



Bruken av kommunale rehabiliterings- plasser ved Rjukan sykehus

INGVILD VARDHEIM

TF-notat nr. 22/2012

Tittel: Bruken av kommunale rehabiliteringsplasser ved Rjukan sykehus
TF-noat nr: 22/2012
Forfatter(e): Ingvild Vardheim
Dato: 08.06.2012
ISBN: 978-82-7401-520-3
ISSN: 1891-053X
Pris: 130,- (Kan lastes ned gratis fra www.telemarksforskning.no)
Framsidedfoto: Marte Mostraum
Prosjekt: Evaluering av kommunale rehabiliteringsplasser ved Rjukan sykehus
Prosjektnr.: 20120270
Prosjektleder: Ingvild Vardheim
Oppdragsgiver(e): Tinn kommune

Spørsmål om denne rapporten kan rettes til:

Telemarksforskning
Postboks 4
3833 Bø i Telemark
Tlf: +47 35 06 15 00
www.telemarksforskning.no

Resymé:

Med virkning fra 1.januar 2010 inngikk Tinn kommune og Sykehuset Telemark HF en avtale om at Tinn kommune disponerer fire rehabiliteringsplasser ved Rjukan sykehus. I denne rapporten evalueres bruken av disse rehabiliteringsplassene. Evalueringen ser nærmere på hvordan plassene organiseres og benyttes, samt hvordan ansatte og brukere vurderer rehabiliteringstilbudet. Kvalitative intervjuer med utskrevne pasienter viser at de aller fleste informantene er godt fornøyde med sitt rehabiliteringsopphold på sykehuset. Også de ansatte tilknyttet rehabiliteringstilbudet har inntrykk av at tilbudet er av god kvalitet. Gjennomgangen av disse intervjuene viser imidlertid at det er oppstått visse utfordringer knyttet til organiseringen av tilbudet og samhandlingen mellom kommune og sykehus. Dette dreier seg blant annet om uenigheter knyttet til hvilke pasienter som egner seg til rehabiliteringsopphold, og hvem som skal ha det siste ordet i denne avgjørelsen. I rapporten diskuteres mulige tiltak for å forbedre tilbudet dersom samarbeidsavtalen forlenges.



Ingvild Vardheim er utdannet statsviter fra Universitetet i Bergen, med en mastergrad i sammenlignede politikk fra 2007. Hun har jobbet som forsker ved Telemarksforskning siden 2010. Vardheim jobber hovedsakelig med prosjekter på helse- og velferdsområdet. Hun har bidratt på flere større og mindre forskningsprosjekter innen pleie- og omsorg, barnevern og oppfølging av utsatte barn og unge. Vardheim har også gjennomført analyser for flere enkeltkommuner med tanke på organisering og dimensjonering av pleie- og omsorgstjenesten.

1. Forord

Evalueringen av kommunale rehabiliteringsplasser på Rjukan sykehus er gjennomført av Telemarksforskning på oppdrag av Tinn kommune. Datainnsamlingen er gjennomført av Christine Hvitsand og Ingvild Vardheim, mens Ingvild Vardheim har skrevet rapporten. Geir Møller og Heidi Haukelien har lest gjennom og kommentert rapporten.

Den foreliggende evalueringen baserer seg primært på kvalitative intervjuer av utskrevne pasienter og ansatte med tilknytning til tilbudet, samt statistikk over inn- og utleggelser. Prosjektet er godkjent av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Vi ønsker å takke alle våre informanter for å ha bidratt med sine synspunkter. En spesiell takk til vår kontaktperson Johannes Haukaas, sykepleier Ingjerd Helland og enhetsleder Anne Lise Lilleland.

Bø, 8. juni 2012

Ingvild Vardheim

Prosjektleder

Innhold

| | |
|--|-----------|
| 1. Innledning..... | 7 |
| 1.1 Problemstillinger og utgangspunkt | 7 |
| 1.2 Nærmere om samarbeidet..... | 7 |
| 1.3 Metode og datagrunnlag..... | 8 |
| 1.3.1 Statistisk datamateriale | 8 |
| 1.3.2 Intervjuer med ansatte i kommunen og på sykehuset | 8 |
| 1.3.3 Intervjuer med utskrevne pasienter..... | 8 |
| 2. Hvordan brukes rehabiliteringsplassene? | 10 |
| 2.1 Organisering og rutiner | 10 |
| 2.1.1 Organiseringen av rehabiliteringsplassene på sykehuset | 10 |
| 2.1.2 Formell ansvarfordeling mellom kommune og sykehus | 10 |
| 2.1.3 Rutiner ved innskriving av pasienter | 11 |
| 2.1.4 Rutiner ved utskriving av pasienter | 12 |
| 2.2 Fakta om pasienter og pasientbehandlingen | 12 |
| 2.2.1 Antall pasienter og liggedøgn | 12 |
| 2.2.2 Kjønn og alder..... | 14 |
| 2.2.3 Årsak til innleggelse..... | 15 |
| 2.2.4 Oversendt fra, utskrevet til..... | 16 |
| 3. Pasientenes vurderinger..... | 19 |
| 3.1 Informasjon, tilgjengelighet og kompetanse..... | 19 |
| 3.2 Fysisk miljø | 20 |
| 3.3 Brukermedvirkning..... | 20 |
| 3.4 Resultat og trivsel..... | 21 |
| 3.5 Lokalisering..... | 21 |
| 3.6 Oppsummering av synspunkter | 22 |
| 4. De ansattes vurderinger | 23 |
| 4.1 Organisering og rutiner | 23 |

| | | |
|-----------|---|-----------|
| 4.1.1 | Inntak av nye pasienter | 23 |
| 4.1.2 | Utnyttelsen av plassene..... | 25 |
| 4.1.3 | Utskriving av pasienter..... | 25 |
| 4.2 | Kvaliteten på tilbudet | 26 |
| 4.3 | Samlet vurdering av tilbudet..... | 26 |
| 5. | Oppsummeringer og anbefalinger | 28 |
| 5.1 | Inntak av pasienter | 29 |
| 5.2 | Antall tilgjengelige plasser | 30 |
| 5.3 | Avsluttende kommentarer..... | 31 |

2. Innledning

2.1 Problemstillinger og utgangspunkt

Med virkning fra 1.januar 2010 inngikk Tinn kommune og Sykehuset Telemark HF en avtale om at Tinn kommune disponerer fire rehabiliteringsplasser ved Rjukan sykehus. Bakgrunnen for avtalen er at rehabiliteringstilbudet i Tinn kommune anses som utilstrekkelig, som følge av at kommunen har sett seg nødt til å omgjøre flere rehabiliteringsplasser til tilbud for demente.

I forbindelse med at avtalen opphører i desember 2012, har Telemarksforskning fått i oppdrag å evaluere bruken av rehabiliteringsplassene. Evalueringen har tatt utgangspunkt i tre overordnede problemstillinger:

- ◆ Hvordan rehabiliteringsplassene blir benyttet
- ◆ De ansattes vurdering av tilbudet ved rehabiliteringsplassene
- ◆ Brukertilfredsheten ved rehabiliteringsplassene

Rapportens struktur samsvarer med de tre problemstillingene for evalueringen. Kapittel 2 inneholder en gjennomgang av organiseringen av tilbudet, formell ansvars- og rollefordeling samt rutiner for innskriving og utskrivning av pasienter. Ved hjelp av statistiske data gir vi også en beskrivelse av pasientene som har benyttet seg av tilbudet siden oppstarten i 2010. I kapittel 3 ser vi nærmere på hvordan ansatte på sykehuset og i kommunen vurderer tilbudet, mens vi i kapittel 4 undersøker brukertilfredsheten ved rehabiliteringsplassene. Kapittel 5 oppsummerer og samler de sentrale poengene i evalueringen, peker på særlige utfordringer og enkelte mulige tiltak for å forbedre rehabiliteringstilbudet i kommunen.

2.2 Nærmere om samarbeidet

Tinn kommune har i mange år benyttet korttidsplasser på Rjukan sykehjem til rehabilitering av eldre hjemmeboende. Etter en gjennomgang av bruken av korttidsplassene i 2009 ble det imidlertid vedtatt å omgjøre seks av tolv plasser til demensplasser, da hjemmesykepleien i lengre tid hadde meldt om et økende antall demente tjenestemottakere. For å kompensere for det lave antallet korttidsplasser gikk kommunen i dialog med Sykehuset Telemark HF om å disponere fire rehabiliteringsplasser på kirurgisk sengepost på Rjukan sykehus. Samarbeidsavtalen trådte i kraft 1. januar 2010.

I samarbeidsavtalen mellom Sykehuset Telemark HF og Tinn kommune (merket 2009/3982) kan vi lese at sykehuset fokuserer sterkt på samhandling med kommunene i Telemark, og derfor har prioritert å tilby Tinn kommune sengekapasitet og kompetanse som kan benyttes til rehabilitering av eldre pasienter. Med utgangspunkt i Stortingsmelding nr. 47 (Samhandlingsreformen) er følgende intensjon lagt til grunn for samarbeidet:

- ◆ «Samhandling er et uttrykk for helse- og omsorgstjenestens evne til oppgavefordeling seg i mellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte».
- ◆ «Tjenestene skal organiseres slik at det blir gitt rett behandling på rett sted til rett tid»

Det fremgår også at det overordnede målet for rehabiliteringstilbudet i Tinn kommune er at eldre innbyggere i kommunen skal kunne bo hjemme lengst mulig. Hovedmålsettingen er å sikre et rehabiliteringstilbud som sørger for:

- ◆ Å heve helsetilstanden og funksjonsnivået slik at brukeren fortsatt kan bo hjemme
- ◆ Å hindre unødvendig sykehjem/sykehusinnleggelse
- ◆ At pasienter som er ferdigbehandlet i spesialisthelsetjenesten, blir utskrevet til et riktig helse-tilbud.

Målgruppen for rehabiliteringstilbudet er eldre brukere som vurderes å ha et rehabiliteringsbehov/potensial. Tilbudet gjelder ikke pasienter som har behov for et sykehjemstilbud, pasienter som har et rehabiliteringsbehov knyttet til psykiatri eller unge pasienter med et rehabiliteringsbehov.

