

STF78 A045018

RAPPORT

Utviklingstrekk i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten – oppgaveutvikling og samspill

Birgitte Kalseth, Linda Midttun, Bård Paulsen og Lars Nygård

SINTEF Helse

November 2004



SINTEF Helse
Helsetjenesteforskning

Postadresse: 7465 Trondheim
Besøksadresse: Olav Kyrres gt. 3
Telefon: 4000 25 90
Telefaks: 73 59 63 61

Foretaksregisteret: NO 948 007 029 MVA

TITTEL

**Utviklingstrekk i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten
– oppgaveutvikling og samspill**

FORFATTER(E)

Birgitte Kalseth, Linda Midttun, Bård Paulsen og Lars Nygård

OPPDRAGSGIVER(E)

Kommunenes Sentralforbund

RAPPORTNR. STF78 A045018	GRADERING Åpen	OPPDRAGSGIVERS REF. Kjell-Torgeir Skjetne
GRADER. DENNE SIDE Åpen	ISBN 82-14-03524-4	PROSJEKTNR. 78H037.30
ELEKTRONISK ARKIVKODE I:\NIS\prosjekt\78H037.30\Rapport		VERIFISERT AV (NAVN, SIGN.)
ARKIVKODE E	DATO 2004-11-05	GODKJENT AV (NAVN, STILLING, SIGN.) Kari Nyland <i>Kari Nyland</i>

ANTALL SIDER OG BILAG
145 + 1 bilag

SAMMENDRAG

Rapporten omhandler utvikling i oppgavefordeling og samspill mellom 1. og 2.linjetjenesten. Først skisseres nasjonale utviklingstrekk de siste 10-15 år for begge nivå. Deretter presenteres resultater fra en intervju-studie med informanter fra 6 kommuner og 3 sykehus i to separate områder i Norge. Hovedresultater er at spesialisthelsetjenesten spesialiseres og effektiviseres i retning av en større oppdeling av behandlingsforløpet, mer fokus på behandling og mindre fokus på pleietid. Kommunenes pleie- og omsorgstjenester og fastlegenes oppgaver generaliseres ved at stadig flere brukere/ pasientgrupper har kommet inn under deres ansvar og tilbudet er blitt langt mer differensiert. Samtidig har kommunene blitt gitt og delvis tatt på seg ett bredere sett av oppgaver i forhold til de enkelte brukergruppene. I sum har kommunene fått flere "tyngre" brukere/pasienter faglig og ressursmessig. Endringene i oppgaver er både et resultat av en styrt oppgaveoverføring fra staten, kommunal egenutvikling og kortere liggetid i sykehus. Høyere gjennomsnittsalder i eldrebefolkningen og kortere liggetid i sykehus bidrar til et større behov for tett sykepleiefaglig og medisinsk oppfølging av eldre. En velfungerende pleie- og omsorgstjeneste basert på en sterk dreining mot hjemmebasert omsorg avhenger av et tett samarbeid mellom hjemmetjenesten, sykehjemmene og legetjenesten. Mangel på tilgjengelige korttids plasser i sykehjem og et for tilfeldig samarbeid mellom fastlegene og pleie- og omsorgstjenesten synes å være viktige utfordringer for kommunene. Eldre og marginalt fungerende personer i egen bolig, og personer med psykiske lidelser eller rusproblemer framstår som eksempler på sårbare grupper ved dårlig kapasitet, manglende kompetanse og mangelfullt samarbeid mellom nivåene. Samarbeid mellom tjenestenivåene øker. Samarbeidsavtaler mellom sykehus og kommuner bidrar til gjensidig avklaring av rettigheter og plikter, men det rapporteres om til dels manglende kjennskap og ulik praktisering av slike avtaler. I mange kommuner synes både administrativt og faglig samarbeid å inkludere sykepleiere i større grad enn leger.

