale samarbeid. Formålet med kapitlet er derfor å gi en pekepinne på hvor langt man til nå har strukket oppgaveoverføringen fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten. I kapittel 6 diskuteres mulighetene for desentralisering av oppgaver til kommunene i Midt-Telemark. Her diskuterer vi ulike forutsetninger for desentralisering, herunder pasientgrunnlag, kompetanse og fysisk infrastruktur. I kapitlet antyder vi også hvilke aktuelle pasientgrupper eller oppgaver som det kan være aktuelt at kommunene tar større ansvar for. Kapittel 7 inneholder en sammenfatning og diskusjon av rapporten.

2. Samhandlingserfaringer

Denne gjennomgangen av litteratur er vinklet mot problemstillinger tett knyttet til pilotprosjektet ”Midt-Telemark helsekommune”. Vi har lagt vekt på å finne litteratur som enten direkte berører de aktuelle problemstillingene, eller som etter vår vurdering har overføringsverdi til tema i prosjektet. I kapitlet behandles problemstillinger knyttet til følgende tema: Formelle samarbeidsavtaler, samhandlingspraksis, kompetanse og læring, økonomiske spørsmål og samarbeid med sikte på forebygging. Vi gir også en beskrivelse av hvordan helse- og omsorgstjenester er organisert i Danmark, Sverige og Finland. Avslutningsvis retter vi oppmerksomheten mot hva som skal til for at arbeidsdelingen og samhandlingen kan bli bedre.

2.1 Formelle samarbeidsavtaler

Helse- og omsorgsdepartementet og KS inngikk i 2007 en nasjonal rammeavtale om samhandling innenfor helse- og omsorgsområdet. Kalseth og Paulsen (2008) har beskrevet status (per oktober 2008) i samarbeidet mellom kommuner og helseforetak med bakgrunn i denne rammeavtalen. Undersøkelsen belyser utviklingen av det formelle rammeverket for samhandling mellom nivåene, men den omhandler ikke omfang, innhold og kvalitet på samhandlingen. Undersøkelsen viser at alle helseforetakene har avtaler med kommunene, og de fleste har avtaler som omfatter alle kommunene i opptaksområdet. For de fleste helseforetakene dekker avtalene både somatisk helsetjeneste og psykisk helsevern. Rusfeltet er i mindre grad dekket av avtalene. Det blir også vist til at det er betydelige forskjeller mellom helseforetakene i hvor langt de har kommet med å etablere systemer for samhandling på henholdsvis systemnivå, utøvende nivå og brukernivå. Men utviklingen går i retning av at det utarbeides egne avtaler som legger rammer for samarbeidet og skisserer fora for samarbeid på leder/systemnivå. Videre er det vanlig å utarbeide formaliserte rutiner for samarbeid på tjenestenivå/individnivå i tillegg til den overordnede samarbeidsavtalen.

I undersøkelsen til Kalseth og Paulsen (ibid.) blir samarbeidsproblemer mellom helseforetakene og kommunene knyttet til organisatoriske faktorer. Samarbeidsavta-

lene er utarbeidet og forankret på et høyt organisatorisk nivå, mens det praktiske samarbeidet skal gjennomføres på tjenestenivå. Nye samarbeidsformer krever gjerne omlegging av innarbeidete arbeidsformer og kan virke utfordrende for tjenestenivået. Dette kan gjelde for tjenestenivå i både sykehus og kommuner. Å få gjennomslag nedover i organisasjon for de gode intensjonene ved samarbeidsavtalene kan være en utfordring ikke kun for sykehusene, men også for kommunene.

Både i sykehusene og i kommunene framstår organisatoriske barrierer som sentrale for å kunne implementere avtaleverket knyttet til økt samhandling mellom nivåene. Avtaler som ser gode ut på overordnet nivå, har ikke fått gjennomslag på tjenestenivå verken i kommunene eller sykehusene (Kalseth og Paulsen, *ibid.*).

Undersøkelsen til Kalseth og Paulsen (*ibid.*) belyser også i hvilket omfang samarbeidsavtalene mellom sykehusene og kommunene omfatter spørsmål om det er etablert formaliserte rutiner på tjenestenivå for overføring av informasjon og kompetanseheving. Med unntak av fire stykker, opplyser helseforetakene at det er etablert formaliserte rutiner for ansvar for utarbeiding av individuell plan. Omtrent halvparten av helseforetakene opplyser at de ikke har formaliserte rutiner for kompetanseoverføring og faglig veiledning. Men som det blir pekt på i rapporten, er ikke dette nødvendigvis indikasjon på at det er liten aktivitet på området, siden slik virksomhet kan ha et uformelt preg.

En undersøkelse av kvalitet og samarbeid i pleie- og omsorgstjenestene til eldre (Riksrevisjonen 2009) bekrefter inntrykket av at samarbeidsavtaler mellom kommune og helseforetakene er utbredt. Formålet med avtalene er å sikre at pasientene blir tatt hånd om på en slik måte at tjenestene oppleves som en sammenhengende kjede. Undersøkelsen viser videre at det i varierende grad er utarbeidet konkrete prosedyrer for inn- og utskrivninger av pasienter mellom kommunene og sykehusene. Det varierer også hvorvidt samarbeidsavtalene er tatt i bruk både i kommunene og på sykehusene, og om retningslinjene for det daglige samarbeidet blir fulgt.

Når det gjelder bruk av samarbeidsavtaler, kan det være formålstjenlig å rette blikket mot Danmark. Riktignok er det betydelig forskjeller, ikke minst når det gjelder størrelse, mellom danske kommuner og kommunene i Midt-Telemark. Men pasientkategoriene er felles, og begge stedene dreier det seg om å få samarbeid til å gli mellom ulike forvaltningsenheter og arbeidstakergrupper slik at brukerne får tjenester som oppleves som tilfredsstillende ut fra den enkeltes behov. I Danmark ble

det gjennomført en omfattende kommunalreform fra 2007, og formålet er å etablere enheter som er robuste nok til å ivareta oppgaver bl.a. innenfor helsetjenesten, jf. eget underkapittel senere. Som ledd i gjennomføring av reformen er det eksempelvis i Region Hovedstaden utarbeidet et avtaleverk for å ivareta samarbeidet mellom regionen og de enkelte kommunene.¹ Disse ”sundhetsaftalerne” skal støtte opp under intensjonene i reformen om større kommunal involvering i løsning av helse- og omsorgsrelaterte oppgaver. I tillegg skal avtalene imøtekomme behovet for å optimere pasientforløp på tvers av ansvarsgrenser. Dette er avtaler som er obligatoriske, og de gjelder for en valgperiode. Til grunn ligger antakelse om at styrket tverrsektorielt og tverrfaglig samarbeid vil føre til at brukerne opplever tjenestetiltak som er helhetlige og henger sammen. Slik sammenhengende innsats fører til behandlingsforløp som gir bedre funksjonsevne, livskvalitet og mindre behov for innleggelse i sykehus. På den måten blir ressursene i helsesektoren bedre utnyttet. Avtalene har følgende innsatsområder: utskrivingsforløp for svake, eldre pasienter, innleggelsesforløp, trening, hjelpemidler, forebyggende og helsefremmende tiltak og tiltak for mennesker med psykisk lidelse.

Til å sørge for utvikling av ”sundhetsavtalerne” er det nedsatt en administrativ styringsgruppe. Denne gruppen har representanter fra Region Hovedstaden og kommunene. Under denne styringsgruppen er det nedsatt tverrfaglige og tverrsektorielle arbeidsgrupper som skal utarbeide sykdomsspesifikke ”forløpsprogrammer” (behandlingskjeder). Det gjelder bl.a. for diabetes, KOLS og hjerte-karsykdommer. Det er også under utvikling et forum for pasientrettet forebygging. Videre er det etablert en gruppe som skal utarbeide opplegg for evaluering av den nye samarbeidsmodellen i Region Hovedstaden. I den sammenhengen blir det pekt på at det foreligger få nasjonale og regionale evalueringer som fokuserer på tjenestenes kvalitet. De fleste evalueringene fokuserer på oppbygging av samarbeidsmodeller.

Det er imidlertid undersøkelser som viser at det ikke alltid er positiv sammenheng mellom formalisering av samarbeid og effektivitet og kvalitet i overføring av pasienter fra sykehus til kommune. Som vi skal se nedenfor, kan dette henge sammen med at avtalene som inngås på et overordnet nivå, ikke nødvendigvis er like godt kjent på tjenestenivået (Gauting og Grønningsæter 2002).

¹ Kilde: www.region.dk/menu

2.2 Samhandlingspraksis

Likeverdighet mellom partene er et moment som sett fra kommunenes side er viktig i samarbeidsforholdet. I en kartlegging av utvikling og iverksetting av formalisert samarbeid mellom kommuner og helseforetak pekes det imidlertid på manglende likeverdighet (Kalseth og Paulsen 2008). Dette tolkes som at opplevelsen av asymmetri i relasjonen mellom samarbeidspartene framstår som et grunnleggende problem sett fra kommunenes side når det gjelder kultur, spilleregler og stemning i samarbeidet. Dette dreier seg om ulike typer av samarbeidssituasjoner, eksempelvis utskrivning av pasienter som trenger oppfølging lokalt, og endringer vedrørende helseforetakets struktur og organisering. Sykehusene tar initiativ til utskrivning, og kommunene må legge til rette for et omsorgstilbud så raskt at det ikke oppstår unødvendig forsinkelse. Større strukturelle endringer, som for eksempel nedlegging av avdelinger eller andre omlegginger som berører kommunene, blir også gjennomført uten at berørte kommuner konsulteres.

En doktoravhandling som også tar for seg den hierarkiske samhandling mellom allmennleger og sykehusleger, tar bl.a. utgangspunkt i at den medisinske kunnskapsanvendelsen er vitenskapsbasert og kjennetegnes av spesialisering og subspecialisering (Myrvang 2004). Biomedisinens faglige logikk har forrang, og det bidrar til hierarkisering av kunnskapen. Meget kort sagt innebærer det at den sterkt spesialiserte medisinen som utøves på sykehusene, har høyere status enn allmennmedisinen, og det igjen påvirker kommunikasjon og samhandling. Ut fra det medisinske statushierarkiet er det sterk tradisjon for å tenke at kunnskapsoverføring skal skje ved at sykehusene er vertsinstitusjoner. Sett fra allmennlegenes ståsted, kan det bidra til at sykehuslegenes problemforståelse i for stor grad blir gjort gjeldende, og m.a.o. får vi usymmetriske samhandlingssituasjoner mellom de to legegruppene. Det blir pekt på at i norsk helsevesen er det ikke tradisjon for å betrakte en sykehuslege som en lege som ”hospiterer”, slik allmennlegene gjør i de såkalte PKO-ordningene² når de arbeider i deltidsstilling på sykehus. Når en sykehuslege derimot forlater sykehuset og praktiserer ved et distriktsmedisinsk senter, er det for å ambulere.

² PKO er en ordning der allmennleger arbeider deltidsstillinger i sykehus/helseforetak. Hensikten er å bedre samarbeidet mellom sykehusene og kommunehelsetjenesten.

Den hierarkiske forståelse som hersker innenfor både spesialist- og kommunetjenestene, og som vi gjerne kaller uformelle strukturer, vil her være et fruktbart bakteppe for å forstå kommunikasjonen eller samhandlingen mellom sykehus og kommune. Som vi skal se nedenfor, viser samtidig litteraturen til at også mer formelle strukturer må tas med i betraktning.

I Riksrevisjonens undersøkelse (2009) kommer det fram at flere av kommunene oppgir at sykehusene kan være sene med å gi informasjon om utskriving av pasienter med behov for pleie- og omsorgstjenester. Det fører til at kommunene ikke i tilstrekkelig grad har muligheter til å tilrettelegge for gode tjenestetilbud. Det blir også pekt på at den medisinske informasjonen i forbindelse med utskriving fra helseforetak, er mangelfull, og at det kan ta lang tid før epikrise blir sendt fra sykehuset til ansvarlig lege i kommunen. Det blir også vist til at det iblant oppstår uenighet mellom kommune og helseforetak hvorvidt en pasient er utskrivingsklar. I slike tilfeller er det helseforetaket som avgjør om pasienten skal skrives ut, og kommunene har liten innflytelse på avgjørelsen.

I følge undersøkelsen til Paulsen og Grimsmo (2008), er det også gjennomgående slik at ansatte i kommunene hevder at de må være pågående for å skaffe informasjon de har behov for, mens pasienten er innlagt i sykehus. Undersøkelsen viser videre at det er en motsetning mellom kommunenes behov for informasjon om pasientens tilstand før situasjonen er avklart, og sykehusenes ønske om å gi informasjon først når pasienten er vurdert og evt. behandlet, og situasjonen er avklart. Under innleggelse tar kommunene kontakt med sykehuset via telefon, og slik uformell kontakt gir antakelig større rom for å gi anslag, antagelser og foreløpige vurderinger, enn i mer formelle sammenhenger hvor meldinger gis skriftlig. Undersøkelsen peker også på at kommunene etterspør informasjon om pasientens funksjonsnivå. Siden det på en sykehusavdeling alltid vil være hjelp til stede, kan det imidlertid være vanskelig å få et reelt bilde av pasientens egne ressurser, og dermed vanskelig å danne seg en begrunnet oppfatning om funksjonsevne i hjemmet. I mange tilfeller vil kommunene derfor etterspørre kunnskap om forhold som sykehuspersonalet ikke har observert eller vurdert. Dette gjenspeiles i at bare en tredjedel av de kommuneansatte mener at pleierne på sykehus er flinke til å anslå utskrivingsdato, og at de gir gode vurderinger av behovene til pasientene.

Undersøkelsen til Paulsen og Grimsmo (ibid.) peker også på at ulik organisering på sykehusavdelinger og i kommunene bidrar til at kontakten blir vanskeligere. I

kommunene er ansvar for oppfølging av den enkelte pasient gjerne knyttet til en bestemt person. På sykehusavdelingene arbeider de ofte i team med skiftende sammensetting og varierende oppgavefordeling. Det viser seg også at under halvparten av de ansatte i kommunene mener at det er lett å få tak i riktig person på sykehuset, tre fjerdedeler mener en må forholde seg til mange personer på sykehuset, og bare en fjerdedel opplever at ansatte på sykehuset er flinke til å informere hverandre om forhold vedrørende pasienten.

Ett av sentralsykehusene har gjennomført et treårig prosjekt for å bedre samarbeidet mellom nevrologisk avdeling og to kommuner vedrørende rehabiliteringspasienter (Gautun og Grønningsæter 2002). Sykehuset og kommunene hadde samarbeidsavtale, men en fjerdedel av ansatte i kommunene og noen færre på sykehuset opplyste at de opplevde ansvarsfordelingen mellom sykehus og kommune som uklar. Det ble vist til at for både sykehuset og kommunene kan det være hensiktsmessig for ledelsen å gjøre de ansatte bedre kjent med innholdet i samarbeidsavtalen. En betydelig større andel av ansatte i sykehuset sammenliknet med kommunene, opplyste at de vet hvem de skal henvende seg til i kommunene for å få svar på spørsmål mv. Dette indikerer at sykehusavdelingen har en utfordring i å klargjøre overfor kommunene hvem de skal ta kontakt med.

I følge undersøkelsen til Gautun og Grønningsæter (ibid), opplever de fleste ansatte på sykehuset og halvparten i kommunene at samarbeidet i forbindelse med utskriving av pasienter er godt. De fleste mener det er passe formalisert, de er stort sett enige om tidspunkt for utskriving, og utskrivingssituasjonen oppleves som rolig. Halvparten av ansatte i kommunene mener imidlertid at sykehuset skaper urealistiske forventninger om hva kommunene kan tilby av tjenester etter sykehusoppholdet. Kommunene har derfor en oppgave i å gjøre informasjon om tjenestetilbudet lettere tilgjengelig for både sykehusansatte, brukere og pårørende. Nesten halvparten av ansatte i kommunene mener at sykehuset ikke sender med tilstrekkelig informasjon om pasienten ved utskriving. Et flertall av ansatte ser det som formålstjenlig at veiledning kan gis både i sykehus og i kommunene.

De samme problemstillingene synliggjøres i undersøkelsen til Paulsen og Grimsmo (2008) hvor det kommer fram at kommunene og sykehusene har ulike oppfatninger om mandat- og ansvarsfordeling. Nesten halvparten av de ansatte i kommunene mener at ansatte i sykehuset ofte går for langt i å ville bestemme omsorgstilbudet pasienten skal ha etter utskriving, og enda flere mener at sykehuset gir pasientene

forventninger om tilbud som kommunene ikke kan gi. Det fører til at ansatte som skal ta i mot pasienten i kommunene, får en krevende oppgave med å realitetsorientere pasienten og gjøre vedkommende trygg med det tilbudet som faktisk blir gitt. Både på sykehusene og i kommunene var det imidlertid mange som var oppmerksom på faren for overstyring fra sykehusenes side ved at de ansatte la premisser for kommunale tilbud. Spenning rundt avgrensning av ansvar mellom sykehus og kommuner kan bidra til at informasjonsflyten blir vanskeliggjort. Det må være klart at sykehusene har ansvar for å formidle hensiktsmessig og mest mulig fullstendig informasjon om pasientens tilstand slik at den som overtar ansvaret, er så godt informert og forberedt som mulig. Sykehuset har også ansvar for å formidle pleiefaglige vurderinger som kan være nyttige når kommunen skal etablere et tilbud. Men det er kommunen som basert på informasjon og evt. faglige råd fra sykehuset, har ansvar for å bygge opp et tilbud innenfor de rammer som kommunes omsorgstjeneste arbeider innenfor.

Det er gjennomført flere kartlegginger av helseforetakenes interne organisering og ledelse ved hjelp av spørreskjema. Den første undersøkelsen ble gjennomført i 2001, og den er gjentatt annet hvert år, siste gang i 2007 (Kjekshus og Westlie 2008). Datamaterialet er basert på et omfattende spørreskjema som er sendt til alle somatiske og psykiatriske helseforetak i landet. Når det gjelder indremedisinske avdelingers forhold til kommunal helse- og omsorgstjeneste opplyser alle at de rutinemessig tar kontakt med hjemkommunen før utskriving av pasienter med pleiebehov. Her er forholdene uendret fra 2003. Imidlertid sier ikke undersøkelsen noe om hvor lang tid før utskriving slik kontakt blir etablert. Undersøkelsen viser videre nedgang i andelen sykehus som oppgir å ha en egen person som tar kontakt med hjemkommunen for å forberede utskriving av omsorgstrengende pasienter. I 2005 svarte i overkant av halvdelen av de indremedisinske avdelingene positivt, mens det i 2007 var mindre enn tredjedelen som opplyste det samme. Når det gjelder spørsmål om det rutinemessig tas kontakt med fastlegen før utskriving av pasienter med behov for medisinsk oppfølging, bekrefter omtrent fjerdedelen at det blir gjort. Her er det en svak tendens til nedgang fra 2003 til 2007. Kartleggingen viser også nedgang i andelen sykehus som har fellesmøter med representanter for kommunene. For 2003 opplyste 91 prosent av sykehusene at de hadde slike møter, mens denne andelen var 71 prosent for 2007. Undersøkelsen sier imidlertid ikke noe om formål, deltakere, hyppighet mv. for disse møtene.

2.3 Kompetanse og læring

I følge Riksrevisjonens rapport (2009) er kommunene bekymret for at de ikke har tilstrekkelig kompetanse og kapasitet til å ta i mot pasienter som har mer omfattende pleiebehov enn før, og som skrives ut tidligere fra sykehuset. Kommunene peker også på at det kan oppstå krysspress mellom brukere som bor hjemme og har behov for sykehjemsplass og pasienter som er klare for utskrivning fra helseforetakene.

I følge undersøkelsen til Kalseth og Paulsen (2008) opplyste i overkant halvdelen av sykehusene at samarbeidsavtalen inneholder ordninger knyttet til hospitering. Det går imidlertid ikke fram av undersøkelsen om dette også gjelder hospitering for sykehusansatte i kommunene, eller om det kun er ”en-veis” ordninger. I undersøkelsen blir kommunene også bedt om å ta stilling til i hvilken grad de er enige eller uenige i at det foregår en gjensidig kompetanseutveksling mellom ansatte i helseforetaket og kommunene. Her er det like mange som er enige og uenige.

Ett av sentralsykehusene har gjennomført et treårig prosjekt for å bedre samarbeidet mellom nevrologisk avdeling og to kommuner vedrørende rehabiliteringspasienter. I forbindelse med prosjektet er det gjennomført kompetansehevende tiltak. Ansatte på sykehuset hadde deltatt på 3,26 av til sammen ni kompetansehevende tiltak, mens ansatte i kommunene deltok på 2,74 av til sammen ti tiltak. Undervisning om individuell plan og seminar om veiledningsmetodikk er de to tiltakene flest har deltatt i. En stor del av de ansatte i både sykehuset og kommunene mente at de kompetansehevende tiltakene hadde gitt dem økt faglig kunnskap om rehabilitering, og at terskelen mellom sykehus og kommuner var redusert. Videre hadde samarbeidet mellom faggrupper og mellom etater blitt bedre i tillegg til at samarbeidet mellom faggrupper internt på eget arbeidssted var styrket. Det ble også vist til at de kompetansehevende tiltakene hadde ført til at ansatte i sykehus og kommuner i større grad snakker samme språk (Gautun og Grønningsæter 2002).

I undersøkelsen til Kalseth og Paulsen (ibid.) blir det pekt på at kompetanseutvikling kan ses som et virkemiddel for å bedre arbeidsdeling og samhandling. Tilrettelegging av gjensidige hospiteringsordninger mellom sykehus og kommunal omsorgstjeneste vil kunne gi bedre kjennskap til og forståelse for hverandres hverdag. Derigjennom vil det bli mulig å utvikle mer smidige samarbeidsformer. Spesifikke

tiltak for å øke kunnskaps- og ferdighetsnivået, i første rekke i kommunal tjeneste, vil også kunne bidra til økt fleksibilitet i samarbeidet.

I en rapport om samhandlingsmønstre mellom sykehusavdelinger og omsorgspersonell i kommunene ved utskriving av eldre pasienter, blir det pekt på at ulike praksiser mht. varslingsprosedyrer av kommunen ved utskriving avspeiler et dilemma (Paulsen og Grimsmo 2008). Tidlig varslingsprosedyre gir kommunene en lang planleggingshorisont, men informasjonen fra sykehuset vil være begrenset fordi pasientens tilstand, utskrivingsstidspunkt og behov vanligvis vil være uavklart. Sen melding om utskriving gir mulighet for at informasjonen som gis, har god kvalitet. Hva som vil være mest hensiktsmessig, vil gjerne avhenge både av trekk ved arbeids- og beslutningsprosedyrene i kommunene og trekk ved pasientene og det tilbudet de skal overføres til. Eksempelvis vil pasienter som overføres til eget hjem, ofte ha behov for hjelp fra flere instanser innenfor kommunens hjelpeapparat så som tilrettelegging med tekniske hjelpemidler, matombringning, praktisk bistand med daglige gjøremål mv.

En undersøkelse som bl.a. beskriver samarbeid mellom kommunal helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjenesten (Gautun m.fl. 2002), viser at samarbeid som i liten grad er formalisert og regelstyrt, kan fungere bra når det ligger til grunn en samarbeidsavtale mellom sykehus og kommune. I følge rapporten møtes representanter fra kommune og sykehus regelmessig for å drøfte samarbeidet, og det er tett dialog om pasientene. Fra kommunene blir det hevdet at det har utviklet seg en gjensidig kultur. I stedet for å passe på "mitt" og "ditt" bord, strekker begge parter seg for å finne den beste løsningen. Både sykehus og pleie- og omsorgstjenesten har fokus på at det er ett helsevesen, og at pasienten kommer først. I denne undersøkelsen blir det også vist til at veiledning til ansatte i kommunal helse- og omsorgstjeneste blir gitt både i sykehuset og ute i kommunene. Det blir lagt vekt på at personell i kommunene må være trygge på hvordan de skal ta seg av pasientene når de utskrives.

En kartlegging av helseforetakenes interne organisering og ledelse viser at omtrent en fjerdedel av foretakene har systematiske opplæringsprogrammer for personell i primærhelsetjenesten. Her er det en svak nedgang fra 2005 til 2007. Når det gjelder spørsmål om den medisinske virksomheten har faglig program for allmennleger, opplyste i underkant av halvparten at de ikke hadde det i 2003. Denne andelen økte til over 60 prosent i 2007. Når det gjelder spørsmål om legene ved den medisinske virksomheten har faste dager for konsultasjon utenfor sykehus, dvs. hos allmennle-

ger, svarer to prosent positivt på spørsmålet. I 2003 var andelen 25 prosent. Kartleggingen omfatter også spørsmål om pasientene rutinemessig blir kontaktet etter utskriving fra medisinske avdelinger. I 2005 svarte 13 prosent bekreftende, mens andelen gikk ned til fem prosent i 2007 (Kjekshus og Westlie 2008). Undersøkelsen indikerer m.a.o. en tendens til tilbakegang i bruk av opplæringsprogram for ulike personellkategorier i primærhelsetjenesten, uten at mulige årsaker blir tatt opp.

2.4 Økonomiske spørsmål

Som et ledd i utvikling av ”samhandlingsreformen” er det på oppdrag av HOD foretatt en gjennomgang av relevant faglitteratur når det gjelder helsetjenester for mennesker med kroniske lidelser (Oxman m.fl. 2008). Ett av temaene som blir tatt opp, er finansieringsformer. Det blir vist til at det er et problem at mennesker med kroniske lidelser ofte er avhengig av tiltak som involverer ulike tjenester som finansieres på ulike måter. Slike fragmenterte betalingsformer bidrar til at det blir vanskelig å se de ulike tiltakene i helhet. I flere land har en forsøkt å utvikle betalings-systemer som kan bidra til at pasientens situasjon i større grad blir sett som en helhet. Men det blir pekt på at en ikke har vært i stand til å finne oversikter over evalueringer av slike metoder. I rapporten konkluderes det imidlertid med at målrettede finansielle insentiver for å oppnå spesifikke forandringer i måten helsetjenesten blir levert på, på kort sikt sannsynligvis vil påvirke individuell atferd. Men det er mindre sannsynlig at slike insentiver vil føre til varige endringer. I tillegg kan de motivere til utilsiktet atferd som fordreining, triksing, utvelging av de enkleste pasientene og byråkratisering.

Undersøkelser viser at praktisering av betalingsordning for ferdigbehandlede pasienter ikke nødvendigvis medfører at pasienter blir skrevet ut av sykehuset etter at de er definert som utskrivingsklare. Eksempelvis kommer dette fram i en undersøkelse finansiert av Sosial- og helsedepartementet. Informanter fra både sykehus og kommuner opplyser at de begge tilstreber å gjøre det som er best for pasienten, uten å legge hovedvekt på regler og økonomi. Noen ganger er det sykehuset som tar et ekstra tak, andre ganger er det kommunen som strekker seg (Gautun m.fl. 2002). Disse funnene er i tråd med resultatene fra en analyse av to sykehus som praktiserer samarbeidsavtale henholdsvis med og uten betalingsordning (Holmås m.fl. 2007). Undersøkelsen viser at sykehus som praktiserer betalingsordning for utskri-

vingsklare pasienter, har lengre liggetid enn sykehus som ikke praktiserer denne ordningen. For å forklare dette, blir det vist til betydningen av dialog versus straff. Samarbeidsavtale uten betalingsordning blir oppfattet som å være gjensidig forpliktende, og dermed ansvarliggjøres kommunale aktører. Det blir også vist til at det kan skape en konkurransesituasjon mellom kommunene om å ”bli best i klassen”. På den andre siden blir betalingsordning oppfattet som en straffereaksjon. Kommunene viser til forskriften,³ og betalingsordningen tolkes dermed som at det er ”lov” å ikke ta imot pasienten umiddelbart etter at sykehusbehandlingen er avsluttet. En annen mulig forklaring på at betalingsordningen ikke virker etter intensjonen, er størrelsen på straffegebyret. I undersøkelsen blir det vist til at størrelsen på betalingsatsen pr døgn samsvarer omtrent med døgnprisen på en sykehjemsplass. For kommuner som ikke har ledig sykehjemskapasitet, vil det derfor være økonomisk rasjonelt å ha pasienten liggende på sykehus også etter at betalingsordningen begynner å løpe. Det blir også vist til at for sykehusene kan administrasjonskostnadene ved å kreve inn disse pengene bli høyere enn summen som kommer inn. I tillegg vil beløpet som kommer inn, monne lite i de totale driftskostnadene pr liggedøgn.

Det blir imidlertid pekt på at undersøkelsene ikke gir grunnlag for å tilrå at betalingsordningen blir avvirket, men den indikerer at ordningen bør justeres i forhold til oppnåelse av eksplisitte mål. En faktor som bør vurderes, er hvor raskt ordningen skal slå inn. I dag kan betaling kreves fra 10 dager etter at kommunen skriftlig er varslet om at pasienten er utskrivningsklar. Disse 10 dagene blir ofte oppfattet av kommunene som karensdager som de har til å områ seg på. Et annet moment er om betalingsatsen skal økes (betydelig) slik at det ”svir” for kommunene når de må betale.

Helseforetakene fokuserer på økonomiske faktorer som sentrale for samarbeid med kommunene (Kalseth og Paulsen 2008). Samtidig blir det vist til at finansieringssystemene for både helseforetakene og kommunene ikke stimulerer til samarbeid, at det er for lite ressurser til å utvikle samarbeidstiltak i gråsonen mellom nivåene, og at kommunene har for lite kapasitet, kompetanse og ressurser til å være en effektiv mottaker av pasienter som sykehusene vurderer som ferdigbehandlet.

³ FOR 1998-12-16 nr 1447: Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter

Undersøkelsene av sammenheng mellom liggetid og betalingsformer mellom sykehus og kommuner sier imidlertid ikke noe om i hvilken grad det er sammenheng mellom liggetid og reinnleggelser. Men forsøk med hjemmebesøk til eldre etter utskrivelse fra sykehus viser bl.a. at risikoen for reinnleggelse innen 26 uker reduseres betydelig (23 prosent). Primært er det korte reinnleggelser som blir redusert. Samlet økonomisk vurdering viser at en sparer ca kr 5000 pr. pasient. Besparelsene ligger på regionalt nivå, men kommunene har ikke økte utgifter (Rønholt Hansen m.fl. 2003).

Kartleggingen av intern organisering og ledelse ved sykehusene (Kjekshus og Westlie 2008), som vi har vist til tidligere, viser at i underkant av 90 prosent av de indremedisinske avdelingene opplyser at de har inngått avtale med kommunene om vilkår for overføring av ferdigbehandlede pasienter. Prosentandelen er stabil for 2003 og 2007, mens det er en liten økning i 2005. Det er en klar økning i andelen avtaler uten vilkår om betaling, som i 2003 utgjorde ni prosent, mens slike avtaler i 2007 utgjør 33 prosent. I samme periode er det en nedgang fra 45 til 29 prosent i kategorien som har avtaler hvor kommunen må dekke oppholdet fra en til to uker etter at pasienten er registrert som ferdigbehandlet.

2.5 Samarbeid med sikte på forebygging

Nasjonal rammeavtale om samhandling på helse- og omsorgsområdet⁴ legger vekt på at lokale variasjoner og behov skal ligge til grunn for samhandlingen. Noen områder med behov for samhandling blir likevel trukket fram, bl.a. gjelder det forebyggende helsetjenester. Dette behovet gjentas i veilederen. Vi tar forbehold om at vår gjennomgang av litteratur ikke er uttømmende, men vi har ikke funnet noe litteratur som omhandler samarbeid mellom kommunenes helse- og omsorgstjeneste og sykehusene med sikte på forebygging. Et lite forbehold her er imidlertid tiltak med sikte på å hindre reinnleggelser, som vi har vært inne på i underkapitlet økonomiske spørsmål (Rønholt Hansen m.fl. 2003). Eksempelvis fokuserer ikke rapporten som på oppdrag av HOD har foretatt en gjennomgang av relevant litteratur når det gjelder helsetjenester for mennesker med kroniske lidelser, på forebyggende

⁴ Mellom Helse- og omsorgsdepartementet og KS

tiltak (Oxman m.fl. 2008). Heller ikke rapporten som beskriver status i forhold til utvikling og implementering av formalisert samarbeid mellom helseforetak og kommuner gjennom bruk av lokale samarbeidsavtaler og samarbeidsfora, fokuserer på spørsmål om tiltak av forebyggende art inngår i avtalene (Kalseth og Paulsen 2008). Oppdragsgiver er Helsedirektoratet. Siden forebyggende virksomhet ikke er tema i disse rapportene, kan vi kanskje stille spørsmål ved om slike tiltak har fått tilstrekkelig oppmerksomhet i forarbeidet til samhandlingsreformen.

I forbindelse med de omfattende omleggingene innenfor dansk helsevesen, jf. eget underkapittel, har Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (2008) utarbeidet en rapport som har til hensikt å gi kommunene et bedre grunnlag for forebyggende virksomhet, herunder å unngå at innbyggerne unødvendig blir innlagt på sykehus. Her fremgår det at forbruket av helsetjenester varierer mellom kommuner som er sammenlignbare når det gjelder befolkningens sosiale sammensetting og aldersfordeling. Det blir også konstatert variasjon på tvers av regioner og sykehus. I følge rapporten indikerer disse variasjonene at det er mulig å redusere omfanget av gjeninnleggelse og uhensiktsmessige innleggelse. Rapporten peker her på at dette kan gjøres dels gjennom mer målrettet forebyggende innsats i kommunene og dels ved å styrke samarbeidet med regionene og sykehusene for å gi bedre sammenheng mellom ulike aktører på feltet. En dansk studie av Vass m.fl. (2009) undersøker også ved hjelp av et kontrollert forsøk, effekten av å gi opplæring i forebyggende virksomhet til personellet i hjemmetjenesten. Resultatet fra undersøkelsen viste at opplæringen ga bedre funksjonsnivå for de eldre sammenlignet med kontrollgruppen hvor pleierne ikke hadde opplæring. Det viste seg imidlertid at opplæringen kun ga effekt hos kvinner, men ikke hos menn. Så langt vi kjenner til, finnes det ikke noen norske undersøkelser som tar for seg betydningen av det forebyggende arbeidets betydning for bruken av sykehustjenester.

2.6 Situasjonen i andre nordiske land

På samme måte som i Norge, er det i Danmark, Sverige og Finland gjennomført flere reformer med sikte på desentralisering av helse- og omsorgstjenester. Vi skal kort se på situasjonen i disse tre landene, og vi legger vekt på sider ved landenes system som har tilknytning til funksjonsdeling og samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten og målsetting om helhetlig tjeneste for brukerne.

2.6.1 Danmark⁵

Etter kommunalreformen som ble gjennomført fra 2007, har Danmark fem regioner og 98 kommuner. Et viktig mål med reformen er å få enheter som er robuste nok til å ivareta velferdsoppgavene, inkludert oppgaver i helsetjenesten. Antall kommuner ble redusert fra 271, og de fleste har over 20 000 innbyggere. Kommunene har ansvar for forebygging, rehabilitering av pasienter som er utskrevet fra sykehus, kommunal tannhelsetjeneste, rusomsorg, hjemmesykepleie, sosialpsykiatri og sykehjemstjeneste.

Reformen innebærer at kommunene har fått økt ansvar innenfor helseområdet, og rammetilskuddet har derfor økt betydelig. I tillegg deltar kommunene i finansiering av regionene (spesialisthelsetjenesten) med 20 prosent av regionenes tilskudd. Halvparten av dette tilskuddet er avhengig av om det blir benyttet, dvs. om pasientene blir lagt inn i spesialisthelsetjenesten. Dette innebærer at kommuner som driver aktiv forebygging og har gode pleietjenester, og derved reduserer behovet for sykehusinnleggelses, beholder midlene selv. Hensikten er å gi kommunene en større rolle i helsetjenesten ved bl.a. å gi en drivkraft til å sette i gang forebyggende virksomhet.

Regionene eier og styrer spesialisthelsetjenesten med sykehus, fødselsentre og legespesialister. I tillegg har regionene ansvar for allmennlegetjenesten. På samme måte som her i landet, er den basert på fastlegeordning og privatpraksis. I hovedsak finansieres regionene med rammetilskudd fra Staten (75 prosent), statlig aktivitetsbasert bidrag (5 prosent) og tilskudd fra kommunene (20 prosent).

Krav til sammenhengende behandlingsforløp er sentralt i reformen. Det er fastsatt i loven at det skal etableres koordinerende utvalg med representanter fra regionene og kommunene. Videre skal det inngås helseavtaler mellom regionene og kommunene. De fleste avtalene består av en generell avtale for hele regionen og en bilateral avtale mellom regionen og den enkelte kommunen. Følgende tema er obligatoriske i avtalene: utskrivningsforløp for svake, eldre pasienter, innleggelsesforløp, gjen-

⁵ Basert på: 1) Velferdsministeriets nettsider <http://www.im.dk/im>. 2) Notat nr 3 – Oversikt over helsesystemer. Møte i ekspertgruppa 21. – 22. oktober 2008. Helse- og omsorgsdepartementet. 3) ”Status for kommunalreformens gjennomføring – 2009”. Utgitt av KL, Danske Regioner og Indenrigs- og Socialministeriet.

opptrening (rehabilitering), psykisk helse, forebygging (herunder pasientrettet forebygging) og hjelpemidler. Det er stilt krav til utforming av avtalene ved at de bl.a. skal beskrive arbeidsdeling, koordinering av innsats, planlegging og styring av kapasitet og hvordan avtalene skal følges opp. Hver kommune skal ha en avtale, og avtalene skal vedtas av både kommunen og regionen, og Sundhetsstyrelsen (direktoratet) skal godkjenne den.

I statusrapport for gjennomføring av kommunalreformen fra april 2009 (jf. fotnote tidligere) blir det pekt på at arbeidet med helseavtalene pågår løpende i kommunene og regionene. Men det er en utfordring å omsette vesentlige deler i avtalene som arbeidsdeling, oppgavefordeling, prosedyrer m.v. til daglig praksis på sykehusene, i kommunene og hos allmennlegene. Ikke minst gjelder det rehabilitering, forebygging og utskriving av pasienter som er ferdig behandlet. Det er for tidlig å si noe om hvilken betydning helseavtalene har for å skape mer sammenhengende pasientforløp og bedre samspill mellom ulike sektorer. Imidlertid blir det hevdet at arbeidet med avtalene har skapt større forståelse og kunnskap om kompetansen til hverandre, og dialogen på tvers av instanser er blitt bedre. Samarbeidet mellom kommunene og sykehusene er blitt utviklet og systematisert.

I forlengelsen av kommunalreformen skjer det en omfattende omstrukturering av sykehussektoren. For å sikre kvaliteten i behandlingen og få en effektiv utnyttelse av spesielt personellressursene, samles behandlingen i færre enheter. Planlegging og implementering av den nye sykehusstrukturen pågår for fullt pr april 2009.

2.6.2 Sverige

I løpet av 90-tallet er det gjennomført flere reformer hvor ansvaret for tjenestene er blitt desentralisert. Det overordnede statlige ansvaret ligger hos Socialdepartementet og Socialstyrelsen (direktoratet). Det regionale nivået, dvs. länene med ca 20 Landsting, har stor grad av selvstyre, og de organiserer og finansierer tjenestene sine på ulike måter. Länene har ansvar for både primær- og spesialisthelsetjeneste, inkludert folkehelse og forebyggende helse. Det er ni regionsykehus, omtrent 70 läns- og länsdelssykehus og i overkant av 1000 vårdcentraler (helsesentre). Pasientene henvender seg først til vårdcentralene for å få medisinsk behandling, rehabilitering og forebyggende tilbud. I tillegg går pasienter med kroniske sykdommer til vårdcentralen for oppfølging, kontroller og opptrening. Bemanningen ved vård-

centralene er tverrfaglig med allmennleger, sykepleiere, jordmødre, fysioterapeuter m.v. som samarbeider om tjenester til befolkningen i sitt område.⁶

Sverige har 290 kommuner som har ansvar for pleie- og omsorgstjenester for eldre, funksjonshemmede og langvarig psykisk syke. Kommunene ivaretar sykehjem og hjemmesykepleie i tillegg til ansvar for ferdigbehandlede og utskrevne pasienter.