I følge samarbeidsavtaler disponerer Tinn kommune fire rehabiliteringsplasser a 250 døgn pr. år i henhold til et forhåndsavtalt årshjul. Det medisinskfaglige ansvaret for pasientene er tillagt tilsynslegen for Tinn kommune, mens sykehuset har ansvaret for den daglige omsorgen.

2.3 Metode og datagrunnlag

Datagrunnlaget for evalueringen har bestått av statistikk over utskrevne pasienter, samt kvalitative intervjuer med ansatte og pasienter.

2.3.1 Statistisk datamateriale

Bruken av rehabiliteringsplassene har blitt belyst ved hjelp av statistikk over utskrevne pasienter. Datamaterialet er tilrettelagt av Tinn kommune, og inkluderer alle utskrevne rehabiliteringspasienter i 2010 og 2011. Den anonymiserte oversikten inkluderer informasjon om kjønn, alder, diagnose og antall liggedøgn, samt opplysninger om hvor pasienter ble oversendt fra – og videresendt til.

2.3.2 Intervjuer med ansatte i kommunen og på sykehuset

Vurderingen av tilbudet ved rehabiliteringsplassene, samt rutiner for inn- og utskriving av pasienter, har blitt belyst på bakgrunn av intervjuer med ansatte tilknyttet rehabiliteringstilbudet. Vi har gjennomført i alt syv intervjuer med medarbeidere i kommunen og på sykehuset. Dette inkluderer både fagpersonell og personer med et administrativt ansvar for tilbudet. Informantene ble valgt ut i samarbeid med oppdragsgiver. Intervjuene har blitt gjennomført dels som personlige intervjuer, dels som telefonintervjuer. Hvert intervju hadde en varighet på mellom 30 minutter og en time. Alle intervjuene ble tatt opp, hørt gjennom, skrevet ned og deretter analysert.

2.3.3 Intervjuer med utskrevne pasienter

Brukertilfredsheten ved tilbudet har blitt undersøkt ved hjelp av intervjuer med utskrevne pasienter. Dette har blitt gjennomført ved at alle utskrevne pasienter i perioden 1. januar til 1. mai 2012 har fått utdelt en samtykkeerklæring med informasjon om prosjektet. I ettertid har vi tatt kontakt

med pasientene som ga sitt samtykke til å delta i undersøkelsen. Til sammen har vi gjennomført ti brukerintervjuer over telefon. Hvert intervju hadde en varighet på ca. 30 minutter.

3. Hvordan brukes rehabiliteringsplassene?

I dette kapitlet vil vi se nærmere på hvordan rehabiliteringstilbudet organiseres og tilrettelegges, samt hvordan plassene faktisk benyttes. Vi vil først gi en beskrivelse av ansvarsfordelingen og rutiner i forbindelse med inn- og utskriving av pasienter. Deretter presenterer vi ulike statistiske data over pasientene og pasientbehandlingen.

3.1 Organisering og rutiner

3.1.1 Organiseringen av rehabiliteringsplassene på sykehuset

De kommunale rehabiliteringsplassene på Rjukan sykehus er lokalisert på kirurgisk sengepost. I følge seksjonsleder er hovedårsaken til at sengene er plassert på denne avdelingen (og ikke medisinsk avdeling) at aktiviteten på generell kirurgi har blitt lavere som følge av at sykehuset nå kun har vaktberedskap på ortopedi. Avdelingen har derfor noe større kapasitet til å ta i mot pasienter som er mer pleietrengende enn «vanlige» sykehuspasienter.

Tinn kommune betaler for 1000 liggedøgn på kirurgisk avdeling hvert år, men disponerer ikke et fast antall senger. Antall tilgjengelige senger varierer fra uke til uke, avhengig av øvrig aktivitet og bemanningssituasjon på avdelingen. De ansatte forholder seg derfor til et årshjul som viser hvordan antall rehabiliteringsplasser varierer ukentlig, fra mellom to til fire plasser.

På dagtid jobber det som regel fire sykepleiere og to hjelpepleiere på avdelingen. Pleierne jobber stort sett med begge pasientgruppene, selv om noen kan ha særlige ansvarsoppgaver. Rehabiliteringspasientene har tilgang til kommunal fysioterapi daglig og ergoterapi etter behov. Tilsynslege har legevisitt hver tirsdag.

3.1.2 Formell ansvarfordeling mellom kommune og sykehus

I samarbeidsavtalen mellom Tinn kommune og Sykehuset Telemark HF står følgende om partenes roller og ansvar i forbindelse med rehabiliteringsplassene.

Tinn kommune

- ◆ Rehabiliteringsplassene ved Sykehuset Telemark HF, Rjukan er et kommunalt tilbud, og det medisinskfaglige ansvaret for pasienten er tillagt tilsynslege for Tinn kommune.
- ◆ Det kommunale inntaksteamet behandler søknader og gjør vedtak om tildeling av rehabiliteringsplassene ut fra en faglig vurdering og ut fra avtalte kriterier.
- ◆ En representant fra Sykehuset HF, Rjukan deltar på inntaksmøte, både for å være med på drøfting knyttet til tildelingen, og for å sikre informasjonsoverføring.
- ◆ Tilsynslegen skal ha ukentlig oppfølging av rehabiliteringspasientene knyttet til denne avtale

Sykehuset Telemark HF, Rjukan

- ◆ Registrere pasienten i sykehusets pasientadministrative system under en egen institusjon. Sykehuset Telemark HF, Rjukan har ansvar for opplæring i Info-Medix for personell fra den kommunale helsetjenesten som er tilknyttet rehabiliteringstilbudet.
- ◆ Har ansvar for daglig pleie og omsorg av pasienten
- ◆ Følge opp avtalte tiltak i behandlingsplanen
- ◆ Dersom det skjer endringer i pasientenes helsetilstand, skal tilsynslege eller legevaktslege kontaktes. Ved behov avtales innleggelse og spesialisthelsetjenesten overtar det medisinskfaglige ansvaret.

Den formelle ansvarfordelingen mellom kommunen og sykehuset ble vedtatt da samarbeidsavtalen ble inngått i slutten av 2009, altså før samhandlingsreformen ble innført. Gjennom intervjuene med ansatte kom det frem at reformen har medført visse endringer i rutine knyttet til inn- og utskriving av pasienter. Vi vil se nærmere på disse endringene nedenfor.

3.1.3 Rutiner ved innskriving av pasienter

Før samhandlingsreformen trådte i kraft hadde kommunen et eget tiltaksteam med ansvar for inntak av rehabiliteringspasienter. Teamet besto av representanter fra hjemmesykepleie, institusjoner og sykehus, samt lege, fysioterapeut og ergoterapeut. Hver tirsdag ble alle mottatte søknader gjennomgått og plassene ble fordelt etter faglige kriterier. Sykehuset hadde innskrivingsdag på onsdager, mens tirsdager var fast utskrivningsdag.

Fra og med 1. januar 2012 har kommunene ansvar for utskrivningsklare pasienter fra første dag, og et kommunalt tilbud må være klart innen 24 timer etter dato for utskriving. Som en følge av dette har det ukentlige tiltaksmøtet mistet sin funksjon og derfor blitt avvirket

Flertallet av pasientene som blir tildelt en rehabiliteringsplass er utskrevne sykehuspasienter. I løpet av første virkedag etter en sykehusinnleggelse vil sykehuset sende et meldebrev til hjemmesykepleien (merket «melding om innlagt pasient med første vurdering») der det opplyses om pasientens status og forventet utskrivningstidspunkt. Ut ifra dette skjemaet, samt telefonkontakt med den aktuelle enheten på sykehuset, vurderer hjemmesykepleien hvilket tilbud de kan gi pasienten ved utskrivelse. Når pasienten er vurdert som utskrivningsklar sender sykehuset et nytt meldebrev (merket « melding om utskrivningsklar pasient»), og tar samtidig kontakt med hjemmesykepleien på telefon.

Innskriving av rehabiliteringspasienter skjer fortløpende, etter dialog mellom avdelingsleder i hjemmesykepleien og vakthavende sykepleier på kirurgisk avdeling. Dersom ikke disse kommer til enighet om hvorvidt den aktuelle pasienten egner seg for et rehabiliteringsopphold, blir saken løftet opp på ledernivå, dvs. enhetsleder for hjemmesykepleien og avdelingsleder ved kirurgisk avdeling. I tilfeller der pasientene kommer hjemmefra vil avdelingsleder for hjemmesykepleien, gjerne etter anbefaling fra fysioterapeut, ta direkte kontakt med vakthavende sykepleier på kirurgisk avdeling. Som oftest blir disse pasientene skrevet inn tidligst neste morgen.

Rehabiliteringspasientene blir registrert i en egen «avdeling» i hjemmesykepleiens pasientjournal. Også sykehuset lagrer informasjon om pasientene som en egen avdeling i deres journalsystem Info-Medix. Sykehuset har imidlertid en noe mer begrenset form for pasientdokumentasjon på rehabiliteringspasientene enn det de har på andre sykehuspasienter. Personalet på kirurgisk avdeling

får informasjon om nye rehabiliteringspasienter ved å lese på papirskjema som henges opp på avdelingen.

3.1.4 Rutiner ved utskriving av pasienter

Før samhandlingsreformen ble innført fikk pasientene et vedtak om to eller tre uker med rehabilitering, i enkelte tilfeller ennå lenger. Nå foretas det en løpende vurdering om hvor lenge oppholdene skal vare. Etter tre uker må imidlertid hjemmesykepleien gjøre et endelig vedtak for pasientens videre forløp.

Siden samarbeidsavtalen trådte i kraft har tirsdag vært fast utskrivingsdag for rehabiliteringspasientene. Som nevnt ovenfor er dette dagen da tilsynslege har sin ukentlige oppfølging av pasientene. Kommunen og sykehuset har kommet til enighet om at man skal beholde tirsdag som fast utskrivingsdag, siden inntaket av pasienter har blitt langt mer fleksibelt (og uforutsigbart).

Ved utskriving av rehabiliteringspasientene følges lignende rutiner som ved en vanlig sykehusutskriving: Kommunal tilsynslege har det overordnede ansvaret for at pasientene har fått med seg dokumentasjon, dvs. epikrise inkludert oppdatert medikamentliste, sykepleierapport og andre relevante fagrapporter. Kommunen skal følge opp varslet behov for hjelpemidler og sørge for at nødvendige hjelpemidler er på plass før pasienten kommer hjem.