STIKKORD	NORSK	ENGELSK
GRUPPE 1	Kommunehelsetjeneste	Primary Health Care
GRUPPE 2	Spesialisthelsetjenesten	Specialist Health Care
EGENVALGTE	Oppgavefordeling	Distribution of tasks
	Samarbeid	Cooperation

Forord

Formålet med prosjektet er å beskrive utviklingen oppgavefordeling og samspill mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten de siste ti år. Endring i sykehusenes utskrivingspraksis og forhold relatert til ivaretagelse av eldre pasienter er viktige spørsmål.

I rapporten gis først en separat beskrivelse og diskusjon av henholdsvis kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Kapitlet som omhandler kommunehelsetjenesten fokuserer mest på pleie- og omsorgstjenestens vekst og utvikling. Videre inngår en studie av seks kommuner og tre sykehus basert på intervjuer med utvalgte representanter for disse. Gjennom intervjuene får vi et innblikk i hvordan situasjonen i dag og endringer over tid fortøner seg fra henholdsvis sykehusenes og kommunenes ståsted.

Oppdragsgiver for prosjektet er Kommunenes Sentralforbund. I forbindelse med prosjektet ble det nedsatt en arbeidsgruppe. Arbeidsgruppen har bestått av representanter fra KS sentralt, representanter fra KS i utvalgt hovedområde for intervjustudien, representanter for to kommuner og en fylkeslege. Det er avholdt tre møter i arbeidsgruppen.

Fra SINTEF Helse har Birgitte Kalseth, Linda Midttun og Bård Paulsen bidratt i ulike faser av prosjektet. Vi vil spesielt takke Lars Nygård fra Ressurssenteret for omstilling i kommunene og nå Høgskolen i Sør-Trøndelag som har bidratt med en beskrivelse og diskusjon av utviklingen i pleie- og omsorgssektoren (kapittel 2). Birgitte Kalseth og Linda Midttun har skrevet resten av kapitlene og var også ansvarlige for utforming av intervjuguide og gjennomføring av intervjuene. Bård Paulsen var sentral i utforming av prosjektet og har vært en viktig samarbeidspartner underveis.

Dette har vært et utfordrende og spennende prosjekt og vi takker alle som har bidratt i prosessen.

Trondheim, november 2004

Birgitte Kalseth

Innholdsfortegnelse

Forord	1
Innholdsfortegnelse	3
Tabelloversikt	5
Figuroversikt	7
SAMMENDRAG	9
1 Innledning	13
1.1 En enkel analysemodell.....	13
1.2 Metode.....	15
1.3 Organisering av rapporten.....	16
2 Utvikling i kommunehelsetjenesten.....	19
2.1 Innledning	19
2.2 Utvikling av pleie og omsorgstjenestenes kapasitet, ressursbruk og dekningsgrader	20
2.3 Endringer ut fra økonomi og ideologi.....	24
2.4 Differensiering – og om motoren i utviklinga	29
2.5 Er kommunene overført nye oppgaver fra spesialisthelsetjenesten?.....	35
3 Utviklingen i spesialisthelsetjenesten fra 1990-tallet til i dag	39
3.1 Helsepolitiske føringer – somatiske spesialisthelsetjenester	39
3.2 Strukturendringer, ressursforskyvning og spesialisering.....	43
3.3 Sterk ressursvekst både for psykisk helsevern og somatiske sykehus	45
3.4 Utvikling i de somatiske sykehusenes aktivitet og kapasitet.....	46
3.5 Indikasjoner på kapasitetspress i sykehusene	59