I 1992 fikk kommunene samlet ansvar for service, pleie og omsorg for eldre og funksjonshemmede (Ädelreformen). I forlengelsen av denne reformen fikk kommunene et samlet økonomisk ansvar for langvarig pleie (dvs. for ferdigbehandlede pasienter ved sykehuset), uansett om den ble gitt i regi av sykehusene eller kommunene (betalningsansvarslagen). Ved de svenske sykehusene er det etablert plasser for langtids pleie (långtidssjukvård), og målet var å få en bedre utnyttelse av disse plassene. I følge rapporter fra Socialstyrelsen har denne loven vist seg å være et tydelig incitament for kommunene til å ordne pleietiltak for denne gruppen.⁷

Men i følge rapport fra Socialstyrelsen/Sveriges Kommuner och Landsting (2008) oppsto det irritasjon hos kommunene over at institusjonshelsetjenesten ensidig avgjorde når ansvaret for fortsatt pleie og omsorg skulle overføres til åpen omsorg. Bl.a. ble det vist til at pasienter var utskrevet uten at det var klarlagt at pasientene kunne få nødvendig pleie og tilsyn innenfor åpen omsorg. Dette medførte at pasientene etter kort tid på nytt ble innlagt på sykehus. Denne kritikken førte til endringer i betalningsansvarsloven (2003), og kravene til felles planlegging før utskrivning fra sykehus ble skjerpet. Behandlende lege på sykehusavdelingen ble gitt ansvar for at berørte instanser i åpen omsorg deltar i planlegging, og det kreves også at pasienten og nære pårørende skal delta. Planen skal tydelig beskrive pasientens behov for tiltak og hvem som har ansvar for ulike tiltak. Behandlende lege på sykehusavdelingen har også ansvar for å sørge for at berørte enheter senest dagen før utskrivning får beskjed. For at kommunenes betalingsansvar skal gjelde, må sykehusavdelingen følge kravene. Rapporten fra Socialstyrelsen/Sveriges Kommuner och

⁶ Notat nr 3 – Oversikt over helsesystemer. Møte i ekspertgruppa 21. - 22. oktober 2008. Helse- og omsorgsdepartementet.

⁷ Bl.a. Socialstyrelsen 2008 "Hemsjukvård i förändring". Socialstyrelsen 2008: "Kallelse til samordnad vårdplanering – hur gick det sedan?" Socialstyrelsen/Sveriges Kommuner och Landsting 2008: "Inventering av utskrivningsklara pasienter och vårdplanering i samband med utskrivning. Undersökning 2007".

Landsting viser at 83 prosent av pasientene i en undersøkelse gjennomført i 2007 hadde pleieplan ved utskriving til åpen omsorg. En stor del av planene var imidlertid så mangelfulle at de ut fra lovendringene i 2003 ikke kunne betegnes som pleieplaner. Manglene gikk på at planene var for snevre, de manglet målsettinger, oppfølging var utilstrekkelig, og det gikk ikke fram hvilken instans som hadde ansvar for ulike tiltak. Det blir også pekt på mangel på rutiner for samordning av epikriser og pleieplanene. Videre pekes det på at informasjonsflyten mellom involverte instanser var for dårlig. Rapporten indikerer at det gjenstår et betydelig utviklingsarbeid for at pasienter som utskrives fra sykehus, skal få pleieplaner som er i tråd med lovens krav og intensjoner.

2.6.3 Finland⁸

Social- och hälsovårdsministeriet har ansvar for den nasjonale helsepolitikken, lovgivning og overføring av økonomiske tilskudd til kommunene. Kommunene har ansvar for å tilby spesialiserte helsetjenester, primærhelsetjeneste, forebygging og tannhelsetjeneste. I Finland er det 20 sykehusdistrikter. Sammenslutninger av kommuner er ansvarlige for å ivareta og koordinere spesialisthelsetjenesten innenfor sitt sykehusdistrikt. Sykehusene hører organisatorisk inn under sykehusdistriktene, og hvert distrikt eier og driver 1-3 somatiske sykehus og 1-2 psykiatriske sykehus. I landet er det 5 universitetssykehus, 15 sentralsykehus og ca 40 andre spesialistsykehus.

Primærhelsetjenesten ivaretas av helsesentre som har ansvar for befolkningen i den eller de kommunene som senteret tilhører. Her tilbys hjemmesykepleie, sykehjemsfunksjoner, helsestasjonsvirksomhet mv. Helsesentrene er bemannet med et bredt spekter av kommunalt ansatt personell, så som leger, sykepleiere, tannleger, sosialarbeidere, fysioterapeuter, psykologer mv.

Kommunene dekker ca 43 prosent av de totale kostnadene til helsetjenesten. Staten dekker 17 prosent, 16 prosent dekkes av en nasjonal forsikringsordning, og 24 prosent kommer fra private kilder.

⁸ Basert på: 1) ”Notat nr 3 – Oversikt over helsesystemer. Møte i ekspertgruppa 21. – 22. oktober 2008. Helse- og omsorgsdepartementet. 2) ”Lag om en kommun- og service-strukturreform.” Given i Helsingfors den 9 februar 2007. 169/2007

En lov om kommune- og servicestrukturreform (2007) er under iverksetting. Hensikten med reformen er å utvikle nye måter å produsere og organisere kommunal tjenesteyting, revidere finansieringssystemene og gjennomgå oppgavefordelingen mellom kommunene og staten med sikte på å etablere et sterkt strukturelt og økonomisk grunnlag for produksjon av den servicen som kommunene har ansvar for. Virkemidler i reformen er kommunesammenslåinger og utvikling av samarbeidsområder for å kunne gi service som krever et visst befolkningsgrunnlag. Her opereres det med minimum 20 000 innbyggere. Kommunene har ansvar for planlegging og gjennomføring av reformen.

2.7 Oppsummering

I dette kapitlet har vi gjennomgått litteratur som omhandler samarbeidet mellom sykehus og kommunal pleie- og omsorgstjeneste. Kapitlet omtaler formelle avtaler, samhandlingspraksis, kompetanse og læring, økonomiske spørsmål og samarbeid med sikte på forebygging.

Litteraturen viser at alle helseforetakene har avtaler med kommunene. Samtidig pekes det på at det er betydelige forskjeller mellom helseforetakene i hvor langt de har kommet i å etablere systemer for samhandling. Når nye samarbeidsformer krever omlegging av innarbeidede arbeidsformer, kan dette virke utfordrende for tjenestenivået. En rapport fra riksrevisjonen viser også at det i varierende grad er utarbeidet konkrete prosedyrer for inn- og utskrivning av pasienter. Det varierer også hvorvidt samarbeidsavtalene er tatt i bruk, og om retningslinjene i det daglige arbeidet blir fulgt. En undersøkelse peker også på at det ikke nødvendigvis er sammenheng mellom formalisering av samarbeidet og effektivitet og kvalitet i overføringen av pasienter.

Undersøkelser viser også at det er manglende likeverdighet i samhandlingen mellom sykehus og kommuner. Bl.a. fremgår det at den spesialiserte medisinen som utøves på sykehuset, har høyere status enn allmenntilleggsmedisinen, noe som igjen påvirker kommunikasjonen. I stor grad er det derfor sykehusenes problemforståelse som blir gjort gjeldende. I følge Riksrevisjonen preges også samarbeidet med kommunene av at sykehusene er sene med å sende ut informasjon, at det er uenighet om pasienter er utskrivningsklare, og at det kan være vanskelig å skaffe informasjon fra sykehusene. Videre vises det til i en annen undersøkelse at under halvparten av ansatte i

kommunene mente at det var lett å få tak i riktig person ved sykehuset. Halvparten av de ansatte i kommunene mener også at sykehuset skaper urealistiske forventinger om hva kommunene kan tilby av tjenester etter sykehusopphold. Videre fremgår det også at ansatte ved sykehusene er tilbøyelige til å ville bestemme omsorgstilbudet pasientene skal ha etter utskriving.

De undersøkelsene som tar for seg kompetanseutvesling mellom sykehus og kommuner i form av kurs, hospitering og annen opplæring, peker på at denne typen tiltak bidrar til å skape en bedre gjensidig forståelse mellom sykehus og kommunene. Med andre ord kan det se ut til å være et egnet tiltak for å bedre samhandlingen. En kartlegging viser imidlertid at det bare er 1/4 av foretakene som har systematisk opplæring av personell i primærhelsetjenesten.

Undersøkelsene som omtales i kapitlet, viser også at betalingsordningen for utskrivingsklare pasienter ikke nødvendigvis fungerer etter intensjonen. I praksis viser det seg at det heller hersker en viss omforent enighet om hvordan man skal takle problematiske utskrivinger uavhengig av betalingsordningen.

Til slutt i kapitlet har vi kort redegjort for helsesystemene i Danmark, Sverige og Finland. I alle tre landene har det foregått eller foregår det reformer med tanke på å bedre samhandlingen mellom kommunene og sykehusene. Det er imidlertid vanskelig på bakgrunn av den korte presentasjonen, å vurdere hvorvidt det ene systemet er mer velfungerende enn det andre.

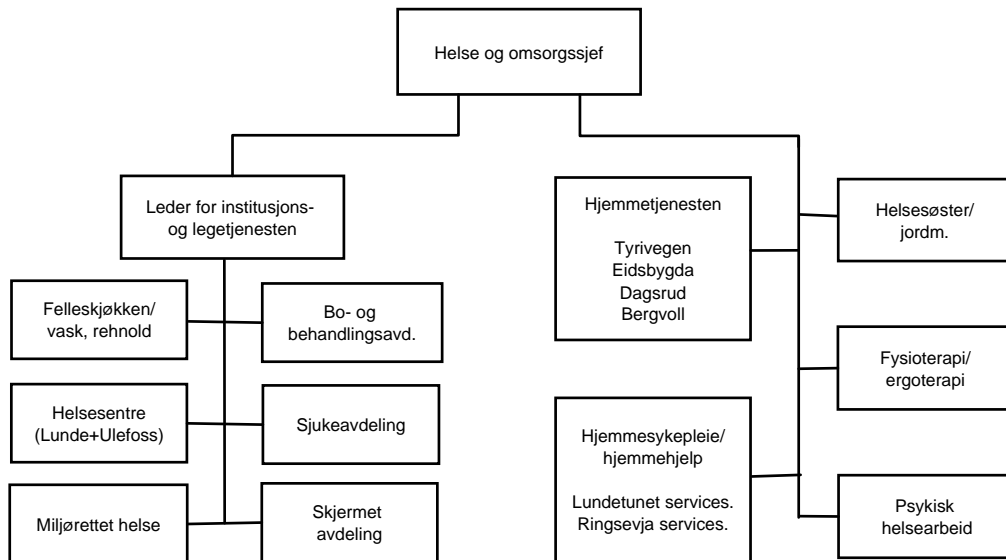
3. Samhandling sett fra Midt-Telemark

I dette kapitlet har vi tatt for oss erfaringene omkring samhandlingen mellom Helseforetaket Telemark (Skien og Notodden) og kommunene i Midt-Telemark. Innledningsvis beskriver vi organisasjonsmodellen innen pleie- og omsorgssektoren i de tre kommunene. Videre ser vi nærmere på samhandlingsprosessen og pasientflyten mellom kommunene og sykehuset. Denne fremstillingen baserer seg på intervjuer med innformanter både ved sykehus og i kommunene. Til slutt i kapitlet sammenligner vi kapasiteten i de tre Midt-Telemarkkommunene med bakgrunn i tall fra KOSTRA. Bakgrunnen for dette er antagelsen om at kapasiteten innenfor pleie- og omsorgssektoren vil påvirke samhandlingsprosessen.

3.1 Organisering av pleie- og omsorgssektoren

I denne delen gir vi en kort beskrivelse av helse- og omsorgstjenestene i de tre kommunene. Hensikten er å gi introduksjon til hvordan tjenestene er organisert, hvilke funksjoner som inngår og bemanningssituasjonen.

3.1.1 Nome kommune



I Nome er helse- og omsorgstjenestene delt inn i to hovedenheter. Den ene er institusjons- og legetjenestene som har en egen leder underlagt helse- og omsorgssjefen. Den andre delen av virksomheten er underlagt helse- og omsorgssjefen direkte og innbefatter hjemmetjenesten, hjemmesykepleie, psykisk helsearbeid, fysio-/ergoterapi samt helsesøster/jordmor.

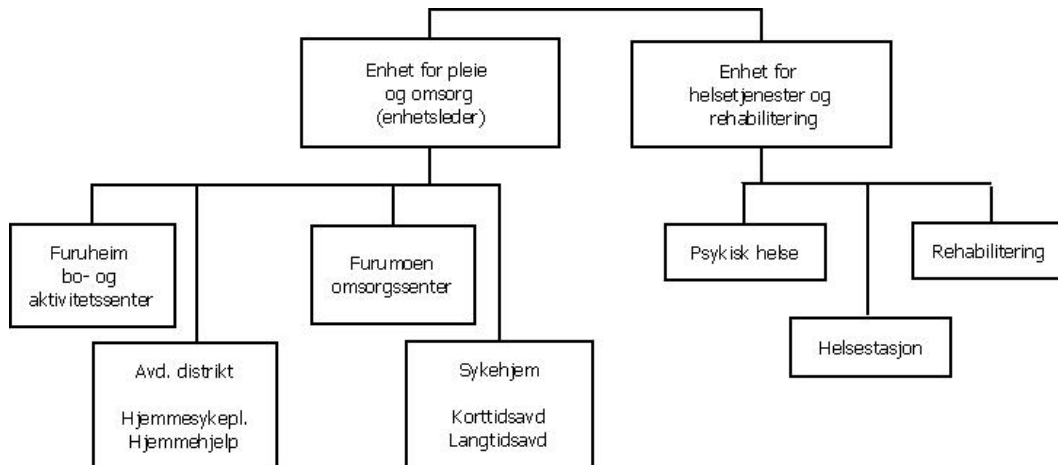
Hjemmetjenesten i Nome er organisert i to avdelinger som er lokalisert kommunens to tettsteder, henholdsvis Ulefoss og Lunde. I Lunde har hjemmetjenesten sin base på Lundetunet servicesenter, mens hjemmetjenesten på Ulefoss har sin base på Ringsevja servicesenter. De to avdelingene med hjemmetjenester har hver sin gruppeleder som er direkte underlagt helse- og omsorgssjefen. Inn under hjemmetjenesten finner vi hjemmesykepleie, hjemmehjelp og omsorgsboliger.

Institusjonstjenestene er lokalisert til Lunde og består i tillegg til sjukeheimen (Lundetunet), av helsetjenester⁹, miljørettet helsevern og felleskjøkken. Sjukeheimen er igjen delt inn i tre avdelinger: Den ene er bo- og behandlingsavdelingen som innbefatter kortidsplasser (16 rom) og en enhet med dagplasser (16 rom). Den andre er

⁹ Helsetjenesten består av legetjenester, helsesøster- og jordmortjenester, psykisk helsearbeid, barnevern, fysio-/ergoterapitjeneste og miljørettet helsevern.

sjukeavdelingen som er en langtidsavdeling med 30 rom. Den tredje er skjermet avdeling med 25 rom.

3.1.2 Sauherad kommune



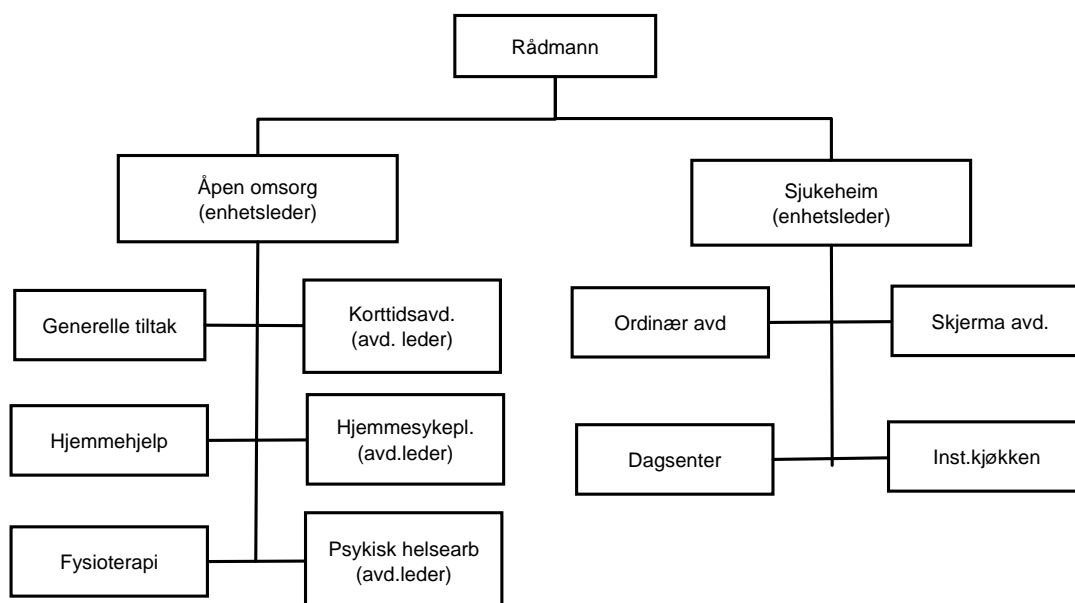
Pleie- og omsorgstjenestene i Sauherad ledes av en enhetsleder og består av fire underenheter, herunder sykehjemets korttids- og langtidsavdeling, hjemmesykepleien og tjenester i tilknytning til omsorgsboliger. Tjenestene er lokalisert på to steder. Furumoen som befinner seg et lite stykke utenfor Gvarv sentrum, innbefatter både sykehjem (kort- og langtid), hjemmetjenestene og et omsorgssenter med omsorgsboliger. Furuheim bo- og aktivitetssenter er lokalisert i Gvarv sentrum.

Sykehjemmet på Furumoen består av en langtidsavdeling med 16 sengeplasser og en korttidsavdeling med 9 sengeplasser. I tillegg har Furumoen omsorgssenter 24 omsorgsboliger som er samlokalisert med sykehjemmet. Boligene har heldøgnsbemanning. Her inngår også et bofellesskap med demenspasienter. Avdeling distrikt er også lokalisert på samme stede og består av hjemmesykepleien og hjemmehjelpen som ledes av hver sin lagleder.

Furuheim bo- og aktivitetssenter er lokalisert til Gvarv sentrum, dvs. ikke i tilknytning til sykehjem eller hjemmetjeneste. Sentret består av 26 omsorgsboliger som benyttes til pasienter med rimelig godt funksjonsnivå. Det er derfor bare fast bemanning på dagtid, og hjemmesykepleien har ansvar på nattestid.

Ved siden av enhet for pleie og omsorg, finner vi enhet for helsetjenester og rehabilitering. Her finner vi en rekke mindre tjenesteområder, herunder psykisk helse, rehabilitering og helsestasjonen. I Sauherad er med andre ord rehabiliteringstjenesten organisert inn under en annen enhet enn omsorgstjenestene.

3.1.3 Bø kommune



I Bø kommune er helse- og omsorgstjenestene delt mellom to enhetsledere som har ansvar for henholdsvis enheten "Åpen omsorg" og sykehjemmet. De to tjenesteområdene ledes av hver sin enhetsleder, og begge tjenesteområdene er lokalisert til sykehjemmet.

Åpen omsorg består av seks underenheter, bl.a. hjemmesykepleien og en korttidsavdeling. I tillegg inngår også fysioterapitjenesten, psykisk helsearbeid, hjemmehjelpen og generelle tiltak i denne enheten.¹⁰

Formålet med korttidsavdelingen er å fungere som avlastning for personer med pleiebehov som bor hjemme. Intensjonen er at oppholdet skal ha en varighet på 2-3

¹⁰ Med generelle tiltak menes støttekontakt, BPA (brukerstyrt personlig assistanse) og omsorgslønn.

uker. Avdelingen hadde i 2009 seks pasientrom som kunne håndtere opp til 10 pasienter, dvs. at noen av rommene benyttes som dobbeltrom. I alt har avdelingen 9,6 årsverk fordelt på 14 personer. Korttidsavdelingen befinner seg i sykehjemmets 1. etasje i nær tilknytning til aktivitetssentret (dagsenter). Ved utgangen av 2009 ble en ny korttidsenhet åpnet med 5 nye rom. Planen er at avdelingen skal kunne håndtere opp til 15 pasienter.

I Bø har imidlertid korttidsavdelingen – i det minste frem til åpningen av den nye avdelingen – i praksis fungert som en langtidsavdeling. Noe av bakgrunnen for dette er presset på langtidsplasser og tilbøyeligheten til å benytte korttids plassene til pasienter som blir liggende. Utfordringen her har således vært å etablere en reell korttids plass. Tanken har da vært å benytte den først og fremst som avlastningsplass for pleietrengende som bor i eget hjem.

Hjemmesykepleien i Bø har også base ved sykehjemmet i Bø. Avdelinga består av i alt 9,6 årsverk fordelt på 14 ansatte, dvs. det samme som korttidsavdelingen. Det er for øvrig koblinger mellom korttidsavdelingen og hjemmesykepleien i og med at personalet rullerer mellom de to avdelingene. Siden korttidsavdelingen i praksis har fungert som en langtidsavdeling, har det imidlertid vært mindre utveksling av pasienter mellom de to tjenestene. Bemanningen rullerer med fire måneders mellomrom.

Sykehjemmet (institusjonstjenestene) innbefatter fire avdelinger: Langtidsavdeling (somatisk), dagsenter, skjermet avdeling og institusjonskjøkkenet. Langtidsavdelingen (somatisk avdeling) befinner seg i 3. og 4 etasje i sykehjemmet. Avdelingen er delt i tre enheter (A, B og C) og har totalt 36 plasser.¹¹ Videre har avdelingen 26 årsverk fordelt på 40 ansatte. Pasienten her kjennetegnes av å ha stort hjelpebehov og trenger derfor tett medisinsk oppfølging. Den skjerma avdelingen befinner seg også i sykehjemmet og har i alt 14 rom og 14 årsverk som igjen er fordelt på 24 ansatte. Dagsentret har et aktivitetstilbud på dagtid for brukere som bor alene. Dette er åpent alle ukedager og brukerne får tilbud om å bli hentet og kjørt hjem med sykehjemsbussen.

¹¹ I tillegg har Bø kommune også en langtidsavtale om å leie 5 plasser ved sykehjemmet i Sauherad.

3.1.4 Helseforetaket

Kommunene i Midt-Telemark er i all hovedsak tilknyttet sykehuset på Notodden og sykehuset i Skien. Frem til sommeren 2009 inngikk sykehuset på Notodden i det som da het Blefjell sykehus (Rjukan, Notodden og Kongsberg), mens sykehuset i Skien var en del av Sykehuset Telemark Helseforetak. Fra sommeren 2009 ble imidlertid sykehuset på Rjukan og sykehuset på Notodden overført til det som nå heter Sykehuset Telemark Helseforetak. Det betyr at sykehuset på Notodden og Rjukan utgjør enheter på linje med øvrige klinikker ved Sykehuset Telemark.

De sentrale samarbeidsaktørene ved sykehuset på Notodden er både medisinsk og kirurgisk avdeling. På sykehuset i Skien samarbeides det tilsvarende i hovedsak med kirurgisk og medisinsk klinikk. Kommunene Bø og Sauherad samarbeider i all hovedsak med klinikken på Notodden, mens Nome i hovedsak samarbeider med klinikkene i Skien.

3.2 Samhandlingsprosessen

I dette avsnittet har vi sett nærmere på hvordan samhandlingsprosessen foregår mellom kommunene og sykehuset. Nærmere bestemt har vi tatt utgangspunkt i en avtale som ble undertegnet i 2007 mellom kommunene Bø og Sauherad på den ene siden og Helse Blefjell på den andre.¹² Videre har vi med bakgrunn i intervjuer av medarbeiderne både i kommunene og helseforetaket, sett nærmere på hva slags samhandlingsprosedyrer som finnes og hvordan de fungerer i praksis.

3.2.1 Samarbeidsavtaler

I den nevnte avtalen skilles det mellom samarbeid på tre nivå: systemnivå, tjenestenivå og individnivå. På systemnivå nevnes ulike aktuelle samarbeidsområder. Dette gjelder overordnede helsespørsmål, strategisk utvikling av felles prosjekter, igangsetting av prosesser/prosjekter som kan bedre samhandlingen og arbeid med felles strategi/virksomhetsplaner. I avtalene står det videre at samarbeidet på dette nivået

¹² Vi har ikke fått tilgang på en tilsvarende avtale mellom Sykehuset Telemark og Nome kommune.

skal skje gjennom årlige dialogkonferanser i tillegg til årlige møter mellom direktør ved sykehuset og rådmennene i de to kommunene.

Om samhandlingen på tjenestenivå forstås teksten slik at det skal utarbeides ulike delavtaler innenfor ulike tjenestenivå. Vi har imidlertid ikke fått tilgang til slike avtaler. I følge en informant var disse under utarbeidelse når rapporten ble utarbeidet. I den overordnede avtalen står det imidlertid at disse avtalene bl.a. skal inneholde beskrivelser av pasientforløp, gjensidig opplæring og informasjon, hospitering og utvikling av felles prosedyrer/retningslinjer, herunder også avvikshåndtering. Det står også at det skal avholdes minst to samarbeidsmøter per år.

Om samhandlingen på individnivå heter det at avtalen skal beskrive den praktiske samhandlingen omkring den enkelte pasient, pårørende og helsepersonell med ansvar for oppfølgingen. Videre står det at avtalen bl.a. kan inneholde emner som samarbeidsmøter, etablering av ansvarsgruppemøter, koordinatorene og individuell plan.

Så langt vi har forstått det, er avtalesystemet under utarbeidelse. Noe av årsaken til at dette ikke er gjennomført, skyldes sannsynligvis omorganiseringen innenfor Telemark sykehus. Dette kan også forklare hvorfor de aller fleste av våre informanter verken har kjennskap til eller merket noen virkninger av avtalesystemet. Noen unntak finner vi imidlertid. Flere ledere/mellomledere viser først og fremst til den årlige dialogkonferansen. Ut over dette finner vi også at mange – både på ledelse og tjenestenivå – har merket seg samarbeidet omkring hospiteringsordninger og opplæringstilbud i regi av helseforetaket. Hvorvidt dette er et resultat av den overordnede avtalen eller avtaler på tjenestenivå, er imidlertid noe usikkert.

3.2.2 Samarbeidsprosedyrer

I denne delen har vi gitt en kort redegjørelse for samarbeidsprosedyrene mellom sykehuset og kommunene. Vi har her lagt vekt på hvem som tar beslutninger, ansvarsdelingen og informasjonsstrømmen mellom kommune og sykehus. Videre kan vi gjøre et skille mellom prosedyrene i forbindelse med innskriving til og utskrivning fra sykehuset. Til en viss grad vil også prosedyrene – eller i hvert fall praksis – variere avhengig av om det er planlagt eller akutt innleggelse.

Innleggelser

Ved innleggelser vil det som regel være en lege som tar beslutning om å legge inn en pasient, det være seg ved akutt hjemmebesøk eller som tilsyslege på sykehjemmet. Det er imidlertid ingenting i veien for at de ansatte i hjemmetjenesten eller på sykehjemmet kan anmode om øyeblikkelig hjelp. Dersom lege ikke da er tilgjengelig, vil andre i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten ha en viss innflytelse over beslutningen om å legge inn pasienter. I følge Norsk pasientregister, er det for eksempel i Telemark godt over 40% av innleggelsene blant de over 80 år, som er øyeblikkelig hjelp. Dette innebærer at det i praksis også er andre enn legen som initierer en innleggelse.¹³ I følge en informant fra sykehuset skal det i det minste på dagtid være en lege tilgjengelig. Siden dette ikke alltid er tilfellet, blir det i praksis hjemmetjenesten som tar initiativ til innleggelse:

”Er det akutt i hjemmet og hjemmetjenesten gir beskjed om det, så ender de her [på sykehuset]. ... Hjemmehjelpen kan jo også bruke 113, og det kan de bruke som alle andre.”

Som vi skal se senere, kan dette ha en viss betydning for tilstrømmingen av pasienter som er tilknyttet det kommunale helse- og omsorgstilbudet.

Informasjonsflyten fra kommune til sykehus ved en innleggelse vil både være formalisert og uformell. Dersom pasienter har hjemmesykepleie eller er innlagt på sykehjem skal det ideelt sett følge med medisinliste og sykepleierapport. Fra sykehuset side er det også ønskelig med en kort redegjørelse om bakgrunnen for innleggelsen. Videre skal disse dokumentene følge med pasienten til sykehuset. Imidlertid avviker i mange tilfeller praksis fra dette. Dette gjelder spesielt i tilfeller når innleggelse skjer akutt fra hjem. I følge informanter i hjemmesykepleien, vil det da være praktisk vanskelig og for liten tid til å sende med dokumentasjon til sykehuset. Dette er enklere når pasienten legges inn fra et sykehjem, men selv her opplever medarbeiderne at man av og til ikke rekker å sende med dokumentasjon. I følge en informant henger dette dels sammen med at man rett og slett ikke får tid, og dels at det ikke alltid er sykepleier tilgjengelig. En annen informant peker også på at det i

¹³ I følge NPR var det i 2008 og 2009 det 42% øyeblikkelige innleggelser blant personer over 80 år ved sykehuset på Notodden. I aldersgruppen 50-66 år er andelen noe over 15 %.

hovedsak er sykepleierne som gjør denne jobben, noe som gjør at det derfor kan oppstå et kapasitetsproblem. I de tilfellene man ikke rekker å sende med dokumentasjon, det være seg fra hjem eller sykehjem, blir disse som regel ettersendt per faks. Eventuelt vil også sykehuset etterlyse denne dokumentasjonen. Ved planlagte innleggelser er dette et mindre problem.

Sett fra sykehuset sitt ståsted, er det viktig at det følger god dokumentasjon med pasienten. I følge en informant, etterlyses det også mer informasjon om bakgrunnen for hendelsesforløpet i de akutte situasjonene:

”Da kan de i det minste skrive noen fraser om hva som er skjedd, og at vi ikke bare får inn at det er en elendig situasjon i hjemmet, punktum. Det er for lite. De kunne skrevet litt mer om hva som er skjedd og hva utviklinga er.”

Når sykehuset mangler informasjon, er det vanlig at de tar kontakt med kommunen per telefon.

En annen problemstilling er at opplysningene som sendes med pasienten, er feil. Dette gjelder i første rekke medisinlistene, dvs. at det er påført feil medisiner eller feil dossering av medisiner. Disse erfaringene har de både på sykehuset og i kommunen, noe som tyder på at feilkilden kan oppstå flere steder. Siden vi her omtaler innskrivingsprosedyrene, tar vi utgangspunkt i feilkildene som vi har fått opplyst kan oppstå ute i kommunene. I utgangspunktet er det fastlegen som skal ha den oppdaterte medisinlista. Samtidig vil de pasientene som er hjemme, ha en egen medisinliste. Men i følge enkelte informanter, hender det at denne ikke er oppdatert. Når pasienten sendes hjemmefra til sykehuset som øyeblikkelig hjelp, kan dermed en feilkilde være at pasienten får med seg en utdatert medisinliste til sykehuset. Selv om pasienten har en oppdatert medisinliste, men sitter med flere versjoner, kan det også være at det er en gammel versjon som kommer med. En annen forklaring kan være at fastlegen ikke rekker å oppdatere medisinlisten dersom det er en pasient som er mye ut og inn av sykehuset. I følge en informant, er det ofte slik at de i pleie- og omsorgssektoren får epikrisen først, dvs. før fastlegen. Siden det er fastlegen som formelt sett skal ha den sist oppdaterte listen, kan dette skape uklarhet mellom kommune og fastlege om hva som er den senest oppdaterte listen. Spesielt kan dette være et problem for pasienter som er mye ut og inn av sykehuset. I følge informanten er det derfor av og til slik at de i kommunen kommer med oppdatert liste til legen og ikke motsatt:

”Vi savner at den informasjonen vi får fra sykehuset også går til fastlegen, fordi vi er avhengig av fastlegen i forhold til medisiner. Vi kan ikke dele de ut uten at det kommer fra en lege. Når det er vi som først får beskjed fra sykehuset, så er det vi som må gi legen beskjed, og legen skal igjen gi oss en formelt godkjent medisinliste. ... Formelt kan vi ikke det [gi medisiner på bakgrunn av medisinlisten fra sykehuset]. Men det er det som blir praksis. Men da må vi sørge for å gi legen beskjed om det her.”

En annen informant viser også til at tilsynslegen må oppdatere medisinlisa både på sykehjemmet og på eget kontor som følge av at lege og kommunen ikke har samme datasystem. Det betyr at de justeringer av medisinlista som skjer i sykehjemmets system av tilsynslegen, legges inn på nytt i legens eget system. Dersom ikke dette gjøres umiddelbart, er det en fare for at det finnes ulike lister på sykehjemmet og på legekantoret. Vi skal heller ikke se bort i fra at det i en hektisk hverdag kan være at en slik oppdatering kan bli glemt.

Utskriving av pasienter

Ved utskrivning av pasienter er det utarbeidet et system med meldeskjema som sendes fra sykehuset til kommunen. Dersom sykehuset ser at det vil være et oppfølgingsbehov i kommunen etter behandling ved sykehuset, skal meldeskjema 1 sendes til kommunen etter at pasienten har kommet inn på sykehuset. Formålet med dette er å informere kommunen som dermed kan planlegge for en mottakelse enten av hjemmetjenesten eller sykehjemmet. Meldeskjema 2 skal sendes når pasienten er klar for utskrivning. Her vil det fremgå hva pasienten er behandlet for, om problemstillingen er avklart og eventuelt behov for oppfølging. I tillegg til de nevnte meldeskjemaene, skal sykehuset ved utskrivninger også sende med epikrise og medisinliste til kommunen/fastlegen.

Denne formelle kommunikasjonen mellom sykehuset og kommunen blir i stor grad supplert med uformell telefonisk kontakt. En forklaring på dette er at den skriftlige informasjonsflyten ofte går senere enn pasientflyten. Dette kommer først og fremst til uttrykk gjennom erfaringer med at epikrisene kommer lenge etter at pasienten er utskrevet. Inntrykket er at dette er gjennomgående uavhengig hvem vi snakker med. Samtidig finner vi også tilsvarende problemer med meldeskjemaene som sykehuset skal sende ut. Riktignok er inntrykket at dette systemet fungerer langt bed-

re enn systemet med epikrisene, men samtidig rapporteres det også om at meldeskjemaene kan komme for sent eller at meldeskjema kommer uten at pasienten kommer. En informant viser også til at sykehuset mer og mer har gått over til å ringe fremfor å sende meldeskjema.

Enkelte viser også til at informasjonen ofte ikke kommer i det hele tatt. På spørsmål til en sykehusansatt om de alltid sender med informasjon til kommunen, svarer denne:

”Nei det kan jeg ikke si. Det glipper. ... Det kan være forglemmelse, travelhet, stress og pasienter som ikke gidder å vente. Det kan også være noen som kommer og henter en pasient, men at ingen sjekker at de har fått med seg alt.”

I følge ansatte i kommunen vil dette ha implikasjoner i forhold til oppfølgingen av pasienten. Gjennomgående er det da slik at de ringer tilbake til sykehuset og innhenter informasjon muntlig. De fleste rapporterer at dette er uproblematisk. Samtidig påpekes det at man – i det minste i forhold til sykehuset i Skien – bør ta kontakt så raskt som mulig. Bakgrunnen for dette er at dersom det går for lang tid, vil dokumentasjonen bli arkivert og vanskeligere å oppdrive.

”Hvis vi ringer med en gang pasienten kommer hjem, så får vi som regel det vi ber om. Hvis det går 2-3 dager, så blir det vanskeligere å finne tilbake igjen. Det har sammenheng med at når pasienten skrives ut, så går papirene tilbake til arkiv og da er det vanskelig å finne igjen opplysningene.”

Som nevnt over, er det også et problem med mangelfulle medisinlister ved uskriving av pasienter. Inntrykket er at dette kan skje relativt ofte og at man derfor i kommunene har innarbeidet mer eller mindre faste rutiner for å kontrollere medisinlistene. I følge en informant foregår dette dels ved å sammenligne med tidligere medisinlister og dels i form av sunn fornuft. Er det mistanke om at det er feil i medisinlistene, kontaktes sykehuset.

Vi var ovenfor inne på ulike forhold i kommunene som kunne være kilde til feil i medisinlistene. I følge informanter kan feilkildene også ligge på sykehuset. En informant viser til at det rett og slett kan være feil som følge av slurv eller unøyaktigheter når medisinlistene skrives inn på data. En annen viser til at feilkilden kan være at taleregistratoren som benyttes for å registrere inn medisinlisten, kan tolke innlesningen feil. En tredje informant (på sykehuset) peker på at det også kan skje

menneskelige feil. Samtidig viser informanten til at det kan skje feil når pasienten har fått multidoser (ferdigpakkede medisiner) for en lengre periode, og når sykehuset innenfor denne perioden bestemmer seg for å seponere enkelte medisiner:

”Så har vi nå det med multidose. ... Du får for en måned av gangen. ... Hvis du da legges inn på sykehuset midt i måneden og du forandrer på medisinen, så blir det avvik der.”

I alle de tre kommunene har de tiltaks-/inntaksmøter som behandler pasienter som kommer fra sykehuset, pasienter som søker om sykehjemsplass/omsorgsbolig og pasienter som flyttes mellom ulike avdelinger. I alle tre kommunene holdes dette møtet en gang i uken. I prinsippet skal alle saker innom dette møtet, også de sakene som kommunen får meldeskjema om fra sykehuset. I praksis er det imidlertid først og fremst nye pasienter som kommer fra sykehuset, som behandles her (i tillegg til interne flyttinger i kommunen). Pasienter som har bistand fra hjemmetjenesten, går gjerne utenfor dette systemet og direkte mellom sykehus og den aktuelle avdelingen. Det innebærer også at det skjer mye uformell informasjonsflyt fra sykehus til kommune, direkte til tjenestenivået:

”Med de korte oppholda som er på sykehuset, så er det ofte hjemmetjenesten som blir involvert. Da tar sykehuset gjerne kontakt [via telefon] direkte med hjemmetjenesten og informerer om at NN kommer i morgen og hva som er siste nytt med den og den pasienten, for eksempel at han trenger hjelp til det og det. Det skjer veldig fort. ... Det skjer veldig mye utenom den type kommunikasjon som foregår i inntaksmøtet.”

Uformell kommunikasjon

Vi har sett at mye av kommunikasjonen mellom kommune og sykehus foregår uformelt via personlige samtaler. Den uformelle kommunikasjonen foregår i all hovedsak via telefon mellom kommune og sykehus. Det foregår også såpass ofte at det til en viss grad er formalisert, i den forstand at man oppretter lister med kontaktpersoner. På den ene siden er dette et gode i den forstand at det bidrar til god informasjonsflyt. Samtidig er det også slik at enhver svikt i det formelle systemet medfører økt bruk av det uformelle og dermed også at det går mye tid innenfor de uformelle kanalene.

Hvor godt det uformelle systemet fungerer, avhenger også av hvordan det er organisert i kommunene. I en av de tre kommunene hadde man inntil nylig en ordning hvor kommunen kun skulle ha ett kontaktpunkt. Denne funksjonen ble lagt til enhetslederen, hvilket innebar at alle henvendelser fra sykehuset skulle gå via denne. Formålet var å få til en bedre koordinering av alle henvendelsene fra sykehuset. Problemet med en slik ordning var imidlertid at dette kontaktpunktet ble for lite tilgjengelig (overbelastet), og det ble derfor vanskelig for sykehuset å få informasjonsflyt via denne kontakten. I de to øvrige kommunene har kontaktpunktene vært lagt til tjenestenivået. Dette letter tilgjengeligheten for sykehuset, men skaper samtidig et større behov for å koordinere den uformelle kommunikasjonen internt i kommunen. Bl.a. kan det oppstå situasjoner hvor sykehusets kontakt i kommunen ikke har tilstrekkelig myndighet til å fatte beslutninger, beslutninger som gjerne må tas raskt. Det siste gjelder spesielt i tilfeller ved uskriving av pasienter fra sykehus.

3.3 Pasientflyt

I denne delen har vi sett på en annen side ved samhandlingen, nemlig pasientflyten. Foruten selve samhandlingsprosedyrene, dreier samhandlingen seg også om flyt av pasienter mellom systemene og allokering av pasienter til de tjenester hvor det er mest hensiktsmessig eller planlagt. I følge våre kilder fungerer imidlertid pasientflyten ikke alltid like optimalt. Det er spesielt tre svakheter ved systemet som trekkes frem:

- Det er for stor tilflyt av pasienter fra kommune til sykehus
- Sykehusene skriver pasienter ut for tidlig
- Pasienter blir liggende på sykehuset fordi kommunene ikke har adekvat tilbud

Det første punktet dreier seg således om pasientflyt til sykehuset, mens de to siste dreier seg om pasientflyt fra sykehuset til kommunene.

3.3.1 Pasientflyt til sykehus

Vi kan skille mellom fire typer henvisninger til sykehuset. Den viktigste og kanskje vanligst er de *udiskutable henvisningene* som innebærer at det er et klart og udiskutabelt behandlingsbehov hos pasienten. En annen type henvisninger dreier seg om

at pasienten *opplever utrygghet* uten at det nødvendigvis er noe behov for medisinsk behandling, i det minste ikke ved sykehuset. En tredje type henvisninger kan dreie seg om situasjoner der det er mangel på kompetanse eller *usikkerhet blant pleierne* i kommunen. En fjerde type er henvisninger har bakgrunn i *mangel på kapasitet* eller sengeplasser i kommunen. Generelt er inntrykket at pasientflyten i all hovedsak er av den første typen og således uproblematisk. De tre sistnevnte er derimot noe mer problematiske i den forstand at det kan være diskutabelt om de er nødvendige. I den grad vi kan si at disse henvisningene er unødvendige, så vil de medføre transaksjonskostnader for systemet som helhet.