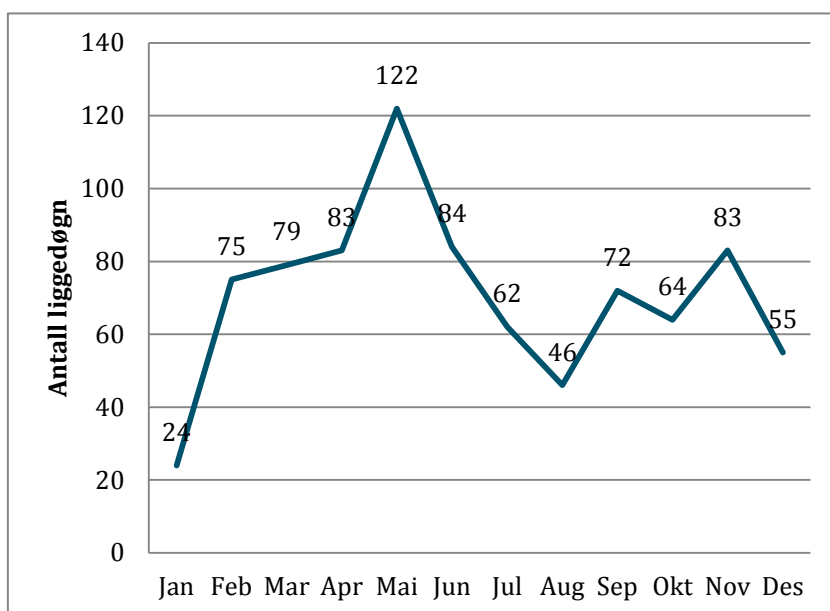
3.2 Fakta om pasienter og pasientbehandlingen

Nedenfor vil vi belyse bruken av rehabiliteringsplassene ved hjelp av statistikk over utskrevne pasienter. Datamaterialet inkluderer alle utskrevne pasienter i 2010 og 2011.

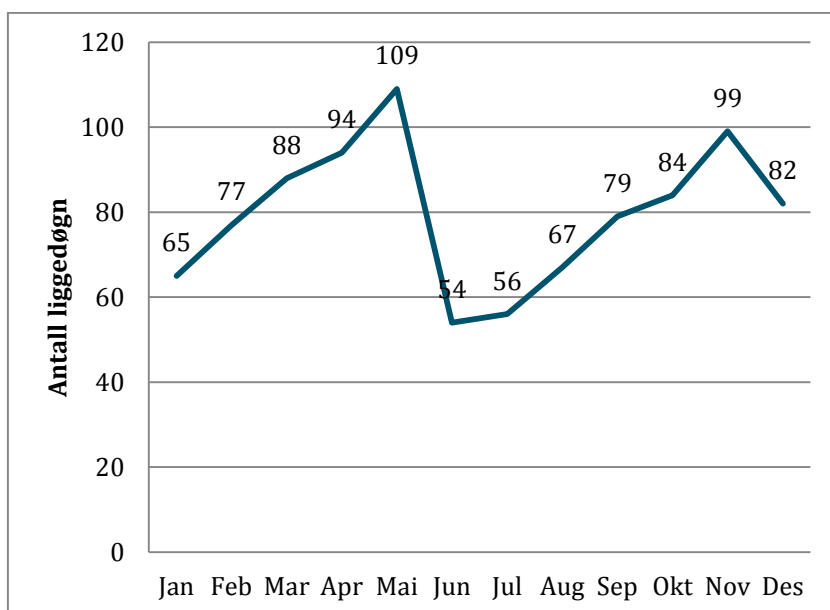
3.2.1 Antall pasienter og liggedøgn

I 2010 og 2011 er det registrert 103 utskrevne rehabiliteringsopphold, 51 i 2010 og 52 i 2011. Til sammen utgjør oppholdene henholdsvis 860 og 955 liggedøgn. Den gjennomsnittlige liggetiden for oppholdene er dermed 17,6 døgn. 10,7 % av pasientene har hatt et rehabiliteringsopphold på under ti dager.

Figurene nedenfor viser hvordan liggedøgnene fordeler seg gjennom årets tolv måneder.



Figur 1: Antall liggedøgn pr måned, 2010. Kilde: Tinn kommune



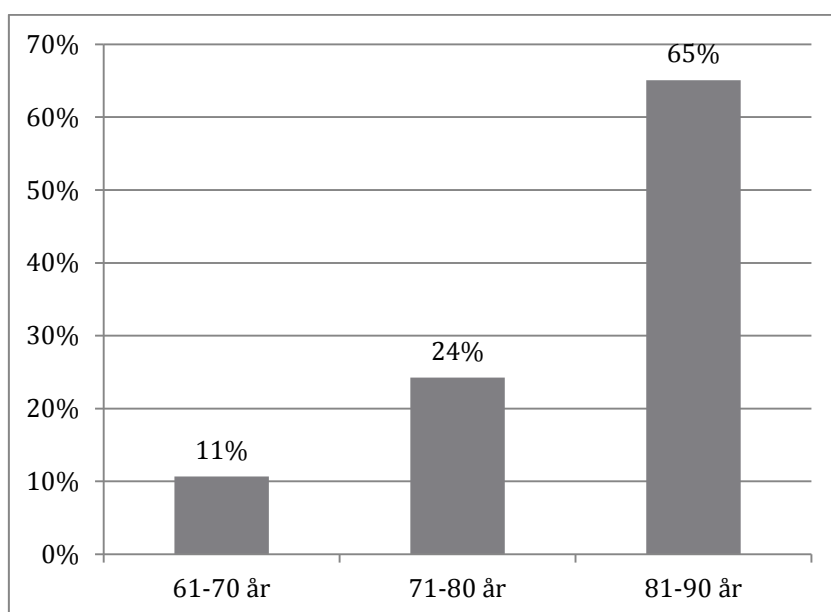
Figur 2: Antall liggedøgn pr måned, 2011. Kilde: Tinn kommune

Vi ser av figurene at det i både 2010 og 2011 er til dels store variasjoner i antall liggedøgn fra måned til måned. I begge årene er aktiviteten lav i begynnelsen av året og i sommermånedene, og høyest i mai måned. Et relevant spørsmål i denne sammenheng er naturlig nok hva disse svingningene i hovedtrekk skyldes: Reflekterer grafene først og fremst bemanningssituasjonen på kirur-

gisk avdeling, og således deres kapasitet til å ta i mot rehabiliteringspasienter? Eller skyldes svingningene naturlige, evt. sesongbaserte variasjoner i de eldres behov for rehabiliteringstjenester?

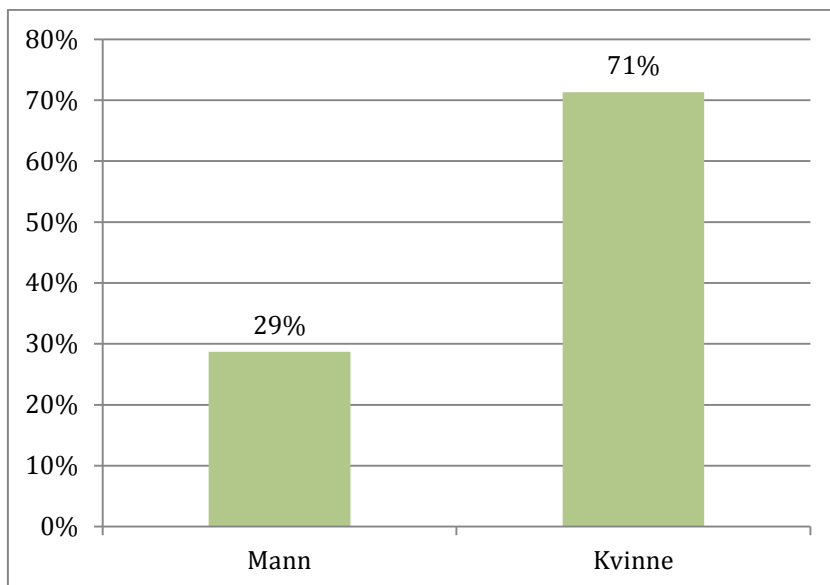
3.2.2 Kjønn og alder

Datamaterialet viser at gjennomsnittsalderen på pasientgruppen er 81,5 år. Figuren under viser alderssammensetningen fordelt på tre kategorier: 61-70 år, 71-80 år og 81-90 år. Vi ser her at hovedtyngden av pasientene er i aldersgruppen 81-90 år. Pasientgruppens alderssammensetning samsvarer dermed med målgruppen for tilbudet, som er «eldre brukere som vurderes å ha et rehabiliteringsbehov/potensial.



Figur 3: Aldersfordeling, 2010 og 2011. Kilde: Tinn kommune

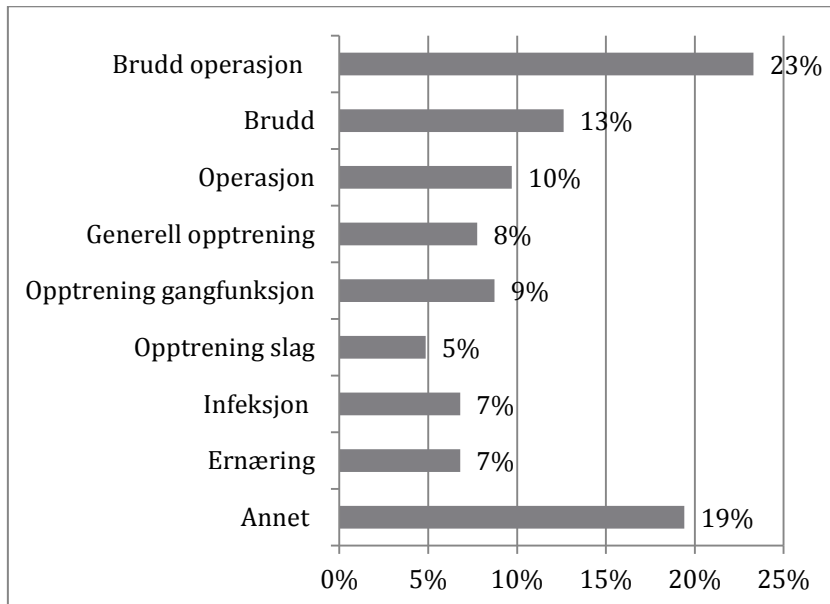
Gjennomsnittsalderen for kvinner er 83,3 år, mens den for menn er 78,1 år. Som figuren nedenfor viser utgjør kvinnene over to tredeler av pasientene.