3.6	Oppsummering av endringer i aktivitet og kapasitet ved somatiske sykehus	64
3.7	Kort om helsepolitiske føringer og de faktiske utviklingstrekk innen psykisk helsevern	65
4	Oppgavefordeling og samspill i område I	71
4.1	Hovedtrekk i utviklingen av pasientsammensetning og oppgaver de siste 5-10 år...	71
4.2	Pasientforløpet	74
4.3	Samarbeidstiltak: Ønsker/behov og praktiske løsninger	81
4.4	Avsluttende kommentar om område I	85
5	Oppgavefordeling og samspill i område II	87
5.1	Beskrivelse av utviklingen i pasientsammensetning og oppgaver de siste 5-10 år...	87
5.2	Pasientforløpet	90
5.3	Oppfølging av pasienter i kommunene og samarbeid med spesialisthelsetjenesten .	96
5.4	Avsluttende kommentar for område II	102
6	Spesialisthelsetjenesten spesialiseres og kommunehelsetjenesten generaliseres	105
6.1	Spesialisthelsetjenestens utvikling: Økt aktivitet, økt behandlingsintensitet og mer spesialisering	105
6.2	Kommunehelsetjenestens utvikling: nye brukere, avinstitusjonalisering, økt differensiering og økt pleieintensitet	107
6.3	Sentrale problemstillinger for sykehus og kommuner basert på samtaler med personell i kommuner og sykehus	108
6.4	Samspillet mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten	114
6.5	Oppsummering av sentrale drivkrefter i utviklingen av oppgaver.....	120
6.6	Avslutning	121
	Referanser	127
	Vedlegg 1.....	133

Tabelloversikt

Tabell 3.1	Endring i bruk av faktisk antall senger 1995- 2003 basert på antall liggedager og prosent endring i antall opphold på sengeavdeling.....	48
Tabell 3.2	Gjennomsnittlig og median liggetid for øyeblikkelig hjelp heldøgnsopphold 1995, 2000 og 2003. Fordelt etter aldersgrupper (Datakilde NPR)	50
Tabell 3.3	Øyeblikkelig-hjelp heldøgnsopphold per 1000 innbyggere. Fordelt etter aldersgrupper 1995-2003 og endring 1995-2003. (Datakilde NPR).	53
Tabell 3.4	Liggedager totalt per 1000 innbyggere for pasienter med heldøgnsopphold. Fordelt etter aldersgrupper 1995-2003 og endring 1995-2003. (Datakilde NPR).	53
Tabell 3.5	Liggedager per 1000 innbyggere for pasienter innlagt som øyeblikkelig hjelp på heldøgnsavdeling. Fordelt etter aldersgrupper 1995-2003 og endring 1995-2003. (Datakilde NPR)	54
Tabell 3.6	Antall opphold og antall pasienter 80 år og eldre innenfor et utvalg av hoveddiagnosegrupper. Heldøgnsopphold 1999-2003. (Datakilde NPR)	55
Tabell 3.7	Antall opphold og antall pasienter 80 år og eldre innenfor et utvalg av hoveddiagnosegrupper. Per 1000 innbyggere 1999-2003. (Datakilde NPR)	57
Tabell 3.8	Gjennomsnittlig og median liggetid ved heldøgnsopphold for pasienter 80 år og eldre innenfor et utvalg av hoveddiagnosegrupper, 1999-2003. (Datakilde NPR)	58
Tabell 3.9	Antall utskrivingsklare opphold fordelt etter hoveddiagnosegruppe (DRG) 2001-2003. (Datakilde NPR)	61
Tabell 3.10	Antall korridorpasienter per 1000 effektive senger. Punkttelling ved indremedisinske avdelinger uke 23 i 1999 og uke 38 i 2002 og 2003. Gjennomsnitt per dag i kartleggingsuken. (Datakilde: Helsetilsynet).....	62
Tabell 3.11	Døgnplasser i psykisk helsevern for voksne 1996-2003. Antall og prosent endring. (Datakilde SAMDATA psykisk helsevern sektorrapport 2003)	66
Tabell 3.12	Årsverk i institusjoner for voksne etter personellkategori. Antall og endring 1998-2003. (Datakilde SAMDATA psykisk helsevern sektorrapport 2003)	66

Tabell 3.13	Behandlede pasienter og polikliniske konsultasjoner i psykisk helsevern for voksne. 1998-2003. (Datakilde SAMDATA psykisk helsevern sektorrapport 2003).....	67
-------------	--	----