Flere informanter fra kommunen peker på at det ofte vil være *pasientens opplevelse av usikkerhet* som utløser en henvisning til sykehuset. Alternativt kan innleggelser av denne typen være initiert av pårørende som opplever utrygghet. Inntrykket er at dette som regel dreier seg om personer med kroniske lidelser som har hjelp fra hjemmetjenesten, og som er mye ut og inn av sykehuset. Videre kjennetegnes denne typen innleggelser av at det er den enkelte pasient selv som tar initiativ til å bli innlagt, eventuelt sammen med pårørende. Dette kan for eksempel bety at dersom legen har besluttet at innleggelse ikke er nødvendig, kan pasienten selv (eller pårørende) ta initiativ til å bli innlagt ved å ringe nødnummeret.

Vi skal her være forsiktige med å betrakte denne typen innleggelser som unødvendige i absolutt forstand. Det vi derimot kan si, er at de representerer grensetilfeller siden det her hersker en viss uenighet mellom lege og pasient om innleggelsen faktisk er nødvendig. I følge en innformant ved sykehuset, kan nemlig det å bli innlagt på sykehuset i seg selv virke dempende på pasientens usikkerhet:

”Det er sjeldent, men jo nærmere sykehussenga du kommer, jo friskere blir du jo. Den som ringer 113 har ett sykdomsbilde, så får de litt ro på legevakta, ... og når du kommer på sykehuset, så har de roet seg fordi da vet du at du er i trygge hender. ... Det som vi noen ganger opplever som unødvendig, oppleves ikke nødvendigvis som unødvendig ute i kommunene. ... Men noen ganger tenker vi vel at dette kanskje ikke var helt nødvendig, men så er det også spørsmål om en sønn eller datter har stått bak og presset knallhardt på. Det har de nok noen ganger.”

Siden vi her snakker om grensetilfeller, og det ikke foretas noen behandling ved sykehuset ut over det å gjøre pasienten tryggere, kan vi også stille spørsmål om dette er en funksjon som like godt kunne blitt ivaretatt av kommunen. I følge flere in-

formanter ligger det et fullt mulig å redusere henvisningene til sykehuset ved å skape større trygghet blant brukere av hjemmetjenesten. I følge en informant dreier dette seg om å snakke med de berørte og komme tidlig i gang med aktuelle tjenester som trygghetsalarm, hjemmebesøk osv. Andre viser også til at korttidsavdelinger er godt egnet for å dempe usikkerhet blant brukere. I dette ligger det da at en korttidsavdeling med pleiere og tilsynslege vil ha den samme beroligende virkningen som sykehuset. En informant peker også på at man faktisk kan øke angsten ved en sykehusinnleggelse, og at angsten dempes best i måten man opptrer overfor pasienten:

”Hvis du bestiller sykebil, så øker bare angsten. Det dreier seg også om hvordan de som møter pasienten hjemme opptrer. Hvis de bestiller sykebil, så kan de få inntrykk av at da er det i hvert fall noe virkelig galt.”

Det er også verdt å nevne her at flere informanter opplever at det store presset for å få innlagt en bruker, først og fremst kommer fra de pårørende. Samtidig er inntrykket at man i enkelte tilfeller også kan gi etter for slikt press.

Henvisninger som har bakgrunn i *usikkerhet eller mangel på kompetanse hos pleierne* i kommunen, representerer også en type henvisninger som befinner seg i gråsonen. Mens henvisninger som følge av utrygge pasienter dreide seg om forholdet mellom pasient og lokal lege/pleiere, har denne typen henvisninger bakgrunn i forholdet mellom pleiere i kommunen og sykehusansatte. Utgangspunktet her er den faglige usikkerhet som pleierne i kommunene opplever og de forventninger sykehuset har til kommunene. Den klassiske historien som går igjen her, er pasienter som henvises til sykehuset for intravenøs behandling:

”Sykehuset i Skien var så veldig skuffa husker jeg når vi sendte en pasient ned for å få antibiotika intravenøst. Da var de veldig sjokkert over at vi ikke hadde det her. Det regnet de med siden [kommune] hadde det.”

Som følge av at det er satt i gang et opplæringsprosjekt i intravenøs behandling i regi av Sykehuset Telemark, synes det som at alle de tre kommunene per i dag er i ferd med å opparbeide seg denne kompetansen.

Problemet trenger imidlertid ikke utelukkende være at kommunen ikke har den nødvendige kompetanse, men også at den aktuelle sykepleiekompetansen ikke er tilgjengelig når behovet melder seg. Dette henger igjen sammen med vaktordninge-

ne, og at det ikke alltid er en sykepleier tilgjengelig på alle avdelinger. I følge flere informanter er det også vanskelig å håndtere intravenøs behandling dersom sykepleieren kun er tilgjengelig som bakvakt.

Eksemplet med intravenøs behandling er ikke det eneste. Generelt kan vi si at innleggelser kan initieres på bakgrunn av at man i kommunene er usikker på flere typer oppgaver som faller inn under sykepleiernes fagområde, men som pleierne får liten praksis med. Ulike informanter nevner i den forbindelse håndtering av teknisk utstyr som for eksempel smertepumper, regulere diabetespasienter (innstilling av insulin), gi sondeernæring, blodoverføring, medikamentjustering, dehydrering, håndtering av obstipasjon og innsetting av kateter. Selv om det er tilsynslegen eller fastlegen som legger inn en pasient, innebærer kompetansemangelen at legen i praksis vil måtte vurdere behovet for innleggelse i lys av hva kommunen har av kompetanse og tilgjengelig pleiepersonell.

En variant av situasjoner med mangelfull kompetanse, kan være situasjoner hvor det er usikkert hva som feiler pasienten, og der man i kommunen har ønske om en mer grundig avklaring eller diagnose. I slike tilfeller kan det også oppstå uenighet mellom kommune og tilsynslege/fastlege om nødvendigheten av en innleggelse:

”Dersom vi skal gjøre en god jobb, så må vi vite noe om tilstanden vedkommende. Det må bli stilt en form for diagnose. Dersom både vi og fastlegen er usikre, så vil vi gjerne ...[henvise til sykehus], men så kan fastlegen kanskje hevde at det er omsorg og trygghet de trenger, og at det blir bra med væske og mat. Men vi vil kanskje ha de utredet i forhold til demens og andre ting. Jeg tror legene blir kikket litt i kortene i forhold til hvem de henviser også.”

Til slutt kan vi også nevne et forhold som i følge en informant fra sykehuset, dreier seg om usikkerhet innenfor den kommunale pleie- og omsorgstjenesten, herunder også legene, i forhold til å avslutte behandling. I følge en informant fra sykehuset, er det nemlig en del henvisninger av pasienter i terminalfasen som legges inn for intravenøs antibiotikabehandling. I følge informanten, kan en slik innleggelse i enkelte tilfeller dreie seg om at man ikke tørr å snakke med pasientene og familie om det å avslutte behandlingen:

”Hvis du nå får en alvorlig infeksjon, skal du da behandles eller skal få lov til å dø. Det er ikke noe kjekt å dø et halvt år etter innleggelse på sykehus med

kateter i alle kroppsåpninger, med piping og alarmer, og uten de nærmeste rundt deg.”

Den siste typen av innleggelse har bakgrunn i at *kommunen ikke har tilstrekkelig pleie- eller sengekapasitet*. Dette faller således inn under det vi kan kalle skyveproblematikk, dvs. at kommunen overfører oppgaver til sykehuset av kapasitetsmessige årsaker, noe følgende sitat illustrerer:

”Overføringen fra kommunen til sykehus er legestyrt og vi legger aldri noen inn. Men der også kan vi ha diskusjoner. I noen tilfeller kan legen hevde at det er et kommunalt ansvar som vi her skal håndtere. Han kan si: ’Vi kan ikke legge noen inn fordi dere ikke har kapasitet’. Vi har hatt noen sånne diskusjoner. ... Men som regel er vi enige.”

Det er i følge informantene vi har vært i kontakt med, to hovedårsaker til at det kan oppstå sykehusinnleggelser som følge av kapasitetsmangel. Den ene har bakgrunn i manglende sengekapasitet på sykehjemmene eller i korttidsavdelinger. Den andre har bakgrunn i at det er mangel på personalressurser til å utføre visse oppgaver, spesielt forebyggende virksomhet eller rehabilitering.

I alle tre kommunene har de korttidsavdelinger hvor det i mer eller mindre grad oppleves å være et problem at sengene blir fylt med langtidspasienter. Dette kan således bidra til at det blir vanskelig å ivareta en del funksjoner som kommunen ellers kunne utført. I følge informanter vil slike korttidsopphold for eksempel være for å avlaste pårørende. Andre funksjoner som nevnes, er justering av medisiner, stabilisering av blodsukker, håndtering av lungebetennelser eller generelt gi pasienter økt trygghet. I følge en informant dreier dette seg også om at man sender pasienter med generelt dårlig allmenntilstand til sykehuset, noe man ellers kunne håndtert på en korttidsavdeling i kommunen:

”Av og til sender vi dem på sykehuset pga dårlig allmenntilstand, dehydrerte, mangel på mat, noe vi kunne observere her dersom de kunne kommet inn på korttidsavdelingen. Der kunne de fått ernæring.”

Mangel på personalressurser oppleves i størst grad å være et problem i forhold til det forebyggende arbeidet. I følge flere informanter resulterer dette på sikt i sykehusinnleggelser. Spesielt vektlegges det i hjemmesykepleien at tilrettelegging i bolig,

fysisk trening og ernæring, er oppgaver som man normalt har liten tid til, men som lett fører til sykehusinnleggelse dersom dette ikke ivaretas:

”Nei trening har vi ikke tid til å drive med, men det kan hende vi forsøker å få de til å gå på toalettet fremfor å bruke rullestolen. Men det er mye kjappere for meg å rulle de dit.”

I tillegg er det også flere som viser til at ensomhet og mangel på sosial omgang raskt bidrar til at eldre forfaller og raskt blir syke. Ut over dette oppleves det også å være mangel på fysioterapeuter som kan trene opp pasienter etter brudd eller slag. Uten slik opptrening hevdes det at pasientene generelt får en dårligere helsesituasjon enn de ellers ville hatt.

3.3.2 For tidlig utskriving av pasienter

Enkelte informanter i kommunene gir uttrykk for at pasienter av og til blir skrevet ut for tidlig fra sykehus. Disse erfaringene finner vi i størst grad innenfor hjemmetjenesten. Dette må igjen ses i sammenheng med at de her ikke har muligheten for den samme tette oppfølgingen som de har på sykehjemmet. I følge en informant fra hjemmetjenesten kan en person fungere rimelig godt i en institusjon, men ikke like godt hjemme:

”En pasient kan jo fungere noenlunde på en sykehusavdeling hvor du har tett oppfølging og legetilsyn, men når du blir sluppet ut i løse lufta hjem, så er det hjemmetjenesten som skal overta. ... Da kan det hende at pasienten får en nedtur fordi opplysningene ikke stemmer med fakta, og de klarer ikke så mye hjemme som de gjorde på sykehuset fordi det ikke er så godt tilrettelagt i mange hjem som det er på sykehuset.”

En informant fra et sykehjem uttrykker på sin side at det er godt tilrettelagt på sykehjemmet, men at det kan være sykepleiekapasiteten som er flaskehalsen når vi pasienter skrives tidlig ut fra sykehuset:

”Det er for så vidt greit sånn som det er. Vi har kapasitet til å ta oss av dem og plasser står ledige til dem. De har jo sitt rom. Det går stort sett bra. ... Du kan si at hvis de må ha intravenøs antibiotika eller væskebehandling, da må vi ha sykepleier på vakt. Det er det som er problemet ... det er ikke nok sykepleiere.”

De to sitatene illustrerer således at mye av problematikken dreier seg om at sykehuset skriver ut pasienter med den forståelsen at det er et godt bemannet sykehjem eller en korttidsavdeling som skal ta imot, mens sykehjemmene som regel er fulle og knapt bemannet, og hjemmetjenesten blir det eneste alternativet.

Dette innebærer også at forståelsen av begrepet ”utskrivingsklar” kan tolkes noe forskjellig på sykehus og i kommunene. En utskrivingsklar pasient i hjemmetjenesten er i prinsippet en som kan klare seg selv (med hjelp). En utskrivingsklar pasient til sjukehjemmet, er en som ikke trenger komplisert behandling og som har et avklart sykdomsforhold. En utskrivingsklar pasient på sykehuset er derimot en som nærmest etter bestilling, har fått utført den aktuelle behandlingen og som er klar for oppfølgende behandling i kommunen (for eksempel intravenøs væske- eller antibiotikabehandling):

”Så når vi anser pasienten som ferdigbehandlet, dvs. at alt som trengs i sykehus har blitt gjort ... da skriver vi at pasienten har fått behandling og er nå i en slik tilstand at behandling kan gjøres utenfor sykehus.”

Med andre ord finnes det ikke en omforent forståelse av hva en utskrivingsklar pasient er. Selv om det nok også innrømmes fra sykehusets side at det unntaksvis kan skje feilvurderinger, har sykehuset åpenbart visse forventinger til mottaksapparatet i kommunene, noe kommunene ikke alltid er i stand til å leve opp til.

Fra kommunens side som ofte vil måtte tilby en oppfølging i hjemmesykepleien, oppleves dette noe annerledes. Her skinner det tydelig gjennom at vurderingen av om pasienten er utskrivingsklar, ses i lys av den situasjonen pasienten har i hjemmet, til forskjell fra situasjonen på sykehuset. Det betyr at pasienten kan være utskrivingsklar sett fra sykehusets side, men ikke utskrivingsklar sett i lys av den situasjonen pasienten har hjemme:

”Selv om vi ikke har mulighet til å ta avgjørelser i forhold til om de er utskrivingsklare, ... så kjenner vi brukeren i det hjemmet de skal tilbake til, på en annen måte enn det de gjør på sykehuset”.

Videre påpekes det at man ofte må tilrettelegge i hjemmet eller skaffe hjelpemidler, noe som kan være vanskelig innenfor den korte tidshorizonten sykehusene opererer med. Konsekvensen er at man i hjemmetjenesten opplever å få mange syke hjem til omgivelser som ikke er egnet for det eller som er for dårlig tilrettelagt.

3.3.3 Pasienter som blir liggende på sykehus

Det er ikke slik at sykehuset skriver ut pasienter for enhver pris selv om de vurderes som utskrivingsklar. I praksis gir sykehuset og legene anbefalinger som også baserer seg på det oppfølgingstilbudet kommunene er i stand til å gi. Dersom kommunen ikke er i stand til å gi tilstrekkelig oppfølging, vil sykehuset likevel kunne avvente hjemsending av pasienter:

”Når vi ser at pasienten er utskrivingsklar, så er det kommunen som skal definere omsorgsnivået til pasienten. Men det som er underlig er at ... da spør kommunen om hvordan pasienten er i forhold til ernæring, aktivitet, hvile osv. Da kan jeg si at den er dement, vandrende, aggressiv, trenger hjelp til fullt stell ... Da kan de si at de ikke har plass. ... Da sier jeg at vi heller ikke har plass. Men da kan vedkommende i [kommunen] spørre om vi anser det som forsvarlig. Nei det gjør jeg ikke, sier jeg da. Da skriver ikke vi ut, og vi blir sittende med ansvaret.”

Sitatet illustrerer noe av dilemmaet som ligger i skjæringspunktet mellom det etiske faglige og det juridiske. Selv om informanten fra sykehuset oppfatter at de har en slags juridisk rett til å sende pasienten til kommunen fordi behandlingen er avsluttet, ser vi likevel at beslutningen til syvende og sist blir tatt på et etisk grunnlag. Konsekvensen er at pasienten blir liggende på sykehus selv om sykehuset oppfatter at det er kommunens plikt å ta ansvar.

Som det fremgår av sitatet over, er den vanligste begrunnelsen for at pasienter blir liggende på sykehus, at de ikke har sykehjemsplasser i kommunen. Det betyr at en pasient kan oppfattes å være utskrivingsklar til en sykehjemsplass, men ikke til eget hjem. Beslutningen om valg av tjenestetilbud er det samtidig kommunen som skal ta. Dersom kommunen tilbyr hjemmesykepleie, og sykehuset vurderer det annerledes, kan dermed konsekvensen kunne bli at pasienten blir liggende på sykehus:

”Enkelte ganger kunne de gjort de annerledes fordi de [pasientene] ville hatt det bedre på en sykehjemsplass enn hjemme. Men når det er uforsvarlig, så blir de heller liggende her [på sykehuset]. Nå har vi noen her som i hvert fall har ligget her i X uker som er ferdigbehandlet fra vår side, men som vi synes ikke er forsvarlig å sende ut [til hjem og hjemmesykepleie]. ... Hjemmesykepleien gjør nok en god jobb, men når det så vidt går rundt så kommer de til-

bake til oss etter 2-3 uker fordi de nok en gang ikke har fått i seg nok væske, mat eller at de har ramlet og slått seg.”

Spørsmålet om pasienten oppfattes som ferdigbehandlet, avhenger derfor av om det er til hjem eller til sykehjem. I det første tilfellet kan svare være nei og i det andre tilfellet ja. Selv om sykehuset ikke skal ta beslutninger på kommunens vegne, viser dette at de likevel løser dette dilemmaet ved å ta en beslutning, dvs. en beslutning om ikke å sende hjem pasienten.

Utfordringen i kommunene er at det er lite tilgjengelige sengeplasser på institusjonene. Kapasiteten innen hjemmetjenesten er derimot mer fleksibel, og dersom pasienten skal skrives ut på det tidspunktet sykehuset ønsker, er dette gjerne eneste alternativet. Sett fra kommunens side, vil det derfor i praksis være slik at en utskrivingsklar pasient er en som er utskrivingsklar til hjem, eventuelt med bistand fra hjemmesykepleier.

Samtidig er det også et inntrykk av at man oppfatter tilbudet i hjemmetjenesten noe forskjellig ved sykehuset og i kommunen, dvs. at man i kommunen kan oppfatte at dette tilbudet er tilstrekkelig, mens sykehuset ikke gjør det. Konsekvensen av dette kan være at man ber om at pasienten blir liggende noe lengre på sykehuset. I følge informanter fra kommunene, synes dette langt på vei å bli etterkommet. Ordningen med betaling for pasienter som blir liggende for lenge, synes heller ikke å bli praktisert. Enkelte informanter viser også til at ordningen heller ikke er sterk nok til at den har noen reell effekt.

3.3.4 Press fra pårørende

En av informantene vi siterte ovenfor, antydte at det også kunne være press fra pårørende som resulterte i en innleggelse ved sykehuset. I flere av intervjuene med de ansatte i kommunene gis det uttrykk for at det ofte er press fra pårørende i ulike sammenhenger, og at dette faktisk gjør at man fatter beslutninger som man ellers ikke ville gjort. Som nevnt, kan dette skje i forhold til innleggelse på sykehus. I andre sammenhenger kan det dreie seg om press i forhold til å få sykehjemsplass etter sykehusopphold. En informant uttrykker dette på følgende måte:

”Så presser de pårørende på sykehuset for at de skal gi plass, for ellers tar de ikke pasienten hjem. Men i det øyeblikket sykehuset gir de lovnader, så har vi

mistet alle muligheter for ... dersom spesialisthelsetjenesten har sagt at de trenger en plass, så er det vanskelig for oss å si at vi kan følge de opp hjemme.”

I følge informanten vanskeliggjør dette tilrettelegging av annet tilbud enn sykehjemsplass, fordi legene langt på vei har tatt beslutninger på vegne av kommunen. I følge den samme informanten har det også hendt at de har tatt inn pasienter på sykehjemmet som følge av at konfliktnivået har blitt så høyt og for å roe situasjonen. Pasientenes pårørende er sålede en viktig medspiller i forhold til pasientflyten mellom kommunen og sykehuset. Gjennomgående ser det ut til at dette presset på den ene siden medvirker til en økt strøm av sykehusinnleggelser og på den andre siden til en strøm mot sykehjemsplassene. Med andre ord virker dette i motsatt retning av de politiske intensjonene om å flytte oppgaver nedover mot kommunen og ut i hjemmetjenesten.

3.3.5 Bedre samordning

Ovenfor har vi vært inne på at kommunen og sykehuset kan være uenige om pasienten er utskrivingsklar eller ikke, og i den forbindelse også valg av tjenestetilbud når de kommer tilbake til kommunen. I tillegg har vi også sett at pårørende kan spille en stor rolle i denne prosessen. I kommunen opplever man derfor at dette presset utfordrer den generelle politikken om i størst grad å benytte hjemmetjenesten.

I minst en av de tre kommunene i Midt-Telemark har de derfor planer om å forbedre overføringene fra sykehus til kommune ved å komme tidligere inn i utskrivingsprosessen. En slik ordning har de allerede etablert i Notodden kommunen der kommuneansatte kommer på visitt til sykehuset en gang i uken for å komme tidligere inn i utskrivingsprosessen. Formålet med dette er å gjøre en kartlegging av hvem som ligger på sykehuset og hva slags tilbud de trenger når de kommer hjem. I følge en informant, bidrar dette til bedre gjensidig forståelse og til at kommunen blir bedre forberedt på pasienter som skrives ut.

Mye av de motsetningene som er mellom sykehus og kommune, dreier seg også om uklare ansvarsforhold i forhold til inn- og utskriving. I tillegg har vi sett at det foregår mye tidkrevende informasjonsutveksling i forbindelse med inn- og utskriving-

er. Det er derfor rimelig å anta at endring av oppgavefordelingen i betydning av at kommunen tar ansvar for flere oppgaver, vil bidra til mindre såkalte transaksjonskostnader mellom sykehus og kommune. En forutsetning for dette er imidlertid en styrking av kompetansen i kommunen, en styrket legekapasitet og ikke minst at man har korttidsavdelinger som kan benyttes som mottaksstasjon for utskrevne pasienter og til å hindre de innleggelsene som i dag kan betraktes som unødige.

3.4 Brukernes betraktninger

I dette avsnittet har vi belyst problemstillingene rundt samhandlingen mellom den kommunale pleie- og omsorgstjenesten og sykehuset i lys av et knippe brukeres ståsted. Det er spesielt tre temaer som berøres i avsnittet. Det ene dreier seg om tilgjengeligheten og kvaliteten på det kommunale tjenestetilbudet. Det andre dreier seg om prosessen i forhold til innleggelse på sykehus, nærmere bestemt tilgjengeligheten til sykehuset og portvokterne. Det tredje dreier seg om utskrivingsprosessen. Dette omfatter brukernes erfaringer med oppholde, hvor raskt man skrives ut og mottaksapparatet i kommunen.

Datagrunnlaget baserer seg på kvalitative intervjuer med åtte brukere av tjenestene i kommunen og ved sykehuset. De er alle over 65 år og består av både menn og kvinner. Informantenes helsesituasjon og diagnoser er varierende. På den ene siden har vi tynge kronikergrupper med flere sammensatte diagnoser, mye hjelpebehov og mye erfaring med sykehusinnleggelse. På den andre siden har vi de med enklere diagnoseproblematikk og mindre erfaring med sykehusene. Samtlige har mottatt tjenester fra hjemmesykepleien, alt fra en gang i uken til flere ganger daglig. Enkelte av informantene har også erfaring med kommunens korttidsavdelinger, og i ett tilfellet også en langtidsavdeling. De erfaringer som synspunkter som kommer frem, baserer seg imidlertid i hovedsak på pasientgrupper som legges inn på sykehuset hjemmefra.

Siden datagrunnlaget baserer seg på kvalitative intervjuer av et relativt fåtall pasienter, gir fremstillingen ikke nødvendigvis et representativt bilde. Formålet her er først og fremst å belyse noen problemstillinger rundt samhandlingen i lys av brukernes blikk. Det betyr at vi ikke kan si noe om hvor representative disse erfaringene er eller hvor utfyllende de er.

3.4.1 Det kommunale tjenestetilbudet

Gjennomgående er samtlige av informantene godt fornøyd med hjemmesykepleien og hjemmetjenesten for øvrig. Riktignok viser enkelte til uheldige episoder, men dette oppleves mer å være unntak enn regelen. Så å si samtlige informanter opplever også at de får den hjelpen de har behov for. Samtidig gir de fleste av informantene uttrykk for at de helst vil klare seg mest mulig selv. I den sammenheng viser også flere til at de har et stående tilbud om mer hjelp ved behov, noe de opplever å gi en viss trygghet. Langt på vei samsvarer inntrykket fra brukerintervjuene med det inntrykket vi har fra intervjuene med medarbeiderne i hjemmetjenesten, det vil si at medarbeiderne i hjemmesykepleien strekker det seg lagt for å etterkomme brukernes tjenestebehov.

3.4.2 Sykehusinnleggelser

Alle brukerinformantene har vært innlagt på sykehus. Hyppigheten varierer imidlertid. Noen har mange innleggelser og andre har kun erfaring med et par innleggelser. I de fleste tilfellene dreier det seg her om akutte innleggelser. Generelt oppleves innleggelsesprosessen som lite problematisk, bortsett fra hos enkelte kronikere. Det er to problemstillinger som går igjen hos disse. Den ene er prosessen med i det hele tatt å bli innlagt og den andre er valg av sykehus.

Gjennomgående er det de med mest omfattende kroniske lidelser som opplever at tilgjengeligheten til sykehuset er et problem. I prinsippet er det to portvoktere her: Lokal lege (enten fastlege eller legevakt) eller AMK-sentralen. I flere tilfeller viser det seg imidlertid å være hjemmesykepleien eller pleiere på sykehjem som er første kontakten og fungerer som pasientens hjelper eller advokat, enten i forhold til lokal lege eller AMK-sentralen.

”Jeg har fått beskjed om å bruke 113, men jeg bruker callingen til hjemmesykepleien også. Jeg vet ikke hvor mange ganger hjemmesykepleien har sagt at de ikke kan gjøre noe med meg her og at jeg er nødt til å dra på sykehuset. ... Så kan de ringe ned til ambulansen, og så kommer den med en gang.”

Det er imidlertid ikke alle innleggelser som skjer like akutt. Mye av innleggelsene skjer også via legevakta og fastlegen under kontortida:

”Da ringte jeg ned til legesentret dagen etter og fikk heldigvis snakket med fastlegen. Så sier hun at nå må jeg nødt til å dra på sykehus for da lå blodsukret på nesten 23. Nå må vi sende deg rett til sykehuset, for hjertet slår galt og pusten er gal, så hun ringte rett til Skien og da sa de at jeg kunne komme med en gang.”

Flere peker på at legene i kommunen er en sentral portvokter i forhold til sykehuset. Bl.a. viser den samme pasienten til en hendelse der den lokale legen ga uttrykk for at det ikke var nødvendig med innleggelse på sykehus, noe pasienten var sterkt uenig i. Etter gjentatte oppringninger til legevakta, ble pasienten likevel henvist til legen.

Sett fra enkelte brukeres ståsted oppleves det til tider som en kamp å bli innlagt på sykehus. I følge en kolspasient, er det kun hjerteproblemer som i prinsippet legitimerer innleggelse, ikke pusteproblemer. Samtidig er informanten av den oppfatning at disse tingene ikke kan ses på uavhengig av hverandre. Videre har informanten åpenbart fått ulik informasjon om sammenhengene mellom de ulike plagene. Sett fra pasientens ståsted, er det den informasjonen som vektlegger at pusteproblemene gir risiko for hjerteproblemer, som blir den mest gyldige, noe som dermed legitimerer sykehusinnleggelse. Problemet er således å definere hvorvidt informantens plager er et isolert pusteproblem, eller om det også er et hjerteproblem, eventuelt risiko for et hjerteproblem. Det er åpenbart at pasienten selv opplever de aktuelle hendelsene både som et puste- og hjerteproblem. I den grad det er hjemmesykepleieren som blir førstekontakten, synes det som at pasienten opplevelse vektlegges i den forstand at hjemmesykepleien bistår pasienten. Hos legene derimot kan det variere noe mer om opplevelsen godtas eller ikke. I enkelte tilfeller er det åpenbart slik at legen utelukkende ser at det er et pusteproblem, mens i andre tilfeller ser de at det både er et puste- og hjerteproblem.

Selv om vi ikke har mange eksempler der det oppstår motsetninger mellom helsepersonell (lege) og pasient, viser eksemplet over likevel at pasienten gjerne har en annen oppfatning enn portvokterne til sykehuset. Portvoktersystemet er imidlertid ikke vanntett. For det første, når legen sier nei, kan AMK være alternativet. For det andre, når første henvendelse blir negativ, kan man kanskje lykkes med den andre eller tredje henvendelsen til lege eller AMK. For det tredje kan hjemmesykepleien være en nyttig medspiller enten i forhold til legevakt eller AMK. Det er vanskelig å vurdere hvorvidt dette systemet resulterer i for mange innleggelser eller ikke, men i

følge informanter ved sykehuset, er dette tilfelle. Et spørsmål i den forbindelse er om kommunen med et utvidet tilbud, kan bidra til å redusere pasientstrømmen til sykehuset. Eksempelene her kan tyde på at et slikt kommunalt tilbud må være i stand til å gi tilsvarende trygghet til kroniske pasienter som det sykehusene gir i dag.

Den andre problemstillingen i forbindelse med innleggelse på sykehus, dreier seg om valg av sykehus. To av informantene viser til at de flere ganger har måttet argumentere med ambulansepersonellet om hvor de skal sendes, til sykehuset i Skien eller på Notodden. I alle tilfellene har det vært snakk om akutte innleggelser, hvilket betyr at ordningen med fritt sykehusvalg ikke gjelder. De to informantene har imidlertid selv sterke preferanser i forhold til hvert sitt sykehus. I begge tilfellene har det endt opp med diskusjoner med ambulansepersonalet og i enkelte tilfeller har pasienten fått gjennom viljen sin og i andre tilfeller ikke.

3.4.3 Opphold og utskriving

I intervjuene stilte vi spørsmål om erfaringene informantene hadde med sykehusoppholdene, både i forhold til hvordan de ble behandlet, varigheten på oppholdet og mottaksapparatet etter at de ble sendt ut.

Erfaringene med sykehuset varierer en god del mellom pasientene. Enkelte er godt fornøyd med sykehuset, mens andre har mindre gode erfaringer. Det er imidlertid vanskelig å finne noe systematikk i informantenes erfaringer. For eksempel er det ikke slik at erfaringene gjennomgående er bedre eller dårligere ved ett av sykehusene (Notodden og i Skien). Erfaringene synes heller ikke å ha sammenheng med noen bestemt situasjon eller diagnose. De gode og dårlige erfaringene synes derfor langt på vei å være avhengig av tilfeldigheter, dvs. at det avhenger av den aktuelle situasjonen på sykehuset (kapasitet, bemanning), tilfeldig kommunikasjonssvikt og/eller holdninger hos legene pasienten møter. Her må det imidlertid understrekes at vi har et lite antall informanter. Med et større antall informanter er det ikke usannsynlig at vi ville funnet mer systematiske variasjoner i brukernes erfaringer.

Et gjennomgående trekk i informantenes sykehushistorier er at oppholdene er relativt korte. Dette samsvarer også med den generelle utviklingen som viser at sykehusoppholdene har blitt kortere i løpet av de senere årene (NOU 2003:1, SSBs pa-

sientstatistikk 2008). Informantenes oppfatninger av dette er blandet. Mens enkelte opplever dette som at de ikke får tilstrekkelig behandling eller oppfølging, er andre av den oppfatning at korte sykehusopphold er uproblematisk. Disse ulike oppfatningene kan trolig relateres til det mottaksapparatet kommunen har for pasienter som skrives ut, nærmere bestemt kapasiteten ved korttidsavdelingene.

I en av kommunene er det minst to informanter som gir klart uttrykk for at de har opplevd å bli skrevet ut for tidlig. Dette går da ut på at man enten ikke opplever å ha fått tilstrekkelig behandling og/eller at man ikke er frisk nok til å bli sendt hjem. På spørsmål om en av informantene har opplevd å bli skrevet ut for tidlig, svarer personen:

”Ja, men det gjelder ikke meg. Men jeg vet jo det ... det hører vi om. Jeg synes også kona ble sendt for tidlig tilbake. Det var før [høytid] og da skulle de ha alle ut før [høytiden]. Og jeg skulle ta imot henne hjemme, men jeg hadde ikke muligheter for hun satt i rullestol. Men på pleiehjemmet var det heller ikke plass, sa de. Nei vel, sa jeg, men hva skal jeg gjøre da. Du må bare prøve å ha henne hjemme, sa de på sykehuset.”

Det hører også med til historien at både informanten selv og sykehuset hadde tatt kontakt med kommunene for å finne en løsning, uten at det resulterte i at de fikk noe tilbud. I følge informanten, ble det etter hvert funnet en løsning, men da etter at informanten selv hadde klart å finne en midlertidig plass på en institusjon (i en annen kommune). Eksemplet illustrerer at dersom både sykehus og kommune har kapasitetsproblemer, kan pasienten eller pårørende havne i vanskelig gråsoner der de selv må ta ansvar.

En annen informant peker på noe av den samme problematikken, men da med bakgrunn i opplevelsen av å ikke være ferdigbehandlet. Pasienten er kroniker og har hatt mange akutte innleggelser på sykehuset. I følge informanten opplevdes den aktuelle situasjonen som utrygg, samtidig som at sykehuset hevdet at de enten hadde utført behandlingen eller at det ikke var noe å behandle:

”De sa bare at jeg ikke var så dårlig at jeg kunne være her på sykehuset. Det var det eneste svaret jeg fikk. Men hvordan skal jeg få puste da, sa jeg. For da blei jeg sinna. Nei, men du er jo ikke så ille i pusten da, sa de. Men da håper jeg at dere tar ansvar hvis det skjer noe. ... For jeg har nemlig fått den beskjeden at selv om jeg kommer på sykehuset, så er det ingen som kan hjelpe like-

vel. Da blir det som at jeg skal sitte her hjemme og dø uten å få hjelp. Da får jeg en sånn følelse.”

De to eksemplene dreier seg om ulike pasienter og diagnoser. De har imidlertid det til felles at de ikke opplever å klare seg hjemme eller at kommunen ikke har et tilstrekkelig mottaksapparat. Selv om de gir ros til hjemmetjenesten, gir begge uttrykk for å ha behov for en tettere oppfølging etter behandling på sykehuset. Den sistnevnte pasienten viser også til erfaringer med et annet sykehus i fylket der behandlingen ble fulgt av en lengre oppfølgingsperiode (3-4 dager) og som pasienten opplevde som langt tryggere:

”Det er det beste stede du kan bli lagt inn. For en sånn oppfølging har ikke jeg vært borti. ... Så sier overlegen at jeg må regne med at det blir et opphold på minst en uke, for vi må følge med på hvordan blodsukret går ned og hvordan hjerte slår. Pusten blei jo bedre, men det var pga hjerteslaga.”

Det hører også med til historiene at etter oppholdene på det sistnevnte sykehuset, opplevde informanten langt større trygghet enn etter det kortere oppholdet på det førstnevnte sykehuset.

Pasientene i de to nevnte eksemplene ovenfor, er begge bosatt i samme kommune. I en annen av de tre kommunene finner vi også en pasient med en kronisk lidelse som har erfaringer med korte sykehusopphold. Det interessante er imidlertid at denne pasienten ikke opplever tilsvarende utrygghet eller frustrasjon over utskrivningsprosessen. Informanten viser til at han etter et todagers opphold på sykehuset, ble overført til kommunens korttidsavdeling. På spørsmål om informanten synes han ble for tidlig utskrevet, svarer han:

”Nei da, når jeg viste at jeg kom ned her [korttidsavdelingen] så var det helt greit. Jeg var der i en 14 dagers tid. ... Jeg liker meg så godt der nede. Det er ikke noe problem. ... Jeg skulle jo gå på penicillinkur og det fikk jeg der nede. ... Når jeg ble skrevet ut så hadde jeg kviknet til såpass at det gikk greit å komme hjem igjen.”

Etter oppholdet på korttidsavdelingen fikk informanten hjemmesykepleie en gang i uken og opplevde at han klarte seg godt med dette. Den aktuelle informanten viser for øvrig til flere opphold på sykehuset der han har blitt raskt skrevet ut igjen etter behandling. Han gir imidlertid ikke inntrykk av at dette er problematisk og føler at

han blir godt ivaretatt på korttidsavdelingen. Det derfor nærliggende å knytte noe av forklaringen på de ulike erfaringene pasientene har med utskrivingsprosessen til de to kommunene, til kapasitet ved de to kommunenes korttidsavdelinger. Dette underbygges også av at en av informantene fra kommunen med kapasitetsproblemer på korttidsavdelingen, også godt kan se for seg et slikt tilbud, gitt at den riktige kompetansen var tilstede:

”Ja hvis de hadde hatt sykesøstere og leger der, så hadde jeg gladlig gått med på det jeg.”

Hovedproblemet synes å være følelsen av utrygghet og behovet for å være i nærheten av kompetent personell. Den trygghetsfølelsen som oppleves ved de lengre oppholdene på det ene sykehuset, kan vi dermed si kompenserer for kapasitetsmangelen ved korttidsavdelingen i kommunen.

En annen informant er også positiv til å få etterbehandling i kommunen, men viser også til at det bør være enkelt å komme tilbake til sykehuset ved behov, samt at pasienten selv bør ha en viss innflytelse over dette:

”Jeg ser jo poenget med dette her, at når du er veldig dårlig, så må vi til sykehuset, men så kan vi godt ligge på en slik enhet for at vi skal komme oss igjen. Men det kan jo også dukke opp ting igjen, og da må de være lydhøre for det, og for at man kan sende folk ned igjen [til sykehuset] dersom det er behov.”

En annen problematikk i forhold til utskrivingsprosessen er kommunikasjonen mellom kommune og sykehus. Ved relativt raske utskrivinger av pasienter, kan eksemplene under tyde på at pasienten sendes hjem uavhengig av om informasjon om pasienten er kommet frem til kommunen. I følge en informant var han godt fornøyd med selve sykehusoppholdet, men ble overrasket over hvor raskt han ble skrevet ut. Samtidig er inntrykket er at både pasient og mottaksapparat var rimelig uforberedt:

”Det var ingen som fortalte når jeg skulle hjem. Jeg satt på dagligrommet og så kom den ene sykesøstera i 150 og sier at jeg må komme. Hva er det nå, sa jeg. Vi skal inn å pakke for drosja står på utsiden og venter, sa hun. Det hadde ikke jeg hørt om. Jeg hadde jo hatt legevisitt tidligere på dagen og ingen hadde sagt noe da. Siden jeg bodde aleine, hadde jeg ikke sjanse til å klare meg hjemme. Så spurte jeg om noen hadde ringt hjemmesykepleien. Jeg er nødt til å ha hjelp, sa jeg. Det hadde de gjort, sa de. ... Når jeg kom hjem, var det ingen

her. Så jeg måtte ringe hjemmesykepleien selv. ... Etter hvert ordnet det seg og jeg fikk hjemmesykepleie tre ganger i døgnet.”

Historien viser at dårlige erfaringer med utskrivingsprosessen, nødvendigvis ikke bare dreier seg om kapasiteten i kommunenes mottaksapparat, men også kommunikasjonssvikten som kan oppstå mellom sykehus og kommunen. Selv om den aktuelle informanten for så vidt tilfreds med det tilbudet kommunen hadde (hjemmesykepleien), var det informanten selv som måtte ordne opp med hjemmesykepleien.

3.5 Kapasiteten i kommunene

Det er rimelig å anta at kommunenes kapasitet (plasser og bemanning) har betydning for samhandlingen med sykehuset. I dette avsnittet har vi derfor sammenlignet de tre kommunene med bakgrunn i tall fra KOSTRA om antall brukere av pleie- og omsorgstjenestene, plasser innenfor institusjoner og heldøgnsbemannede boliger, samt personalsituasjonen. I tillegg til å sammenligne de tre kommunene innbyrdes, har vi også sammenlignet med en gruppe kommuner med omtrent samme innbyggerstørrelse (4000-7000) og som befinner seg i Sør- eller Midt-Norge (71 kommuner).

Tabell 3.1 Beboere på institusjon eller mottakere av kjernetjenester per 1000 innbyggere i ulike aldersgrupper, 2008 og 2009.