Figur 4: Kjønnfordeling, 2010 og 2011. Kilde: Tinn kommune

3.2.3 Årsak til innleggelse

Figuren nedenfor viser prosentfordelingen over rehabiliteringspasientenes ulike diagnoser/årsaker til innleggelse¹.



Figur 5: Årsaker til innleggelse, 2010 og 2011. Kilde: Tinn kommune

I figuren inkluderer «brudd operasjon» alle brudd som har blitt operert. «Brudd» inkluderer brudd uten operasjon, for eksempel bekkenfractur og costafractur. «Operasjon» inkluderer andre

¹ Kategoriseringen av de ulike årsakene/diagnosene er foreslått av enhetsleder for hjemmetjeneste i Tinn kommune

operasjoner som for eksempel kreftoperasjon eller hjerteoperasjon. «Opptrening generelt» inkluderer MS-pasienter som har vært inne på opptrening, mens «opptrening gangfunksjon» er pasienter som er dårlig til bens og trenger intensiv fysioterapi. «Infeksjoner» inkluderer blant annet lungebetennelse eller sårinfeksjoner, mens «ernæring» inkluderer pasienter med generelt dårlig allmenntilstand. «Annet» inkluderer en rekke ulike innleggelsesårsaker som stabilisering av blod-sukker, påvente av cellegift, hjerteinfarkt, hjertesvikt, sårproblematikk, ryggmerter og kols.

Som figuren viser er opererte brudd den vanligste årsaken til innleggelse, etterfulgt av kategorien «annet»². Vi ser at over en tredjedel av rehabiliteringspasientene var innlagt på grunn av bruddskader. Tabell 1 gir en oversikt over gjennomsnittlig liggetid og gjennomsnittsalder for de ulike diagnosene/årsakene til innleggelse.

Tabell 1: Diagnoser/årsaker, gjennomsnittlig antall liggedøgn og gjennomsnittsalder. 2011 og 2011. Kilde: Timm kommune

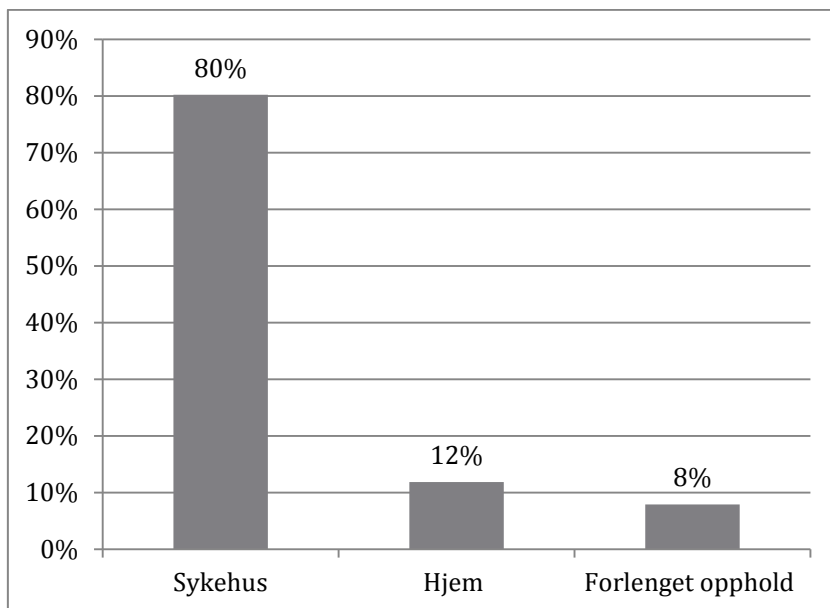
| | Gj. snitt liggedøgn | Gj. snitt alder |
|-------------------------|---------------------|-----------------|
| Brudd Operasjon | 17,0 | 86,9 |
| Brudd | 15,6 | 84,6 |
| Operasjon | 19,5 | 78,2 |
| Generell opptrening | 15,4 | 72,0 |
| Opptrening gangfunksjon | 18,3 | 82,1 |
| Opptrening slag | 15,4 | 87,4 |
| Infeksjon | 20,0 | 79,3 |
| Ernæring | 19,3 | 81,1 |
| Annet | 18,5 | 77,7 |

Av tabellen kan vi se at pasientene som er innlagt på grunn av infeksjon har lengst gjennomsnittlig liggetid, mens pasientgruppen som har vært på generell opptrening og opptrening etter slag har kortest oppholdstid. Samtidig ser vi at pasientene som har vært på opptrening etter slag har den høyeste gjennomsnittsalderen, mens gruppen som har vært på generell opptrening har lavest gjennomsnittsalder. Her er det naturligvis verdt å nevne at det er få pasienter i disse to kategoriene, slik at det er lite som skal til før gjennomsnittet dras opp eller ned.

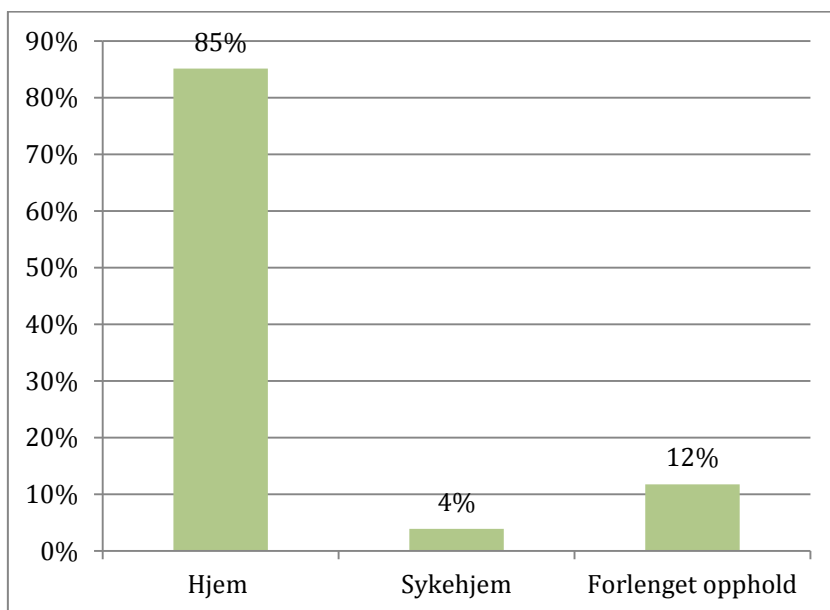
3.2.4 Oversendt fra, utskrevet til

Figurene nedenfor gir en oversikt over hvor pasientene er oversendt fra, og hvor de ble utskrevet til etter avsluttet rehabiliteringsopphold.

² Siden kategorien «annet» utgjør en så stor prosentandel, ser vi at det ville være hensiktsmessig å dele denne opp i mindre kategorier.



Figur 6: Hvor pasientene er oversendt fra, 2010 og 2011. Kilde: Tinn kommune



Figur 7: Hvor pasientene er utskrevet til, 2010 og 2011. Kilde: Tinn kommune

Som figur 6 viser er et stort flertall av rehabiliteringspasientene oversendt fra sykehuset. Fordelingen reflekterer nok den store andelen pasienter med brudd og operasjoner, og en tilsvarende lavere andel pasienter med f.eks. ernæringsproblematikk. Dette leder samtidig til spørsmålet om profilen er et resultat av en bevisst prioritering, eller om det er resultat av hvordan beslutningene om innleggelser foregår. Dette kommer vi nærmere tilbake til senere.

Vi ser av figur 7 at de aller fleste rehabiliteringspasientene blir utskrevet til eget hjem etter endt opphold. Dette viser sannsynligvis at det stort sett er forholdsvis friske mennesker som legges inn på rehabiliteringsavdelingen, dvs. at de i liten grad har annen helseproblematikk enn den diagno-

sen de er lagt inn for. Disse resultatene er således i tråd med intensjonen om å «heve helsetilstanden og funksjonsnivået slik at brukerne fortsatt kan bo hjemme».

4. Pasientenes vurderinger

I dette kapitlet vil vi se nærmere på hvordan utskrevne pasienter vurderer kvaliteten på rehabiliteringstilbudet på sykehuset.

For å undersøke brukertilfredsheten blant pasientene har vi tatt utgangspunkt i tre kvalitetsområder som benyttes i KS' kvalitetskartlegging av kommunale tjenester: Struktur, prosess og resultat (KS 2008). Disse er inndelt i flere dimensjoner som til sammen gir et bredt bilde av kvaliteten i ulike tjenester:

- ◆ **Struktur:** Her er det samlet spørsmål som setter fokus på rammebetingelsene som er viktige for å kunne skape kvalitet. Dette inkluderer dimensjoner som informasjon, tilgjengelighet til tjenesten, kvaliteten på lokaler og utstyr og personalets kompetanse.
- ◆ **Prosess:** Dette området dreier seg om forholdet mellom brukeren og de personene som har ansvaret for tjenestene. Her ser vi nærmere på hvorvidt brukerne tas med på råd i utføringen av tjenestene og brukernes opplevelse av å bli behandlet med respekt.
- ◆ **Resultat:** Her settes det fokus på resultatet som skapes av tjenesten. Hvordan er brukernes opplevelse av å motta tjenestene? I hvor stor grad er resultatene preget av høy kvalitet?

Til sammen har vi gjennomført telefonintervjuer med ti pasienter som alle ble skrevet ut fra avdelingen i løpet av våren 2012. Den yngste informanten er 72 år, mens den eldste er 92. Årsakene til innleggelse varierer, og lengden på oppholdene varierer fra én til fem uker.