Figuroversikt

Figur 1.1	Fasene i et pasientforløp.	14
Figur 2.1	Relativ utvikling i antall eldre 80+ og antall plasser i institusjon (sum syke- og aldersheim). Antall 1980=100. Andeler i prosent 1955 til 2000. Utvalgte år. Kilde Brevik 2003.	21
Figur 2.2	Antall årsverk i institusjon og hjemmetjenestene. Hjemmetjenestene i prosent av alle årsverk i parentes. Kilde Brevik 2003.....	23
Figur 3.1	Kumulativ prosentvis vekst i totale driftsutgifter til somatiske sykehus og psykisk helsevern fra 1996 til 2003. (Datakilde: Samdata Somatikk og Samdata Psykisk helsevern)	45
Figur 3.2	Utviklingen i totalt antall årsverk innenfor psykisk helsevern og somatisk spesialisthelsetjeneste fra 1996 til 2002. (Datakilde Samdata Somatikk og Samdata Psykisk helsevern)	45
Figur 3.3	Antall heldøgnsopphold som øyeblikkelig hjelp fordelt etter aldersgrupper.1995-2003. (Datakilde NPR).....	46
Figur 3.4	Elektive heldøgnsopphold fordelt etter aldersgrupper 1995-2003. (Datakilde NPR)	47
Figur 3.5	Antall liggedager for pasienter med heldøgnsopphold 1995-2003 fordelt etter aldersgrupper. (Datakilde NPR)	47
Figur 3.6	Gjennomsnittlig liggetid per aldersgruppe. 1995-2003 . Alle heldøgnsopphold. (Datakilde NPR).....	49
Figur 3.7	Utvikling i effektivitet i perioden 1992 – 2003. (Kilde: Ose og Magnussen 2004).....	51
Figur 3.8	Utvikling i antall innbyggere i aldersgruppene 67 -79 år og over 80 år. 1993- 2003.(Datakilde: SSB).....	52
Figur 3.9	Andel øyeblikkelig-hjelp innleggelses innen 30 dager etter utskriving. Etter aldersgruppe. (Kilde: Huseby 2004: Samdata somatikk Sektorrapport 2003) .59	
Figur 3.10	Andel engangsopphold per aldersgruppe 1996-2003. (Kilde: Huseby 2004:Samdata somatikk Sektorrapport 2003).	60

Figur 3.11	Andel korridorpasienter fordelt etter enkeltsykehus 4.kvartal 2003. (Datakilde NPR).	62
Figur 3.12	Andel epikriser sendt innen 7 dager. Fordelt på enkeltsykehus 4. kvartal 2003. (Datakilde NPR).	63
Figur 4.1	Forholdet mellom kommunene og sykehusene i område A.....	71
Figur 6.1	Utviklingen i arbeidsfordelingen i behandling og omsorg. (Kilde: Svein Lie, Utposten Nr 6 -2000)	121
Figur 6.2:	Endringer i 1.linjenestensoppgaver som følge av spesialisthelsetjenestens utvikling og kommunal egenutvikling	123

SAMMENDRAG

Prosjektet har som formål å beskrive utviklingen i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten som en bakgrunn for å identifisere og diskutere sentrale problemstillinger i oppgavefordeling og samspill mellom 1. og 2.linjetjenesten det siste tiåret. Analysen baserer seg på en intervjuundersøkelse i seks kommuner og tre sykehus, nasjonale data for sykehustjenesten og kommunehelsetjenesten, samt tidligere forskning. I tillegg til å skissere de viktigste utviklingstrekk innenfor i kommunehelsetjenesten og sykehussektoren de siste 10 årene er hovedspørsmål i prosjektet om det har skjedd en forskyving av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten og hvordan samspillet mellom og innen nivåene har utviklet seg i form av samarbeidsprosesser og samarbeidstiltak.