	Nome		Bø		Sauherad		Andre	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009
Beboere på institusjon eller mottakere av kjernetjenester pr. 1000 innb i alt	79	77	48	51	44	48	57	61
Beboere på institusjon eller mottakere av kjernetjenester pr. 1000 innb. 0-66	47	43	16	20	9	10	21	25
Beboere på institusjon eller mottakere av kjernetjenester pr. 1000 innb. 67-79	135	134	98	93	101	120	108	117
Beboere på institusjon eller mottakere av kjernetjenester pr. 1000 innb. 80 år	424	433	456	456	478	500	524	528

Tabell 3.1 viser at Nome kommune har en større del av befolkningen som er innlemmet i pleie- og omsorgssektoren enn både Bø og Sauherad (første rad). Samtidig

har Bø og Sauherad en mindre andel brukere enn det vi finner i sammenligningskommunene. Noe av forklaringen på at Nome har flere brukere innlemmet i pleie- og omsorgstjenestene, er at det er flere yngre mottakere av tjeneseter i denne kommunen. Tar vi utgangspunkt i innbyggerne over 80 år, har Nome faktisk færre brukere enn både Bø og Sauherad (siste rad). I forhold til sammenligningskommunene har for øvrig alle de tre kommunene i Midt-Telemark en mindre andel av befolkningen over 80 år som mottakere av tjenester. Dette kan enten skyldes at innbyggernes helsesituasjon er bedre i de tre kommunene, eller at det er flere eldre her som ikke får tjenester de har behov for.

Tabell 3.2 Mottakere av kjernetjenester til hjemmeboende per 1000 innbygger, 2008 og 2009.

	Nome		Bø		Sauherad		Andre	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009
Mottakere av kjernetjenester til hjemmeboende pr. 1000 innbyggere	68	66	36	39	39	43	47	50
Mottakere av kjernetjenester til hjemmeboende, pr. 1000 innb. 0-66 år	46	43	15	20	9	9	20	24
Mottakere av kjernetjenester til hjemmeboende, pr. 1000 innb. 67-79 år	112	108	79	75	94	106	91	98
Mottakere av kjernetjenester til hjemmeboende, pr. 1000 innb. 80 år og over	290	308	292	288	409	432	385	385

Tabell 3.2 viser mottakere av kjernetjenester til hjemmeboende per 1000 innbyggere i de tre kommunene. Øverste rad viser for alle aldersgrupper, at det er i Nome at flest mottar disse tjenestene, også i forhold til sammenligningsgruppen. Kommunene Bø og Sauherad har på sin side færre mottakere enn sammenligningsgruppen. Noe av forklaringen på at så mange har denne typen tjenester i Nome, er igjen at det her er flere yngre som mottar tjenester, spesielt i gruppen 0-66 år. I Sauherad ser vi derimot at det er en spesielt stor andel av de over 80 år som mottar kjerne-tjenester til hjemmeboende, men samtidig også relativt lite til de i aldersgruppen 0-66 år. Sannsynligvis gjenspeiler dette en kombinasjon av at Sauherad har valgt å prioritere de eldre, og at man har satset mye på hjemmetjenesten.

Tabell 3.3 Institusjonsplasser og plasser i heldøgnsbemannet bolig, 2008 og 2009

	Nome		Bø		Sauherad		Andre	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009
Plasser i institusjon i prosent av mottakere av pleie- og omsorgstjenester	13,7	14,2	24,9	22,7	10,8	10	18	16,5
Plasser i institusjon i prosent av innbyggere 80 år over	17,0	17,2	21,6	21	8,6	8,5	18,4	18
Andel plasser i institusjon og heldøgnsbemannet bolig i prosent av bef. 80+	31	32	27	-	21	19	29,4	28,1

Tabell 3.3 viser hvor stor andel av mottakerne av pleie- og omsorgstjenester som har plass på institusjon (øverste rad). Vi ser at Bø skiller seg ut ved å ha flere plasser i forhold til de øvrige kommunene (herunder også sammenligningsgruppen), mens Nome og Sauherad har klart færre. Her må vi imidlertid ta hensyn til at Nome har flere tjenestemottakere enn i de øvrige to kommunene.

Den andre raden viser antall plasser i institusjon i forhold til innbyggere over 80 år. Her skiller også Bø seg ut ved å ha relativt mange institusjonsplasser. I Nome er også andelen relativt høy (på linje med sammenligningskommunene). Sauherad skiller seg imidlertid ut ved å ha få institusjonsplasser, noe som igjen sannsynligvis reflekterer en bevisst satsing på hjemmetjenesten i denne kommunen.

Når det gjelder dekningsgraden i forhold til institusjonsplasser og heldøgnsbemannede boliger, jevner forskjellene mellom kommunene seg ut. Da ser vi at det er Sauherad som først og fremst skiller seg ut ved å ha relativt lav dekning. For Nome og Bø sitt vedkommende betyr dette at dekningsgraden av heldøgnsbemannede plasser for de eldste ikke er dårligere enn det vi finner i andre tilsvarende kommuner, men at fordelingen mellom institusjonsplasser og heldøgnsbemannede boliger er litt ulik. Mens de i Bø har en stor del institusjonsplasser, er det mer heldøgnsbemannede boliger i Nome.

Dersom vi skal sammenfatte disse resultatene, ser vi at Nome kjennetegnes av at pleie- og omsorgstjenesten omfatter relativt mange av innbyggerne, både den eldre og relativt yngre delen av befolkningen. Det kan derfor se ut som at det er få institusjonsplasser i Nome, men tar vi utgangspunkt i andelen plasser i forhold til befolkningen i sin helhet, er nivået omtrent som for sammenligningskommunene.

Kommunene Bø og Sauherad er forholdsvis like i den forstand at de har få brukere (i forhold til befolkningen), noe som også gjenspeiler seg i at det er relativt få av innbyggerne som mottar hjemmetjenester. Samtidig har de to kommunene prioritert de eldste. Det som skiller de to kommunene fra hverandre, er at Bø har relativt mye institusjonsplasser. Til tross for at relativt få omfattes av tjenestene i Bø, har de derfor likevel en god dekning av et heldøgnsbemannet tilbud til de eldste, på nivå med sammenligningskommunene. Sauherad har på sin side noe lavere dekning av begge deler. Det kan derfor se ut som at kapasitetsutfordringene er størst i denne kommunen når det gjelder det heldøgnsbemannede tilbudet. Samtidig har vi sett at Sauherad har et relativt omfattende hjemmetjenestetilbud til den eldste delen av befolkningen. Det som dermed skiller Sauherad fra Bø, er at Sauherad i langt større grad ser ut til å ha satset på hjemmetjenester, mens Bø i større grad har basert sin tjeneste på institusjonsplasser. Men i begge kommunene er det færre som mottar pleie- og omsorgstjenester sammenlignet med både Nome og de øvrige sammenligningskommunene.

Tabell 3.4 Antall brukere per 1000 innbygger og årsverk innen brukerrettet pleie- og omsorgssektor, 2008 og 2009.

	Nome		Bø		Sauherad		Andre	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009
Årsverk i brukerrettet pleie- og omsorgstjenester	248	242	112	135	111	116	157	152
Antall årsverk i brukerrettede tjenester per 10 brukere	4,8	4,8	4,2	4,7	5,9	5,8	5,3	4,8

Tabell 3.4 viser antall årsverk innen brukerrettet pleie- og omsorgstjenestene for de tre kommunene. Vi ser her at Nome har klart flere årsverk enn de to øvrige kommunene, noe som dels gjenspeiler kommunestørrelsen, men også det at tjenestene i Nome omfatter relativt mange av innbyggerne. Ser vi på årsverkene i forhold til antall brukere, finner vi at både Nome og Bø ligger under (i 2008) eller på nivå med (i 2009) sammenligningskommunene, mens Sauherad ligger godt over. Dette viser med andre ord at kapasiteten målt i forhold til antall årsverk, er forholdsvis god i Sauherad, men dårligere i de to andre kommunene.

Tabell 3.5 Sammenligning av kapasiteten innen pleie- og omsorgssektoren i Nome, Bø og Sauherad

	Nome	Bø	Sauherad
Innbygger med pleie- og omsorgstilbudet	Mange	Få	Få
Fordeling på instit., heldøgnsbem. boliger og hjemmetj.	Blanding	Institusjoner	Hjemmetjeneste
Personaldekning	Middels/lav	Middels/lav	Høy

Tabell 3.5 sammenfatter resultatene fra tabellene over. Den viser at Nome preges av å tilby tjenester til relativt mange av kommunens innbyggere. Videre har de et blandet tilbud av institusjonsplasser, heldøgnsbemannede boliger og hjemmetjeneste. Vi finner også at Nome har omtrent samme personaldekning som gjennomsnittet i sammenligningskommunene (noe lavere i 2008). I Bø finner vi at pleie- og omsorgstilbudet omfatter relativt få innbyggere, de baserer seg i stor grad på institusjonsplasser, og har personaldekning på linje med sammenligningskommunene (lavere i 2008). I Sauherad er det også få av innbyggerne som mottar pleie- og omsorgstjenester, de har satset forholdsvis mye på hjemmetjenesten (også for de eldste), men har en relativt god personaldekning.

Av dette skulle vi tro at kapasitetsproblemen var minst i Nome og størst i Sauherad. Siden Nome har såpass mange brukere som benytter pleie- og omsorgstjenestene – selv om disse ser ut til å være tilknyttet hjemmetjenesten – så er det rimelig å anta det her er et mindre press (køer) på å få tilgang til tjenestene her enn i de øvrige to kommunene. Når det gjelder Sauherad, skulle vi i utgangspunktet tro at kombinasjonen av at relativt få innbyggere mottar tjenester med prioritering av hjemmetjenester, ville skape et kapasitetspress innenfor institusjonsplassene. Samtidig skal vi ikke se bort i fra at den relativt gode bemanningssituasjonen kan bidra til at hjemmetjenesten fungerer bedre her og dermed til å dempe det samlede presset på tjenestene.

3.6 Oppsummering

I dette kapitlet har vi tatt for oss erfaringene omkring samhandlingen mellom Helseforetaket Telemark og kommunene i Midt-Telemark. I hovedsak er erfaringene både i kommunene og ved sykehuset at samarbeidet fungerer rimelig godt. Samtidig viser vi i kapitlet at den formelle skriftlige kommunikasjonen svikter på flere områder. Dette innebærer i hovedsak at dokumentasjon kommer for seint, og at dokumentasjonen er mangelfull eller feil. Spesielt oppleves det å være mye feil på medisinalistene. Den formelle kommunikasjonen blir imidlertid supplert med mye uformell kommunikasjon per telefon. Med enkelte unntak ser dette ut til å fungere godt. Samtidig ser det også ut til at samhandlingen er avhengig av den mer tidskrevende og uformelle informasjonsflyten.

I kapitlet har vi også omtalt pasientflyten mellom kommunene og sykehuset. Det generelle inntrykket er at det foregår en del henvisninger til sykehuset som er i grenseland av hva som oppfattes å være nødvendig. Bakgrunnen for dette er dels mangel på kompetanse i kommunene, mangel på kapasitet og dels press fra pasientene selv eller pårørende. Sett fra sykehuset ståsted, oppleves det også at det kan være vanskelig å få skrevet ut ferdigbehandlede pasienter til kommunene. Noe av bakgrunnen for dette er at sykehusene forventer at kommunene har tilgjengelige sykehjemsplasser, noe kommunen sjeldent har. Det oppstår dermed et gap mellom sykehusets forventninger om at det finnes sykehjemsplasser og kommunens tilbud om hjemmesykepleie. Dette er også noe av bakgrunnen for at man i kommunene oppfatter at sykehuset skriver pasientene ut for tidlig.

Sett fra brukernes ståsted, er det spesielt tre problemstillinger som tas opp i kapitlet. Den ene dreier seg om kvaliteten på det kommunale tjenestetilbudet, hovedsakelig hjemmetjenesten, den andre om sykehusinnleggelse og den tredje om utskrivning fra sykehuset. I utgangspunktet forteller informantene at de er godt fornøyd med kommunens hjemmetjeneste og hjemmesykepleie. Generelt er også inntrykket at innleggelsesprosessen er uproblematisk, bortsett fra hos enkelte kronikere. I den sammenheng gir enkelte kronikere uttrykk for at det kan være vanskelig å få gehør for at det er nødvendig med innleggelse på sykehuset. Det er videre flere av informantene som har erfart at de blir sendt raskt eller for raskt ut av sykehuset. Mens noen opplever dette som problematisk i den forstand at de føler utrygghet når de skrives ut eller at de ikke er i stand til å klare seg hjemme, er det andre igjen som

opplever dette som mindre problematisk. I kapitlet antyder vi at dette kan ha å gjøre med den kapasiteten kommunene har til å ta imot pasienter på de respektive korttidsavdelingene. Samtidig gir også brukerne uttrykk for at etterbehandling ved en kommunal institusjon, kan være et godt alternativ til det å ha lengre opphold på sykehuset, gitt at kompetansen er tilstede og at det er lav terskel for å komme tilbake til sykehuset.

Tall fra Kostra kan også tyde på at kapasiteten i de tre kommunene i Midt-Telemark er noe dårligere enn i sammenlignbare kommuner. Dette kommer først og fremst til uttrykk ved at det er færre av de eldste innbyggerne som mottar pleie- og omsorgstjenester i Midt-Telemark sammenlignet med andre tilsvarende kommuner. I tillegg ser vi også at Sauherad kommune har relativt få institusjonsplasser og/eller heldøgnsbemannede boliger. Selv om vi her finner at både Bø og Nome har like god kapasitet som sammenligningskommunene, betyr ikke dette nødvendigvis at kapasiteten er god nok i forhold til å håndtere en situasjon der pasienter skrives raskere ut fra sykehus. Videre er det ikke nødvendigvis slik at det er den samlede kapasiteten som betyr mest. Vel så viktig synes det å være at kommunen har en operativ korttidsavdeling som har kapasitet til å ta imot de uskrevne pasientene, i kombinasjon med en velfungerende hjemmetjeneste.

4. Desentralisering og interkommunalt samarbeid

Et av de sentrale virkemidlene i samhandlingsreformen er desentralisering av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til den kommunale pleie- og omsorgssektoren. I den forbindelse vil et av de store spørsmålene være hvordan kommunene skal kunne ivareta disse oppgavene. I dette kapitlet har vi presentert noen generelle betraktninger om desentralisering av oppgaver sett i lys av dagens kommunestruktur og de mulighetene som ligger innenfor ulike interkommunale løsninger. Argumentet er at jo flere oppgaver som desentraliseres, desto mer avhengig vil kommunene være av å inngå i interkommunale samarbeid. Sagt på en annen måte, jo mer interkommunalt samarbeid, desto flere oppgaver er det mulig å legge til kommunenivået.

4.1 To hovedmodeller

I denne delen har vi presentert noen generelle betraktninger omkring desentralisering av oppgaver fra sykehus til kommunenivået. Som et utgangspunkt kan vi her se for oss følgende to modeller:

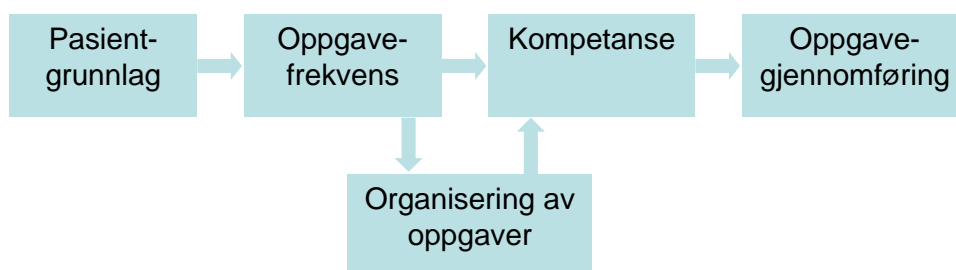
1. Desentralisering av oppgaver innenfor dagens kommuneinndeling
2. Desentralisering og omfordeling av oppgaver innenfor et interkommunalt samarbeid

Den første modellen tar utgangspunkt i dagens kommunestruktur. Her ser vi for oss desentralisering av oppgaver innenfor eksisterende kommunale grenser og tjenesteområder. For eksempel kan dette dreie seg om å styrke kommunale korttids-plasser med økte sykepleierressurser, styrke rehabiliteringstjenestene eller andre oppgaver som kan utføres innenfor dagens kommuneinndeling. Kommunestørrelsen, bemanning og kompetansen i den kommunale pleie- og omsorgssektoren vil således representere en begrensning i forhold til hvor langt man kan gå innenfor en slik modell.

Den andre modellen dreier seg om desentralisering av oppgaver med grunnlag i en større interkommunal geografisk enhet. Dette åpner således for en arbeidsdeling og spesialisering ut over det som er mulig innenfor dagens kommunegrenser. Dette kan for eksempel dreie seg om å sentralisere spesielle oppgaver innenfor det interkommunale geografiske området. En annen variant kan være å etablere en arbeidsdeling mellom kommunen i den forstand at de deltakende kommunene tar ansvar for hver sine spesialiteter, men da med nedslagsfelt i hele det geografiske området. Begge disse variantene åpner således for at flere oppgaver kan desentraliseres siden hver spesialenhet vil ha et større befolkningsgrunnlag enn det kommunene ville hatt hver for seg.

De to modellene utelukker ikke hverandre. Tvert imot kan man tenke seg de to modellene som en tostegsstrategi der den første danner grunnlaget for utviklingen av den andre. Samtidig er det heller ingenting i veien for å betrakte de to modellene uavhengig av hverandre. Det betyr også at potensialet i den første ikke trenger å være noe mindre enn i den andre.

Det er flere faktorer som må tas hensyn til når vi skal se på mulighetene innenfor de to modellene. I figuren under har vi illustrert noen av de viktigste.

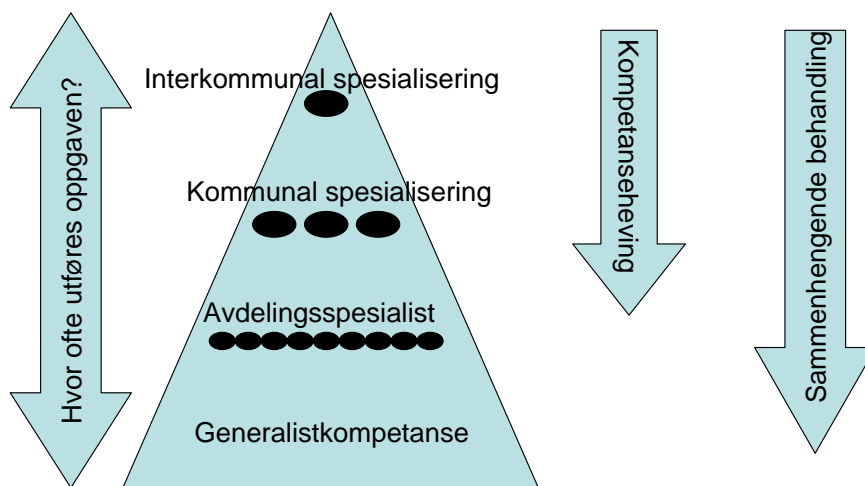


Figur 4.1 Faktorer som påvirker muligheten for desentralisering av tjenester og oppgaver til kommunal eller interkommunal pleie- og omsorgssektor

En viktig faktor vil være pasientgrunnlaget. Med andre ord må det være et visst pasientgrunnlag for at det skal være hensiktsmessig å håndtere en pasientgruppe eller en bestemt oppgave innenfor de tre kommunene. En annen viktig faktor er hvordan oppgavene organiseres vertikalt innenfor det institusjonelle hierarkiet. Jo større pasientgrunnlag, desto lavere ned i organisasjonen kan vi plassere en bestemt oppgave. Motsatt, jo mindre pasientgrunnlag, desto høyere opp i hierarkiet bør oppgavene legges. Årsaken til denne formen for arbeidsdeling er dels for å oppnå

stordriftsfordeler, for eksempel i forhold til utnyttelse av teknisk utstyr, og dels for å vedlikeholde kompetanse. Kompetanse kan tilføres systemet på samme måte som oppgavene. Dersom kompetansen ikke ivaretas gjennom praksis, vil den imidlertid lett forsvinne ut av organisasjonen med den følge at man ikke er i stand til å utføre oppgavene. Organiseringen av kompetanse henger derfor nært sammen med organisering av oppgaver. Det betyr at for å vedlikeholde den kompetansen som skal til for å utføre en bestemt oppgave, må oppgaven utføres med en viss frekvens.

For å gjennomføre en oppgave trengs kompetanse, kompetanse oppnås ved å gjennomføre oppgaver hyppig nok, noe som igjen bestemmes av pasientgrunnlaget (etterspørselen etter den bestemte oppgaven). Et lite pasientgrunnlag gir få repetisjoner, lite kompetanse og dermed redusert mulighet for å utføre en oppgave. Dette kan imidlertid påvirkes gjennom organiseringen av oppgaver, dvs. gjennom den vertikale arbeidsdelingen innenfor en gitt organisasjon. Dersom vi betrakter helse- og omsorgstjenestene i Midt-Telemark som en organisasjon, kan man med andre ord utnytte den vertikale arbeidsdelingen slik at man kan bli i stand til å øke muligheten for å gjennomføre flere oppgaver. Det betyr at en bestemt oppgave med et lite pasientgrunnlag, bør overføres fra den enkelte avdeling til en spesialisert enhet på kommunenivå eller til en interkommunal enhet som omfatter pasientgrunnlaget i alle tre kommunene.



Figur 4.2 Organisering av kompetanse på fire nivåer

Figur 4.2 viser hvordan kompetanse kan organiseres på minst fire nivåer:

- generalistnivå, dvs. kompetanse alle sykepleiere skal ha, eventuelt hjelpepleiere

- avdelingsspesialist, dvs. en (eller flere) bestemte personer med spesialkompetanse på avdelingsnivå (gitt at det er tre avdelinger i hver kommune, utgjør i alt 9 spesialister).
- kommunespesialist, dvs. en spesialist som skal omfavne hele kommunen.
- interkommunal spesialist, dvs. spesialist/-er som skal omfavne alle tre kommunene.

Per i dag kan vi si at generalistkompetansen innbefatter hjelpepleierkompetansen, mens avdelingsspesialisten i praksis er sykepleieren (siden det som regel kun er en pleier på vakt per avdeling). Videre finner vi kommunale spesialister i form av kreftsykepleiere eller pleiere med kompetanse på for eksempel intravenøs. Pilotprosjektet i Midt-Telemark hvor det er ansatt to personer med spesielt ansvar for forebyggende virksomhet, er et eksempel på interkommunal spesialisering. Innenfor en interkommunal geografisk enhet er det samtidig mulig å tenke seg flere slike spesialiteter som har et spesielt ansvar for en bestemt behandlingsprosedyre eller pasientgruppe.

Et interkommunalt samarbeid åpner dermed for at flere oppgaver kan legges til kommunene. Samtidig er det en bakside ved en slik spesialisering, nemlig koordinering. På samme måte som det er koordineringsutfordringer mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale pleie- og omsorgstjenesten, vil det kunne oppstå tilsvarende utfordringer mellom det laveste og høyeste nivået innenfor det interkommunale samarbeidet (mellom generalister og spesialister). Pasienter med flere typer eller diffuse plager vil således kanskje få bedre og mer helhetlig hjelp hos generalister nede i systemet, som av enkeltspesialister som kun er opptatt av enkeltdiagnosen. For å ivareta hensynet til helhetsperspektivet overfor pasienten, vil det derfor også være et mål at mest mulig oppgaver ivaretas så langt nede i systemet som mulig (noe som for øvrig også er i tråd med LEON-prinsippet). Det innebærer også at det ideelt sett bør være mest mulig kompetanse nede i systemet. Som vi har vært inne på tidligere, støter dette imidlertid mot behovet for spesialisering og arbeidsdeling (dvs. for å kunne utføre en oppgave tilstrekkelig ofte til at kompetansen ivaretas). Dette betyr at systemet som helhet vil måtte balansere mellom hensynet til helhetsperspektivet på den ene siden og hensynet til behovet for spesialisering på den andre. Ideelt sett ville en slik balanse vært å operere med supergeneralister, men erfaring har vist at dette er vanskelig å få til i praksis. Løsningen ligger derfor

heller i å balansere behovet for spesialisering på den ene siden og hensynet til generalistkompetansen på den andre.

4.2 Interkommunalt samarbeid

Som nevnt tidligere, vil interkommunalt samarbeid åpne for at flere oppgaver kan legges til kommunene i form av interkommunal spesialisering. I Stortingsmeldingen om samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47, 2008-2009) sies det at kommunene har ansvar for å finne fram til samarbeidsformer som sikrer innbyggerne i alle kommunene fullverdige tjenestetilbud. Hvordan slikt samarbeid skal organiseres, er opp til kommunene. Det nevnes flere alternativ som interkommunalt samarbeid ut fra § 27 i Kommuneloven, aksjeselskap, interkommunalt selskap, vertskommunemodell og samkommunemodell.

I de øvrige nordiske landene har vi tidligere vist at det er iverksatt betydelig kommuneomorganisering i forbindelse med desentralisering av helsetjenester. Sentralt i omstruktureringen har vært å få større og mer robuste kommuner. I Danmark har man gått mest drastisk til verks gjennom en storslått kommunesammenslåing. I Finland har man samkommunemodellen som ivaretar mange av de oppgavene som i andre land er lagt til et eget forvaltningsnivå. Samkommunene er egne juridiske enheter med egen organisasjon og som styres av valgte representanter fra medlemskommunene. Så langt ser man imidlertid for seg en løsning med interkommunalt samarbeid i Norge.

Interkommunalt samarbeidet forutsetter både samarbeid på styringsnivå og på tjenestenivå. På styringsnivå vil det, som nevnt, kunne dreie seg om flere typer modeller. På tjenestenivå vil spørsmålet dreie seg om arbeidsdeling og samhandling på tvers av kommunegrensene. Arbeidsdeling forutsetter også en viss infrastruktur. Nedfor skal vi ta for oss det interkommunale samarbeidet på styringsnivå. Interkommunalt samarbeid på tjenestenivå omtales senere i rapporten. Siden det er sparsomt hva vi har av erfaringer med interkommunalt samarbeid på helse- og omsorgssektoren, vil vi her støtte oss til erfaringer fra andre sektorer.

4.2.1 Ulike typer interkommunalt samarbeid

Vi kan i dag skille mellom flere former for interkommunalt samarbeid. Den første modellen har sitt grunnlag i kommunelovens § 27. Her heter det at to eller flere kommuner kan opprette et eget styre til løsning av felles oppgaver. Videre står det at kommunestyret selv kan vedta opprettelsen av et slikt styre og gi myndighet til å treffe avgjørelser som angår virksomhetens drift og organisering. Vedtektene for styret skal også inneholde bestemmelser om styrets sammensetning, området for styrets virksomhet, hvorvidt deltakerkommunene skal gjøre innskudd til virksomheten, og om styret har myndighet til å ta opp lån eller på annen måte pådra deltakerne økonomiske forpliktelser. I følge Ot.prp. 96 (2006-2007) betraktes imidlertid denne modellen som historisk og er i hovedsak tenkt som en modell for driftsprega (forretningsprega) oppgaver. Videre vises det til i proposisjonen at denne ordningen er uegnet til samarbeid om kommunale kjerneoppgaver og myndighetsutøving.

Kommunelovens § 28 åpner for to varianter av vertskommunemodellen. I § 28b omtales administrativt vertskommunesamarbeid som innebærer at en kommune (samarbeidskommune) kan avtale med en annen kommune (vertskommune) om at vertskommunen skal utføre oppgaver og treffe avgjørelser etter delegert myndighet fra samarbeidskommunen. I § 28c omtales vertskommunesamarbeid med felles folkevalgt nemnd. Dette innebærer at kommuner som deltar i et vertskommunesamarbeid, kan avtale å opprette én felles folkevalgt nemnd i vertskommunen. Hver av deltakerkommunene kan her delegere myndighet til nemnda. Videre kan nemnda delegere myndighet til vertskommunens administrasjon.

Samkommunemodellen er regulert av forsøksloven og innebærer at kommunene går sammen om å opprette et felles politisk organ med administrasjon og egne tjenesteenheter. Samkommunen er videre mer formalisert og forpliktende enn tradisjonelt interkommunalt samarbeid. I følge Econ (2003) kjennetegnes en samkommunemodell av at den:

- har en egen administrasjon
- har et politisk styringsorgan som er indirekte valgt fra kommunestyrene
- har ansvar for å løse flere oppgaver og er tillagt beslutningsmyndighet
- har selvstendig økonomi og er indirekte finansiert

- er en egen juridisk enhet

En kritikk mot samkommunen er at det politiske organet ikke er direkte valgt av innbyggerne og kan oppfattes som nok et forvaltningsnivå.

4.2.2 Erfaringer med interkommunalt samarbeid

I denne delen har vi tatt for oss evalueringer av ulike typer interkommunalt samarbeid i Norge. Disse omfatter både interkommunale samarbeid etter § 27 i kommuneloven, interkommunale vertskommunemodeller og samkommunemodellen.

En rapport fra Econ (2006) tar opp spørsmål om omfang av interkommunalt samarbeid og spørsmålet om hvordan politikerne opplever den politiske styringen og kontrollen. I denne sammenhengen er det først og fremst det siste spørsmålet som er relevant. Med utgangspunkt i tre interkommunale samarbeid (15 kommuner) som alle hadde en interkommunal politisk overbygning (regionråd), viser at interkommunalt samarbeid har betydelige svakheter i forhold til politisk styring og kontroll. Flertallet av politikerne mente at de ikke hadde tilstrekkelig oversikt over samarbeidet deres egen kommune var involvert i. I tillegg mente de at den viktigste ulempen ved interkommunalt samarbeid var manglende politisk styring, og at administrasjonen hadde for stor innflytelse. Samtidig mente flertallet av politikerne at regionrådet var viktig eller svært viktig for kommunen.

I en annen rapport fra Econ (2002) drøftes styringsmodellen i et interkommunalt samarbeid mellom 9 kommuner i Vestfold. Rapporten tar for seg to typer samarbeidsmodeller. Den ene modellen baseres på en arbeidsdelingsmodell uten organisatorisk overbygning og den andre en samarbeidsmodell med organisatorisk overbygning. Modellen i Vestfold var basert på den førstnevnte modellen, dvs. en modell hvor den politiske kontrollen ligger i det enkelte kommunestyret. Samarbeidet ledes av en styringsgruppe bestående av samtlige ordførere og rådmenn i de deltakende kommunene. Rapporten fra Econ anbefaler videreføring av denne modellen. Dette må ses i sammenheng med at formålet med samarbeidet var å initiere konkrete samarbeidsprosjekter og utvikle politisk tillit mellom kommunene. Samtidig peker rapporten på at det på sikt bør vurderes om den interkommunale styringsgruppen skal tilføres mer myndighet.

En rapport fra Trøndelag Forskning og Utvikling har evaluert forsøksprosjektet med samkommunemodellen i Innherad (Sand m.fl. 2007). En hovedkonklusjon fra sluttrapporten var at forsøket i løpet av relativt kort tid hadde realisert et omfattende samarbeid mellom de to nabokommunene Levanger og Verdal. Samtidig hadde en av de opprinnelige samarbeidskommunene trukket seg fra samarbeidet underveis som følge av uenighet omkring organisering av og omfanget på forsøket. I følge rapporten har samarbeidet om de interne støttefunksjonene gitt store gevinster i form av kompetanseutvikling og bedring av tjenestekvalitet. Samtidig vises det til årlige besparelser på 7 % av netto ressursbruk (2,5 mill. kr) i tillegg til oppnådde effektiviseringsgevinster i andre enheter i Levanger og Verdal kommune.

I følge rapporten har samkommunemodellen vært godt egnet til å etablere et tett samarbeid mellom kommuner på kort tid. En grunn til dette var at samkommunen hadde et effektivt beslutningssystem. Rapporten peker samtidig på at når samarbeidet er etablert, kan det tenkes andre organisasjonsmodeller enn samkommune. Samtidig konkluderer rapporten med at samkommunen er spesielt egnet når det er snakk om et omfattende samarbeid og at den kan være et aktuelt alternativ til vertskommunemodellen eller kommunesammenslåing.

Det er imidlertid verdt å merke seg at helse- og rehabiliteringstjenesten ble tatt ut av samkommunen i løpet av forsøksperioden. Rapporten antyder at dette hadde sammenheng med at denne tjenesten var stor og kompleks, at det oppstod økonomiske problemer i sektoren, og at man fikk svakere samhandling med enhetene som ble igjen i moderkommunene. Man klarte heller ikke å nå de innsparingsmålene man hadde for helse- og rehabiliteringstjenestene.

I en evaluering av forsøk med interkommunalt samarbeid om barnevern i Vest-Telemark (Bent Brandtzæg 2006) er en hovedkonklusjon at ”samarbeidet framstår som et eksempel til etterfølgelse for mindre kommuner i andre deler av landet som ønsker å styrke barneverntjenesten gjennom etablering av interkommunale samarbeidsløsninger”. Dette samarbeidet var i utgangspunktet basert på Kommunelovens § 27, men ble senere organisert etter Lov om interkommunale selskap. I følge rapporten var erfaringene med den interkommunale selskapsformen gode. Begrunnelsen for å velge en slik organisasjonsform var at den virket ryddig, samtidig som man anså at det var en del usikkerheter knyttet til organisering etter kommunelovens § 27. I rapporten fremgår det også at enkelte av de involverte mente at det var lettere for alle kommunene å få et eierforhold til samarbeidet når man har en orga-

nisering som innebærer at samarbeidet ikke er en integrert del av den ene samarbeidskommunen (slik som vertskommunen). Rapporten peker samtidig på at organisering som interkommunalt selskap innebærer mindre muligheter for kommunal innflytelse på virksomheten enn ved organisering etter Kommunelovens § 27. Dette fordi deltakerkommunene ikke utøver myndighet over et interkommunalt selskap direkte, men gjennom representantskapet.

I en rapport av NIVI analyse om statusen i det interkommunale arbeidet, vises det til en del svakheter ved dagens interkommunale samarbeidsformer (Vinsand og Nilsen 2008). Bl.a. pekes det på følgende:

- Kommunene står overfor omfattende samordningsbehov i oppgaveløsningen som følge av sterk geografisk integrasjon og økt kompleksitet i oppgavene.
- Mange kommuner kan vise til gode resultater av interkommunalt samarbeid.
- Svært få kommuner har utviklet et helhetlig samarbeid om kjerneoppgaver.
- Styringsproblemer er blant de største utfordringene ved interkommunalt samarbeid.
- En del kommuner møter store praktiske utfordringer i arbeidet med å utvikle forpliktende samarbeidsordninger.
- Dagens interkommunale samarbeid svarer ikke på behovet for forpliktende samarbeid.

På den ene siden vises det til behovet for grenseoverskrivende samarbeid, mens det samtidig er praktiske utfordringer med dagens samarbeidsløsninger. I grunnlaget for det siste punktet vises det også til at de interkommunale samarbeidene er for lite formalisert og for lite forpliktende i forhold til hva som antakelig må til for å løse grenseoverskridende samordningsbehov. Av dette kan vi tolke NIVI dit hen at de anbefaler økt bruk av samkommune i de interkommunale samarbeidene.

En kartlegging som ble gjennomført høsten 2002, viser at det da ikke var etablert noe interkommunalt samarbeid innen pleie- og omsorgstjenester (Brandtzæg og Sanda 2003). Det samme viser også en av rapportene fra Econ (2006), dersom vi ser bort fra helsetjenestene hvor det er relativt mye interkommunalt samarbeid. Det tilsier at det er sparsomt av erfaringer med interkommunale samarbeidet innenfor en såpass omfattende sektor som pleie- og omsorgssektoren. Det kan imidlertid være verdt å merke seg erfaringene med interkommunalt samarbeid innen helse- og

rehabilitering fra Innherad samkommune. Disse erfaringene kan tyde på at det er større utfordringer med et interkommunalt samarbeid innen denne type sektorer enn de sektorene som man til nå har mer erfaring med, dvs. teknisk sektor, næringsutvikling og barnevern.

4.2.3 Interkommunal samhandlingsreform

Per i dag er det lite erfaringer med interkommunalt samarbeid innen helse- og omsorgssektoren. Tar vi utgangspunkt i de erfaringene vi har med interkommunale samarbeid, synes den viktigste problemstillingen å dreie seg om forholdet mellom politisk styring og kontroll på den ene siden og interkommunal beslutningsmyndighet på den andre.

Ser vi dette i lys av de to hovedmodellene for desentralisering vi skisserte innledningsvis i kapitlet, er det først når det blir snakk om omfordeling av oppgaver innenfor det interkommunale samarbeidet at man kan møte de store utfordringene. I den første modellen der det er snakk om å desentralisere oppgaver til det kommunale nivået, kan det også være aktuelt med et interkommunalt samarbeid. Men dette samarbeidet vil da i hovedsak dreie seg om slike ting som felles opplæring, etablering av felles rutiner overfor sykehuset og liknende. Med andre ord vil dette i liten grad utfordre kommunene i forhold til de store spørsmålene om ressursallokering og lokalisering av virksomheter. Denne formen for desentralisering vil således ikke legitimere etableringen av interkommunalt samarbeid som går på bekostning av enkeltkommunenes politiske uavhengighet.

Spørsmålet om valg av interkommunal organisasjonsform blir som nevnt mer aktuell når vi beveger oss over i den andre modellen som innbefatter arbeidsdeling innenfor det interkommunale geografiske området. Dette har sammenheng med at kommunene i større grad vil utfordres i forhold til budsjetter, investeringer og ikke minst lokalisering av virksomheter. Det er rimelig å anta at politiske dragkamper oppstår når det gjelder kommunens store kjernevirksomheter, enn om det er snakk om for eksempel teknisk sektor, barnevern eller næringsutvikling. Samtidig er dette ikke noe argument i seg selv for å velge en samkommune med stor grad av overkommunal beslutningsdyktighet. Tvert imot kan det hevdes at med en såpass stor sektor som pleie- og omsorgssektoren utgjør i kommunen, er det viktig at kommunepolitikerne har en viss kontroll med ressursbruken og utformingen av tjenestene.

Samtidig kan det argumenteres for at en samkommune må ha en viss legitimitet, og at den uansett ikke vil overleve dersom kommunepolitikerne opplever den som en tvangstrøye.

Det er i den forbindelse viktig å skille mellom begrepene autoritet og legitimitet. Begge deler dreier seg om makt, men mens autoritet dreier seg om å få makt gjennom å inneha en bestemt posisjon eller myndighet, så dreier legitimitet seg om selve grunnlaget for eller retten til å ha makt. Legitimitet kan således ikke tildeles noen, det er noe man skaper seg selv. I lys av diskusjonen mellom valg av organisasjonsmodell kan vi derfor si at det er viktigere at den interkommunale organisasjonsmodellen har legitimitet fremfor autoritet. I så måte kan vi si at legitimiteten gir grunnlag for beslutningsmyndighet uavhengig av organisasjonsmodell. Når det så argumenteres for at interkommunale samarbeid har utfordringer i forhold til å skape forpliktende samarbeid, har dette kanskje vel så mye å gjøre med at de ikke har legitimitet som at de mangler autoritet.

4.3 Oppsummering

I dette kapitlet har vi sett nærmere på målet i samhandlingsreformen om å desentralisere tjenester fra sykehusene til kommunen, og hvordan interkommunalt samarbeid kan bidra til dette. Innledningsvis skisserte vi to modeller der den ene tok utgangspunkt i desentralisering innenfor dagens kommuneinndeling og den andre desentralisering innenfor et interkommunalt samarbeid. Videre pekte vi på hvordan spesialisering innenfor en interkommunal enhet åpner for økt desentralisering av oppgaver fra sykehus til kommuner. Samtidig viste vi også at det vil være nødvendig å balansere hensynet til spesialisering mot hensynet til å ivareta helhetsspektiv. En god løsning vil være å balansere behovet for spesialisering på den ene siden og behovet for å ivareta generalistkompetansen på den andre.

Kapitlet tar også for seg erfaringene med interkommunalt samarbeid. En gjennomgang av ulike evalueringer antyder at interkommunale samarbeid krever en beslutningsdyktig organisasjon, noe som kan peke i retning av at en samkommune er mest hensiktsmessig. Samtidig finnes det knapt noen erfaringer med interkommunalt samarbeid innenfor pleie- og omsorgssektoren. Det kan derfor også argumenteres for at det innenfor denne sektoren er viktig at de respektive politiske organ i kommunen har en viss kontroll, hvilket peker i retning av en vertskommunemodell.

Avslutningsvis peker vi også på at det viktigste ikke er å ha en formell beslutningsdyktig autoritetsstruktur, men heller å skape legitimitet i kommunene, noe som igjen gir et godt grunnlag for å delegere beslutningsmyndighet.

5. Intermediæravdelinger

Begrepet intermediære enheter viser til tjenester som befinner seg i grenselandet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. I følge DMS-forumet defineres intermediærsenger som mindre sengeposter med opp til 20 sengeplasser.¹⁴ Videre er sengeplassene som regel samlokalisert med kommunale sykehjem. Ved en intermediær enhet er også kompetansen til pleiepersonellet betydelig hevet i forhold til sykehjem, det er daglig legetilsyn, mer fysioterapi- og ergoterapitjenester samt veiledning fra spesialisthelsetjenesten.