De aller fleste pasientene vi snakket med gir uttrykk for at rehabiliteringstilbudet på sykehuset er av god kvalitet. Så godt som alle er fornøyde med informasjonen de fikk underveis, tilgjengeligheten til lege og fysioterapeut og det fysiske miljøet på sykehuset. De gir uttrykk for at de har innflytelse på egen hverdag, og beskriver personalet som høflige og hjelpsomme. Flere av informantene beskriver treningsopplegget som «bra» eller «veldig bra». Ingen av dem vi snakket med ser ulemper ved at rehabiliteringsplassene er lokalisert på sykehuset. Nedenfor skal vi se litt nærmere på hvordan informantene formulerer sine vurderinger av og erfaringer med rehabiliteringstilbudet på sykehuset.

4.1 Informasjon, tilgjengelighet og kompetanse

Vi ba informantene beskrive hvor fornøyde de er med informasjonen de fikk underveis i oppholdet, herunder informasjon om egen helsetilstand og informasjon til familie og pårørende. Vi ba dem også vurdere hvordan personalet snakket til dem, det vil si om informasjonen ble presentert på en klar og tydelig måte.

Flertallet av informantene gir uttrykk for at de fikk god informasjon underveis i oppholdet, og at personalet snakket klart og tydelig. En av informantene mener imidlertid å huske at hun ikke fikk spesiell informasjon om planer for oppholdet og egen helsetilstand, mens en annen påpeker at hun savnet informasjon om sin egen helsetilstand.

Videre ba vi dem vurdere i hvilken grad de er fornøyde med muligheten til å snakke med lege og pleiepersonell. Også her er de aller fleste godt fornøyde. En av informantene forteller følgende: «kommunens egen lege kom hver tirsdag, men også sykehusets lege ville komme hvis det skulle skje noe. Jeg er absolutt fornøyd med muligheten for å snakke med pleiepersonalet». En annen mener at «tilgangen til lege er bra. Kunne bare nevne det, så kom det en lege». Kun én av informantene opplevde det som problematisk at kommunelegen kun var tilgjengelig på tirsdager.

Samtlige informanter svarer at de sjelden måtte vente lenge for å få hjelp når de ba om det. Alle gir uttrykk for at personalet brukte nok tid på å pleie dem. Personalet beskrives som «kjempe», «hyggelige» og «hjelpsomme». De aller fleste er også enige i at pleierne var godt orienterte og hadde god nok kompetanse om deres sykdom eller situasjon. En av informantene forteller at dersom personalet ikke kunne svare på ting hun lurte på, var de snare med å henvise spørsmålet videre eller sjekke med andre pleiere på avdelingen.

4.2 Fysisk miljø

De aller fleste informantene er godt fornøyde med rommet og avdelingens fysiske utforming. Rommene beskrives med ord som «nydelig», «bra» «veldig bra», «helt topp» og «hadde alt». En av informantene forteller at rommet var stort og rent, og inneholdt både salongbord, stoler, karnapp og skyvedør til et stort baderom. En annen trekker frem at han hadde en god stol å sitte i, og at det var satt frem flere stoler til besøkende. En tredje informant gir uttrykk for å være svært fornøyd med tilgang til ferske aviser og terrasse.

En av informantene gir imidlertid uttrykk for å være noe mer misfornøyd med de fysiske forholdene. Han forteller at han ikke fikk eget toalett, og at toalettet han brukte var smalt og ikke var tilrettelagt for handikappede. Informanten mener at avdelingen er for dårlig tilrettelagt for eldre mennesker « blant annet fordi det ikke var noe å holde seg i langs veggene».

4.3 Brukermedvirkning

Vi ba informantene vurdere mulighetene for selv å bestemme hvilken hjelp de skulle ha, når de ville spise og når de ville legge seg og stå opp.

Så godt som alle informantene er fornøyde med mulighetene for selvbestemmelse. En informant forteller at han «stort sett var enig i hvordan de hadde lagt opp ting, med en viss rutine og faste tider». Informanten som er noe misfornøyd med de fysiske forholdene på avdelingen, gir imidlertid også uttrykk for å være noe misfornøyd med mulighetene til brukermedvirkning. Han forteller at han ikke ble spurt om hvilken hjelp han ville ha, men at han fikk bestemme når han ville legge seg. Siden han ikke fikk «tak i låsen på senga» var det også vanskelig for han å bestemme selv når han ville stå opp.

Alle informantene er godt fornøyde med personalets høflighet og vennlighet. «De står på og er snille folk», forteller en av dem.

4.4 Resultat og trivsel

Informantene ble videre bedt om å beskrive hvor fornøyde de er med behandlingen de mottok og virkningen av denne.

Flertallet av informantene beskriver opptreningen som «bra» eller «veldig bra». En kvinne forteller at treningsalen var stor og hadde mye utstyr, og at hun kom seg veldig fint etter opptreningen. En eldre mann forteller at treningsopplegget var bra og at han også mosjonerte mye på egen hånd. Flere gir uttrykk for at de er fornøyde med antall økter, og enkelte nevner at de trolig ikke ville orket å trene flere ganger daglig.

Vi spurte også informantene om de var fornøyde med eventuell hjelp til måltider, hjelp til personlig hygiene, muligheter for aktiviteter og muligheter for privatliv. Også her er det få informanter som har negative innvendinger. En informant trekker frem at maten var veldig god, og at det var positivt at de hadde faste plasser rundt spisebordet. Hun forteller videre at hun var i stand til å ta ansvar for egen hygiene, og syntes de ansatte respekterte hennes privatliv. I følge informanten hadde personalet det i «programmet» at de skulle ta henne med på tur, og det gjorde de tre-fire ganger i løpet av oppholdet.

En annen informant forteller at han er veldig fornøyd med mulighetene til å få hjelp ved behov, for eksempel til bading. Det hendte at han ble spurt om å være med på aktiviteter, men han var ikke utenfor sykehuset i løpet av oppholdet. En tredje informant er imidlertid noe misfornøyd med maten som ble servert på avdelingen: Selv om han ba om få frukt og yoghurt til frokost på grunn av mageproblemer, så fikk han likevel kun servert brød. Han hevder også at det ofte lå igjen mat og bestikk på rommet hans til neste dag.

4.5 Lokalisering

Til slutt spurte vi om informantene hadde synspunkter vedrørende lokaliseringen av rehabiliteringsplassene. Ingen av dem vi snakket med mente det er ulemper ved at plassene er lokalisert på sykehuset. Nedenfor vises et utvalg kommentarer knyttet til dette spørsmålet:

«Det er bra i tilfellet man trenger flere leger, det gir tilgang til flere ved behov».

«Det er også et aldershjem i kommunen, men jeg tror ikke at det er noen treningssal der – det var veldig bra med denne muligheten. Jeg vrikket dessuten foten under oppholdet, og da bare trillet de rett ned på røntgen. De ordner også blodprøver og bytter kateter».

«Det er sikkert ok, men det er i den gamle delen av sykehuset. Bra med fysioterapeut og treningslokaler».

«Stedet er første klasse. Jeg kjenner flere av de andre som oppholdt seg på sykehuset og kunne prate med dem.

«Har vært på avdelingen før, og var kjent der. Trivelig at folk husker en og en kan prate med de andre pasientene. På aldershjemmet er de så gamle at dette ikke er så lett»

«Du treffer folk på din egen alder. Det er nok mange slagpasienter som ikke ville følt seg hjemme på sykehjemmet».

På spørsmål om hva kommunen bør gjøre for å forbedre rehabiliteringstilbudet i kommunen, er de fleste informantene usikre. En informant foreslår ennå mer opptrening, for eksempel to ganger om dagen. En annen påpeker at avdelingen er noe forfallen og bør pusses opp.

4.6 Oppsummering av synspunkter

Gjennomgangen av brukerintervjuene viser at de aller fleste vi snakket med var jevnt over godt fornøyde med rehabiliteringsoppholdet på sykehuset. Så godt som alle informantene er positive til informasjonen de fikk i løpet av oppholdet, tilgjengeligheten til lege og fysioterapeut og det fysiske miljøet på sykehuset. De gir uttrykk for at de har en viss innflytelse på egen hverdag, og beskriver personalet som høflige og hjelpsomme. Flertallet av informantene beskriver treningsopplegget som «bra» eller «veldig bra». En av informantene nevner imidlertid at plassene er for dårlig tilrettelagt for eldre pasienter.

Siden gruppen av informanter vi snakket med utgjør en liten andel av det totale antallet utskrevne pasienter fra avdelingen, vil vi være forsiktige med å trekke klare konklusjoner om brukertilfredsheten ved tilbudet. Samtidig ser vi at de aller fleste informantene er påfallende enige om at rehabiliteringstilbudet er av god kvalitet. Det er imidlertid alltid viktig å være bevisst på at brukeropplevd kvalitet alltid er subjektiv, og at den vil være påvirket av brukernes forventninger og av det omdømmet tjenesten har.

5. De ansattes vurderinger

Dette kapitlet inneholder en gjennomgang av de vurderingene og synspunktene som ble avdekket i intervjuer med sykehusansatte og kommuneansatte. Informantene ble stilt en rekke ulike spørsmål knyttet til bruken av de kommunale rehabiliteringsplassene på sykehuset, herunder organiseringen av tilbudet, kvaliteten på tjenesten og samarbeidet mellom sykehuset og den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Intervjuene viser at de ansatte har inntrykk av at de fleste pasientene er godt fornøyde med rehabiliteringstilbudet de mottar på sykehuset. Flere legger vekt på at tilbudet er i tråd med samhandlingsreformens intensjoner: siden utskrevne sykehuspasienter med et behov for rehabilitering ikke blir oversendt til sykehjemmet for et midlertidig opphold, får de også et mer samordnet pasientforløp. Når det gjelder organiseringen av tilbudet, og særlig samarbeidet mellom kommunen og sykehuset om inntak av pasienter, nevner imidlertid flere at det har oppstått visse utfordringer. Dette dreier seg blant annet om uenigheter knyttet til hvilke pasienter som egner seg til rehabiliteringsopphold, og hvem som skal ha det siste ordet i denne avgjørelsen. De ansatte i hjemmesykepleien påpeker også at et varierende antall tilgjengelige senger, og liten fleksibilitet i bruk av sengene, fører til at rehabiliteringsplassene blir utnyttet mindre effektivt på sykehuset enn det de tidligere ble på sykehjemmet. Nedenfor vil vi se nærmere på hvordan informantene begrunner og utdyper disse punktene.