I dag finner vi at det opereres med flere ulike begreper på slike enheter. Foruten intermediære enheter finner vi begreper som halvannenlinjetjeneste, distrittsmedisinske sentre (DMS), sykestue og forsterkede korttidsavdelinger. Halvannenlinjetjeneste er et generelt begrep som henspeiler til tjenester i grenseflaten mellom første- og andrelinjetjenesten. DMS har en noe mer avgrenset betydning og består av tjenester som innbefatter følgende tre komponenter: kommunale helsetjenester, intermediære sengeposter og poliklinisk tjeneste.¹⁵ Begrepet forsterket korttidsavdeling viser vanligvis til kommunale korttidsavdelinger med forsterket bemanning og kompetanse (sykepleier, lege, fysioterapeut) enn det vi vanligvis finner i en ordinær korttidsavdeling. Begrepet sykestue har et historisk opphav og brukes vanligvis i dag om intermediærenhetene i Finnmark. Innhold og omfang kan variere alt fra å være en forsterket korttidsavdeling til å omfatte et fullverdig DMS-tilbud.

I det følgende har vi gitt en kort beskrivelse av eksisterende eller planlagte intermediæravdelinger. Beskrivelsen baserer seg på evalueringer eller annen skriftlig dokumentasjon. I den grad vi har hatt tilgang til informasjon, har vi forsøkt å beskrive hver enhet i forhold til følgende tema: bakgrunn, målgruppe, tjenestetilbud, utrustning, bemanning, finansiering, evaluering eller annet erfaringsmateriale.

¹⁴ <http://www.nkdms.no/>

¹⁵ I følge DMS-forumet krever en DMS et visst opptaksområde og en viss avstand til et sykehus.

5.1 Søbstad sykehjem/Søbstad Helsehus (Sør-Trøndelag)

I 2002 ble det vedtatt å etablere en intermediær omsorgs- og behandlingsenhet med 20 senger ved Søbstad sykehjem. Samtidig fikk også sykehjemmet status som undervisningssykehjem. I 2008 ble sykehjemmet gjort om til et helsehus, noe som i følge årsrapporten fra 2007 vil medføre endringer i tjenestetilbudet fra tradisjonelle langtidsopphold til korttids-, rehabiliterings- og intermediær opphold som spesialområder. Per i dag omtales intermediærenheten som etterbehandlingsavdelingen. I tillegg til denne finnes det to langtidsavdelinger og en langtids/korttidsavdeling ved sykehjemmet.

I følge Agenda (2007) var det fagmiljøene i kommunen og ved sykehuset som i fellesskap utarbeidet kriterier for hvilke pasienter som skulle behandles i intermediæravdelingen. Kriteriene har vært at pasienten skulle:

- være over 60 år
- ha en medisinsk avklart tilstand
- ikke ha betydelig demens eller en alvorlig psykiatrisk diagnose
- ha nytte av behandlingstilbudet
- ha et potensial for å reise hjem etter endt opphold

Ut over dette har det ikke vært noen spesielle krav til diagnoser, sykdomsbilde eller kompleksitet. I henhold til en presentasjon på avdelingens internettside, opereres det med omtrent de samme inntakskriteriene. Her poengteres det at pasienten skal kunne reise hjem etter 2 uker, være ferdig utredet, det skal være satt i gang behandling, og pasienten skal være stabil.

Tilbudet er rettet mot pasienter som har vært på korte opphold i akuttmottak ved St. Olavs Hospital eller har vært til konsultasjon i legevakt/skadepoliklinikk, og som er for dårlige til å behandles i eget hjem. Mer konkret dreier dette seg om eldre pasienter med obstipasjon, pasienter som er dehydrert, pasienter med sosiale indikasjoner, avklarte infeksjoner med mer. Aktuelle pasientforløp er dermed de som har fått nødvendig avklaring fra sykehuset (svar på røntgen, blodprøver etc). Den medisinske tilstanden skal samtidig være slik at det ikke kreves sykehuskompetanse for videre oppfølging. Metodikken baserer seg for øvrig på å gi et helhetlig kommunalt tilbud i samarbeidet mellom flere enheter, herunder legevakt/mottakelse ved

St.Olavs Hospital, hjemmesykepleien, innsatsteam og forvaltningskontorene. Videre vektlegges også brukermedvirkning hos pasientene, dvs. at de har mulighet til å påvirke beslutningsprosessen når det gjelder egen situasjon. I følge Søbstad helsehus hjemmetjeneste er målet at pasientene etter 2-3 uker med behandling skal kunne reise hjem fra etterbehandlingsavdelingen.

I følge Agenda (2007) har sykepleiedekningen på intermediærenheten blitt styrket med fire stillinger på dagtid og en på natten i forhold til en ordinær sykehjemsavdeling. Videre står det at enheten har hatt en 50 % fysioterapistilling og tilgang på leger tilsvarende en 100% stilling. I følge hjemmesiden til sykehjemmet kan det per i dag se ut som at fysioterapistillingen er økt til en 100% stilling, i tillegg til at man har fått en 50% ergoterapistilling. Det er sykehuset som har ansvaret for den faglige oppdateringen av personalet. Sykehjemslegene tilbys også å delta i undervisning ved Geriatrik seksjon ved St. Olavs Hospital to ganger i uken.

I løpet av ett år (2003) var det i alt 275 pasienter over 75 år som fikk behandling ved den intermediære enheten. Pasientene kom i hovedsak fra medisinsk avdeling (136), lungeavdelingen (55) og ortopedisk avdeling (42) ved St. Olavs Hospital. Gjennomsnittlig liggetid var på 18 dager (Agenda 2007). I følge årsrapporten fra 2008 var det et tilsvarende antall utskrivninger fra avdelingen i 2008.

I henhold til Agendas rapport ble intermediærenheten ved Søbstad (og Havsten som er omtalt under) utstyrt med faglig kompetent personell for å drive mer avansert behandling og pleie. I den sammenheng nevnes at avdelingen ble utstyrt med utstyr for måling av surstoffmetning i blod og eget luftavtrekkskap for administrasjon av antibiotika. Det fremgår imidlertid ikke av rapporten noen fullstendig liste over spesialutstyr. I følge prosjektplanen for etterbehandlingsavdelingen tilsa den aktuelle pasientgruppen at det ikke var behov for å gjøre store investeringer på utstyrssiden.¹⁶ Det som nevnes er behovet for å ha en hjertestarter samt HLR-undervisning (hjerter- og lungeredning). En presentasjon av Windspoll ved St. Olavs Hospital nevner i tillegg følgende medisinsk utstyr: pulsoksymeter, EKG, O2-behandling, i.v. behandling og blodprøver.¹⁷

¹⁶ "Prosjektplan korttidsplasser i en intermediær sengepost", Trondheim kommune.

¹⁷ Windspoll, R.J: "Intermediæraavelinger i sykehjem: virkninger ofr pasienter og ressursbruk", St. Olavs Hospital.

Ved starten av prosjektet i 2003 ble det bevilget 5 mill kroner til finansiering av utgifter til avdelingen ut over vanlig driftskostnader til sykehjemsdrift. I presentasjonen til Winspoll fremgår det også at kostnadene for en ordinær sykehjemsseng ligger på 835 kr/døgn, mens en intermediær seng koster 1370 kr/døgn (tall fra 2004). Til sammenligning fremgår det at en sykehusseng koster 4400 kr/døgn (eksklusiv røntgen, operasjoner, cytostatika, intensivbehandling, dialyse og pacemakere).

En undersøkelse gjennomført av Garnåsen m.fl. (2005, 2009) viser at behandlingen ved Søbstad ga færre reinnleggelser på sykehus, redusert behov for kommunal hjemmetjeneste og færre døde sammenlignet med en kontrollgruppe som fikk tradisjonell sluttbehandling på sykehus. Det var også lavere kostnader med behandlingen på Søbstad enn ved tradisjonell sluttbehandling på sykehus. Dette skyldes i hovedsak reduksjon i antall reinnleggelser (og reinnlagte dager) samt lavere kostnader per behandlingsdag på Søbstad enn i sykehus.

5.2 Palliativ enhet ved Havstein sykehjem (Sør-Trøndelag)

Trondheim kommune har siden 1998 hatt samarbeid med St. Olavs Hospital om palliative (lindrende) plasser ved Havstein sykehjem. Per i dag utgjør dette 12 plasser som er knyttet opp mot Seksjon lindrende behandling (SLB) ved St. Olavs Hospital.

I følge Agenda skal pasientene oppfylle følgende vilkår for innleggelse:

- være hjemmehørende i Trondheim
- ha en kreftsykdom som tilsier kort forventet levetid
- sykehusbehandlingen skal være avsluttet
- pasienten skal være medisinsk og pleiemessig noe ”krevende” og av den grunn ha behov for mer pleie enn hva et sykehjem/hjemmesykepleien ellers kan tilby
- pasientene skal være innlemmet i behandlingsansvaret til Seksjon lindrende behandling med St. Olavs Hospital

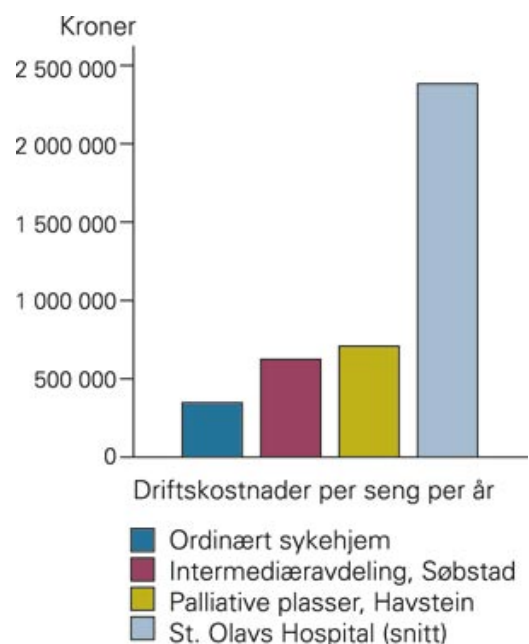
Det siste punktet betyr at St. Olavs Hospital skal ha et visst ansvar for pasientene, i det minste en oversikt. Samtidig innebærer ordningen en arbeidsdeling mellom de

12 palliative sengeplassene på St. Olavs Hospital og de palliative sengeplassene ved Havstein sykehjem. Mens de førstnevnte skal ivareta akutt palliativ lindring, skal de sistnevnte være av mer langvarig art. Tanken bak er å allokere pasienter til de mest hensiktsmessige sengeplassene. Det er seksjon for lindrende behandling som gjør de medisinske og sykepleiefaglige vurderingene med hensyn til behov for en sykehjemsplass. Det betyr også at pasientene i hovedsak henvises fra kreftavdelingen, men også direkte fra hjemmet, enten via fastlege eller hjemmesykepleie. I følge rapporten fra Sosial- og helsedirektoratet (2007) bidrar denne modellen til at de ”riktige” pasientene kanaliseres til den palliative enheten ved sykehjemmet.

Totalt er det 42 ansatte og 23 årsverk på Havstein sykehjem, inkludert den palliative enheten. Bemanningen på den palliative enheten er noe styrket i forhold til øvrige sykehjem, spesielt med sykepleiere. Sykepleiebemanningen er på ca 10 årsverk på dag/kveld og ca 4 årsverk på natt. Det er også knyttet en 50 % legestilling til enheten (tre dager i uken). Sykehjemmet har også mulighet til å benytte seg av tverrfaglig kompetanse ved Seksjon lindrende behandling (St. Olavs Hospital) både i forhold til opplæring av personell og til konsultasjon under pasientbehandling. Legene ved seksjon for lindrende medisin (St. Olavs Hospital) skal etter behov gå vitst på sykehjemmet sammen med sykehjemslegen (Sosial- og helsedirektoratet 2007).

Havstein sykehjem har totalt 29 sengeplasser fordelt på 27 enerom. Av disse er det 12 palliative sengeplasser som er knyttet opp mot Seksjon lindrende behandling (SLB) på St. Olavs Hospital. Garnåsen m.fl. (2005) viser til at det i 2003 ble behandlet 79 pasienter ved palliativ enhet på Havstein sykehjem.

Garnåsen m.fl. (2005) viser til at driftskostnadene er høyere ved de intermedieære enhetene i Søbstad og Havstein enn ved et ordinært sykehjem, men vesentlig lavere enn ved et sykehus. Som det fremgår av figuren til høyre, ligger driftskostnadene for den palliative enheten ved Havstein på omtrent 640 000 kroner per seng



Figur 5.1 Driftskostnader per seng. Kilde: Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125:1503-5

per år, noe som er en god del høyere enn driftskostnadene ved et ordinært sykehjem. Samtidig er kostnadene noe lavere enn på Søbstad.

I følge hjemmesiden til Havstein sykehjem har etableringen av den palliative enheten bidratt til økt kompetanse hos den enkelte, lettere rekruttering av fagpersoner, bedre tjenestetilbud og trivsel i enheten. En rapport fra Sosial- og helsedirektoratet viser imidlertid til at det kan være enkelte utfordringer med palliative enheter som ikke er fysisk atskilt fra andre sykehjemssenger. I følge rapporten er erfaringene fra sykehjem med integrerte palliative senger at yngre pasienter kan motsette seg innleggelse på bakgrunn av oppfatningen av sykehjem som ”oppbevaringsinstitusjoner”.

Det er verdt å merke seg at Havsteins 12 plasser dekker hele Trondheim med ca 152 000 innbyggere. I følge Sosial- og helsedirektoratet (2007) er imidlertid behovet det dobbelte, dvs. mellom 18 og 24 palliative sykehjemssenger. Dette viser dermed at det vil være behov for en palliativ sengeplas per 6500-8000 innbyggere, gitt tilsvarende spesialiseringsnivå. Samtidig viser den samme rapporten til en avdeling for lindrende behandling i Øvre-Eiker kommune som har fem senger, dvs. en seng per ca. 3000 innbyggere. I følge rapporten kan derfor velfungerende enheter etableres på et sterkt varierende befolkningsgrunnlag.

5.3 Stortveit sykehjem

I følge prosjektplanen fra 2005 var bakgrunnen for å opprette en spesialisert sykehjemsavdeling (intermediæravdeling) ved Stortveit sykehjem mange korridorpasienter ved sykehuset og lite gjennomstrømning ved korttids plassene på sykehjemmet. Avdelingen består av i alt 19 sengeplasser fordelt på 11 enkeltrom. Det fremgår også av planen at det ikke dreier seg om å opprette nye sykehjemsplasser, men å omdisponere de eksisterende. Ved å etablere en ”halvannenlinjetjeneste” var tanken å redusere noe av presset på sykehusene. Mer konkret ønsket man å få til en bedre planlegging av hjemreise for pasienter, få en konkret arena for kompetanseoverføring mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten samt øke tryggheten for pasienter med kroniske lidelser. Videre fremgår det at man også ser for seg færre ”kasteballer” mellom sykehuset og kommunehelsetjenesten.

Målgruppen for avdelingen er:

- pasienter over 70 år som er bosatt i Bergen kommune
- pasienter med akutte tilstander der det ikke vil være aktuelt med kirurgisk behandling
- pasienter som har avklart tilstand med rekvirert og/eller iverksatt behandling

Pasienten skal i tillegg være mentalt klar, dvs. at de ikke har demens eller annen akutt konfusjon i sykdomshistorien. Det vises også til at avdelingen skal være spesielt egnet til pasientgrupper hvor det er behov for samhandling med hjemmetjenesten, bl.a. i forhold til tilpassning av hjelpemidler og ved oppstart av hjemmesykepleie. I følge planen skal den spesialiserte sykehjemsavdelingen tilby følgende behandling:

- intravenøs væske og antibiotika
- justering av behandling for hjertesvikt
- hypertensjon og liknende
- innstilling på antikoagulasjonsmidler
- fysioterapi
- ergoterapi
- logopedi

Tabell 5.1 Eksempler på medisinske og geriatriske problemstillinger som håndteres ved Stortveit

Eksempel på medisinske problemstillinger		Eksempel på ortopediske tiltander
Infeksjoner	Depresjon	Kontusjoner (knusnings-skade)
Hjertesvikt	Ledd lidelser	Brudd som ikke skal opereres:
Trombose, emboli	Nyresvikt	– Overarmsbrudd
Lungesykdommer, KOLS	Falltendens, ustøhet	– Stabile bekkenbrudd
Ernæringsvansker/vekttap	Svimmelhet	– Kompresjonsbrudd i rygg
Diabetes	Nedsatt allmenntilstand	– Ribbeinsbrudd
Hjerneslag	Justering av medisiner	

Tabell 5.1 viser eksempler på medisinske problemstillinger og ortopediske tilstander som det er aktuelt å håndtere ved Stortveit.¹⁸

Pasientflyten går i all hovedsak fra hjem til sykehus og tilbake til intermediæravdelingen. Mens sykehusets roller er å diagnostisere, avklare pasienten og starte behandlingen, er intermediæravdelingens rolle å gjøre videre utredninger og behandling samt tilrettelegge for en hjemmesituasjon. Målet er at pasientene utskrives til intermediæravdelingen innen 72 timer. Behandlingstiden ved avdelingen skal ideelt være 6-8 dager, men ikke overskride 3 uker. Over 70% av pasientene utskrives til hjem etter behandling. Den nest største gruppen på 20% utskrives til sykehjem eller rehabilitering, og den siste gruppen på 7% returneres til sykehus.

I følge evalueringsrapporten fra Agenda er avdelingen bemannet med to leger i full stilling, hvorav den ene er spesialist i indremedisin med geriatri som spesialitet, og den andre har bakgrunn fra allmennmedisin. Avdelingen har videre 22,3 pleieårsværk utenom leder, hvorav 13,5 er sykepleiere. Pleieressursene er dermed noe høyere enn ved en vanlig sykehjemsavdeling. Hensikten er at pasientene skal få tettere oppfølging og mer trening. Avdelingen har også to fysioterapeuter, hver i halv stilling. Det er gjort avtale om røntgen- og andre spesialundersøkelser ved sykehusene ved behov. Laboratorieprøver blir tatt av personalet på sykehjemmet og analysert på sykehuset.

Avdelingen er utstyrt med EKG-apparat, pusloxymenter, akuttutstyr som innbefatter hjertestarter, samt O₂-kobler og oksygenkonsentratorer. Avdelingen inngår ellers avtale med Helse Bergen om laboratorietjenester på vanlige ukedager. Det innebærer at sykepleierne på avdelingen tar prøver, mens prøvene leveres til laboratorietjenesten ved Helse Bergen. Avdelingen har også avtale med et av byens sykehus om å gjennomføre røntgenundersøkelser innen 24 timer. Det fremgår også av planen at man ønsker å få utført spesialistundersøkelser som gastroskopi, respirasjonsfysiologi, ECCO-cor og lignende innen 24 timer.

I planene for Stortveit sykehjem ble det vurdert behov for vedlikehold og oppgradering av nedslitt og umoderne utstyr. Disse skulle i sin helhet dekkes av Bergen kommune. Følgende oppgraderinger ble nevnt i rapporten:

¹⁸ Kilde: Foredrag av Jo Kåre Herfjord, 28.9.2009

- medisinerom med avtrekk for å gi tilbud om intravenøs behandling
- et stort lager (siden dette skulle være en aktiv behandlingsavdeling)
- egne kontor for leger og annet fagpersonell
- ulike arbeidsstasjoner
- 6 nye PC-stasjoner og egen pasienttelefon

Samlet ble oppgraderingen av bygningsmassen beregnet til å koste 1,1 mill kroner. Videre beregnet man kostnader til innkjøp av utstyr til 450 000 kroner. Til slutt beregnet man økte driftskostnader på omtrent 5 mill kroner til ekstra personell, legemidler, medisinsk forbruksmateriell, kontorrekvisita og spesialundersøkelser.

Avdelingen er finansiert på en slik måte at Bergen kommune dekker kostnader tilsvarende kostnader ved et vanlig sykehjem, mens de to sykehusene i byen dekker overskytende kostnader. Sykehusene gir med andre ord driftstilskudd tilsvarende de overskytende kostnadene. I praksis betyr dette at sykehusene betaler en tredel og kommunen to tredeler av kostnadene for tiltaket på Stortveit. Evalueringen peker imidlertid på at sykehusenes andel av finansieringen er lav i forhold til de besparelsene som de oppnår med tiltaket, mens det er omvendt for kommunen.

Spesialavdelingen ved Stortveit sykehus har blitt evaluert av Agenda. Formålet med evalueringen var å se på effekten av spesialistavdelingen i forhold til økonomiske effekter og effekter på pasientene. Det viser seg at effektene på pasientenes funksjonsnivå – målt ved bruk av IPLOS-data – ikke var merkbart forskjellig mellom de pasientene som var del av forsøket på Stortveit og kontrollgruppen. I følge rapporten kan dette imidlertid skyldes dårlig datagrunnlag. Andre målinger som tok utgangspunkt i pasientenes egne vurderinger av funksjonsnivå og livskvalitet, bekrefter imidlertid IPLOS-målingene om at det var liten endring i pasientenes funksjonsnivå og livskvalitet over tid. På spørsmål om tilfredsheten med behandlingen, viste imidlertid undersøkelsen at pasientene som deltok i forsøket, var klart mer fornøyd enn pasientene i kontrollgruppen.

Kostnadene for pasientene i Stortveitforsøket viste seg å være 7 000 kroner høyere per pasient sammenlignet med pasientene i kontrollgruppen. I følge rapporten vil imidlertid kostnadsforskjellen utjevne seg dersom man over tid tar hensyn til at det er mindre behov for langtidsplasser innenfor en Stortveitmodell enn innenfor en tradisjonell modell. Rapporten viser også at de økte kostnadene på 7 000 kroner

per pasient for Stortveitforsøket, ga en økt netto kostnad på 26 000 kroner per pasient for kommunen og en redusert netto kostnad på 16 800 kroner per pasient for sykehuset.

5.4 Drammen geriatrike kompetansesenter

Drammen geriatrike kompetansesenter ble etablert i 2006 og er fysisk samlokalisert med Drammen kommunes ordinære korttids-, avlastnings- og rehabiliteringsenhet. Kompetansesentret inneholder:

- en forsterket korttidsavdeling med 23 plasser
- et tverrfaglig poliklinisk tilbud
- lindrende enhet
- et ambulant tverrfaglig team som tilbyr tjenester rettet mot de ordinære omsorgstjenestene

Senteret skal også bidra med kvalitet og kompetanseheving til den samlede omsorgstjenesten.

Den forsterkede korttidsavdelingen er bemannet som en indremedisinsk sykehusavdeling. Avdelingen har videre to målgrupper. Den ene er utskrivningsklare pasienter, men som ikke er ferdigbehandlet fra sykehus. Den andre er pasienter fra hjemmesykepleien der situasjonen forverrer seg, men hvor det ikke er behov for sykehusinnleggelse. Inntaket til avdelingen skjer i samarbeid mellom lege fra sykehusets geriatrike seksjon og kommunens kontor for tjenestetildeling.

Drammen geriatrike senter har også en geriatrik politikklinikk som ivaretas av geriatrikere ved sykehusets geriatrike seksjon. Teamet her er tverrfaglig sammensatt og består av geriater fra sykehusets geriatrike seksjon, 2 spesialsykepleiere i geriatri, 1 spesialist i geriatrik fysioterapi, 1 ergoterapeut og sosionom. De har også et ambulant tilbud for tjenestemottakere i kommunens institusjoner og hjemmetjenester. Aktuelle problemstillinger som utredes, behandles eller følges opp ved poliklinikken, er gjentatt fall, demens, redusert funksjonsnivå og nedstemthet. Pasientene får time via henvisning fra fastlege til medisinsk klinikk på sykehuset.

Det ambulerende tverrfaglige teamet består av:

- To sykepleiere med videreutdanning i geriatri
- En fysioterapeut som er spesialist i geriatrisk fysioterapi
- En ergoterapeut
- Halv sosionomstilling

Målgruppen for det tverrfaglige teamet er alle over 65 år i Drammen kommune, både hjemmeboende og institusjonsbeboere. I følge hjemmesiden til sentret tar teamet for seg problemstillinger knyttet til fall i funksjonsnivå, demens, falltendenser, forvirringstilstander og nedstemthet. Teamet tilbyr alt fra hjemmebesøk, kartlegging og vurdering, veiledning av pasienter og veiledning/samarbeid av pårørende og helsepersonell, samt undervisning og opplæring.

Den lindrende enheten har spesialkompetanse på lindrende behandling til pasienter med uhelbredelig sykdom og kort forventet levetid. Tilbudet er rettet mot pasienter, i hovedsak med kreft, som har plagsomme symptomer av fysisk, psykisk eller eksistensiell karakter som er vanskelig å behandle i hjemmet. Lindrende enhet tilbyr også avlastningsopphold for uhelbredelige syke. Denne enheten har i alt fem korttidsplasser, en akutt-/trygghetsplass, to hospiceplasser med ubegrenset lengde på oppholdet og fire dagplasser. I tillegg til 8 enkeltrom, har enheten også et hvilerom for dagpasienter/pårørende, samtalerom og sanserom.

Tabell 5.2 Sammenligning av personellsituasjon ved ulike intermediære avdelinger¹⁹

Modell	Beskrivelse	Sengeplasser	Årsverk sykepleiere	Årsverk pleie andre	Pleiefaktor	Årsverk fysiot/ergot	Leggårverk
Stortveit	Geriatrisk avd.	19	13,5	8,8	1,17	1	2
Søbstad	Intermediæravd./ Helsehus	29	14	11	0,86	0,5	1
Drammen geriatriske	Forsterket korttid/ intermediær	23	13,5	9,5	1	1,7	1

¹⁹ Kilde: Lyngroth 2008/Kristiansand kommune (rapport fra prosjektgruppens utredning)

Tabell 5.2 sammenligner personellsituasjonen ved de ulike intermediære enhetene. Vi ser at pleiefaktoren varierer mellom 0,86 og 1,7. I alle modellene er det også en overvekt av sykepleiere (55-60%) i forhold til samlet pleiepersonell.

5.5 Henie Onstad bo- og rehabiliteringssenter

Ved Henie-Onstad Bo- og Rehabiliteringssenter ble det i 2003 etablert en spesialenhet for utskrivingsklare pasienter. Da ble sentret delt inn i følgende tre enheter: en enhet som inneholder 14 serviceboliger, en korttidsavdeling som er en spesialenhet for utskrivingsklare pasienter fra Sykehuset Asker og Bærum HF med 16 plasser, og en rehabiliteringsenhet med 8 plasser for pasienter med lengre oppholdstid. I følge hjemmesiden til sentret er det i dag totalt plass til 27 pasienter i de to sistnevnte enhetene, hvorav 8 er rehabiliteringsplasser. Her fremgår det også at avdelingen dels består av enkeltrom og dels av dobbeltrom.

Formålet med spesialenheten er i følge en evaluering foretatt av Sintef, å avhjelpe sykehusets problemer med overbelegg, og å gi pasientgruppen et kvalitativt godt og helhetlig tilbud. Det er videre et mål å tilbakeføre flest mulig av pasientene til sitt eget hjem, eventuelt med hjemmebasert omsorg.

En sentral målgruppe er pasienter både fra medisinske og kirurgiske avdelinger på Sykehuset Asker og Bærum, som trenger fortsatt behandling etter et sykehusopphold. I tillegg omfatter målgruppen også pasienter som kommer hjemmefra og som trenger et "løft" i fysisk funksjon. I evalueringen til Sintef presenteres en liste med pasientgrupper som var til behandling i perioden april 2003 til oktober 2004. Her fremgår det at de fleste opphold dreide seg om brudd i lårbein (32%), andre brudd (16%), hjerneinfarkt/hjerneblødning (9%), hjertesvikt/-infarkt (8%), rehabilitering (7%) og ondartet svulst i blære/tykktarm (6%). For øvrig var 9 prosent uten diagnose.

Pasientene får tilbud om tre ukers opphold ved avdelingen, med mulighet for utvidelse til fire uker. Det betyr at pasientene som får dette tilbudet, i utgangspunktet antas å ikke ha behov for en fast sykehjemsplass.

Sentrets spesialavdeling og rehabiliteringsavdeling har felles bemanning. Til sammen har disse avdelingene 10,5 årsverk i form av sykepleiere og fysioterapeuter/ergoterapeuter samt 9,8 stillinger i form av hjelpepleiere, omsorgsarbeidere og

miljøarbeidere. Det betyr at avdelingene har lavere pleiefaktor enn både Søbstad og Drammen geriatriske. I tillegg er det 2,1 administrative stillinger tilordnet de to avdelingene.

5.6 Sykestuer i Nord-Norge

Sykestuene er en vesentlig del av den desentraliserte spesialisthelsetjenesten i Nord-Norge generelt, og i Finnmark fylke spesielt. Et flertall av sykestueplassene befinner seg i Finnmark fylke. Det er i alt 40 sykestueplasser i Finnmark. Disse befinner seg i kommunene Alta, Berlevåg, Båtsfjord, Gamvik, Hasvik, Karasjok, Kautokeino, Lebesby, Loppa, Måsøy, Nesseby, Nordkapp, Porsanger, Tana, Vadsø og Vardø. Det betyr at 16 av 19 finnmarkskommuner har sykestueplasser. Antall sykestuesenger i den enkelte kommune varierer fra 1 til 9 senger. Den største sykestuen er Alta med 9 senger. Sykestuesengene er i all hovedsak integrert eller samlokalisert med de kommunale sykehjemmene.

Sykestuene har ikke definert noen bestemt målgruppe. Som vi skal se nedenfor, er det heller funksjonen til sykestuene som definerer målgruppen, ikke motsatt. Historisk er sykestuedrift hjemlet i sykehusloven der det heter: "En institusjon mellom hjem og sykehus der primærlegen kan observere, gi enklere behandlinger, avklare behov for sykehusbehandling og unngå unødvendige sykehusinnleggelser."

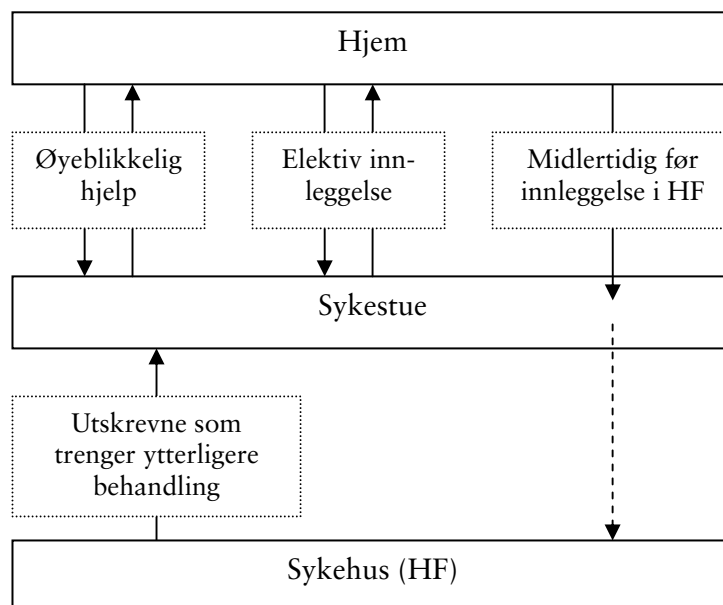
I en doktoravhandling fra 1998 av fremgår det at sykestuene langt på vei har fungert i tråd med disse intensjonene (Ivar Aaros 1998). Den vanligste bruken av sykestuer omfatter:

- Observasjon av akutte sykdommer (f.eks. smerte, astma og hjerteproblemer).
- Behandling av pasienter med kroniske sykdommer med akutt forverring (f.eks. kreft, astma, hjerneslag, hjertesvikt).
- Oppfølgende behandling mellom to sykehusopphold (f.eks. kreft, beinbrudd og operasjoner).
- Pleie- og omsorg i livets siste fase (f.eks. siste stadier av kreft, hjerneslag og hjertesykdom).

I en rapport fra Helse Finnmark om sykestuefunksjonene, vises det til at det først og fremst er geriatriske pasienter og kreftpasienter som i særlig grad vil kunne nyt-

tiggjøre seg et framtidig sykestuetilbud. Dette fordi de to pasientgruppene forventes å øke i antall i kommende år og som sykehusene i begrenset grad vil kunne håndtere på en optimal måte.²⁰ Videre peker rapporten på at sykestuene kan gi et tilbud til følgende pasientgrupper:

- Pasienter som innlegges som ø-hjelp fra hjemmet og ferdigbehandles på sykestua (f.eks. KOLS-pasienter, hjertesviktpasienter, infeksjoner i luft- og urinveier som krever intravenøs tilførsel av antibiotika, noe psykiatri/rus).
- Pasienter som innlegges planlagt fra hjemmet (f.eks. cytostatikabehandling, blodtransfusjoner, dialyse, palliasjon og terminalomsorg, utredninger).
- Pasienter som overflyttes fra sykehus. Dette er den største gruppen m.h.t. liggedøgn (pasientene skal ferdigbehandles, rehabiliteres, opptrenes).
- Pasienter som håndteres på sykestua i påvente av transport til sykehus (pga. klimatiske og geografiske forhold ofte nødvendig å stabilisere akutt pasienter lokalt før transport til sykehus).



Figur 5.2 Pasientflyt til og fra sykestuene i Finnmark (Figuren er utarbeidet på bakgrunn av beskrivelsen i rapporten "Videreutvikling av sykestuefunksjonen i Helse Nord").

²⁰ Prosjektrapport fra Styringsgruppa "Videreutvikling av sykestuefunksjonen i Helse Nord", Hammerfest 15.03.2007, Helse Finnmark HF

Figur 5.2 illustrerer ulike funksjoner som den nevnte rapporten anbefaler at sykestuene skal ha. Her fremgår det at sykestuene både skal ivareta øyeblikkelig hjelp og elektiv innleggelse, som i utgangspunktet skal ferdigbehandles på sykestua. Der- nest skal sykestuene ha ansvar for midlertidige innleggelser før pasienten sendes til sykehus. Dette bl.a. for å stabilisere pasienter før reise til sykehus. Til slutt ser vi at sykestuene har en viktig funksjon i å ivareta oppfølgende behandling eller rehabilitering etter sykehusopphold.

I følge en rapport fra Helse-Nord som tar for seg videreutviklingen av sykestuene i Finnmark, vises det til en undersøkelse gjennomført ved sykestuen i Nordkapp kommune.²¹ Her fremgår det at av 414 innleggelser på sykestuen (i 1996), var gjennomsnittlig liggetid 5 døgn. Innenfor det første døgnet ble 20 % av pasientene observert/behandlet og sendt hjem igjen, 22 % ble transportert videre til sykehus etter oppstart av behandling/stabilisering, mens 58% ble liggende lengre enn ett døgn. Av de som ble liggende lengre enn ett døgn, ble 68% lagt inn fra og skrevet tilbake til hjem igjen etter opphold på 7,4 døgn (gjennomsnitt). Det er ellers verdt å merke seg at sykehjemspasientene i forholdsvis liten grad var pasienter på sykestua. I følge rapporten var årsaken til dette at sykestua og sykehjemmet var samlokalisert, og at sykehjemspasienter ble behandlet på sykehjemsplassene. Samlokaliseringen innenfor ett og samme helsesenter bidro med andre ord til en fleksibel utnytting av personalet.

Sykestuene i Finnmark har gjennomgående en sykepleievakt 24 timer i døgnet sju dager i uken (i følge rapporten hadde 13 av 16 sykestuer sykepleier på aktiv døgnvakt). Siden sykestuene er samlokalisert med enten et helsesenter eller et kommunalt sykehjem, betyr det at pleiebemanningen kan utnyttes fleksibelt mellom sykestue og sykehjem.

Varigheten på den faste legevisitten varierer. I følge rapporten fra Helse Finnmark, varierer det fra 1 time til 20 faste timer i uka. Det er bare på fire av sykestuene at de har fast daglig legevisitt. Disse tallene kan imidlertid være misvisende siden flere av sykestuene har ordninger der det er enten vakthavende lege (på legekantor) eller fastlegen som har tilsyn. Dette er mulig pga at sykestuene er samlokalisert med le-

²¹ ”Videreutvikling av sykestuefunksjonen i Helse-Nord”, rapport fra faggruppen Sykestuefunksjonen i Finnmark, 2006-06-07.

gekontor. Med andre ord kan sykestuene få rask tilgang til lege pga den fysiske nærheten til legekantoret.

Faggruppen som har utarbeidet rapporten til Helse Finnmark, viser til krav om at sykestuene bør ha tilgang til både sykepleier, lege og rehabiliteringstjenester. Et krav er at det er en sykepleier på aktiv vakt hele døgnet. Det stilles også krav til rehabiliteringstjenestene i den forstand at det organiseres et tverrfaglig team rundt pasienten samtidig som at sykestuene har tilgjengelige fysioterapeuter.

I følge rapporten fra Helse Finnmark, har alle sykehjemmene i Finnmark akutt plass på sykestua eller i umiddelbar nærhet. Alle disse har også hjertestarter og overvåkningsenhet fra Helse Nord (utenom Nesseby) Et stort flertall har i tillegg pulsoksymeter og 2/3 har tilgang på celleteller og LAF-benk. I følge rapporten vil et utvidet cytostatikatilbud derfor kreve beskjedne midler.

For å kunne gi de aktuelle pasientgruppene (jf. over) behandling i sykestuene, mener faggruppen som har utarbeidet rapporten til Helse Finnmark, at følgende fem faglige krav må innfris:

- Nødvendig utstyr til diagnostikk/behandling (f.eks. defibrillator/EKG, pulsoxymeter, tilgang til celleteller)
- Utstyr for kommunikasjon med spesialisthelsetjenesten (telematikksamhandling via videokonferanse/bredbånd)
- Sykepleier i tilstedevakt hele døgnet eller bakvaksordning med kort tilkalling
- Avsatt legetid/tilgang til legevakt (organisering av daglige visitter)
- Dokumentasjonssystemer (standardisert elektronisk pasientjournal, ICD10 kodeverk/prosedyrekode)

Et sentralt spørsmål mht sykestuene har vært finansieringsordningen. I Sosial- og helsedepartementets rapport «Sykehjemmenes rolle og funksjoner i fremtidens pleie- og omsorgstjenester» (1999) drøftes tre modeller for fremtidig organisering og finansiering av sykestuer:

- som en desentralisert spesialisthelsetjeneste, eventuelt ambulant tjeneste, under et fylkeskommunalt faglig (i dag HF) og økonomisk ansvar
- som et kommunalt ansvar, som del av sykehjemmenes medisinske tilbud

- som en gråsoneinstitusjon mellom fylket (i dag HF) og kommunen basert på samarbeidsavtaler

I den første modellen ligger her hovedansvaret på helseforetaket, i den andre modellen på kommunen, mens den tredje innebærer en avtalebasert delt finansiering. Frem til i dag har finansieringen vært basert på den sistnevnte modellen. Det betyr at de er delvis finansiert fra helseforetakene (ca 40 % av kostnadene) og delvis finansiert fra kommunene (ca 60 % av kostnadene).

5.6.1 Sykestua i Alta

Ved sykestuen i Alta har de totalt 13 plasser. Av disse er 9 senger forbeholdt pasienter som trenger medisinsk behandling og oppfølging. I tillegg har sykestua et rom med seng som brukes til cytostatikakurer og en dialyseenhet med 3 dialyseplasser. Disse behandlingene gis oftest poliklinisk, med inn- og utskrivning samme dag. Av de 13 plassene, er det fire senger som disponeres av hjemmesykepleien og er beregnet på hjemmeboende pasienter som trenger avlastnings- eller kortidsopphold.

På sykestua har de en aktiv vakt 24 timer i døgnet hele uken. Det er legevisitt 4 timer 5 dager i uka. Det er 4 leger som deler på ordningen. Ut over dette benyttes legevakta.

Ved sykestua gis det bl.a. cellegiftbehandling og dialysebehandling. Dette gjør at noen pasienter kan behandles lokalt, og slippe ekstra belastning med fravær fra hjem og familie. Disse behandlingene gis oftest poliklinisk, med inn- og utskrivning samme dag. Det er egne sykepleiere som har ansvar for dialysemaskinene. I tillegg har sykestuen også utstyr til sondebehandling. Det er i følge Agenda lite akuttutstyr på sykestua, noe som forutsettes ivaretatt av legevakta.

Sykestua i Alta er tilknyttet Alta Helsesenter som i tillegg omfatter en fødestue, et diabetesteam, legesenter, legevaktsentral, rehabiliteringsenhet, helsestasjon, psykiatrisk enhet med mer. Bygningsmassen er i dag på ca 15000 kvm og er den av DMSene i landet med bredest tjenestetilbud.

Helse Finnmark har og driver egen virksomhet ved helsesentret. Foruten at helseforetaket har egen administrasjon og merkantile ressurser, driver de en røntgenenhet med stedlige radiografer og har en egen indremedisiner tilsatt i Alta. Spesialistpoli-

klinikken har også siden 2007 hatt stedlige avtalespesialister innenfor fagfeltene øre, nese og hals, samt gynekologi.