5.1 Organisering og rutiner

5.1.1 Inntak av nye pasienter

Som nevnt i kapittel 2 ble tiltaksteamet, som hadde ansvar for å fordele plasser etter faglige kriterier, avvirket da samhandlingsreformen ble innført. Sykehuset skriver ut pasienter daglig, og kommunen har nå plikt til å ta i mot pasientene innen 24 timer. Inntaket av nye pasienter til rehabiliteringsplassene skjer derfor gjennom en fortløpende dialog mellom avdelingsleder for hjemmesykepleien og ansvarlig sykepleier på kirurgisk avdeling. Flere av informantene vi snakket med, både i kommunen og på sykehuset, gir uttrykk for at det som regel er god flyt i denne prosessen. Mens det i starten av prosjektet var noe forvirring rundt roller og rutiner, har de involverte nå forholdsvis god oversikt over ansvarsfordelingen i forbindelse med inntak av rehabiliteringspasienter. Som en av informantene fra kommunen påpeker er det imidlertid først når uenigheter om inntak oppstår, at man innser at samhandlingsrutinene kanskje ikke er helt «under huden» på de involverte aktørene.

I samarbeidsavtalen mellom Tinn kommune og Sykehuset Telemark HF kan vi lese at målgruppen for tilbudet er eldre mennesker som vurderes å ha et rehabiliteringsbehov/potensial. Nær samtlige informanter forteller at det kan oppstå diskusjoner som følge av at de involverte har ulikt syn på hva som ligger i begrepet «rehabiliteringspotensial», nærmere bestemt grensegangene mellom å være rehabiliteringspasient eller sykehjemspasient. Uenighetene oppstår først og fremst mellom sykehuset og kommunen, men også internt mellom avdelingene på sykehuset.

I følge de kommuneansatte har hjemmesykepleien en gjennomgående lavere terskel for å anse en pasient som egnet for et rehabiliteringsopphold enn det sykehuset har. Dette har sammenheng

med at hjemmesykepleien i større grad fokuserer på å tenke forebyggende og «jobbe med hendene på ryggen», som en av informantene uttrykker det. Siden de fleste mottakerne av hjemmesykepleie er eldre mennesker, er de også vant til å ha et lengre tidsperspektiv i rehabiliteringen. For hjemmesykepleien kan det å spise selv eller å gå noen skritt være potensial nok for rehabilitering, så lenge man tar seg god tid til å følge opp den enkelte pasient. I følge en av de kommuneansatte vil imidlertid sykehuset helst ta inn yngre rehabiliteringspasienter med behov for eksempelvis opptrening etter benbrudd, altså pasienter som vil ha en relativt rask fremgang. De kan derfor, i følge denne informanten, være raskt ute med å avslå eldre pasienter som også har et visst pleiebehov. For de kommuneansatte oppleves dette som frustrerende nettopp fordi de aller fleste av deres brukere er eldre, og fordi de ikke kan tilby et alternativt rehabiliteringstilbud til de som ikke får plass på sykehuset.

Informantene fra sykehuset forklarer på sin side at kirurgisk avdeling ikke alltid har kapasitet til å ta i mot eldre pleietrengende pasienter. I enkelte perioder kan de ha stor aktivitet på avdelingen, for eksempel i påske- og vinterferier da de ofte får inn flere skadde fra skianleggene i området. Bemanningen på avdelingen har ikke økt siden samarbeidet om rehabiliteringsplassene ble innført. De ansatte har heller ikke tilstrekkelig med hjelpeutstyr. I følge en informant finnes det kun én pasientheis på avdelingen. Det kan derfor, i følge denne informanten, være svært utfordrende å ha flere såkalte «gråsonepasienter» på rehabilitering samtidig som sengene er fulle på resten av avdelingen.

Informantene synes å være noe delt i synet på hvor ofte uenigheter om inntak oppstår, og hvor problematisk dette faktisk er. To ansatte på sykehuset gir uttrykk for at «ting stort sett løser seg greit» og at «det har gått seg til siden oppstarten». Flere av de kommuneansatte beskriver imidlertid situasjonen som «slitsom» og «håpløs», og mener det blir brukt altfor mye tid på synsing og diskusjoner. I enkelte tilfeller har både fysioterapeut, hjemmesykepleie og lege på medisinsk avdeling vært enige om at den utskrevne pasienten bør overflyttes til rehabilitering, mens leder av kirurgisk avdeling har vært uenig. I et par slike saker har man til slutt blitt enige om et kompromiss der kommunen bruker to av sine tilgjengelige plasser på denne ene pasienten. Dersom saken blir så vanskelig at den løftes opp på ledernivå, noe som har skjedd ved ett tilfelle i år, kan det ta noe tid før det fattes en endelig beslutning. I følge en av de kommuneansatte viser slike diskusjoner at det ikke alltid er pasientens beste som settes i fokus, men heller prinsipper og økonomiske avveininger. Hun fremhever også viktigheten av at rehabiliteringstilbudet blir en del av organisasjonen på en naturlig måte, og at det ikke blir noe «særegent» ved plassene på sykehuset.

De kommuneansatte er klare på at hjemmesykepleien bør ha det siste ordet i saken når det gjelder inntak av nye pasienter. Flere av dem påpeker at kommunen betaler for både plassene og sykepleierdekningen, og at de derfor ikke kan forholde seg til eventuelle bemanningsproblemer på kirurgisk avdeling. De mener at hjemmesykepleien vet best hvordan de eldre bor, hva de har av hjelp og hva de må trene på, og derfor er best i stand til å se det samlede behovet for rehabiliteringstjenester.

5.1.2 Utnyttelsen av plassene

Som nevnt i kapittel 2 disponerer ikke Tinn kommune et fast antall senger på sykehuset. Antall rehabiliteringsplasser varierer fra uke til uke, og de ansatte forholder seg til et årshjul som viser hvorvidt man har to, tre eller fire senger tilgjengelig.

Flere av de kommuneansatte gir uttrykk for at svingningene i antall tilgjengelige senger fører til at rehabiliteringsplassene blir dårligere utnyttet på sykehuset enn de tidligere ble på sykehjemmet. Det vil for eksempel være lite hensiktsmessig å legge inn fire pasienter i en uke med fire tilgjengelige plasser dersom det kun er to ledige plasser uken etter. I følge informantene er det bare en liten andel av pasientene som klarer seg med kun én ukes rehabiliteringsopphold.

Siden rehabiliteringspasientene kun blir skrevet ut fra sykehuset på tirsdager må hjemmesykepleien også være bevisst på ikke å få overbelegg i begynnelsen av en uke med få tilgjengelige plasser. For å unngå dette kan det være nødvendig å skrive ut pasienter tirsdagen i uken før, noe som innebærer at kommunen «mister» fem-seks liggedøgn. Siden alle pasientene som legges inn må ha et visst potensial for rehabilitering, blir det også mindre fleksibilitet i bruken av plassene sammenlignet med korttidsplassene på sykehjemmet. Mens man fokuserer på å ha fullt belegg på sykehjemmet til enhver tid, kan det i perioder være vanskelig å fylle alle rehabiliteringsplassene på sykehuset.

En kommuneansatt gir uttrykk for at det er mange faktorer å ta hensyn til når det gjelder utnyttelsen av rehabiliteringsplassene, og at ordningen derfor «binder opp mye». Hjemmesykepleien innså ikke konsekvensene av dette da de ble enige med sykehuset om å beholde tirsdagen som fast utskrivingsdag. En informant fra sykehuset påpeker imidlertid at antall senger kommunen disponerer i løpet av et år, utgjør mer enn de 1000 liggedøgnene det betales for. I årshjulet er det altså tatt hensyn til at alle sengeplassene ikke nødvendigvis vil være opptatt til enhver tid.

5.1.3 Utskriving av pasienter

Både sykehusansatte og kommuneansatte forteller at pleierne er flinke til å «tenke hjemreise» fra den dagen rehabiliteringspasienten skrives inn. Avdelingsleder for hjemmesykepleien er i kontakt med sykehuset flere ganger daglig, og gir uttrykk for at den løpende dialogen mellom kommune og sykehus fungerer godt. Ansatte i hjemmesykepleien er imidlertid av den oppfatning at ansvarlig sykepleier på kirurgisk avdeling ikke alltid har like god oversikt over rehabiliteringspasientene som det sykepleieren på sykehjemmet har over beboerne der. Dette henger sammen med at sykepleierne på sykehuset går i «døgnkontinuerlig turnus», slik at de ikke nødvendigvis følger en pasient gjennom hele oppholdet. En av informantene forteller at den manglende kontinuiteten kan gjøre det noe vanskeligere å planlegge det videre forløpet til pasientene.

To av de kommuneansatte forteller at det ofte mangler epikriser, resepter o.l. når rehabiliteringspasientene skrives ut til hjemmesykepleien. En av dem hevder at de sjelden opplever tilsvarende mangler ved utskrivning fra sykehjemmets korttidsplasser, og tror dette kan ha sammenheng med kontinuiteten i dagbemanningen på sykehjemmet. Fra sykehusets side er det ønskelig at hjemmesykepleien i større grad møter opp på sykehuset på utskrivingsdagen for å ta i mot pasienter. På grunn av tidspress er det imidlertid vanskelig for hjemmesykepleien å prioritere dette.

5.2 Kvaliteten på tilbudet

Nær samtlige av informantene har inntrykk av at de fleste rehabiliteringspasientene er fornøyde med oppholdet på sykehuset. De ansatte i hjemmesykepleien kan ikke huske å ha fått negative tilbakemeldinger fra brukere. Enkelte presiserer imidlertid at pasientene ikke nødvendigvis har et sammenligningsgrunnlag fra tilsvarende tilbud. Flere av de kommuneansatte påpeker også at det er vanskelig for dem å gjøre seg opp en mening om innholdet på tjenestene som tilbys på sykehuset.

Det at rehabiliteringspasientene har tilgang til fysioterapeut hver dag trekkes naturlig nok frem som et viktig gode. En av informantene fra kommunen er imidlertid bekymret for at den gode fysioterapeutdekningen på sykehuset går utover tilbudet til korttidspasientene på sykehjemmet. Etter at rehabiliteringsplassene ble flyttet til sykehuset får disse besøk av fysioterapeut kun to ganger i uken. Korttidspasientene skal i utgangspunktet ha et mindre behov for rehabiliteringstjenester, men i følge informanten kan disse også «komme seg», og ha god nytte av jevnlig fysioterapi. Kommunen har ikke mottatt formelle klager på dette, og informanten er noe usikker på hvorvidt dette oppfattes som et problem blant sykehjemsbeboerne og deres pårørende.

En av fysioterapeutene trekker frem at de fysiske arbeidsforholdene er bedre på sykehuset enn på sykehjemmet. Treningsrommet på sykehuset er større og lysere, noe som gjør det lettere å motivere pasienter til å trene alene på kveldstid.

Siden rehabiliteringspasientene per definisjon er hjemmeboende, er det fastlege og tilsynslege som har det medisinske ansvaret for dem. Som nevnt tidligere er tilsynslegen på legevisitt hver tirsdag, samme dag som pasienter eventuelt skrives ut. Informantene synes å ha noe ulike oppfatninger om hvorvidt legetilgjengeligheten er god nok. Enkelte beskriver at ordningen er «tungvint» og setter spørsmålsteget ved at rehabiliteringspasientene ikke skal forholde seg til sykehuslegene som likevel har det daglige tilsyn på avdelingen. Én annen påpeker at kommunen dekker et stort geografisk område, og at det derfor kan ta tid for en fastlege å komme seg til sykehuset dersom det er nødvendig. Andre nevner ikke legetilgjengeligheten som en særlig utfordring. Flere påpeker at pleierne naturligvis vil kontakte sykehuslegene dersom det oppstår en akutt situasjon. I løpet av de siste to årene har det ved ett tilfelle oppstått en kritisk situasjon som følge av at pleierne ikke fikk kontakt med fastlege/legevakt etter at en pasient ble akutt syk.

I følge enkelte informanter har et fåtall rehabiliteringspasienter gitt uttrykk for at de kjeder seg på sykehuset på kveldstid. En fordel med å bo på sykehjemmet er at det arrangeres flere sosiale aktiviteter, og det er flere som benytter seg av fellesarealer og ulike tilbud som for eksempel dagavdelingen. En av de ansatte på sykehuset har imidlertid inntrykk av at rehabiliteringspasientene gjerne «finner hverandre», og at de ofte benytter oppholdsrommet sammen. Andre, særlig yngre pasienter, har spesifikt gitt uttrykk for at de ønsker å være på sykehuset, og at de ikke finner seg til rette blant mer pleietrengende pasienter på sykehjemmet.

5.3 Samlet vurdering av tilbudet

Så godt som alle informantene vi snakket med gir uttrykk for at organiseringen av rehabiliteringsplassene er i tråd med samhandlingsreformens intensjoner. En informant mener at prosjektet er «forut for sin tid», mens en annen beskriver det som «samhandling satt i system». Flere legger vekt på at ordningen bidrar til å sette pasientene i sentrum, siden utskrevne sykehuspasienter med behov for rehabilitering slipper et midlertidig opphold på sykehjem. En av de ansatte i kommunen

fremhever også at prosjektet utvilsomt har bidratt til å styrke kommunikasjonen mellom kommune og sykehus. Informanten forteller at de har blitt kjent med langt flere ansatte på sykehuset, og at de snakker godt sammen: «Personer som tidligere kun var en stemme på telefonen, har nå fått et ansikt». Kommunens fysioterapeuter drar også nytte av et godt samarbeid med fysioterapeutene på sykehuset. Informanten forteller at disse har bedre erfaring med å jobbe med rehabiliteringspasienter enn de ansatte på sykehjemmet, «som ofte kan være veldig pleieorienterte».

Til tross for at de aller fleste informantene ser potensialet i prosjektet, er det gjennomgående at (særlig) de ansatte i hjemmesykepleien ville foretrukket å samle ressursene kommunalt. Diskusjoner knyttet til inntak av nye pasienter, og det varierende antallet tilgjengelig senger, skaper frustrasjon blant de ansatte. De legger også vekt på at det er ressurskrevende å ha personalet på to steder, og at det er lettere for hjemmesykepleien å forholde seg til personalet på sykehjemmet. Det er tydelig at flere av de ansatte i hjemmesykepleien opplever at organiseringen av tilbudet går ut over kvaliteten og kapasiteten på det helhetlige rehabiliteringstilbudet i kommunen. De øvrige informantene er mer usikre på hvordan plassene bør organiseres, og mener det både er fordeler og ulemper ved å lokalisere plassene på sykehuset.

6. Oppsummeringer og anbefalinger

Dette avsluttende kapittelet inneholder oppsummeringer av funnene vi har presentert, samt forslag til tiltak som kan forbedre rehabiliteringstilbudet dersom samarbeidet mellom sykehuset og kommunen fortsetter i 2013.

Gjennomgangen av statistiske data viser at det i 2010 og 2011 er registrert henholdsvis 860 og 955 rehabiliteringsopphold på sykehuset. I gjennomsnitt er en rehabiliteringspasient innlagt i 17,6 døgn. Et stort flertall av pasientene er over 80 år, og over to tredjedeler er kvinner. Årsakene til innleggelse varierer mellom en rekke ulike diagnoser og tilstander, men over en tredjedel er innlagt på grunn av bruddskader. Majoriteten av pasientene er utskrevne sykehuspasienter, og de aller fleste sendes hjem etter avsluttet opphold.

Tilbakemeldingene fra pasientene vi snakket med viser at nær samtlige av disse opplevde rehabiliteringsoppholdet på sykehuset som positivt. De gir uttrykk for at pleierne har god kompetanse, er hyggelige og hjelpsomme, og gir dem nok informasjon underveis i oppholdet. Informantene er fornøyde med fysioterapeutenes treningsopplegg, og svært få av dem nevner legetilgjengeligheten som en utfordring. Med ett unntak har ingen av informantene negative innvendinger når det gjelder faktorer som det fysiske miljøet på avdelingen, maten som blir servert, mulighetene for å få hjelp eller muligheter for privatliv. Ingen av dem vi snakket med ser ulemper ved at rehabiliteringsplassene er lokalisert på sykehuset. Vi påpeker igjen at vi kun har snakket med et lite utvalg av pasientene som har blitt utskrevet siden prosjektets oppstart i 2010. For å få en bedre og mer representativ «måling» av brukertilfredsheten hadde det naturligvis vært ønskelig å intervjuer langt flere pasienter. Samtidig vil vi understreke at en slik undersøkelse som dette først og fremst belyser pasientenes trivsel og opplevelse av å bli ivaretatt. De færreste har nok faglig innsikt til å kunne vurdere den medisinske behandlingen, og de har gjerne lite sammenligningsgrunnlag fra tilsvarende tjenester. I tillegg er det verdt å nevne at en brukerundersøkelse som dette gir et begrenset bilde av den helhetlige tjenestekvaliteten. Tilgjengeligheten til tilbudet vil også være relevant i denne sammenhengen. Sagt på en annen måte: Vi vet noe om hvordan utskrevne rehabiliteringspasienter vurderer sitt opphold, men vi vet ingenting om hvordan personer som eventuelt *ikke* fikk innvilget opphold, opplever kommunens rehabiliteringstilbud.

Også de ansatte tilknyttet rehabiliteringstilbudet har inntrykk av at kvaliteten på tjenesten er god. De fleste ser også potensialet i dette som et godt «samhandlingsprosjekt». Informantene fremhever at det for mange sykehuspasienter er positivt å slippe et midlertidig opphold på sykehjem. Flere påpeker også at kommunikasjonen mellom hjemmesykepleien og sykehuset har blitt bedre etter at rehabiliteringsplassene ble plassert på sykehuset. Gjennomgangen av intervjuene viser imidlertid at det er oppstått visse utfordringer knyttet til organiseringen av tilbudet og samhandlingen mellom kommune og sykehus. Dette dreier seg blant annet om uenigheter knyttet til hvilke pasienter som egner seg til rehabiliteringsopphold, og hvem som skal ha det siste ordet i denne avgjørelsen. De ansatte i hjemmesykepleien påpeker også at et varierende antall tilgjengelige senger fører til at rehabiliteringsplassene blir utnyttet mindre effektivt på sykehuset enn det de tidligere ble på sykehjemmet.

I alle samarbeidsprosjekter vil det naturligvis ta tid å innarbeide gode rutiner og prosesser. Vi registrerer også at flere informanter nevner at ting har «gått seg til» siden samarbeidet først ble etablert. Gjennomgangen av intervjuene viser imidlertid at tilretteleggingen av tilbudet skaper frustrasjon blant de ansatte i hjemmesykepleien, som opplever at kommunen ikke får nok igjen for pengene de betaler sykehuset. Etter vår vurdering er det derfor helt nødvendig med en grundig gjennomgang av rutiner og prosesser dersom samarbeidsavtalen mellom sykehuset og kommunen videreføres i 2013. Nedenfor vil vi utdype og diskutere mulige tiltak knyttet til to sentrale punkter: Inntak av nye pasienter og antall tilgjengelige plasser.

6.1 Inntak av pasienter

Intervjuene med de ansatte viser at det kan oppstå interessekonflikter mellom sykehuset og hjemmesykepleien i forbindelse med inntak av rehabiliteringspasienter. Som en av informantene uttrykker det, springer uenighetene ut av at «sykehuset og kommunen lever i to forskjellige rehabiliteringsvirkeligheter». De to aktørene forholder seg til ulike lovverk og ulike pasientgrupper. Mens sykehuset tar hånd om en bred pasientgruppe med et stort spenn i både alder og diagnoser, forholder den kommunale pleie- og omsorgstjenesten seg hovedsakelig til eldre pleietrengende pasienter. Dette medfører at kommunen vil ha et langsiktig, forebyggende perspektiv på rehabiliteringen, mens sykehuset i større grad fokuserer på behandling og å «gjøre folk friske». På grunn av knappe ressurser kan derfor sykehuset være motvillige til å ta i mot eldre pleietrengende pasienter som etter hjemmesykepleiens oppfatning har et klart rehabiliteringspotensial. Dette viser samtidig at sykehuset, i langt større grad enn kommunen, har muligheten til å avgrense sitt ansvarsområde på grunn av de fysiske betingelsene på avdelingen. Disse problemstillingene er naturligvis ikke særegne for dette prosjektet, men generelle utfordringer i samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Dagens rutiner omkring inntak av pasienter tilsier at hjemmesykepleien og sykehuset skal komme til enighet om de aktuelle brukernes rehabiliteringsbehov/potensial. Samtidig ser vi at flere ansatte i hjemmesykepleien mener det brukes altfor mye tid og ressurser på å diskutere hvem som har ansvar for enkeltpasienter. Slike diskusjoner samsvarer utvilsomt dårlig med samhandlingsreformens fokus på sømløse pasientforløp med enkeltmenneskets behov i sentrum. Utfordringen blir dermed å finne løsninger som kan redusere konfliktnivået mellom sykehus og kommune.