5.6.2 Sykestua på Skjervøy

Skjervøy helsesenter befinner seg innenfor en og samme bygningsmasse som innbefatter legekontor, fysioterapitjeneste, hjemmetjeneste, skjermet enhet, dagsenter og sykehjem med tilhørende sykestue. Det som sorterer under enheten ”Sykestue og sykehjem”, er sykestua, sykehjem og en skjermet avdeling. Sykestua kan betraktes som en forsterket korttidsavdeling, mens sykehjemmet innbefatter en langtidsavdeling og en skjermet avdeling. Sykestua befinner seg i en egen fløy i bygningen og har et eget akuttmottak, dvs. akutttrom med egen inngang for ambulansemottak. Den fysiske nærheten mellom de ulike tjenestene, innebærer at det er gode muligheter for samordning av ulike funksjoner og kompetanse.

Sykestua og sykehjemmet har i alt 33 sengeplasser, hvorav 9 er i skjermet avdeling og 6 er i sykestua. Sykestua har 6 enerom. Ett av disse er spesielt innredet for pasienter med alvorlige lidelser, f. eks kreftpasienter i terminalfasen. Rommene i sykestua har egne bad, fjernsyn, O₂ (oksygen) uttak i veggen.

Sykestua og sykehjemmet har totalt en bemanning på 9 sykepleierstillinger og 15 hjelpepleierstillinger. Ideelt sett skal sykestua være bemannet med 3 pleiere på dagtid og ettermiddag, men i følge informanter i kommunen, benyttes pleieressursene fleksibelt mellom sykehjem og sykestue. Ved behov, kan man med andre ord benytte seg av ekstra pleieressurser ved sykehjemmet dersom det oppstår økt behov på sykestua (og visa versa). Det skal minimum være to sykepleiere på vakt til enhver tid på sykestua og sykehjemmet (i helgene og på natt én sykepleier). Sykestua/sykehjemmet har også et eget demensteam av sykepleiere og hjelpepleiere som har spesialkurs innen demens. I tillegg har kommunen også egen kreftsykepleier.

Kommunen har avtale om 13 timer tilsynslege hver uke. Dette innbefatter daglig visitt på avdelingene. I tilfelle akutte innleggelser på sykestua, blir vakthavende lege tilkalt. I slike tilfeller betales legene i forhold til de faktiske tjenestene som utføres.

Sykestua har mellom 450-500 opphold per år. Varigheten på oppholdene kan variere etter behov. I de tilfellene plassene benyttes til avlastning, har det vanligvis en

varighet på 2-4 uker. I følge informanter i kommunen benyttes de seks sengeplassene på sykestua i all hovedsak til korttidsopphold.

Sykestua håndterer en rekke oppgaver. Bl.a. innbefatter det behandling av akutt-pasienter før eventuell videresending til UNN. Videre omfatter det rehabilitering av pasienter som kommer fra UNN. Andre oppgaver som håndteres av sykestua fremgår i tabellen under.

Tabell 5.3 Oppgaver som utføres ved sykestua på Skjervøy

Behandling av kreftpasienter med cyto-statika (cellegift)	Hjerteinfarkt
Blodtransfusjon	Apoplexi
Regulering av sukkersykepasienter	Avrusning
Intravenøs antibiotikabehandling	Terminalpleie
Dialysepasienter	Polikliniske tjenester
Astmapasienter	Medikamentregulering
Sårbehandling	Avlastningspasienter
Intoxer	Demensutredning

Polikliniske tjenester kan være behandling av sårskader, sårskift og blodprøvetaking. Dialysebehandling dreier seg i følge en informant ved sykehjemmet, om enkel dialysebehandling. Vi har imidlertid ikke fått spesifisert nærmere hva dette innebærer. I følge en rapport fra SNF, drives imidlertid dialysebehandling på sykehus eller helseinstitusjoner uten nefrolog (nyrespesialist), av sykepleiere med spesialkompetanse i dialysebehandling (Bjorvatn 2003). Kontakten med nefrolog foregår via telemedisin eller telefonkontakt.

Sykestua/sykehjemmet har også et eget akuttrom og medisinrom. På akuttrommottaket finnes følgende utstyr: Zoll-apparat (hjertestarter), sug, dråpeteller, surstofftilgang fra vegg, eget akuttskap med medikamenter, akuttseng, samt ferdige bakker med utstyr for spesielle prosedyrer (mageskylling, katetrisering m.m). Helseentret har også utstyr til å ta ulike laboratorieprøver: Analysemaskin for Asat/Alat/CK/ Kreatinin, dråpeteller, pariapparat, CRP/FOB apparat, elektronisk urinstixapparat, inkubasjonsapparat og egen undersøkelsesbenk.

5.6.3 Planer for Midt-Finnmark helsehus

I følge en plan utarbeidet av Bedriftskompetanse, foreligger det planer om etablering av et Midt-Finnmark helsehus.²² Midt-Finnmark helsehus omfatter i følge rapporten kommunene Porsanger, Karasjok, Lebesby, Gamvik, Kautokeino og eventuelt to andre kommuner. Totalt er befolkningsgrunnlaget på 12000 innbyggere, men det vises til at befolkningsgrunnlaget kan økes med 4-5000 innbyggere dersom det involveres ytterligere en eller to kommuner.

I rapporten nevnes følgende innsatsområder: Forebygging, geriatri, dialyse, diabetes, rehabilitering/habilitering, kreftlindring og psykisk helsevern. Slik vi forstår rapporten, planlegges en del av denne virksomheten å sentraliseres til Porsanger, mens enkelte oppgaver skal utføres lokalt i de enkelte kommunene med bistand fra ambulerende team.

I forhold til forebygging kan det se ut som at satsingen rettes mot sekundær- og tertiærforebyggende virksomhet, dvs. både mot faktiske og potensielle pasientgrupper.

I forhold til geriatrisatsingen vises det til et eget demensteam i Porsanger som består av geriatrisk sykepleier, kommunelege og fysioterapeut med videreutdanning i demens. Dette teamet utreder, kartlegger, diagnostiserer og følger opp pasienter samt pårørende etter behov. Det samme teamet har også deltatt i et kompetanseutviklingsprogram innen geriatri i regi av Helse Nord. Formålet med dette programmet har vært å vurdere når det er nødvendig med sykehusinnleggelse blant geriatriske pasienter. I følge rapporten er planen å styrke dette teamet slik at det kan omfatte hele regionen.

Rapporten viser også til virksomheten med satellittdialyse i Kirkenes, Hammerfest og Alta (dvs. via teledialyse). En tilsvarende satellittdialyseenhet planlegges lagt til Porsanger. Dette baserer seg på et estimert pasientgrunnlag på 10 personer i hele regionen. Det fremgår ikke hvordan denne virksomheten skal bemannes.

Diabetessatsingen vil basere seg på ambulerende team bestående av både lege og spesialsykepleier. Dette fordi det i følge rapporten ikke er hensiktsmessig å sentrali-

²² Midt-Finnmark helsehus. Et samarbeidsprosjekt mellom kommuner i Midt-Finnmark som et svar på utforeringene i samhandlingsreformen (Bedriftskompetanse).

sere behandling av diabetespasienter. Det ambulerende teamet skal gi veiledning og hjelp i medisinerings samt bistand i sammensetning av kosthold.

I forhold til rehabilitering/habilitering, planlegges et tverrfaglig kompetanseteam som skal lære opp personell i de aktuelle kommunene. I følge rapporten bør et slikt team bestå av fysioterapeut/ergoterapeut, lege og sykepleier. Aktuelle pasienter vil være slagpasienter og pasienter som har vært gjennom ulike operasjoner. Rapporten viser også til at det kan være aktuelt å etablere et tilsvarende ambulerende team i forhold til kreftlindring. Et slikt team foreslås sammensatt av kreftsykepleier og lege.

5.7 Distriktsmedisinske sentre

Betegnelsen DMS (Distriktsmedisinsk senter) ble introdusert i en rapport utarbeidet av en intern arbeidsgruppe i Sosial- og helsedirektoratet i oktober 2002. Benevnelsen DMS er imidlertid ikke definert på en entydig måte i forhold til hvilke medisinske tjenester som en slik enhet skal tilby. Begrepet brukes om ulike organisatoriske modeller og løsninger der fellesnevner er at de inneholder spesialisthelsetjenester som ytes desentralisert, de har ambulante spesialisthelsetjenester, de er samlokalisert med kommunale helse- og omsorgstjenester og inneholder intermediaær enhet. Et DMS kan også inneholde funksjoner utover dette, som faste spesialister, røntgen, dialyseenhet, lysbehandling og andre tjenester.

Omfanget av tjenester i en DMS tilsier at det må omfatte et visst opptaksområde og en viss avstand til lokalsykehus. Opptaksområdet varierer noe mellom de ulike DMS. Flere har et opptaksområde på rundt 20 000 innbyggere, mens enkelte har opp mot 30000 innbyggere.

Selv om det er store variasjoner mellom DMSer, er det tre hovedelementer som inngår i et DMS tilbud:

1. Spesialistpoliklinikk
2. Sengeenhet i gråsonen mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste
3. Kommunale helsetjenester

Tilbudene i spesialistpoliklinikkene vil variere men de vanligste tjenestene er: røntgen, lysbehandling, dialyse, cytostatikabehandling, dagkirurgi, kirurgi, indremedisin, ortopedi, gynekologi, pediatri. Tjenester fra poliklinikker gis fra stedlige og/eller ambulerende spesialister.

I følge hjemmesiden til DMS-forumet, er det for tiden 9 DMSer i Norge.²³ Disse befinner seg i Hedmark (2), Oppland (1), Nord- og Sør-Trøndelag (3), Troms (2) og Finnmark (1).

Tabell 5.4 Oppgaver som er lagt til eller planlagt lagt til DMS

DMS Nord-Gudbrandsdal	Valdres DMS	Hallingdal sjukestugu	Inn-Trøndelag DMS*	Fosen DMS	Stjørdal DMS*
Røntgen. Dialyse. 4 maskiner, Ultral lyd og hjertemedisinsk undersøkelser Lysbehandling (ikke tilbud pr. i dag) Felles jordmrvakt Psykiatrisk poliklinikk Ambulerende ortoped Ambulerende reumatolog Ambulerende gynokolog Høresentral, dette i samarbeid med Gjøvik sykehus Øyelege	Dialyse Nefrologi Røntgen Ortopedi Hud Nevrologi Hjerte Gynekologi Ultral ydkontroller Ortopedisk spesialverksted Lysbehandling	Observasjon og enklere utredning og behandling Observasjonspasienter *Forverring av kliniske lidelser *Infeksjoner *Fødsler *Palliasjon *Teminal pleie Medisinsk etterbehandling Rehabilitering *Ortopedi *Slagbehandling Dialyse, cellebehandling, digital radiologi, geriatrisk, blodtappestasjon	Intermediære senger Dialyseenhet Polikliniske tjenester Dagenhet Røntgen Fagnettverk Ambulerende team Læringsog mestringssenter Kompetansesenter Forebyggende avdeling Helsestasjon for eldre	Kirurgi (4 dager pr. måned). Gynekologi. (2 dager pr. måned) Øre, Nese og Hals. (2 dager pr. måned) Audiograf i 100 % stilling Hudlege. (1 dag pr. måned) Lysterapi. Daglig tilbud. Gastroenterolog (1 dag pr. måned) Øyelege. (1 dag pr. uke) Dialyse Digital røntgentjeneste Kreftbehandling Ortopedi	Hjerte/kar pasienter Nyresvikt pasienter Lungepasienter Ortopediske pasienter Slagpasienter Pasienter med ulike infeksjoner Pasienter med kroniske lidelser Palliativ behandling
19400 innb 9900 km ²	18000 innb 5400 km ²	20050 5830 km ²	32650 innb 4874 km ²	24750 (eksl. Mosvik) 3227 km ²	20960 938 km ²

Tabell 5.4 viser aktuelle oppgaver som er lagt til, eller planlagt lagt til, seks av de distriktsmedisinske sentrene. Vi ser at det er rimelig omfattende oppgaver som krever stor grad av kompetanse, ikke minst legekompetanse.

²³ DMS-forum er et faglig og administrativt nettverk for de distriktsmedisinske sentrene.
Kilde: <http://www.nkdms.no/>

I den siste raden fremgår det også hvor mange innbyggere som bor i DMSenes nedslagsfelt og størrelsen på det geografiske området. De tre DMSene med minst som har et befolkningsgrunnlag fra 18-20 tusen, er Gudbrandsdalen, Valdres og Hallingdal. Til sammenligning har Midt-Telemark et befolkningsgrunnlag på 16350 innbyggere og et areal på omtrent 1000 km². I forhold til DMSene, har med andre ord Midt-Telemark et noe mindre befolkningsgrunnlag.

5.7.1 Hallingdal sjukestugu²⁴

Hallingdal Sjukestugu (HSS) ligger i Ål kommune og er et samarbeid mellom kommunene Hol, Ål, Gol, Hemsedal, Nes og Flå. Sykestua har delegert myndighet fra alle kommunene i samarbeidet, og kommuneoverlegene i Hallingdal utgjør styringsgruppen og er faglig ansvarlige. Det medisinskfaglige ansvaret ligger imidlertid på respektive fagsjefer på Ringerike Sykehus. HSS er videre organisert som en avdeling under Ringerike Sykehus der administrasjonssjefen ved HSS er tilknyttet staben til sykehusets direktør. HSS finansieres gjennom ordinær sykehusfinansiering via Helse Sør-Øst. HSS omfatter følgende seks funksjoner eller enheter: somatikk, psykiatri, lærings- og mestringssenter, luftambulansse, drift av legevaktsentral og nattlegevakt.

Den somatiske enheten innbefatter både en sengeavdeling, dagbehandling og poliklinisk behandling. Sengeavdelingen har 14 sengeplasser med en gjennomsnittlig liggetid på 6,3 dager. Avdelingen behandler i underkant av 700 innleggelser årlig. Den største delen av pasientene kommer fra ulike avdelinger på Ringerike sykehus (50%) eller fra andre sykehus eller institusjoner (13%). De resterende (37%) legges inn direkte fra legevalg eller fastlege. Pasientene kan deles inn i følgende tre grupper:

- Observasjon og enklere utredning og behandling (observasjonspasienter, forverring av kroniske lidelser, infeksjoner, fødsler, palliasjon og terminal pleie)
- Medisinsk etterbehandling (fortsettelse av behandling gitt på et annet sykehus)
- Rehabilitering (spesielt ortopedi og slagbehandling)

²⁴ Kilder: 1) <http://www.nkdms.no/>; 2) <http://www.ringerike-sykehus.no>; 3) Tidsskr Nor Legeforen 2009/nr3, 129:214-5; Lappegard: "Erfaringer og utfordringer i Hallingdal", foredrag.

Den somatiske dagbehandlingen innbefatter dialysebehandling med seks maskiner (1100 behandlinger per år), cellegiftbehandling (150-170 behandlinger per år), geriatrik dagbehandling (1100 konsultasjoner per år), radiologi (5000 undersøkelser per år), blodtappetasjon (800 tappinger/360 givere) og dagkirurgi/ortopedi (50-100 operasjoner årlig).

Somatisk poliklinikk har omtrent 4200 konsultasjoner årlig, hvorav 65% er første-gangskonsultasjoner. Ved poliklinikken er det ansatt en egen onkologisk sykepleier samt en ambulerende onkolog.

Psykiatrisk avdeling har totalt 12 sengeplasser hvorav 10 benyttes til planlagte innleggelses fra en til tre måneder. De to siste benyttes til akutte innleggelses. I løpet av en prøveperiode på et halvt år, var det i alt 14 kriseinnleggelses. Slike innleggelses skal være på maksimalt tre døgn. Avdelingen skal ikke ta inn voldelige, truende, ruspåvirkede eller suicidale pasienter. Avdelingen har ikke egen lege tilgjengelig ut over normal arbeidstid. Dette betyr at ved kriseinnleggelses er det kommunelegen som har det medisinske ansvaret for pasienten (inntil avdelingens lege er på plass). Oppholdet benyttes også til å foreberede et støtteapparat rundt pasientene når de skrives ut.

5.7.2 DMS Nord-Gudbrandsdalen

DMS Nord-Gudbrndsaldalen omfatter kommunene Sel, Skjåk, Lom, Vågå, Dovre og Lesja. Det har i følge prosjektbeskrivelsen ”Distriktsmedisinsk senter i Nord Gudbrandsdal 2010-2012” vært arbeidet med å utvikle et desentralisert spesialisthelse-tilbud på Otta. Denne virksomheten har frem til 2010 vært drevet i lokalene til Otta legesenter og omfattet følgende tjenester:

- Røntgen, 1 ansatt, ca 3000 pasienter/5000 undersøkelser pr år
- Dialyse, 4 maskiner, 3 deltidsansatte, 3 dager/uke
- Tilbud om ultralyd, hjertemedisinske undersøkelser og akutt-skader som krever røntgen i regi av primærleger ved Otta legekantor
- Lysbehandling (for tiden begrenset aktivitet i påvente av ny hudlegestilling på Lillehammer).
- Felles jordmørvakt

- Psykiatrisk poliklinikk (barne-, ungdoms- og voksenpsykiatri, rusteam)
- Ambulerende ortoped
- Ambulerende revmatolog
- Ambulerende gynekolog, tilbud om teleultral lyd innen gynekologi og obstetrikk
- Høresentral- samarbeid med Gjøvik sykehus (sporadisk inntil videre)
- Øyelege på Lillehammer – forpliktet til 2dager/måned når manglende utstyr er på plass

Tilbudet om dialysebehandling har bestått av såkalt satellittdialyse, dvs. at dialysebehandlingen foregår lokalt, mens en spesialistlege ved sykehus foretar visitt via telemedisinsk lyd og bildekommunikasjon. Samtidig ser vi av listen over, at mye av tilbudet baserer seg på ambulerende spesialistkompetanse.

DMS på Otta skal flytte inn i nye lokaler våren 2010, noe som gir muligheter for å øke kapasiteten og behandlingstilbud. I følge et notat utarbeidet av Regionrådet i Nord-Gudbrandsdalen vil det nye sentret kunne gi et spesialisert helsetilbud som dels vil basere seg på spesialister som kommer fra Lillehammer sykehus og dels bruk av moderne kommunikasjonsteknologi.²⁵ Eksempler på dette er etablering av digitaliserte røntgenstasjoner med overføring av bilder til radiologiavdelingen ved sykehuset for tolkning/tilbakemelding og MR- undersøkelse. I følge notatet utgjør dette et svært stort antall pasienter pr. år. En annen aktuell gruppe som nevnes i notatet, er dialysepasienter som reiser med drosje opp til 40 mil 3 ganger pr. uke for å få behandling. Det planlegges også en intermediær avdeling med 5 sengeplasser der de aktuelle pasientgrupper er:

- Pasienter med funksjonssvikt, smertebehandling, lindrende behandling, forverring av kols, infeksjoner, ernæringsvikt, medikamentjusteringer, kunne hjelpe personer med psykiske lidelser og/eller rusproblemer for å forebygge sykehusinnleggelse
- Observasjon for å avklare behovet for innleggelse i sykehus
- Etterbehandling og rehabilitering etter sykehusopphold før utskrivning til eget hjem

²⁵ <http://www.nordgudbrandsdal.no/docs/000005C1.html>

I prosjektplanen fremgår det også et budsjett for etablering av 5 korttids sengeplasser. Her opereres det med en døgnpris på 1800 kroner per plass. For et helt år utgjør dette dermed 657 000 kroner for én plass og 3 285 000 for fem plasser. I tillegg opereres det med et budsjett på 500 000 til uforutsette utgifter. Som det fremgår av prosjektplanen, er imidlertid disse tallene beheftet med stor usikkerhet.

5.8 Helse Fonna HF

Helsetorgprosjektet i Helse Fonna skiller seg fra de øvrige i og med at det ikke innbefatter etablering av egen intermediær enhet. Grunnen til at vi har tatt det med her, er for å illustrere at desentralisering av tjenestetilbudet til kommunene ikke nødvendigvis trenger å innbefatte etablering av egne enheter. Som et alternativ har Helse Fonna heller vektlagt kompetanseutvikling og bedring av samhandlingsrutinene. Til forskjell fra de øvrige tilbudene hvor vi har tatt desentraliserte tjenester betraktes ut fra et lokalt ståsted, tar vi her utgangspunkt i desentraliserte tjenester sett fra helseforetakets ståsted.

Helse Fonna innbefatter tre lokalsykehus (Odda sykehus, Stord sykehus og Hauge-sund sykehus). Videre er det sju kommuner som er med i prosjektet: Haugesund, Karmøy, Tysvær Odda (sammen med Ullensvang og Jondal), Bømlo, Stord og Sveio. Samlet utgjør disse kommunene 70 % av befolkningsgrunnet innenfor Helse Fonnas ansvarsområde.

Målsettingen med prosjektet er i følge prosjektbeskrivelsen å:

- Forebygge utvikling av sammensatte lidelser hos eldre
- Forebygge forverring av tilstand til eldre med sammensatte lidelser
- Sikre eldre med forverring av helsetilstand, rett behandling – på rett sted – til rett tid
- Sikre gode pasientforløp for skrøpelige eldre med behov for tjenester i kommune og helseforetak
- Sikre rett kompetanse på rett sted
- Sikre evidens og forskningsbasert behandling, pleie og omsorg til eldre

Prosjektet har videre lagt stor vekt på kompetanse og kompetanseoverføring til kommunene. Dette ivaretas gjennom tre typer strategier: Den første er etablering av en FoU-enhet som skal arbeide med helsetjenester til eldre. Den andre er å etablere delte stillinger basert på praksiskonsulentordningen (PKO) for leger. PKO innebærer at allmennlegene har deltidsstillinger i helseforetaket. Innenfor prosjektet ønsker de også å overføre denne modellen til andre yrkesgrupper, herunder sykepleiere. Den tredje strategien innebærer etablering av strukturer for å sikre god kommunikasjon og pasientflyt. Herunder inngår forpliktende samarbeidsavtaler, etablering av et system for kommunikasjonsflyt, utprøving av digitale verktøy og utvikling av strukturelle pasientforløp for eldre.

I prosjektrapporten for helsetorgprosjektet er det videre utdypet 8 ulike tiltak:

- Forebyggende helseteam / Helsestasjon for eldre
- Lærings- og Mestringsarenaer /-sentra i kommunene
- Observasjonsplasser i kommunene
- Diabetes- og KOLS-team i kommunene
- Rehabilitering / aktiviseringstilbud i kommunene.
- Palliativt team / enhet i kommunene.
- Utadrettet virksomhet fra geriatrisk enhet
- Utadretta virksomhet fra alderspsykiatrisk enhet

Det forebyggende helseteamet skal ha som oppgave å drive med informasjon, råd og veiledning – i form av oppsøkende virksomhet – til innbyggere over 65 som ikke har kontakt med helsetjenesten for øvrig. Videre vil oppgavene omfatte strukturert kartlegging og geriatrisk utredning. Slik vi forstår prosjektbeskrivelsen, skal også tjenester ved Lærings- og mestringssettene knyttes til disse teamene.

Det er også planlagt å etablere korttids observasjonsplasser i kommunene som kan benyttes av helseteamlege, fastlege eller legevakt. Det fremgår også her at man vil legge opp til delte stillinger mellom de kommunale observasjonspostene og geriatrisk/medisinsk enhet på sykehusene.

Som det fremgår av listen over, planlegges også et diabetes- og KOLS-team i kommunene. Som for observasjonspostene og helseteamene, planlegges det også her å

benytte delte stillinger. Videre fremgår det at man skal etablere felles strukturerte pasientforløp for disse pasientgruppene.

Punktet om rehabiliterings-/aktiviseringstilbud i kommunene innebærer at det opprettes et tverrfaglig rehabiliterings-/aktiviseringsteam i kommunene. Disse teamene vil bl.a. bestå av delte stillinger knyttet opp mot spesialiserte rehabiliteringsenheter i Helse Fonna. I tillegg er planen å etablere egne rehabiliteringssenger i kommunene for opptrening og aktivisering av eldre pasienter. I følge rapporten har man god erfaring med såkalt fullintegrerte modeller der samme personale arbeider både innen de kommunale institusjonene og i hjemmesykepleien. I den sammenheng vises det til at rehabiliteringsteamet som primært skal arbeide ute i pasientenes hjem, skal knyttes til egne kommunale rehabiliteringssenger.

Helse Fonna har i erfaring med bruk av ambulans palliativt team både i primærhelsetjenesten og på ulike sykehusavdelinger. Dette teamet har sin base ved Hauge-sund sykehus, men har ustrakt samarbeid med palliative ressurs-sykepleiere ute i kommunene. I det videre arbeidet med helsetorgprosjektet legges det imidlertid opp til at kommunene skal ta mer ansvar for pasientene gjennom etablering av egne kommunale palliative team (ledet av allmennlege), men da i tett samarbeid med det palliative teamet i spesialisthelsetjenesten. De kommunale palliative teamene skal også disponere egne sengeplasser eller leiligheter i kommunene.

Den utadretta virksomheten fra geriatrisk enhet og alderspsykiatrisk enhet baserer seg i hovedsak på samme prinsipp som de øvrige tilbudene nevnt over, dvs. i form av desentraliserte tjenester i tett samarbeid med helseforetakene. Innenfor begge de sistnevnte tjenesteområdene vises det også til ambulerende polikliniske tjenester.

Til forskjell fra de øvrige modellene som har etablert egne enheter med ulike former for spesialkompetanse etc., kan vi si at denne modellen baserer seg på følgende prinsipper:

- Kompetanse fra sykehuset bringes ut i kommunene, i form av delte stillinger eller ambulerende virksomhet
- Etablering av spesialteam innen sentrale fagområder knyttet til eldre personer, bestående av personell både fra spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, eventuelt kommunale team med tett kontakt med spesialisthelsetjenesten

- Etablering av merkede sengeplasser/enheter for bestemte funksjoner (tilgjengelig for spesialteamene)
- Vektlegging av forebyggende virksomhet og oppsøkende virksomhet i private hjem.

For å sammenfatte kan vi si at helsetorgprosjektet er rettet mot eldre pasienter, mot forebyggende virksomhet, desentralisering av helseforetakenes spesialområder, samt spredning av kompetanse fra helseforetak ut i kommunene via teamorganisering.

5.9 Oppsummering

Gjennomgangen her viser at det er stor variasjon i det vi kan kalle intermediære enheter eller forsterkede sykehjemsplasser. Det varierer alt fra de minste sykestuene i Finnmark med et pasientgrunnlag på ned mot 3000 innbyggere og opp til større enheter med et pasientgrunnlag på størrelse med de største byene i landet.

Til tross for variasjonen og mangfoldet av enheter, finner vi likevel noen mønstre som går igjen. Et gjennomgående trekk er at de intermediære enhetene retter seg mot eldre pasientgrupper. Dette kan være tilsiktet slik som ved Drammen geriatriske eller det kan være en indirekte konsekvens av at det er eldre pasientgrupper som i størst grad har behov for intermediære tjenester.

Et annet trekk er at enkelte enheter har spesialisert seg på en målgruppe eller en bestemt behandlingstype. Foruten Drammen geriatriske, har vi her trukket frem palliativ enhet Havstein sykehjem. Begge disse er forholdsvis store enheter med stort pasientgrunnlag. Formålet med å trekke frem disse to spesielt, er imidlertid å illustrere hvordan en intermediær enhet kan rettes inn mot spesialområder. En fordel med dette – i motsetning til å rette seg mot alle grupper – er dels at man kan bygge opp en avgrenset kompetanse og dels at denne ivaretas ved at man får praktisert kompetansen innenfor en slik enhet.

En annen type intermediære enheter er mer spesialisert i forhold til behandlingsprosessen, dvs. etterbehandling etter sykehusopphold. Dette gjelder primært etter sykehusbehandling, men også etter behandling hos lege/legevakt. Søbstad, Stortveit og Henie Onstad er eksempler på dette. På samme måte som over, er dette også en

form for spesialisering, men som et element i en lengre behandlingsskjede. Vi ser også at dette dreier seg om forholdsvis store enheter med stort pasientgrunnlag.

Det som er gjennomgående for de to første typene intermediære enheter, er at de har en forsterket bemanning. Dette gjelder både i forhold til leger, sykepleiere, fysioterapeut og ergoterapeut. Det som er vesentlig her, er at den nevnte bemanningen ikke bare er forsterket, men også permanent. Det vil si at enhetene til enhver tid har tilgang på de ulike fagpersonene innenfor enheten (altså ikke tilgang i form av bakvakt, på timebasis eller etter behov). Et annet trekk ved de to førstnevnte gruppene intermediære enheter, er at de er forholdsvis godt utrustet med teknisk utstyr, noe som også betyr at de håndterer oppgaver som er mer spesialisert enn det man finner innen ordinær sykehjemsvirksomhet. Et tredje trekk er at det i enkelte tilfeller er forholdsvis sterk kobling til sykehusene i den forstand at sykehusene både har et faglig ansvar og stiller opp med ambulerende kompetanse.

En tredje gruppe intermediære enheter er sykestuene. Disse er i mindre grad spesialisert slik som de to første gruppene, og er heller innrettet mot å fange opp de behov som ligger mellom første- og andrelinjetjenesten. Det betyr at de både driver forberedende behandling (før sykehus), egen behandling og etterbehandling (etter sykehus). Det som ellers kjennetegner disse, er at de har liten men permanent sykepleiedekning samtidig som samlokaliseringen med sykehjemmet åpner for fleksibel bruk av medarbeiderne. Tilsvarende er også legene lett tilgjengelige i form av samlokalisering mellom sykestue og legekontor. Tiden som formelt er avsatt til tilsynslege, varierer imidlertid forholdsvis mye. Det som ellers er interessant med sykestuene som gjennomgående har et lite pasientgrunnlag, er at det utføres relativt avanserte oppgaver slik som på Skjervøy. I den sammenheng er det også interessant å observere hvordan kommuner med sykestuer planlegger for ytterligere spesialisert behandling i form av interkommunalt samarbeid (Porsanger).

DMS-ene er en fjerde gruppe intermediære enheter. Disse kjennetegnes av å være store, og har et omfattende tilbud. Vi finner også her at mye av kompetansen sikres gjennom ambulerende virksomhet. Som for enkelte av de spesialiserte enhetene, finner vi også her at sykehusene har et faglig ansvar for tilbudet.

Til slutt har vi også vist til Helse Fonna som skiller seg fra de øvrige, ved at det dels baserer seg på spredning av kunnskap og desentralisert behandling i form av spesialiserte team, og dels baserer seg på korttids observasjonsplasser som kan benyt-

tes både av teamlegene eller leger i kommunen. Denne modellen er interessant i den forstand at den ikke innebærer noen omfattende intremediære institusjoner, men baserer seg mer på å forsterke eksisterende sykehjemsplasser, kanskje ikke så ulikt sykestuene i Finnmark.

På bakgrunn av gjennomgangen kan vi skille mellom ulike fire ulike roller eller funksjoner hos de intermediære enhetene. Disse er:

- Forebyggende virksomhet: Som et tiltak for å unngå innleggelser.
- Forberedende behandling: Behandling for å forberede til videre behandling på sykehuset. Intermediæravdelingen blir således en mellomstasjon mellom hjem og sykehus
- Behandling: Gjennomføring av egen behandling av pasienter og som ferdigbehandles på intermediæravdeling.
- Etterbehandling: En etterbehandling etter sykehusopphold, for å korte tiden på sykehus.

6. Samhandlingsreform i Midt-Telemark

I dette kapitlet har vi sett nærmere på mulighetene for utforming av samhandlingsreform i Midt-Telemark. I den sammenheng er et av de sentrale spørsmålene hvordan man skal avgrense ansvaret mellom kommunene og sykehuset. I kapitlet har vi derfor skissert tre prinsipper for hvordan oppgavene kan avgrenses. Dernest ser vi nærmere på hvilke faktorer som kan ha betydning for utforming av forsterket tjenestetilbud i kommunene. I første rekke dreier dette seg om den kompetansen kommunene har, men også pasientgrunnlag og avstander. Avslutningsvis i kapitlet gir vi en kort presentasjon av det pågående pilotprosjektet i Midt-Telemark.

6.1 Strategier for avgrensning av oppgaver

I denne delen har vi skissert tre strategier man kan legge til grunn for å definere oppgaver eller pasientgrupper i en forsterket sykehjemsenhet eller en intermediaær enhet. Med utgangspunkt i gjennomgangen i forrige kapittel, kan vi definere oppgavene i forhold til ulike faser i behandlingsprosessen og etter ulike pasientgrupper. Nedenfor har vi kort redegjort for dette. I tillegg har vi også presentert en strategi som vi kan kalle en skrittvis nedenfra-og-opp-strategi.

6.1.1 Avgrensning etter behandlingsprosess

Den første strategien vil være å definere oppgavene i forhold til følgende tre oppgavetyper:

- forberedelse av pasienter som skal inn på sykehus
- rehabilitering/etterbehandling av pasienter som har vært på sykehus
- behandling som et alternativ til å reise på sykehus

Den første typen oppgaver dreier seg om avklaring eller klargjøring før et eventuelt sykehusopphold. I følge sykehusloven skal sykestuene ha en rolle i forhold til å av-

klare behov for sykehusbehandling. I avsnittet om sykestuene vises det også til at sykestuene skal ha en funksjon med å stabilisere pasienter før transport til sykehus. En tilsvarende funksjon har DMS Nord-Gudbrandsdalen, dvs. observasjon for å avklare behovet for innleggeleser. En informant ved sykehuset i Telemark viser også til at helsepersonell i kommunene i større grad bør ivareta forberedende oppgaver som det å ta blodtrykk, puls og temperatur før en eventuell innleggelse.

Den andre typen oppgaver vil dreie seg om pasienter som har fått nødvendig avklaring fra sykehus eller som har vært til konsultasjon hos lege/legevakt. I avsnittet om Søbstad sykehjem nevnes pasienter med obstipasjon, dehydrerte pasienter, pasienter med sosiale indikasjoner og avklarte infeksjoner. Ved palliativ enhet ved Havstein sykehjem dreier dette seg om lindrende behandling for kreftsyke. I avsnittet om Stortveit Sykehjem vises det til at sykehusets oppgave vil være å diagnostisere, avklare pasienten og starte behandling, mens den intermediære enheten skal gjøre videre utredninger og behandling samt tilrettelegge for en hjemmesituasjon. I avsnittet om Henie Onstad bo- og rehabiliteringssenter nevnes bl.a. pasientgrupper med brudd, hjerneinfarkt/hjerneblødning, hjertesvikt/infarkt og pasienter med behov for lengre rehabiliteringsopphold. I avsnittet som omhandler sykestuene i Nord-Norge, vises det også til at sykestuene har hatt en pleie- og omsorgsfunksjon for pasienter som befinner seg i livets siste fase.

Den tredje funksjonen kan være forholdsvis omfattende. Dette kan dreie seg om alt fra mindre oppgaver som intravenøsbehandling til større oppgaver som kirurgiske operasjoner. Generelt ser vi at mye av oppgavene ved DMSene dreier seg om behandling som alternativ til sykehusinnleggelse. I følge sykehusloven skal også sykestuene – i tillegg til å avklare behovet for sykehusinnleggelser – også ha en funksjon i forhold til å unngå unødvendige sykehusinnleggelser. Dette betyr med andre ord en mer omfattende behandling ved sykestuene enn det som er vanlig ved et sykehjem. I avsnittet om sykestuene i Nord-Norge vises det for eksempel til at sykestuene har behandlet pasienter med kroniske sykdommer som for eksempel kols, astma, hjerneslag, hjertesvikt og infeksjoner i luft- og urinveier. Ved sykestua på Skjervøy nevnes i tillegg regulering av sukkersykepasienter, intravenøs antibiotika, blodtransfusjon, sårbehandling og forgiftning (intoxer). Ved sykestuene har vi også sett at de har rom/senger som benyttes til dialysebehandling og cytostatikakurer. Ved Henie Onstad bo- og rehabiliteringssenter har de også en målgruppe med pasienter som kommer hjemmefra (tilknyttet hjemmetjenesten) og som trenger et ”løft”

i fysisk funksjon. Dette er for øvrig også en funksjon mange ordinære korttidsavdelinger i kommunene allerede har i dag. Nært tilknyttet den siste funksjonen, kan vi også ta med det forebyggende arbeidet generelt og spesielt det forebyggende arbeidet som vektlegges innenfor prosjektet i Helse Fonna. På samme måte som de ulike behandlingsformene som er nevnt over, vil det forebyggende arbeidet også ha som mål å hindre sykehusinnleggelse.

Av de intermediærenhetene vi har tatt for oss, ser vi at en stor del av virksomheten dreier seg om rehabilitering eller etterbehandling av pasienter som har vært på sykehus. Det kan også se ut som at det er her vi finner det største pasientgrunnlaget. Denne funksjonen kan vi også si er løsning på de utfordringer som sykehusene har i forhold til korridorpasienter og pasienter som ligger lengre på sykehus enn strengt tatt nødvendig. Det er samtidig mange av intermediærenhetene som også har innrettet virksomheten på å ferdigbehandle for å unngå sykehusinnleggelse. Dette dreier seg spesielt om DMSene og dels sykestuene i Nord-Norge. Dette må igjen forstås i lys av at intermediærenhetene har et forholdsvis stort befolkningsgrunnlag (spesielt DMSene) og dels i lys av store avstander (spesielt i Nord-Norge). I det minste kan vi si at et stort befolkningsgrunnlag *åpner for* og lange avstander *stimulerer til* at intermediærenhetene tar på seg oppgaver med å ferdigbehandle pasienter. Det kan samtidig bety at i områder med et mindre befolkningsgrunnlag og kortere avstander, er det mindre grunnlag for tilsvarende ferdigbehandling av pasienter. Den forberedende funksjonen (før sykehusinnleggelse) ser ut til å ha sammenheng med lange avstander, spesielt den stabiliserende funksjonen før transport til sykehuset. Samtidig trenger ikke avstander å ha en tilsvarende stor betydning i forhold til funksjonen med å avklare om sykehusinnleggelse er nødvendig eller det å forberede innleggelse i form av å ta ulike tester eller målinger.

6.1.2 Definerings av pasientgrupper

Dersom vi sammenligner ulike intermediære enheter, finner vi også at det går et skille mellom de som har et bredt tilbud rettet mot mange pasientgrupper, og de som i større grad har spesialisert seg innenfor en eller noen få pasientgrupper. I prinsippet kan vi si at den brede strategien dreier seg om å overføre aktuelle oppgaver for alle pasientgrupper, mens den smale strategien retter seg mot en snevrere gruppe pasienter. Den første typen finner vi igjen i enkelte DPSer, mens den sist-

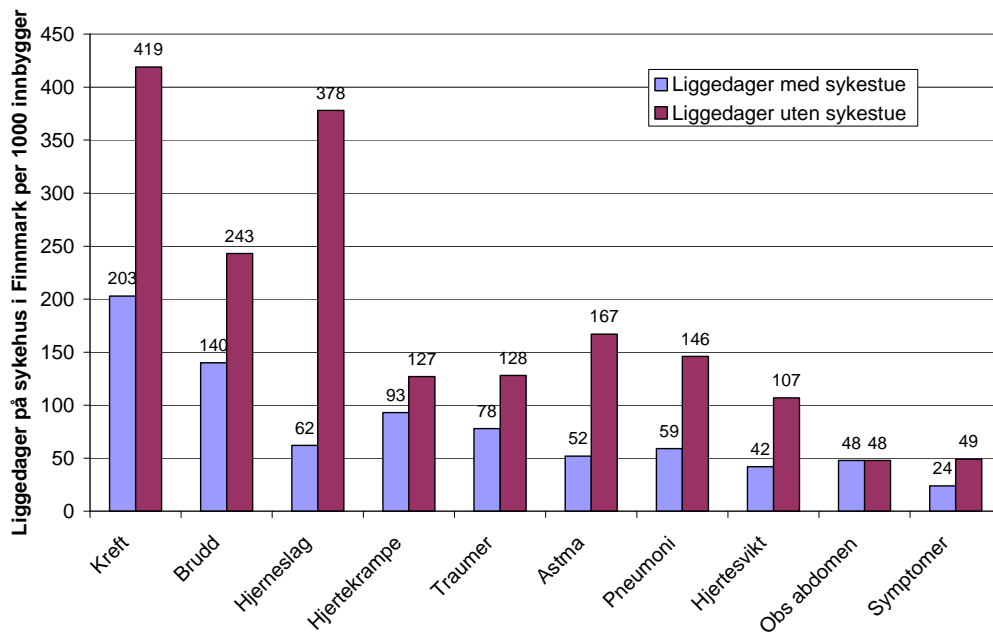
nevnte finner vi bl.a. i Søbstad og Stortveit, samt ved Drammen Geriatiske. Innsnevringen dreier seg her om å konsentrere seg om eldre pasientgrupper. Alle disse intermediærenhetene har imidlertid et forholdsvis stort pasientgrunnlag. Når pasientgrunnlaget blir mindre, noe det vil være for de fleste kommuner eller kommunesammenslutningene, vil det være nødvendig å balansere bredden i pasientgrunnlaget i forhold til hvor omfattende oppgavene skal være. Med andre ord kan man tenke seg en variant med en bred tilnærming til alle aktuelle pasientgrupper, men med begrenset grad av behandling. En annen variant vil være å konsentrere seg om de viktigste pasientgruppene, men da med mer behandlende oppgaver.