Etter vår vurdering bør følgende to tiltak vurderes:

- ◆ *Forsøke å utarbeide visse kriterier for hva som ligger i begrepet «rehabiliteringspotensial»*

En pasients behov for rehabiliteringstjenester må naturligvis alltid vurderes etter faglig skjønn. Likevel ser vi behovet for at det i en eventuell ny samarbeidsavtale mellom kommune og sykehus i større grad presiseres hvem som er i målgruppen for rehabiliteringstilbudet – og hvem som ikke er det. Vil det være mulig for hjemmesykepleien og sykehuset å komme til enighet om enkelte kriterier, blant annet knyttet til pasientens pleiebehov, som kan bidra til å skape en felles forståelse for hva rehabilitering innebærer?

- ◆ *Utarbeide klare retningslinjer for hvem som har det avgjørende ordet dersom det oppstår diskusjoner rundt enkeltpasienter*

Siden det er vanskelig for kommunen og sykehuset å enes om hvor terskelen for et rehabiliteringsopphold skal ligge, bør man utarbeide klarere retningslinjer for hvem som har endelig bestemmelsesrett i enhver sak.

I følge samarbeidsavtalen mellom kommunen og sykehuset skal et kommunalt inntaksteam gjøre vedtak om tildeling av plasser, mens en representant fra sykehuset deltar i drøftningene og sikrer informasjonsoverføring. Selv om inntaksteamet nå er avviklet er det etter vår vurdering naturlig at den endelige beslutningen fortsatt tas av kommunen – og at denne bygger på råd og informasjon fra sykehuset.

6.2 Antall tilgjengelige plasser

Vi har sett at antall tilgjengelige rehabiliteringsplasser på kirurgisk avdeling varierer ukentlig, fra mellom to til fire senger. Det er den øvrige aktiviteten på kirurgisk avdeling som avgjør antall tilgjengelige plasser. For hjemmesykepleien er svingningene i antall plasser utfordrende å forholde seg til, og de mener blant annet at plassene ikke blir utnyttet godt nok som følge av dette.

Som nevnt ovenfor brukte kommunen 955 av 1000 betalte liggedøgn i 2011. Den samlede utnyttelsen av plassene kan altså ikke sies å være nevneverdig lav. Men med tanke på at hjemmesykepleien planlegger rehabiliteringsoppholdene utifra et årshjul på over 1000 liggedøgn, er deres opplevelse av å miste mange liggedøgn likevel reell. Dersom det er slik at hjemmesykepleien ser seg tvunget til å skrive ut pasienter tidligere enn ønsket for å unngå overbelegg, eller lar være å skrive inn pasienter selv om det er ledige plasser, er dette uheldig.

I kapittel 2 viste vi hvordan antall benyttede liggedøgn varierte månedlig i 2010 og 2011. I 2011 ser vi at det er til dels store variasjoner i antall pasienter fra måned til måned, mellom 24 personer i januar til 122 personer i mai. Selv om det også kan være tilfeldige eller sesongbaserte variasjoner i kommunens behov for rehabiliteringstjenester, er trolig dette behovet mer konstant enn det variasjonene i sykehusets årshjul tilsier.

Ved en eventuell forlengelse av samarbeidsprosjektet, bør man derfor forsøke å utforme et årshjul som i noe større grad reflekterer hjemmesykepleiens behov for rehabiliteringstjenester. Etter vår vurdering bør følgende to tiltak vurderes:

- ◆ *Jevne ut årshjulet noe, slik at det blir noe mindre variasjon i antall plasser fra uke til uke*

For hjemmesykepleien er det særlig overgangen fra uker med fire tilgjengelige senger til uker med to senger som er utfordrende. En måte å møte dette problemet kan være å få inn flere «myke overganger», dvs. uker der antall senger reduseres fra fire til tre, eller fra tre til to.

- ◆ *Tilby kommunen et lavere, men fast antall sengeplasser*

Dersom kommunen får muligheten til å disponere et fast antall senger hver uke, for eksempel tre, vil det trolig være lettere for hjemmesykepleien å planlegge rehabiliteringsoppholdene. Et lavere antall plasser totalt sett forutsetter imidlertid at hjemmesykepleien har større bestemmelsesrett når det gjelder hvordan disse sengene blir brukt.

- ◆ *Endre utskrivingsdag*

På bakgrunn av at innskrivingen til rehabiliteringsopphold skjer kontinuerlig, kan det også være hensiktsmessig å vurdere hvorvidt det bør tilrettelegges for en mer fleksibel utskrivning. Her kan vi tenke oss flere varianter. En variant kan være å endre til en mer hensiktsmessig utskrivingsdag, for eksempel mandag. En annen variant vil være å operere med to utskrivingsdager. En tredje variant kan være å ikke ha noen fast utskrivingsdag, men avtale utskrivning på mer ad hoc basis. Hvilken

løsning som er mest hensiktsmessig må vurderes ut i fra flere, og kanskje motstridende, medisinske og økonomiske/administrative hensyn.

6.3 Avsluttende kommentarer

I oppsummeringen over har vi pekt på at tilretteleggingen av rehabiliteringstilbudet skaper frustrasjon blant de ansatte i hjemmesykepleien. Vi har videre påpekt at denne frustrasjonen i hovedsak er uttrykk for to ulike forhold. Det ene dreier seg om inntak av eller prioritering av pasientgrupper og det andre om kapasitetsutnyttelsen ved rehabiliteringsplassene. Samtidig ser vi at logistikk-problemene rundt inn- og utskrivning oppfattes å være en årsak til at man opplever manglende kapasitetsutnyttelse.

I utgangspunktet er det lite som tyder på at manglende kapasitetsutnyttelse er et stort problem. Til tross for at det argumenteres for at kommunen ikke får utnyttet kapasiteten i tilstrekkelig grad, var det likevel i 2011 en kapasitetsutnyttelse på 95 %, noe som må sies å være et godt resultat. I lys av disse resultatene kan frustrasjonen fra kommunen forstås som at ambisjonsnivået ligger høyere enn de oppnådde 95 %. Dersom dette er tilfellet, er det rimelig å anta at de foreslåtte tiltakene nevnt over (jevne ut årshjulet og/eller tilby mer fast og forutsigbart antall senger) kan bidra til bedre resultatoppnåelse.

Den relativt høye dekningsgraden kan imidlertid også tyde på at den egentlige problemstillingen ligger i prioriteringer rundt innskriving av pasienter. Det er minst to forhold som peker i denne retningen. For det første ser vi av undersøkelsen at det åpenbart har utviklet seg en beslutningspraksis rundt innskriving av pasienter som ikke er i tråd med avtalene mellom kommunen og helseforetaket. Denne bærer preg av å være en likeverdig konsensusbeslutning mer enn å være en kommunal beslutning som bygger på informasjon og råd fra sykehuset. For det andre har vi også pekt på at de fleste pasientene tas inn fra sykehuset – spesielt kirurgisk – og i liten grad fra den kommunale tjenesten. Dette igjen kan ha sammenheng med beslutningsprosessene og det faktum at de aktuelle sengeplassene fysisk befinner seg i kirurgisk avdeling.

Med andre ord ser det ut til at kirurgisk avdeling har mer innflytelse over innleggelsene enn det som er nedfelt i avtalene og som er ønskelig sett fra kommunens ståsted. På bakgrunn av intervjuene kan vi få inntrykk av at dette også dreier seg om prioriteringer av yngre og eldre pasientgrupper. Dette argumentet støttes imidlertid i liten grad av datagrunnlaget som viser at de aller fleste pasientene er over 80 år. Når vi ser på diagnoseprofilen, kan vi derimot stille spørsmålsteget ved om de innlagte pasientene gjenspeiler sykehusets interesser mer enn kommunens interesser. F.eks. kan det godt tenkes å være et større rehabiliteringsbehov blant hjemmeboende – bl.a. ernæringsproblematikk – enn det diagnoseprofilen viser.

Selv om det er grunn til å stille spørsmål ved inntaksprosedyrene, betyr ikke dette nødvendigvis at prioriteringene av pasientene har vært lite hensiktsmessig. Problemet synes heller at man ikke har hatt noen klar politikk i forhold til hvilke pasienter som skal prioriteres. Åpenbart har sykehuset og kommune sett på behovet i lys av sine respektive tradisjonelle pasientgrupper. Dette, i kombinasjon med at sykehuset har hatt innflytelse over innleggelsene, kan være kilden til mye av frustrasjonen i kommunen.

Til slutt vil vi understreke at kommunen, i kjølvannet av Samhandlingsreformen, vil ha ansvar for alle som skrives ut fra sykehuset. Gitt anbefalingen om å gi kommunen reelt beslutningsansvar over innleggelse ved de fire sengene, vil man også måtte prioritere, f.eks. mellom personer med tjenester fra hjemmesykepleie og personer som skrives ut fra sykehuset. I og med at sengene er

lokalisert på sykehuset, er det rimelig å benytte disse til utskrevne pasienter, altså i tråd med den profilen som allerede er praksis. Både fysisk lokalisering og den ekspertisen som kommunen har tilgjengelig på sykehuset tilsier dette. Dette er imidlertid et valg som kommunen selv bør fatte, og ikke sykehuset.

Referanser

KS (2008): Kvalitetskartlegging av kommunale tjenester. Faglig veileder for pleie- og omsorgstjenestene. Utarbeidet av KS i samarbeid med professor Tor Busch.