		Behandling	
		Lite/begrenset	Mye
Pasientgrupper	Mange	X	
	Få		X

Her vil som nevnt over, plasseringen avhenge av både pasientgrunnlag, reiseavstander og kompetanse. Det betyr at områder med få begrensninger i større grad kan strekke seg mot ruten øverst til høyre, mens områder med større begrensninger kanskje vil måtte strekke seg mot ruten nederst til venstre. Hovedpoenget her er imidlertid at valget av strategi vil bidra til at man overstiger noen av begrensningene som ligger i kompetanse og pasientgrunnlag. Med et stort pasientgrunnlag kan man tenke seg at man både kan omfatte alle pasientgrupper og stor grad av behandling. Med mindre pasientgrunnlag vil man måtte velge enten en snevrere pasientgruppe/mer behandling eller bred pasientgruppe/lite behandling.

Drammen geriatiske avdeling er et eksempel på hvordan man kan snevre inn oppgavespennet. Tilsvarende kan vi også si at Stortveit og Søbstad sykehjem har gjort dette ved å sette en nedre aldersgrense til 60 år. I de to siste tilfellene ser vi imidlertid at det er relativt omfattende oppgaver som utføres.

En dr. grad fra 1998 viser til at kommuner i Finnmark med sykestuer, hadde langt færre liggedager på sykehus enn kommuner uten sykestue. Det innebærer både mindre innleggelsesfrekvenser og kortere liggetid på pasienter som ble innlagt. I tabellen nedenfor har vi gjengitt de 10 hyppigste diagnosene som ble registrert ved lokalsykehusene i perioden 1990-1994.



Figur 6.1 Liggedager på sykehus i Finnmark for pasienter fra kommuner med og uten sykestue.

Figur 6.1 viser ikke bare hvilke grupper som hyppigst går igjen på sykehusene, men også gapet mellom den ordinære helse- og omsorgstjenesten og sykestuene. Dette sier dermed noe om potensialet som ligger i en forsterket sykehjemsavdeling eller en intermediær enhet. De to pasientgruppene som opptrer hyppigst i kommuner uten sykestue, er kreft og hjerneslag, dernest brudd. Samtidig ser vi at differansen mellom kommuner med og uten sykestue, er størst for pasienter med hjerneslag. Samtidig er det også stor forskjell blant kreftpasienter.

I en rapport fra Helse-Nord som tar for seg videreutviklingen av sykestuene i Finnmark, anbefales spesielt to pasientgrupper: *geriatiske pasienter og kreftpasienter*.²⁶ Bakgrunnen for dette er at disse pasientgruppene i særlig grad vil kunne nyttiggjøre seg av et fremtidig sykestuetilbud. Videre står det at disse pasientgruppene vil øke i årene fremover, samtidig som at sykehusene i begrenset grad vil kunne håndtere disse på en optimal måte.

²⁶ ”Videreutvikling av sykestuefunksjonen i Helse-Nord”, rapport fra faggruppen Sykestuefunksjonen i Finnmark, 2006-06-07.

6.1.3 Skrittvis nedefra-og-opp-strategi

Et siste prinsipp for å definere oppgavene, kan være å ta utgangspunkt i de faktiske behovene i forhold til konkrete funksjoner eller oppgaver, i form av en slags skrittvis strategi. Det innebærer at man starter med én eller flere enkle oppgaver som kan utføres innenfor rammene av hva som er hensiktsmessig mht kompetansebegrensninger, begrensninger i pasientgrunnlag og avstander. Et eksempel på dette kan være intravenøs væskebehandling, dernest intravenøs antibiotika osv. En slik skrittvis oppgaveoverføring kan fortsette helt til man møter ”taket” for de tre nevnte begrensningene. Helse Fonna er et eksempel på en slik strategi der kommunen bygger opp kompetanse prosjekt for prosjekt gjennom samarbeid med kommunene.

Som et utgangspunkt for en slik strategi, har vi i intervjuene med informanter i Midt-Telemark og ved sykehuset stilt spørsmål om hvilke oppgaver de selv opplever at det er hensiktsmessig at kommunene utfører. Mange av informantene nevner i den forbindelse intravenøsprosjektet som har bidratt til at man i større grad i dag utfører intravenøs væskebehandling og antibiotikabehandling. Flere viser også til at dette har bidratt til å unngå sykehusinnleggelse. Selv om de i alle kommunene hevder at de nå utfører intravenøs væskebehandling, synes det samtidig å være et potensial for å videreutvikle og spre denne kompetansen. Til tross for at kommunene har fått tilført kompetanse på dette området, har det likevel vist seg at de ikke alltid er i stand til å ivareta disse oppgavene. Dette henger dels sammen med at det ikke er alle som behersker intravenøsbehandling fullt ut og dels med vaktssystemet som innebærer at det ikke alltid er sykepleiere på aktiv vakt når det dukker opp et behov.

En informant peker også på at man i kommunen i større grad burde håndtere pasienter med dårlig allmenntilstand som dehydrering og mangel på ernæring. I dag sendes slike pasienter til sykehuset, noe informanten mener at de selv burde håndtere ved observasjon på en kortidsavdeling. I den forbindelse vises det også til behovet for kompetanse på bruk av sondeernæring i kommunene. På samme måte som for intravenøs væskebehandling, hevdes det imidlertid at pleiekapasiteten eller tilgangen på sykepleiere kan være en utfordring for å få dette til.

Ut over de oppgavene som er nevnt over, kan vi oppsummere andre forslag fra informanten i følgende punkter:

- medikamentjustering
- blodtransfusjon
- bruk av forstøverapparat
- bruk av sug (for lungepasienter)
- innstilling av insulin
- håndtering av obstipasjon

Flere av disse oppgavene vil imidlertid kreve større grad av pleiedekning og legedekning enn det sykehjemmene har i dag. I tillegg vil det også kreve at man har tilgjengelige korttidsplasser på sykehjemmene.

Flere nevner også behov for å styrke kompetanse innenfor kreftomsorgen, dvs. i forhold til lindrende behandling og samtalerapi. Riktignok har kommunene i dag egne kreftsykepleiere, men samtidig hevdes det at denne pasientgruppen er økende, og at det i fremtiden sannsynligvis blir behov for å styrke denne kompetansen ytterligere.

På spørsmål om forebyggende virksomhet, får vi noe ulike svar. Her viser flere til at det kan være et potensial i å redusere sykehusinnleggelser gjennom bedre tilrettelegging i hjem. Spesielt nevnes forebygging mot fallulykker. Samtidig vises det også til behovet for å forebygge gjennom ernæring og fysisk aktivitet, noe de fleste opplever å ha liten tid til. Det er også flere som er inne på at det forebyggende dreier vel så mye om å få til sosiale aktiviteter som kosthold og fysisk trening.

I følge flere informanter har mye av innleggelsene og svingdørspasientene bakgrunn i pasienter som har angst. En informant peker i den forbindelse på at det vil være mer hensiktsmessig å bruke ressursene på folk enn på teknisk utstyr. Årsaken til dette er at mye av henvisningene til sykehuset dreier seg om utrygge pasienter, uten at det nødvendigvis er noe sykehuset kan gjøre, bortsett fra at en sykehusinnleggelse i seg selv kan skape trygghet. Dette må dermed forstås i retning av at mer tid til hver pasient lokalt, også gir mer trygghet og færre sykehusinnleggelser. Samtidig kan utfordringen med å håndtere utrygge pasienter dreie seg vel så mye om kompetanse eller tilgang på korttidsplasser som det å ha tilstrekkelig tid.

6.2 Hva bestemmer oppgaveomfanget?

Gjennomgangen av eksisterende intermediære enheter har vist at det er forholdsvis omfattende oppgaver som har blitt eller er tenkt overført til kommunene. Det er derfor stor variasjon i det oppgavespenet vi finner i en ordinær kommune, og det vi finner i de største intermediære enhetene. Det kan være mange faktorer som vil avgjøre oppgavespenet. De viktigste vil være følgende tre faktorer:

- Pasientgrunnlag
- Avstander
- Kompetanse

For det første vil oppgavespenet bestemmes av det geografiske nedslagsfeltet eller nærmere bestemt pasientgrunnlaget. Av de eksemplene som er omtalt i forrige kapittel, varierer innbyggertallet fra 3000 på Skjervøy til godt over 30 000 innbyggere i nedslagsfeltet til DMS Inn-Trøndelag. Det vanligste er imidlertid at DMSene har et geografisk nedslagsfelt med omtrent 20 000 innbyggere. Eksemplene fra Skjervøy og Helse Fonna viser imidlertid at det også innenfor geografiske enheter med færre enn 20 000 innbyggere, er muligheter for å utforme et forsterket tilbud.

For det andre vil geografiske avstander spille en rolle i den forstand at desentraliserte tjenester ofte legitimeres med utgangspunkt i at lange reiseavstander er ubekvemt for en del pasientgrupper. Innenfor flere av eksemplene i forrige kapittel nevnes avstander som en begrunnelse for å desentralisere tjenester. Lange reiseavstander kan med andre ord være en begrunnelse for å desentralisere oppgaver også innenfor kommuner med mindre befolkningsgrunnlag. Her kan vi trekke fram eksemplet fra Skjervøy og sykestuene i Finnmark.

For det tredje vil tilgjengelig kompetanse eller muligheten for kompetanseheving være en forutsetning for desentraliserte tjenester. Det er åpenbart at både de største og de minste intermediære enhetene krever mer kompetanse enn det vi vanligvis finner innenfor kommunehelsetjenesten. Kompetanse kan enten tilføres i form av å ansette kompetente fagpersoner, etterutdanning av eksisterende personell eller gjennom ambulerende virksomhet.

Som vist over, vil både kompetanse, avstander og innbyggerstørrelse ha betydning for oppgavespenet. Samspillet mellom disse tre faktorene vil imidlertid påvirke

omfanget av oppgavene på ulike måter. For eksempel vil korte avstander til sykehuset og få innbyggere gi mindre grunnlag for å utvikle et stort oppgavespenn som vi finner innenfor DMSene, selv om man har god tilgang på kompetanse. Videre vil et stort befolkningsgrunnlag åpne for et større oppgavespenn, uavhengig av hvor store avstander det er snakk om, noe bl.a. eksemplene fra Stortveit og Søbstad viser. Tilsvarende viser også eksemplet med Skjervøy at lange avstander kan gi grunnlag for å utvikle et relativt stort oppgavespenn, selv med et lite befolkningsgrunnlag.

6.3 Kompetanse

Som vist over, er kompetanse kanskje den viktigste faktoren som åpner for økt desentralisering av tjenester til kommunene. I denne delen har vi derfor med bakgrunn i KOSTRA-tall, sammenlignet bemanningssituasjonen og kompetansenivået i de tre kommunene i Midt-Telemark. Videre har vi sett nærmere på behovet for kompetanse innenfor eksisterende institusjoner og innenfor intermediære enheter. Til slutt i avsnittet har vi også diskutert forholdet mellom kompetanse og læring.

6.3.1 Dagens kompetanse

I denne delen har vi benyttet KOSTRA-data for å sammenligne det formelle kompetansenivået blant personalet i de brukerrettede pleie- og omsorgstjenestene i Midt-Telemark. Foruten at vi sammenligner de tre kommunene innbyrdes, har vi også laget et sammenligningsgrunnlag med tilsvarende størrelse, dvs. kommuner som ligger sør for Nordland og som har en befolkning på mellom 4000 og 7000 innbyggere. Dataene er fra 2008 og 2009. Tallene fra 2009 er foreløpige tall.

Tabell 6.1 Personalressurser i brukerrettet pleie- og omsorgstjenester 2008 og 2009. Sammenligning av Nome, Bø og Sauherad med andre tilsvarende kommuner (4-7000 innbyggere i Sør- og Midt-Norge).

	Nome		Bø		Sauherad		Andre	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009
Brukere per 1000 innbygger	79	77	48	51	44	47	57	60
Årsverk i brukerrettet pleie- og omsorgssektor	248	242	112	135	111	115	158	152
Antall årsverk i brukerrettede tjenester per 10 brukere	4,8	4,8	4,2	4,7	5,9	5,8	5,3	4,8
Prosent i brukertjenester med fagutdanning	74	73	77	75	77	75	73	74
Prosent i brukertjenester med fagutdanning fra videregående skole	52		53		52		47	
Prosent i brukertjenester med fagutdanning fra høysk/univ.	22		23		24		26	
Antall årsverk med fagutdanning i brukerrettede tjenester per 10 brukere	3,5	3,5	3,2	3,5	4,6	4,4	3,8	3,5
Antall årsverk med utdanning fra høyskole/univ. i brukerrettede tjenester per 10 brukere	1,0		1,0		1,5		1,4	
Årsverk legetjenester i institusjon	0,45	0,45	0,36	0,36	0,16	0,29	0,38	0,42
Årsverk spesialsykepleiere	7,1		0,9		0,0		4,4	
Årsverk fysio-/ergoterapeut	0,06	0,42	0,40	0,40	0,25	0,25	1,12	0,51

*Gjennomsnittstall for 79 kommuner med innbyggertall fra 4000 til 7000 innbyggere.

Tabell 6.1 viser antall brukere i forhold til befolkningstallet i kommunen, bemanningssituasjonen i forhold til brukere, fordelingen av kompetanse i forhold til utdanningsnivå, samt antall årsverk med spesialfunksjoner. Det første vi ser, er at det er relativt mange brukere av pleie- og omsorgstjenestene i Nome, mens det er relativt sett færre brukere i både Bø og Sauherad enn i de sammenlignbare kommunene.

Tabellen viser også at bemanningssituasjonen varierer noe mellom kommunene. Mens Sauherad har en relativt god bemanningssituasjon, finner vi at Bø og Nome i 2009 lå på nivå med sammenligningskommunene. I 2008 hadde imidlertid Bø dårligst bemanningssituasjon av de tre kommunene (4,2 årsverk per bruker), dvs. godt under sammenligningskommunene.

Videre nedover i tabellen ser vi at kommunene i Midt-Telemark har omtrent den samme andelen pleiepersonell med fagutdanning som gruppen av sammenlignbare kommuner. Går vi nærmere inn på de ulike typene fagutdanning, ser vi imidlertid at kommunene i Midt-Telemark har en noe større andel med fagutdanning fra videregående skole og en lavere andel med fagutdanning fra høyskole/universitet.

Kompetansefordelingen henger imidlertid også sammen med den generelle bemanningssituasjonen. Selv om en kommune har relativt sett få sykepleiere, kan dette for eksempel skyldes at den samme kommunen har en god bemanning. I tabellen har vi derfor også tatt med kompetansenivået i forhold til antall brukere. Her ser vi at Sauherad kommer forholdsvis godt ut. I 2008 hadde kommunen 4,6 årsverk med fagutdanning per 10 brukere. Tilsvarende for Bø kommune var 3,2 årsverk og Nome kommune 3,5 årsverk. I 2009 ser vi imidlertid at Bø og Nome har like mange fagutdanna per 10 bruker og er på nivå med sammenligningskommunene.

I raden som viser antall med høyskole/universitet per 10 pasienter, ser vi at både Nome og Bø skiller seg ut ved å ligge godt under både sammenligningskommunene og Sauherad. Sauherad ligger på sin side noe over sammenligningskommunene.

Når vi ser på antall legeårsverk i institusjon, finner vi store variasjoner mellom kommunene. Mens Nome ligger over sammenligningsgruppen, ser vi at Sauherad ligger godt under. Bø har legeårsverk omtrent på nivå med sammenligningsgruppen i 2008, men noe lavere i 2009. Videre ser vi at det varierer rimelig mye med årsverk innen spesialutdannede sykepleiere. Her finner vi at Nome faktisk har 7 årsverk, mens Bø har i underkant av ett årsverk og Sauherad ingen. Sammenligningsgruppen har 4,4 årsverk i snitt. Til slutt ser vi at kommunene i Midt-Telemark i 2008 gjennomgående har lite årsverk av fysioterapi/ergoterapi. Mens sammenligningsgruppen i snitt hadde noe over ett årsverk, finner vi at det varierte mellom 0,06 årsverk i Nome til 0,4 årsverk i Bø. I 2009 ser vi imidlertid at dette har jevnet seg mer ut, men likevel ligger kommunene i Midt-Telemark under gjennomsnittet for sammenligningskommunene. Spesielt gjelder dette Sauherad.

For å oppsummere kan vi beskrive de tre kommunene med følgende stikkord:

- Sauherad: Få brukere, god bemanning og høy kompetanse
- Bø: Få brukere, middels/lav bemanning og middels/lavt kompetanse
- Nome: Mange brukere, middels bemanning og middels/lav kompetanse

Det kan her være interessant å sammenligne tallene fra Midt-Telemark med Skjervøy kommune som har sykestuefunksjon. For det første finner vi at bruken av pleie- og omsorgstjenestene er omtrent på høyde med sammenligningskommunene, men klart større enn i Bø og Sauherad (61 per 1000 innbyggere). I forhold til de andre indikatorene kommer Skjervøy systematisk bedre ut enn de tre kommunene i Midt-Telemark og sammenligningskommunene forøvrig. Dette gjelder både i forhold til antall årsverk per 10 brukere (6,8), prosent av personalet med høyskole/universitetsutdanning (28%), antall årsverk med fagutdanning per 10 bruker (5,1) og antall årsverk med høyskole/ universitetsutdanning per 10 bruker (1,7). Samtidig tyder også presentasjonen av sykestua på Skjervøy i forrige kapittel, at kommunen ikke bare har høyere formalkompetanse, men også realkompetanse. I tillegg har vi også sett at legedekningen generelt er bedre i kommuner med sykestuer.

6.3.2 Kompetanseheving

Dersom vi tar utgangspunkt i tallene fra avsnittet over, ser vi at kompetansenivået varierer noe mellom kommunene i Midt-Telemark. De tre kommunene skiller seg imidlertid ikke vesentlig fra gruppen av sammenlignbare kommuner. Samtidig viser tallene kun til det formelle kompetansenivået, ikke realkompetansen. På bakgrunn av intervjuer med medarbeidere i de tre kommunene, kan det imidlertid være mer formålstjenlig å ta utgangspunkt i realkompetansen enn formalkompetansen. Flere av informantene viser nemlig til at kompetansen lett kan svekkes over tid som følge av at medarbeiderne ikke får tilstrekkelig trening i ulike oppgaver. En informant fra en av kommunene uttrykker det på følgende måte:

”Vi har jo samme utdannelsen alle sammen, men likevel er det noen som er usikre – siden de ikke har vært så mye borti det. Så det trengs kanskje en opptrening av ulike ting.”

Tilsvarende viser en av informantene fra sykehuset at det generelt er for svak kompetanse ute i kommunene og at det trengs et kompetanseløft spesielt innenfor sykepleiefaget:

Det er viktig at det tas et løft i kommunene og at det blir stilt litt mer krav til sykepleiekompetansen. Da tror jeg det er flere som vil jobbe der også.

Samtidig har vi også avdekket at pleie- og omsorgssektoren tilføres kompetanse på flere måter. Det mest vanlige synes å være kompetanseheving via kursvirksomhet arrangert av sykehus eller andre private leverandører. I følge våre informanter kan disse ha en varighet fra noen få timer til et par dager. Det samlede tilbudet av slik kursvirksomhet er stort, og i følge en informant innebærer det at de ”siler veldig og at mange tilbud går i søplekassa”. Inntrykket er at det er et stort tilbud, men at ressursituasjonen i kommunen begrenser etterspørselen. Enkelte er også inne på at denne typen kursvirksomhet burde vært sykehusets oppgave og ikke private virksomheter:

”De som har disse kursene er ofte bandasjister og andre som vi forholder oss til. Det er sjeldent at vi har sykepleiere og leger, altså fagpersonellet på disse forelesningene. Det savner jeg litt. En forhandler skal jo selge og reklamere for sine produkter. Jeg savner vel litt faglig innhold på disse kursene.”

En annen form for opplæring er etterutdanning av helsepersonell innenfor det formelle utdanningssystemet. I følge en informant har de satset en del på dette i Nome kommune og flere assistenter og hjelpepleiere har gjennom dette systemet utdannet seg til sykepleiere. I utgangspunktet bidrar dette til god tilflyt av formell kompetanse. Samtidig oppleves også denne ordningen å ha noen utfordringer. I følge en informant vises det bl.a. til at det kan være vanskelig å skaffe vikarer som går ut over det man trenger for å dekke opp for ordinært sykefravær. En annen utfordring som nevnes, er at personalet blir mer attraktive på arbeidsmarkedet med utdanning, og at det er en viss risiko for å miste dem etter endt utdanning.

En tredje variant er hospiteringsordninger mellom kommune og sykehus. I alle kommunene har de hatt medarbeidere som har vært med i slike ordninger. Gjennomgående synes erfaringene å være positive, både det å hospitere på sykehuset og det å få sykehusmedarbeidere til å hospitere i kommunen. I tillegg til at dette øker kompetansen til de som hospiterer, bidrar det også til bedre gjensidige forståelse og til at kontakten med sykehuset blir bedre. Enkelte nevner også at hospiteringsordningene har vært nyttige supplement til den ordinære kursvirksomheten fordi man får mer praksisnær opplæring gjennom hospitering. Imidlertid er det lite som tyder på at den ordinære kursopplæringen og hospiteringen har vært samkjørt, verken tematisk eller praktisk. Samtidig er inntrykket fra informantene som har deltatt i hospiteringsordningene, at de først og fremst har vært opptatt av samhandlingsprosedyrene og av gjensidig læring om systemene ved sykehuset og kommune. I liten

grad viser informantene til at hospiteringen har bidratt til kompetanseutvikling innen klinisk behandling.

En fjerde variant er opplæring av spesialistsykepleiere i kommunen. Det beste eksemplet fra Midt-Telemark er kreftsykepleierne som de har i alle tre kommunene. Denne ordningen baserer seg på at én eller et fåtall sykepleiere blir tilordnet en spesialistrolle for en bestemt gruppe pasienter. Kompetansetilførselen kan da bestå i å delta på kurs, hospitere på sykehuset og ikke minst ved å ha jevnlig kontakt med fagpersoner eller avdelinger på sykehuset (palliativ enhet). Langt på vei kan vi si at disse spesialistsykepleierne fungerer som sykehuset forlengede arm ute i kommunene. Gjennomgående synes ordningen med kreftsykepleiere i Midt-Telemark å fungere godt, noe følgende informant gir uttrykk for:

”Vi har en her på huset og en i hjemmetjenesten. Så da er det de som får opplæringa på sykehuset og har den kontakten. Da er det ikke nødvendig for noen fra sykehuset å komme hit. Da tar de den opplæringa når de synes det er nødvendig. De er en veldig god ressurs i kommunen og det systemet ser ut til å fungere rimelig bra. Noe sånt har jeg tenkt kunne vært overført til mange andre grupper også.”

En utfordring kan imidlertid være at kreftsykepleierne også skal inngå i ordinære sykepleietjenester i tillegg til å være spesialistsykepleier. Videre kan det i følge en informant, variere over tid hvor mange som befinner seg i den aktuelle pasientgruppen. Det betyr at det i perioder vil være større behov for å fungere som ren- dyrket kreftsykepleier og i andre perioder større behov for å delta i den ordinære pleievirksomheten.

En femte variant er spesielle opplæringsprosjekter som gjennomføres i et avgrenset tidsrom knyttet til en bestemt oppgave. Det beste eksemplet her er det såkalte intravenøsprosjektet som har blitt gjennomført i regi av Sykehuset Telemark. Formålet med prosjektet har vært å redusere sykehusinnleggelses fra sykehjem der innleggesårsak er lungebetennelse, urinveisinfeksjon og dehydrering (Østby 2009). Prosjektet har videre bestått i å kurse ansatte i kommunen i intravenøs behandling og forebygging, observasjon og tiltak rundt urinveisinfeksjon, lungebetennelse og dehydrering. Kursvirksomheten har både bestått i teori og praktiske øvelser i å legge inn veneflon, stell og komplikasjoner. De informantene som selv har vært med på dette eller har kjennskap til det, er gjennomgående positive til prosjektet. Spesi-

elt vektlegges kombinasjonen av teori og praktisk opplæring. I forbindelse med prosjektet er det også opprettet en intravenøskontakt i kommunen som skal bidra til å vedlikeholde og spre praksiskunnskapen. Riktignok er det frivillig å delta på dette, men i følge en informant, har den kontinuerlige kontakten med prosjektlederen bidratt til å holde engasjementet oppe:

”For det er klart at når [prosjektleder] kommer hver 14. dag, og senere hver måned, og hører med oss hvordan det går, så har vi henne i nakken og passer på.”

Et annet tilsvarende prosjekt som kan nevnes, ble startet ved Lærings- og mestringssentret på Notodden og var rettet mot diabetespasienter. Som for intravenøsprosjektet, innebar dette at sykepleiere ute i kommunene fikk opplæring i diabetes ved sjukehusene. Disse skulle så formidle kunnskapen ut i kommunene, både til ansatte og pasienter. I følge en informant smuldret imidlertid dette prosjektet litt bort når initiativtakeren skiftet jobb, noe som forøvrig viser sårbarheten ved prosjekter som er avhengig av enkeltpersoner og ikke settes inn i et større system.

Ut over det nevnte intravenøsprosjektet og prosjektet rettet mot diabetespasienter, finner vi også tilsvarende kompetanseoverføringer i forbindelse med utskriving av pasienter fra sykehuset. Disse har som regel spesielle behov, noe som krever overføring av kompetanse til kommunen for at pasienten skal kunne skrives ut. I et tilfelle dreide det seg om en kolspasient som hadde behov for hjemmerespirator. I følge en informant fra sykehuset, krevde dette opplæring av pleiepersonalet i kommunene:

”Vi hadde en pasient som skulle ha hjemmerespirator – det er det mange av kolspasientene som skal ha – og det forutsetter en veldig omfattende opplæring. Da hadde vi et opplegg med 3-4 ukers opplæring på sykehuset omkring den aktuelle pasienten. De var veldig opptatt av at vi skulle lære å håndtere dette slik at det ble trygt for pasienten å flytte hjem.”

I det aktuelle tilfellet var også pleiere fra sykehuset ute i kommunen og bistod de lokale pleiere, noe som viser at det kan være forholdsvis omfattende opplæring i forbindelser med utskriving av enkeltpasienter.

De fem formene for kompetanseoverføring bidrar på ulike måter til å heve kompetansen i kommunene. Det er imidlertid minst tre problemstillinger som er aktuelle i forhold til å utnytte denne kompetansen. Det ene problemstillingen dreier seg om utfordringen med å koble teoretisk og praktisk kompetanse. På den ene siden har vi

sett at det foregår en del opplæring i form av korte kurs, men som i liten grad er fulgt opp med praktisk opplæring. På den andre siden har vi intravenøsprosjektet som gjennomgående blir omtalt som vellykket og hvor både teori og praksis er knyttet nært sammen.

Den andre problemstillingen dreier seg om hvordan kunnskap kan spres innenfor pleie- og omsorgssektoren i kommunene. Spesielt opplæring knyttet til utskrivning av enkeltpasienter, synes å ha liten spredningseffekt i kommunen. Andre ordninger som spesialsykepleierne, intravenøsprosjektet og kolsprosjektet har på sin side hatt ambisjoner om å spre kunnskapen ut i kommunene. Hvor godt de har lyktes med dette, er imidlertid vanskelig å si. Sett i lys av at både kommune- og sykehusansatte gir uttrykk for at det er behov for økt kompetanse i den kommunale pleie- og omsorgssektoren, kan vi i det minste stille spørsmål om hvor effektiv denne spredningen har vært.

Den tredje problemstillingen dreier seg om vedlikehold av kompetansen. Det kan nærmest fremstå som et paradoks at det oppleves å være et kompetansebehov i kommunene samtidig som vi har sett at det tilføres kompetanse på flere ulike måter. Noe av forklaringen ligger sannsynligvis i at man er for lite bevisst på vedlikehold av denne kompetansen. Et eksempel på hvordan kompetanse vedlikeholdes finner vi innenfor intravenøsprosjektet hvor det arrangeres jevnlige treningsøkter med å sette veneflon. Dette eksemplet synes imidlertid å være mer unntaket enn regelen, og inntrykket er at vedlikehold av kompetanse i liten grad er satt i system i kommunene. Noe av forklaringen på dette, er sannsynligvis at slik ekstraordinær trening både er tidkrevende og utfordrende å organisere. Vedlikehold av kompetanse bør derfor også i størst mulig grad ivaretas gjennom praktisk trening i den ordinære arbeidshverdagen. Dette forutsetter imidlertid at medarbeiderne organiseres på en slik måte at man sikrer at den enkelte utfører bestemte oppgaver tilstrekkelig ofte til at kompetansen vedlikeholdes. Kreftsykepleierne er et eksempel på en form for spesialisering som sikrer at kunnskap vedlikeholdes gjennom daglig praktisering. Tilsvarende vil organisering av sykepleierne i en sykepleiepool som jobber på tvers av ulike avdelinger, kunne ha samme virkning. Tanken er da å rendyrke de sykepleiefaglige oppgavene for å vedlikeholde disse i større grad. Et tredje eksempel er etableringen av intermediære enheter innenfor et interkommunalt samarbeid. Som vist i forrige kapittel, vil dette åpne for økt grad av spesialisering innenfor bestemte oppgaver. Dilemmaet med slike organisatoriske løsninger som i hovedsak vil

dreie seg om ulike former for spesialisering, er imidlertid at jo mer man spesialisere oppgaver eller pasientgrupper, desto større koordineringsutfordringer blir det. Å benytte organisering som et virkemiddel for å vedlikeholde kompetanse, dreier seg derfor langt på vei om å balansere ulike hensyn mot hverandre.

6.3.3 Kompetansebehov i intermediære enheter

Gjennomgangen av intermediære enheter i forrige kapittel viser at det generelt vil være høyere kompetanse i en intermediær enhet enn det vi normalt finner i en ordinær sykehjemsavdeling. Dette vil imidlertid variere betydelig avhengig av pasientgrunnlag og gjelder både formal- og realkompetanse. Som et minimum kan vi her ta utgangspunkt i en rapport som ble utarbeidet av en faggruppe for Helse-Nord om sykestuevirksomheten i Finnmark. Her stilles det følgende krav til en sykestue (Helse Finnmark HF 2007):

- Tilgjengelig sykepleier på aktiv vakt døgnet rundt
- Avklaring av hvilke lokal lege som har ansvaret for sykestuepasientene både i forbindelse med visitt og utenfor visittiden
- Bruk av legevaktslege utenom kontortid (men tilstrebe at man i samarbeid med spesialisthelsetjenesten har avklart pasienten på dagtid)
- Avtale om tilstrekkelig med fysioterapi organisert i team som tilbyr tverrfaglig tilnærming

Det første punktet viser at det ikke bare er tilstrekkelig å ha sykepleiekompetanse som bakvakt slik det ofte er på en ordinær sykehjemsavdeling, men at denne må ha en aktiv tilstedeværende vakt døgnet rundt. Her vil det også være aktuelt å vurdere behovet for sykepleiefaglig spesialkompetanse i tillegg til generell sykepleiefaglig kompetanse. Det andre og tredje punktet peker også på at det bør være god tilgang til legeressurser, både innenfor og utenfor kontortid. Her kan det også være et spørsmål om organiseringen av denne kompetansen. Mens tilsynslegen i dag kan konsentrere sin visittid til bestemte dager, vil det i større grad være behov for daglige visitter i en intermediær enhet. Til slutt vises det også til behovet for tilstrekkelig med fysioterapi, noe som også oppleves å være en knapphetsfaktor i kommunene i Midt-Telemark. Sett i lys av at en slik enhet også skal kunne bidra til å unngå

sykehusinnleggelse, vil en slik enhet også måtte ha diagnostiseringskompetanse, i tillegg til behandlingskompetanse og rehabiliteringskompetanse.

Andre aktuelle spørsmål i forbindelse med kompetansen ved intermediære enheter, er i hvilken grad kommunene selv skal ha ansvar for å bemanne avdelingene, i hvilken grad dette skal overlates til sykehuset, og i hvilken grad man skal støtte seg til ambulerende kompetanse fra sykehusenes side. I forrige kapittel så vi for eksempel at ved Hallingdal sjukestugu var det medisinskfaglige ansvaret lagt til de respektive fagsjefer på Ringerike Sykehus. Videre finner vi et eksempel på ambulerende kompetanse i Helse Fonna hvor de har et ambulerende palliativt team med base på Haugesund sykehus. Tanken her er imidlertid at kommunene etter hvert skal utvikle egne ambulerende palliative team. Dette peker på at det i det minste i en overgangsperiode, vil være aktuelt å knytte spesialisert sykehuskompetanse nært opp til medarbeiderne som skal bemanne en intermediær enhet.

6.3.4 Læring og kvalitetssikring av kompetanse

Ovenfor har vi vært inne på at kompetansen må vedlikeholdes for at den ikke skal forsvinne. Denne problematikken gjelder også i forhold til den opplæringen som medarbeiderne i pleie- og omsorgssektoren får i form av kurs og annen opplæring i regi av sykehusene. På den ene siden foregår det åpenbart mye slik opplæring, men samtidig fremgår det at personalet ofte er usikre på egen kompetanse og dermed på å utføre bestemte oppgaver. Som vi har vært inne på over, kan noe av forklaringen på dette være at den kompetansen man får tilført, ikke kommer til nytte fordi den av ulike grunner ikke blir praktisert eller vedlikeholdt. Et unntak som bekrefter dette, er intravenøsprosjektet som både inneholder ordinær kursvirksomhet og praksis. Dette illustrerer at det er vel så viktig å ha et system for å vedlikeholde kompetansen som å få tilført den.

To evalueringer av henholdsvis Klinisk stige ved Sykehuset i Telemark og EVUK-programmet ved fire kommuner i Hordaland peker nettopp på behovet for å ha et system rundt vedlikeholdet av den ervervede kunnskapen. Nedenfor har vi kort gjengitt innholdet og erfaringen med disse kvalifiseringsprogrammene.

Klinisk stige ved Sykehuset Telemark startet opp som et prosjekt i 2001 ved daværende Telemark Sentralsykehus (Haukelien 2008). Bakgrunnen var rekrutterings-

problemer og høy turnover blant sykepleiere, spesielt ved sengepostene. Målene for Klinisk stige var å:

- fremme rekruttering
- øke kvaliteten på tjenestene til pasientene
- bidra til å beholde erfarne sykepleiere

Klinisk stige skulle gi sykepleiere anledning til faglig fordypning gjennom felles undervisning og klinisk/sykepleiefaglig veiledning parallelt med klinisk arbeid i de enkelte enhetene. Stigen var delt inn i tre utviklingstrinn og baserte seg på en vekselvirkning mellom teoretisk kunnskapstilegnelse, praktisk erfaring og refleksjon.

Trinn 1 var obligatorisk for alle nytilsatte sykepleiere ved somatiske sengeposter og varte i ett år. Trinnet bestod av til sammen 39 felles forelesningstimer og 20 sykepleiefaglig veiledningstimer i gruppe, samt tid til klinisk fordypning og klinisk veiledning knyttet til arbeid i enheten. Formålet med dette trinnet var bl.a. å gjøre sykepleierne kjent med sykehuset og vekke interessen for videre personlig fagutvikling hos den enkelte.

På trinn 2 var målgruppa sykepleiere med to-tre års arbeidspraksis som ønsker å fordype seg innen et spesifikt fagområde. Trinnet hadde en varighet på to år, og undervisningsprogrammet bestod av aktuell "breddekunnskap" innenfor medisin/sykepleiefaget. Totalt bestod det av 48 forelesningstimer og 40 timer veiledning i egen seksjon/enhet. Formålet med dette trinnet var at sykepleieren skal kunne arbeide selvstendig og være en ressurs for kollegaer i pasientrettede funksjoner, samt opparbeide kompetanse innenfor aktuelt fordypningsområde.

På trinn 3 var målgruppen sykepleiere med minimum tre års arbeidspraksis som ønsket kompetanseutvikling for å bli eksperter og kliniske spesialister. Målet var at pleierne skulle oppnå kompetanse på ekspertnivå innen aktuelt fordypningsområde, samt være i stand til å undervise og veilede pasienter, pårørende og kollegaer. I evalueringen av Klinisk stige fremgår det at denne delen aldri kom i gang, men ble ivaretatt gjennom en egen arbeidsgruppe.

I følge evalueringen fremgår det at Klinisk stige ga økt trygghet, kunnskap og motivasjon, og la derfor grunnlaget for å forbedre kvaliteten i praksis. Rapporten understreker imidlertid betydningen av å synliggjøre felles utfordringer knyttet til kvalitet gjennom samtaler og dokumentasjon. Samtidig gis det noen anbefalinger i for-

hold til videreutvikling av Klinisk stige. Dette gjelder bl.a. sykepleierens administrative funksjon, herunder samarbeid med kommunene, samt tema som eldre/aldring, diabetes/klinisk ernæring og om det flerkulturelle samfunn. I tillegg til disse områdene pekes det også på behovet for å utvikle stigen med kunnskapsbasert praksis. Kunnskapsbasert praksis må i denne sammenheng forstås som ”oversettelsen” av forskningsbasert kunnskap til praktisk sykepleie.

EVUK-programmet for helsepersonellet ble utformet i samarbeid mellom Høgskolen i Bergen, Austevoll, Kvam, Lindås og Tysnes kommuner samt representanter fra Norsk Sykepleierforbund og Fagforbundet (Haukelien, Vike og Bakken 2009).

Programmet hadde en varighet på tre år og ble utformet for å gi et utdanningstilbud til helsepersonell som var i full stilling. Programmet bestod av to deler. Den ene delen var en lederutdanning som omfattet strategisk kompetansestyring, kommunaløkonomi, jus og forvaltning (30 studiepoeng). Den andre delen var rettet mot sykepleiere, vernepleiere, hjelpepleiere og omsorgsarbeidere og innbefattet et treårlig teoretisk og praktisk utdanningsopplegg for personer som arbeidet i full stilling. Denne delen inneholdt følgende tre moduler:

- Kommunehelsetjenesten som arbeidsplass, fellesmodul for alle yrkesgruppene
- Fagspesifikke (individuelle) fordypningsområder
- Tverrfaglige veiledningsgrupper

Modulen ”Kommunehelsetjenesten som arbeidsplass” var gjennomgående i alle tre årene og omfattet alle yrkesgruppene. Modulen ga totalt 30 studiepoeng og inneholdt tema som helsepolitikk, lovverk, etikk, kommunikasjon, samhandling med mer.

Fra og med det andre studieåret kunne sykepleierne og vernepleierne velge faglig fordypningskurs hvor det var valgfritt om man ville ta en formell eksamen. Valg av fordypningstema ble gjort på bakgrunn av en kompetansekartlegging som viste at det var behov for fordypning innen områdene aldersdemens, hjerte- lungesykdommer, palliativ omsorg, kollegaveiledning og miljøarbeid i andres hjem. Undervisningstilbudet ble satt sammen ved å kjøpe plasser på eksisterende studier der det lot seg gjøre, og ved å utvikle egne studieplaner basert på eksisterende videreutdanninger. I tilknytning til den faglige fordypningen ble det også gitt tilrettelagt individuell veiledning på arbeidsplassen. Denne delen fungerte i følge evalueringen ikke etter intensjonen.

Et sentralt element i undervisningsprogrammet var den tverrfaglige gruppeveiledningen. Gruppeveiledningen bestod i at veiledere og programdeltakerne møttes tre timer i måneden for å reflektere rundt deltakernes erfaringer fra yrkeshverdagen og undervisning i EVUK (totalt 60 timer). Formålet var å få til bedre samhandling og oppgaveløsning i det daglige arbeidet, dvs. å stimulere til at helsearbeidere skulle løse oppgaver i fellesskap med hver sine ulike, men likeverdige faglige bidrag.

En konklusjon fra evalueringen av EVUK var at programmet hadde bidratt til å heve det faglige nivået blant helse- og omsorgspersonell i de fire kommunene vesentlig. Det fremgår også av evalueringen at deltakerne opplevde arbeidet som mer meningsfylt og at de var blitt tryggere i arbeidet. Samtidig peker evalueringen på at effekten av EVUK sannsynligvis kunne vært større. Bakgrunnen for dette var at man i for liten grad la vekt på å følge opp den skolebaserte undervisningen med klinisk veiledning innenfor den enkelte deltakers arbeidshverdag. Evalueringen anbefaler derfor at kompetanseutviklingsprosjekter av denne typen bør legge mer vekt på etablering av robuste organisatoriske strukturer som er egnet til å utvikle kompetanse på tre nivå: 1) individuell kompetanse, 2) utvikling av standarder og prosedyrer for kompetansen, og 3) kompetanseledelse. Dette gjelder både under kvalifisering og etter at kvalifiseringsprosjektet er gjennomført med tanke på ytterligere spredning og kollektivisering av kompetansen.

Som nevnt over, peker begge evalueringene på at implementering og spredningen av kompetanse er en komplisert prosess. Bl.a. vises det til at teoretisk opplæring ikke er tilstrekkelig, men at dette må suppleres med praktisk opplæring eller veiledning. Intravenøsprosjektet i Midt-Telemark er et godt eksempel på dette. Videre peker også EVUK-evalueringen på potensialet som ligger i det å spre kompetanse eller gjøre den kollektiv. Vi finner også enkelte eksempler på dette i Midt-Telemark, men uten at dette ser ut til å være satt i system. Et siste punkt er vedlikehold av kompetanse. Selv om man tilegner seg kompetanse gjennom kurs eller annen opplæring og får veiledning i å praktisere denne kompetansen, er ikke dette noe garanti for at kompetansen vedlikeholdes. Som nevnt over, er det også nødvendig å organisere virksomheten og personalet på en slik måte at kompetansen blir praktisert såpass hyppig at hver enkelt blir i stand til å vedlikeholde den.

6.4 Pasientgrunnlag

Som nevnt over, er pasientgrunnlaget en viktig faktor med hensyn til design av intermediære enheter. Vi har sett at de fleste DMSer har et befolkningsgrunnlag på omtrent 20 000 innbyggere. I denne delen har vi gjort noen enkle beregninger i forhold til hva man kan vente av pasientgrunnlag for geografiske områder med mindre befolkningsgrunnlag, gitt det tilbudet som finnes i de eksemplene som benyttes.

En rapport fra Helse-Nord viser til at det i Vest-Finnmark har vært 2046 innleggelser og 7495 liggedøgn ved de 25 sykestueplassene i regionen. Dette utgjør således 82 innleggelser og 300 liggedøgn per sengeplass. Regionen hadde i 2005 et innbyggertall på 35092. Dersom vi tar utgangspunkt i en region med 16 400 innbyggere (slik som Midt-Telemark), vil vi ha en tilsvarende sengekapasitet på i overkant av 11 sengeplasser (11,6). Tar vi utgangspunkt i en intermediær enhet med 11 sengeplasser, kan vi videre anslå at det vil være 900 innleggelser og 3300 liggedøgn per år, gitt at vi her hadde et tilsvarende tjenestetilbud, sengekapasitet og befolkningen ellers har et likt sykdomsbilde.

Tabell 6.2 Pasientgrunnlag, sengeplasser, innleggelser og liggedøgn i Vest-Finnmark og Midt-Telemark

	Vest-Finnmark	Midt-Telemark (11 sengepl)	Midt-Telemark (5 sengepl)
Innbyggertall	35100	16400	16400
Sengeplasser	25	”11,6”	”5”
Innleggelser	2046	”840”	”410”
Liggedøgn	7495	”3100”	”1500”

Det er rimelig å anta at antallet sykestueplasser i Vest-Finnmark også bestemmes av de store avstandene i fylket og at det ikke vil være like stort behov for plasser i en region med mindre avstander. For eksempel vil det sannsynligvis være mindre behov for forberedende innleggelser i forbindelse med transport av pasienter til sykehus i Midt-Telemark enn det er i Finnmark. Vi kan derfor også gjøre beregninger i forhold til en intermediærenhet med færre sengeplasser. Tar vi utgangspunkt i en enhet med 5 sengeplasser, vil dette med bruk av det samme tallgrunnlaget, gi 410

innleggelser og 1500 liggedøgn per år. I den forbindelse kan det være vært å ta med at de seks sengeplassene ved sykestua på Skjervøy har mellom 450 og 500 innleggelser per år. I Skjervøy kommune er det imidlertid bare omtrent 3000 innbyggere.

I kapittel 5 viste vi også til beregninger av pasientgrunnlaget fra den palliative enheten ved Havstein sykehjem, dvs. en enhet som har spesialisert seg på lindrende behandling. Beregningene her viser at det kan være behov for én palliativ sengeplass per 6500-8000 innbygger.

6.5 Avstander

I dette avsnittet har vi sett på betydningen av geografiske avstander. Dette er relevant på to måter. For det første begrunner lange avstander fra kommune til sykehus desentralisering av tjenester. For det andre har avstander også betydning i den grad oppgaveoverføring til kommunene medfører en eller annen form for spesialisert arbeidsdeling mellom kommunene. Spørsmålet da blir hvor det er mest hensiktsmessig å lokalisere enheten med tanke på å minimalisere reiseavstander. For å vurdere disse spørsmålene, har vi tatt utgangspunkt i avstandene mellom de relevante institusjonene. Tabell 6.3 viser avstanden mellom kommunesentraene i Midt-Telemark og de to aktuelle sykehusene, lokalisert i henholdsvis Notodden og Skien.

Tabell 6.3 Avstander (i km) mellom kommuneinstitusjoner og spesialisthelsetjenester

	Bø	Sauherad/Gvarv	Nome – Ulefoss	Nome – Lunde	Notodden	Skien
Bø		9	23	16	32*	52
Sauherad/Gvarv			16	18	31	46
Nome-Ulefoss				11	47	31
Nome-Lunde					47*	42

*Avhenger av kjørerute

Vi har sett i gjennomgangen av de intermediære enhetene at avstander begrunner desentralisering. Da er det snakk om forholdsvis store avstander. Til sammenlig-

ning viser tabellen over at avstandene mellom enhetene i Midt-Telemark er forholdsvis små. Fra kommune-/tettstedssentraene er det avstander fra 3-5 mil til spesialistsykehusene. Til nå har det vært slik at Bø og Sauherad befinner seg innenfor nedslagsfeltet til sykehuset på Notodden og Nome til Sykehuset i Skien. I de aller fleste tilfeller vil det da dreie seg om transportavstander på omtrent 3 mil for innbyggere i Bø, Sauherad og Ulefoss (Nome kommune) og 4 mil for innbyggere i Lunde (Nome kommune). Selv om det også er innleggelser fra Bø og Sauherad til sykehuset i Skien, er det uansett snakk om relative korte avstander. Avstander vil således ha liten vekt mht desentralisering av oppgaver i Midt-Telemark. For mange pasienter kan likevel reisen i seg selv, uavhengig av hvor lang den er, oppleves som et problem.

Avstander kan også ha relevans i forhold til eventuell intern arbeidsdeling og lokalisering av funksjoner innenfor et interkommunalt samarbeid. I den sammenheng blir hovedspørsmålet hvordan man på best mulig måte kan sikre god flyt av pasienter mellom en spesialenhet (intermediæravdeling) og andre sykehjem/ korttidsplasser, hjemmetjenester mv. Nedenfor har vi derfor sett på avstandene mellom de ulike helseinstitusjonene i Telemark.

Avstanden mellom kommune-/tettstedssentraene i Midt-Telemark er relativt små. Grovt sett varierer avstandene fra 1-2 mil. Den lengste avstanden på 23 km er mellom Bø og Ulefoss. Vi har på bakgrunn av reiseavstandene gjort en enkel beregning i forhold til transportbehov mellom kommunene der vi også tar hensyn til befolkningstall. Siden det er vanskelig å beregne det faktiske pasientgrunnlaget, har vi her tatt utgangspunkt i et pasienttall på 2 % av befolkningen. Det betyr at det faktiske tallet blir litt vilkårlig, og det er derfor heller forholdene mellom tallene som blir relevante her.²⁷ Beregningen er basert på følgende modell:

²⁷ Streng tatt kunne vi her tatt utgangspunkt i den eldre befolkningen siden disse utgjør den største potensielle pasientgruppen. Andelen eldre er imidlertid forholdsvis lik i de tre kommunene, og vi har derfor heller benyttet oss av samlet befolkningstall.

$$RVK_{(1-4)} = K_1 (\text{bef} * \text{avst}) + K_2 (\text{bef} * \text{avst}) + K_3 (\text{bef} * \text{avst})$$

RVK = Reisekilometer til vertskommune

K_{1-3} = Andre kommuner/befolkningscenter enn vertskommune

Bef = 2% av befolkningen

Avst = avstand mellom vertskommune og annen kommune (K_{1-3})

Tabell 6.4 Beregning av personkilometer ved lokalisering av spesialenhet i ulike vertskommuner, gitt pasientgrunnlag på 2% av befolkningen.

Vertskommune	Bø	Sauherad	Nome/Ulefoss	Nome/Lunde	Totalt km	% flere pers.km
Bø		769	1708	901	3378	6
Sauherad	993	-	1188	1014	3195	0
Nome/Ulef	2538	1368	-	620	4525	42
Nome/Lunde	1766	1539	817	-	4121	29

Gitt forutsetningene vi har lagt til grunn, så vil Sauherad-alternativet gi minst intern transport. Forskjellen til Bø er imidlertid såpass liten at det i valget mellom disse, vil være andre faktorer som spiller inn. Når det gjelder eventuelle lokaliseringer i Nome, ser vi at det samlet blir noe større transportavstander enn ved lokalisering i de to øvrige kommunene.

Når det gjelder avstanden fra kommune/senter til sykehus, vil antall pasienter mellom sykehus og intermedieæravdeling ikke være avhengig av kommunestørrelse, bare avstanden mellom Intermediærenheten og sykehuset. Som vi ser av tabellen over (6.3), er det ikke snakk om store forskjeller dersom vi legger til grunn at sykehuset i Skien vil være mottaksstasjon ved et Nome-alternativ og sykehuset på Notodden for de to andre alternativene. En variant med Lunde kommer imidlertid noe dårligere ut en de øvrige.

Tabell 6.5 Intern arbeidspendling mellom kommunene i Midt-Telemark

		Arbeidskommune			
		Nome	Bø	Sauherad	Totalt
Bosteds-kommune	Nome	84,3	11,8	3,9	100
	Bø	7,9	79,7	12,4	100
	Sauherad	7,3	24,4	68,3	100

Betydningen av avstander kan også være relevant for medarbeiderne i pleie- og omsorgssektoren, bl.a. i forbindelse med etablering av spesialenheter og ambulerende virksomhet. I den sammenheng ser det heller ikke ut til at avstandene mellom de tre kommunene representerer noen stor utfordring. Tabell 6.5 viser nemlig at det generelt er relativt stor arbeidspendling mellom de tre kommunene. Av arbeidsstokken i Nome ser vi at 12 % arbeider i Bø og 4% i Sauherad. Av de som er bosatt i Bø, er det 8% som jobber i Nome og 12% i Sauherad. Til slutt ser vi at av de med bosted i Sauherad, er det hele 24% som har arbeidssted i Bø og 7% med arbeidssted i Nome. Samlet er det Bø og Sauherad som har størst innpendling. Av arbeidsstokken i de to kommunene er noe over 1/4 innpendlere. Tilsvarende er det bare 12 % av arbeidsstokken i Nome som er innpendlere.

Generelt er avstandene små innenfor regionen og mellom kommunene i regionene og sykehusene. Samtidig ser vi at arbeidspendling mellom kommunene i Midt-Telemark er relativt stor. Det betyr for det første at avstander ikke er et like viktig argument for desentralisering av tjenester fra sykehusene slik som vi finner i andre deler av landet. For det andre betyr det at fysiske avstander bør ha mindre betydning i forhold til lokalisering av tjenester internt i Midt-Telemark. Her må det imidlertid legges til at avstandene nok kan oppleves større enn det de faktisk er, noe som igjen skyldes lokal identitet og vaner.

6.6 ”Helsekommune Midt-Telemark”

I dette kapitlet har vi gitt en kort presentasjon av pilotprosjektet ”Helsekommune Midt-Telemark” som er et interkommunalt samarbeidsprosjekt innen pleie- og omsorgssektoren for kommunene i Midt-Telemark. Prosjektet ble initiert først i 2009, og er et av flere pilotprosjekter som er satt i gang forbindelse med lanseringen av samhandlingsreformen. Formålet med avsnittet er dels å beskrive prosjektet og dels vurdere prosjektets innretning i lys av våre empiriske undersøkelser.

Prosjektet Helsekommune Midt-Telemark har som overordnet formål å drive lokalt forebyggende virksomhet blant personer med KOLS, diabetes og hjertesvikt. Mer konkret er målsettingene for prosjektperioden 2009-2011:

- Øke livskvaliteten for brukerne og deres pårørende innenfor diagnosegruppene KOLS, diabetes og hjertesvikt.
- Bygge opp og styrke fagkompetansen for ansatte i kommunenes pleie- og omsorgssektor.
- Færre innleggelser på sykehus for målgruppene.
- Utvikle bedre tjenestetilbud for målgruppene før og etter sykehusinnleggelse.
- Bidra til utprøving av nye økonomiske fordelingsmodeller i helsesektoren.

I følge prosjektplanen skal målsettingene oppnås gjennom å: 1) bygge opp et tverrfaglig nettverk, 2) drive kompetanseoppbygging (læring og mestring) og 3) etablere et ambulerende team.

I prosjektplanen står det at det første punktet dreier seg om å bygge opp et nettverk bestående av ulike faggrupper som ut fra sitt ståsted skal bidra til å skape en felles forståelse av pasientforløpet. Faggruppene skal foreslå forbedringsområder i behandlingsforløpet og synliggjøre gevinstpotensialet for de ulike gruppene.

Det andre punktet dreier seg om å bygge opp kompetanse lokalt gjennom hospiterings- og opplæringsordninger ved sykehuset. I prosjektplanen står det videre at de fagansvarlige i prosjektet på sikt skal kunne bistå pasienter og pårørende i oppbygging av egen kompetanse. I tillegg skal de kunne veilede annet kommunalt helsepersonell.

Det tredje punktet dreier seg om at de fagansvarlige i prosjektet skal ha en oppsøkende funksjon hos pasienter/brukere med KOLS, diabetes og hjertesvikt. Formålet er å bygge opp trygghet og evnen til å takle sin sykdom lokalt. Fagpersonene skal også være tilgjengelige for lokale helseavdelinger i kommunene.

I prosjektet er det ansatt to medarbeidere i en og en halv stilling. Disse har frem til utgangen av 2009 bygd opp kompetanse gjennom hospitering ved sykehuset i Telemark. I tillegg har det også vært gjennomført kurs for sykepleiere, hjelpepleiere og fysioterapeuter i kommunene i samarbeid med sykehuset. Temaet her har vært hjerteinfarkt, angina og hjertesvikt, samt fysisk aktivitet i forhold til disse diagnosene. I tillegg er det også planlagt et kurs om atferdsendring og livsstilsendring, herunder ernæring, trening og stresshåndtering. Ut over dette, er det også satt ned tre arbeidsgrupper som hver har hatt ansvar for følgende tre områder:

- Trening/mosjon/fysisk aktivitet og motivasjon
- Undervisning/veiledning og kompetanseheving
- Behandlingslinjer/ pasientforløp/overgang sykehus og kommune/samhandling

Vi ser at både mål og virkemidler i prosjektet er relevant i forhold til de utfordringer vi har avdekket i samhandlingen mellom sykehus og kommunal pleie- og omsorgstjeneste. Prosjektet retter seg mot generell forebyggende virksomhet og kompetanseheving. Videre er det rettet både mot personale og direkte mot pasientgrupper.

I lys av de mer generelle problemstillingene i samhandlingsreformen, kan det være hensiktsmessig å stille noen grunnleggende spørsmål om hva dette prosjektet skal være og ikke minst hvordan det skal eller bør utvikles. Er det slik at prosjektet først og fremst skal ha som formål å stimulere de ordinære tjenestene til å ta inn over seg ny kunnskap og nye perspektiver i behandlingen av kroniske pasienter? Eller skal det være spiren til en ny type tjeneste ut over de øvrige tjenestene, for eksempel i form av en forsterket korttidsenhet eller intermediaærenhet.

Så langt kan det se ut som at prosjektet bærer i seg elementer av begge disse modellene. Kompetansedelen som først og fremst ser ut til å være rettet mot personale i den ordinære pleie- og omsorgstjenesten, peker i retning av at formålet er å styrke eller stimulere den ordinære pleie- og omsorgstjenesten. Den ambulerende virksomheten peker derimot i retning av at prosjektet utvikler en tjeneste på siden av de ordinære tjenestene. Begge modellene kan være hensiktsmessige, men bør ses i sammenheng med prosjektets målsettinger som langt på vei sammenfaller med de utfordringene vi ellers har vært inne på i rapporten. Spørsmålet blir derfor i hvilken grad de ulike tiltakene (eller modellene) bidrar til målsettingene om å utvikle bedre tilbud før og etter sykehusinnleggelse, til å øke pasientenes livskvalitet, til å styrke fagkompetansen i kommunene og sist men ikke minst, til å redusere sykehusinnleggelsene.

Dersom vi tar for oss kompetanseprosjektet, er dette først og fremst rettet mot å styrke den ordinære tjenesten. Dette støtter således mer eller mindre opp om alle målsettingene. Den mest direkte effekten vi kan forevente av dette, er naturlig nok i forhold til målsettingen om å styrke fagkompetansen til medarbeiderne i kommunene. Samtidig har vi tidligere vært inne på at ordinær kursvirksomhet kun er et

element i en slik kompetanseoppbygging. I den grad kompetansen skal komme til anvendelse, bør den knyttes opp mot praksisfeltet, den bør spres og ikke minst sikres et visst vedlikehold. Spørsmålet her blir således om kursvirksomheten oppleves relevant blant deltakerne, om den anvendes i praksis, og om medarbeiderne får mulighet til å ta den i bruk. For å lykkes med en slik kompetansesatsing, er det trolig en forutsetning at kompetansedelen i prosjektet knyttes opp mot mer helhetlige kompetanseplaner i kommunene. Den store utfordringen her vil dermed være å gjøre prosjektet til en del av den ordinære kommunale pleie- og omsorgstjenesten.

Mye av innholdet i kompetanseprosjektet ser ut til å være av forebyggende art, dvs. med temaer som fysisk aktivitet, ernæring og stresshåndtering. Ser vi på prosjektet i lys av de utfordringer vi ser i kommunene med de aktuelle målgruppene (jfr. kap. 3) og ikke minst det tjenestetilbudet vi finner innenfor ulike intermediærenheter (jfr. kap. 5), kan vi stille spørsmål ved om ikke kompetansedelen i prosjektet også burde – i det minste på sikt – rettes mot mer behandlende kompetanse. En slik innretning vil sannsynligvis i større grad ha en mer direkte virkning i forhold til målet om færre innleggelse og målet om å utvikle bedre tjenestetilbud før og etter sykehusinnleggelse. Dette forutsetter imidlertid at det utvikles en egen intermediær enhet eller en forsterket sykehjemsenhet.

Dette bringer oss over i den andre delen av prosjektet, nemlig den ambulerende tjenesten. Som nevnt over, peker denne satsingen i større grad i retning av at prosjektet utvikler en tjeneste på siden av de ordinære tjenestene. Dette kan utvilsomt bidra til målet om å øke livskvaliteten til brukere av de kommunale pleie- og omsorgstjenestene. Samtidig kan det her også være en fare for å utvikle en tjeneste som vil overlape med hjemmesykepleien eller hjemmehjelpen for øvrig, i form av en ny spesialisert aktivitets- eller hjemmetjeneste. På sikt kan det derfor være hensiktsmessig å knytte disse oppgavene til allerede eksisterende tjenester, for eksempel med utspring i hjemmesykepleien eller en dagavdeling. En slik løsning vil også bidra til å integrere det forebyggende arbeidet mer inn i det ordinære tjenestetilbudet.

Det er derimot mer usikkert om den ambulerende tjenesten i like stor grad vil ivareta målsettingen med å utvikle et bedre tjenestetilbud før og etter sykehusinnleggelse. Selv om det nok er mye som kan avhjelpest gjennom fysisk aktivitet, kosthold og mestringslæring, synes det likevel å være et gap mellom den forebyggende virksomheten og de problemstillinger som er aktuelle i forbindelse med innleggelse på sykehuset blant disse pasientene. Vi kan si at den forebyggende virksomheten retter

seg mot fasen før det oppstår akutte situasjoner, ikke de akutte situasjonene som ofte resulterer i en sykehusinnleggelse. Vi har tidligere vært inne på at det i den sammenheng er et behov for institusjonstjenester i form av en korttidsavdeling, forsterket sykehjemsavdeling eller en intermediærenhet. Dette gjelder både i forhold til etterbehandling etter sykehusinnleggelser, i forhold til å stabilisere pasienter eller avklare for en eventuell innleggelse. På sikt kan det derfor være hensiktsmessig å institusjonalisere den ambulerende delen av prosjektet slik at den i større grad kan fungere som en forlenget arm til en forsterket korttidsavdeling eller en intermediær enhet. Alternativt kan det også være en mulighet å bygge en forsterket enhet rundt kompetansen i den ambulerende forebyggende virksomheten.

6.7 Oppsummering

I dette kapitlet har vi sett på ulike faktorer som har betydning for gjennomføring av samhandlingsreformen i Midt-Telemark. Innledningsvis skisserte vi tre strategier for avgrensning av oppgaver lagt til en forsterket sykehjemsavdeling eller en intermediær enhet: etter behandlingsprosess, etter pasientgrupper og en skrittvis nedefra og opp strategi. Innenfor hver av disse strategiene trekkes det frem en rekke eksempler på oppgaver, tjenester og diagnosegrupper som kan være aktuelle å legge til kommunene. Vi ser bl.a. at mye av virksomheten i eksisterende intermediære enheter dreier seg om etterbehandling etter sykehusopphold. En undersøkelse fra Finnmark viser videre at det er et stort potensial i å utvikle et lokalt behandlingstilbud innen kreftbehandling, bruddskader og hjerneslag, med tanke på å unngå sykehusinnleggelser. Medarbeiderne i pleie- og omsorgssektoren og ved sykehuset vektlegger på sin side intravenøs behandling, behandling av pasienter med dårlig allmenntilstand (dehydrering og mangel på ernæring), kreftomsorg, angstproblematikk og andre oppgaver.

Et annet spørsmål som tas opp i kapitlet, er hvor omfattende tjenestetilbud det er aktuelt å desentralisere til kommunene. Dette avhenger igjen av forhold som pasientgrunnlag, avstander og ikke minst muligheten for å bygge opp kompetanse. I kapitlet pekes det bl.a. på at det vil være nødvendig å styrke både sykepleiekompetansen, legedekningen og fysioterapitilbudet for at kommunene skal kunne håndtere flere og mer spesialiserte oppgaver. Samtidig ligger det også et potensial i å styrke den generelle kompetansen innenfor den ordinære pleie- og omsorgstjenesten. I

den sammenheng ser vi at kommunene får tilført kompetanse på flere måter. Noe av utfordringen slik dette fungerer i dag, synes imidlertid å være at dette i liten grad er satt i system og at kompetansetilførselen derfor ikke utnyttes godt nok. En utfordring her er å gjøre den mer teoretiske kunnskapen om til praktisk kunnskap. En annen utfordring er å spre kunnskapen i større deler av tjenesteapparatet. En tredje utfordring er å klare å vedlikeholde kompetansen.

I tillegg til kompetanse, omtales også betydningen av pasientgrunnlag og avstander i kapitlet. En konklusjon her er at avstandene mellom sykehusene og kommunene i Midt-Telemark er såpass små at dette i seg selv neppe er et viktig argument for å desentralisere tjenester, slik det kan være i andre deler av landet. Pasientgrunnlaget er også mindre enn det vi finner innenfor nedslagsfeltet til allerede etablerte intermediære enheter. Dette kan således være et argument for å ikke desentralisere tjenester innenfor områder med et snevert pasientgrunnlag. Samtidig er ikke et lite pasientgrunnlag i seg selv et argument for ikke å desentralisere oppgaver til kommunene eller til en intermediær enhet. Ser vi på sykestuene i Nord-Norge hvor pasientgrunnlaget er langt mindre enn i Midt-Telemark, finner vi at disse utfører oppgaver og funksjoner som går ut over det som utføres i Midt-Telemark. Det at Midt-Telemark har et mindre pasientgrunnlag enn andre kommuner som har etablert intermediærenheter, tilsier heller at man bør velge en skrittvis strategi i utviklingen av det kommunale tilbudet generelt og ved en intermediær enhet spesielt.

Avslutningsvis i kapitlet har vi gitt en kort presentasjon av pilotprosjektet i Midt-Telemark. Dette prosjektet ble initiert som en del av forberedelsene til samhandlingsreformen. En foreløpig vurdering av prosjektet gir grunnlag for å konkludere med at prosjektet er relevant i forhold til de utfordringene vi ellers har avdekket i samhandlingen mellom kommuner og sykehus. En utfordring kan imidlertid være at prosjektet blir stående på utsiden av de ordinære pleie- og omsorgstjenestene. I kapitlet har vi derfor anbefalt at man i større grad integrerer de ulike elementene i prosjektet nærmere opp til de ordinære tjenestene.

7. Oppsummering og diskusjon

Denne rapporten handler om samhandlingen og arbeidsdelingen mellom kommunal pleie- og omsorgssektor og spesialisthelsetjenesten. Rapporten tar for seg to hovedproblemstillinger. Den første dreier seg om dagens samhandling mellom helseforetak og kommuner, dvs. hvordan denne samhandlingen fungerer og hva slags utfordringer man står overfor. Den andre problemstillingen dreier seg om mulighetene for endring av arbeidsdelingen mellom helseforetak og kommune. Bakgrunnen for dette er de to målsettingene i samhandlingsreformen om desentralisering av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunene og mer vektlegging av forebyggende virksomhet i kommunene. Formålet med rapporten er å undersøke mulighetene for å oppnå disse målsettingene i Midt-Telemark.

I det andre kapitlet i rapporten har vi gjennomgått litteratur som omhandler samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Denne viser at selv om alle sykehusene har avtaler med kommunene, så er det store variasjoner i hvor langt de har kommet med å etablere systemer og prosedyrer for samhandling. Samtidig peker litteraturen på at kompetanseutveksling mellom sykehus og kommuner i form av kurs, hospitering og annen opplæring, skaper en bedre gjensidig forståelse.

I det tredje kapitlet har vi tatt for oss samhandlingen mellom Helseforetaket Telemark og kommunene i Midt-Telemark. Stort sett viser erfaringene at dette samarbeidet fungerer rimelig godt. Samtidig viser vi at den formelle skriftlige kommunikasjonen svikter på flere områder. Den formelle kommunikasjonen blir imidlertid supplert med mye uformell kommunikasjon. Samlet sett fungerer derfor samhandlingen rimelig godt. Den uformelle kommunikasjonen oppleves imidlertid å være tidkrevende for medarbeiderne både i kommunen og ved sykehuset.

I det samme kapitlet har vi også sett på pasientflyten mellom kommunene og sykehuset. Her fremgår det at det foregår en del pasientflyt fra kommunen til sykehuset som oppfattes å være unødvendig. Bakgrunnen for dette er dels mangel på kompetanse eller kapasitet i kommunene og dels press fra pasienter eller pårørende. Vi har ikke tallfestet omfanget av denne pasientflyten, men inntrykket er likevel at sy-

kehusene vil kunne avlastes en god del ved å bygge opp et forsterket tilbud ute i kommunene, spesielt for kronikergruppene. Sett fra pasientenes ståsted, er det mest avgjørende at dette tilbudet kan skape trygghet på linje med den tryggheten en sykehusinnleggelse oppleves å gi.

En annen problemstilling er at pasienter opplever å bli sendt for raskt hjem etter sykehusopphold. Hvorvidt dette oppleves som et problem, synes imidlertid å være avhengig av om hjemkommunen har et fungerende korttidstilbud tilgjengelig. Med andre ord ser det ut til at etterbehandling ved en kommunal korttidsavdeling kan være et vel så godt alternativ til det å ligge lengre på sykehuset. Noe av utfordringen her er imidlertid kapasiteten ved kommunenes korttidsavdelinger.

Kapittel 4 tar utgangspunkt i målsettingen med samhandlingsreformen om å desentralisere tjenester fra sykehus til kommunene, og hvordan interkommunalt samarbeid kan bidra til dette. Generelt vil interkommunale samarbeid bidra til å øke pasientgrunnet, noe som åpner for at flere spesialiserte tjenester kan legges til kommunene. En forutsetning for dette er igjen at det etableres enheter som har et nedslagsfelt innefor hele det interkommunale samarbeidet. Utfordringen med en slik ordning, er å få til et effektivt styringssystem. En gjennomgang av erfaringer med interkommunalt samarbeid, viser at det ofte kan være vanskelig å få til interkommunale forpliktende samarbeid. I den sammenheng diskuteres hvorvidt ordningen med vertskommune eller samkommune er mest hensiktsmessig. Selv om det her kan være argumenter både for den ene og andre modellen, argumenterer vi for at det er vel så viktig at en interkommunal pleie- og omsorgssektor har legitimitet, som at den har autoritet. En slik legitimitet bygges først og fremst ved å utforme et tjenestetilbud som vil være til gjensidig nytte for alle involverte kommuner. Når det argumenteres for at interkommunale samarbeid har utfordringer i forhold til å skape forpliktende samarbeid, har dette kanskje vel så mye å gjøre med at de ikke har legitimitet som at de mangler autoritet.

I kapittel 5 beskrives ulike intermediære enheter eller forsterkede sykehjem. Gjennomgangen viser at det er en stor variasjon i størrelsen på slike enheter. Et gjennomgående trekk er at de retter seg mot eldre pasientgrupper. Ut over dette kan vi skille mellom intermediære enheter med noe ulike roller eller funksjoner. Disse er:

- Forebyggende virksomhet: Som et tiltak for å unngå innleggelser.

- Forberedende behandling: Behandling for å forberede til videre behandling på sykehuset.
- Behandling: Gjennomføring av egen behandling av pasienter og som ferdigbehandles på intermediæravdeling.
- Etterbehandling: En etterbehandling etter sykehusopphold, for å korte tiden på sykehus.

I kapittel 6 har vi forsøkt å skissere et rammeverk for hvordan et samhandlingsprosjekt kan realiseres i Midt-Telemark. Innledningsvis skisseres her ulike strategier for å definere eller avgrense aktuelle oppgaver som kan legges til kommunen generelt eller til en forsterket sykehjemsavdeling/intermediær enhet. Innenfor hver av disse strategiene trekkes det frem en rekke eksempler på oppgaver, tjenester og diagnosegrupper. En anbefaling vil være å ta utgangspunkt i følgende funksjoner: lettere egenbehandling og etterbehandling etter sykehusinnleggelse. Formålet med egenbehandlingen vil være å redusere behovet for sykehusinnleggelse, mens formålet med etterbehandlingsfunksjonen vil være å bygge ut et apparat som i større grad kan håndtere utskrevne pasienter fra sykehuset. Siden reformen vil forutsette kompetanseoppbygging i kommunene, kan det også være hensiktsmessig med en skrittvis strategi der man starter med å bygge ut tilbudet for enkelte pasientgrupper. I kjølvannet av at Midt-Telemark allerede har et prosjekt som omhandler pasienter med kols, diabetes og hjertesvikt, vil det også være naturlig å ta utgangspunkt i disse pasientgruppene. I tillegg bør kommunene også ha forutsetninger for å bygge ut tilbudet til kreftsyke på bakgrunn av ordningen med kreftsykepleiere i alle kommunene.

Valg av en skrittvis strategi kan imidlertid skape visse utfordringer i forhold til den sentrale planleggingen av reformen. Et sentralt spørsmål i den forbindelse vil være om alle kommuner eller kommunesammenslutninger har forutsetninger for å utforme et likt kommunalt tilbud. Ovenfor har vi vært inne på at interkommunalt samarbeid vil oppveie for de store kommunale forskjellene vi har i Norge. Samtidig er det urealistisk å tenke seg at etableringen av interkommunale samarbeid vil utjevne alle forskjeller i forhold til pasientgrunnlag, avstander og ikke minst forutsetninger for å bygge opp kompetanse. Spørsmålet da er om man innenfor samhandlingsreformen vil tillate at kommuner/kommunesammenslutninger opererer med ulike tjenestetilbud, dvs. at noen har et mer omfattende tilbud enn andre. Ikke

minst blir dette et viktig spørsmål i forhold til hvordan det kommunale tjenestetilbudet skal finansieres.

I kapittel 6 tar vi også opp spørsmålet om hvor omfattende tjenestetilbud det er aktuelt å desentralisere til kommunene. Dette avhenger igjen av forhold som pasientgrunnlag, avstander og ikke minst muligheten for å bygge opp kompetanse. I forhold til kompetanse vil det være nødvendig å styrke både sykepleiekompetansen, legedekningen og fysioterapitilbudet for at kommunene skal kunne håndtere flere og mer spesialiserte oppgaver. Her er det imidlertid viktig å skille mellom det potensialet som ligger i å styrke dagens pleie- og omsorgstilbudet og potensialet som ligger i å etablere interkommunale intermediære enheter. Generelt kan det være vel så viktig å styrke kompetansen innenfor den ordinære pleie- og omsorgssektoren som å styrke kommunenes kompetanse gjennom etablering av intermediære enheter.

I dag ser vi at det er en del kompetansetilførsel i kommunene i ulike former og gjennom ulike kanaler. Til tross for dette, oppleves kompetansen i kommunene å være mangelfull. Noe av forklaringen ligger sannsynligvis i at den ervervede kompetansen i for liten grad tas i bruk, spres og vedlikeholdes i kommunene. En anbefaling vil derfor være å i større grad samordne kompetansetilførselen innenfor en mer helhetlig plan eller kompetansepolitikk. Videre er det også slik at vedlikehold av kompetanse må ses i sammenheng med hvordan oppgaver og tjenester organiseres. Det er i den forbindelse viktig å organisere oppgavene på en slik måte at de utføres med en viss hyppighet og dermed vedlikeholdes gjennom den ordinære tjenesteproduksjonen.

Gjennom etablering av interkommunalt samarbeid, vil det åpne seg flere organisatoriske muligheter for å spesialisere oppgaver og kompetanse. Gitt at det skal bygges opp en mer spesialisert kompetanse knyttet til en intermediærenhet eller forsterket korttidsavdeling, vil det i tillegg være behov for å knytte denne virksomheten opp mot mer spesialisert kompetanse ved sykehusene. Ved flere av de eksisterende intermediære enhetene ser vi at sykehusene både bidrar til kompetanseutviklingen og har et faglig ansvar for tjenestetilbudet.

8. Litteratur

Brandtzæg, B. A. og K. G. Sanda (2003): *Vellykkede interkommunale tjenestesamarbeid. Resultat fra en kartlegging høsten 2002*. Rapport nr 2004. Telemarksforsking

Brandtzæg, Bent (2006): *Evaluering av forsøk med interkommunalt samarbeid om barnevern i Vest-Telemark*, Arbeidsrapport 29/2006, Telemarksforsking.

Carstens E. B. Bjelke Jensen, M. Kurth (2007): *Brugerinddragelse på handicapområdet: et nøglebegreb i velfærdssamfundets udvikling*. Videncenter for bevægelsehandicap MarselisborgsCenteret, Århus

Crawford M.J., D. Rutter, C. Manley, T. Weaver, K. Bhui, N. Fulorp, P. Tyrer (2002): *Systematic review of involving patients in the planning and development of health care*. BMJ Volume 325

Econ (2006): *Interkommunalt samarbeid i Norge – omfang og politisk styring*, Rapport 2006-057

Econ (2003): *Innherred samkommune – status, oppgaver og veien videre*. Notat datert 14.8.2003. Oslo: ECON Analyse.

Econ (2002): *Styringsmodell for interkommunalt samarbeid i Vestfold*, Rapport 16/2002.

Jacobsen, D.I. og J. Thorsvik (2007): *Hvordan organisasjoner fungerer*. Bergen: Fagbokforlaget

Ershammar D. og A. Wiksten (2002): *Makt över sin vardag*. Argument, tips och metoder för brukarinflytande ininom verksamheter för psykisk funktionshindrade. RSMH.

Flermoen S. (2001): *Søkelys på organisasjon og ledelse. Innføring for helse- og sosialsektor*. Bergen: Fagbokforlaget

Fredriksson S. (2008): *Sluttrapport. Samsynt og framsynt 2004 – 2007. Helhetlig tjenesteyting og reell brukermedvirkning*. Statens kunnskaps- og utviklingscenter for helhetlig rehabilitering.

Gautun H. og A. Grønningsæter (2002): *Kompetanseheving – en vei til bedre samarbeid? Prosjekt neurologisk rehabilitering*. Fafo-rapport 403.

Gautun H., E. Kjerstad og F. Kristiansen (2002): *Mellom to senger? Eldre sykehuspasienter og det kommunale pleie- og omsorgstilbudet*. Skriftserie i helseøkonomi/HEB, Program for helseøkonomi i Bergen, bind nr 08/02.

Haukelien, Heidi (2008): *Evaluering av Klinisk stige ved Sykehuset Telemark HF*, Arbeidsrapport 8/2008, Telemarksforskning.

Haukelien, H., Vike, H. og Bakken, Runar (2009): *Kompetanse og faglig infrastruktur i helse- og omsorgstjenestene Evaluering av prosjektet Etter- og videreutdanning i kommunehelsetjenesten (EVUK)*. Rapport nr. 252, Telemarksforskning.

Helse Finmark HF (2007): *Prosjektrapport fra Styringsgruppa "Videreutvikling av sykestuefunksjonen i Helse Nord"*.

Helse Nord (2005): *Desentralisering av spesialisthelsetjenester i Helse Nord*. Rapport fra prosjektgruppe oppnevnt av Helse Nord RHF 2. mai 2005

Hjære, M. (2005): *Partnerskaber – på vej mod en ny samarbeidskultur?* Odense: Center for frivillig socialt arbejde.

Holmås, T. H, E. Kjerstad, F. Kristiansen, H. Lurås (2007): *Long Term Care and Hospital Length of Stay for Elderly Patients*. Notatserie i helseøkonomi. Nr 06/07. Program for helseøkonomi i Bergen.

Kalseth, B. og B. Paulsen (2008): *Strategisk samarbeid – på papir og i praksis? En kartlegging av lokale samarbeidsavtaler og samarbeidsfora mellom kommuner og helseforetak per oktober 2008*. Sintef Helse. Rapport A8640

Kjekshus, L. E. og A. Westlie (2008): *Helseforetakenes interne organisering og ledelse*. INTORG 2007. Skriftserie 2008:1. Universitetet i Oslo

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Sundhedsstyrelsen, Finansministeriet, Danske Regioner og KL (2008): *"Rapport vedrørende bedre grundlag for forebyggelsesindsatsen i kommunerne – mai 2008*.

Myrvang R. (2004): *Samhandling mellom allmennleger og sykehusleger – muligheter og barrierer*. Avhandling for graden dr. polit, Institutt for sosiologi, Det samfunnsvitenskapelige fakultet, Universitetet i Tromsø

Oxman A.D., A Bjørndahl, S.A. Flottorp, S. Lewin, A.K. Lindahl (2008): *Integrated Health Care for People with Chronic Conditions. A Policy Brief*. Norwegian Knowledge Centre for the Health Services

Paulsen B. og A. Grimsmo (2008): *God vilje – dårlig verktøy*. Rapport A7877. Trondheim: SINTEF Helse

Riksrevisjonen (2009): *Undersøkelse av kvalitet og samarbeid i pleie- og omsorgstjenestene til eldre*. Riksrevisjonens administrative rapport nr 1 2009

Paulsen B. og A. Grimsmo (2008): *God vilje, dårlig verktøy. Om samhandling mellom sykehus og kommunale omsorgstjenester ved utskrivninger av omsorgstrengende eldre*. Sintef Helse. Rapport A7877

Rønholt Hansen F, L. Rytter, H. N. Jakobsen og A-D. Hansen (2003): *Den geriatrike patient. Opfølgende hjemmebesøg til ældre efter udskrivelse fra sygehus*. Københavns Amt.

Sand, R., Aasetre, J. og Lysø, R (2007): *Evaluering av Innherred samkommune*, rapport 2007:1, Trøndelag Forskning og Utvikling.

Seemann, J. (1999): "Netværk som forandringsstrategi og strategier i netværk" i Kerstin Sahlin-Andersson (red.): *Når styringsambitioner møder praksis – den svære omstilling af sygehus- og sundhedsvæsenet i Danmark og Sverige*. København: Handelshøjskolens forlag

Socialstyrelsen (2008): *Brukarinflytande inom äldreomsorgen*

St.meld. nr. 47 (2008-2009): *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted- til rett tid*. Helse og omsorgsdepartementet

St.meld. nr 25 (2005-2006): *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer*. Helse og omsorgsdepartementet

Vass, M., Siesma, V. og Hendriksen, C. (2009): *A feasible modell for prevention of functional decline in older home-dwelling people – the GP role. A municipality-randomized interventional trial*, i Family practice 2009; 26(1):56-64.

Vinsand og Nilsen (2008): Status for interkommunalt samarbeid og behov for videreutvikling, NIVI-notat 2008:1