Utvikling i eldrebefolkningen er en viktig drivkraft i oppgaveutviklingen

Demografiske endringer er av sentral betydning for de oppgaver helsetjenesten står overfor. Dess flere eldre, dess større blir behovet for helse- og omsorgstjenester. De siste ti årene har det totale antall eldre over 67 år ikke økt, men det *interne alderssammensetningen av den eldre befolkningen har endrer seg*. Antall innbyggere over 80 år økte med 40 000 innbyggere i perioden 1993 til 2003, en prosentvis økning på 24 prosent. Antallet innbyggere mellom 67 og 79 år ble samtidig redusert med enda mer. Andelen eldre over 80 år i befolkningen økte fra 3,9 til 4,6 prosent i tiårsperioden.

Sykehusenes utvikling

Sykehusene har de siste ti årene blitt enda mer rendyrkede behandlingsinstitusjoner. Pleie og omsorgsdelen av et sykdomsforløp er i større grad enn før overlatt til kommunene. Dette synliggjøres gjennom en sterk økning i bruk av dagbehandling og poliklinisk behandling, reduksjon i sengetallet, reduksjon i liggetid og en reduksjon i hjelpepleiere til fordel for sykepleiere.

Kapasiteten ved sykehusene er under økende press. Den gjennomsnittlige beleggsprosenten på sykehusenes sengeavdelinger i Norge var i 2003 på godt over 92 prosent. Mange av de store sykehusene har et gjennomsnittlig belegg som ligger over 100 prosent. Korridor-pasienter er derfor fortsatte et problem ved mange sykehus. I en slik situasjon er det et økende press på å få utskrivingsklare pasienter som venter på annet tilbud ut av sengeavdelingene. Det er spesielt de større sykehusene som er utsatt for dette.

Sykehusene har hatt en sterk aktivitetsvekst de siste 10 år. Den prosentvise veksten har vært størst for de eldste og for øyeblikkelig hjelp har både den relative og den faktiske veksten i antall opphold vært størst for innbyggere over 80 år. En sterk økning i antall innleggelse for pasienter over 80 år gir sykehusene en *økende andel pasienter med et sammensatt sykdomsbilde*. Kortere liggetid og liten ledig kapasitet i sykehuset kombinert med en økt spesialisering av intern organisering og behandling representerer en viktig utfordring for sykehusene. Det uttrykkes bekymring fra helsepersonell i kommunene, og til dels i sykehus, omkring sykehusenes håndtering av pasienter med et sammensatt sykdomsbilde.

Økte effektivitetskrav i sykehusene fører til en langt strengere vurdering av hva som er sykehusets og hva som er kommunens ansvar. Langtidsliggende pleiepasienter, som det var

mange av i norske sykehus for en del år siden, er nå overflyttet til kommunale tilbud. Begrepet ferdigbehandlet er byttet ut med utskrivingsklar for å markere at sykehusets ansvar slutter når kompetansen til helsepersonell i kommunene er tilstrekkelig for videre oppfølging. Det vil alltid være en glidende overgang med hensyn til hvor ferdigbehandla pasienten bør være for å defineres som utskrivingsklar.

Helsepersonell i kommunene uttrykker bekymring over *hvilke konsekvenser økte effektivitetskrav har på pleiekvaliteten* i sykehusene, spesielt med tanke på eldre pasienter. Det vises til indikasjoner på manglende aktivisering og mangelfull pleie. En aggressiv utskrivingspraksis gir også større fare for at pasienter skrives ut uten å være tilstrekkelig stabilisert. Dette øker faren for reinnleggelser.

Utskriving fra sykehus

Den viktigste grunnen til forekomst av utskrivingsklare pasienter i sykehusene angis å være mangel på sykehjemsplasser i kommunene. For sykehusene skaper uvisshet om utskrivings-tidspunkt problemer i planlegging av driften, for eksempel i forhold til operasjonsprogram.

Samarbeidsavtaler om utskrivingsklare pasienter bidrar til bedre forutsigbarhet for sykehus og kommuner. En viktig utfordring er å få gjort innholdet i avtalene godt nok kjent og praktisert ute i de operative enhetene.

Kommunenes planlegging av inntak er ikke tilpasset sykehusenes planlegging av utskrivning. Sykehusene melder gjerne om mulig hjelpebehov svært tidlig for å redusere ventetid på kommunalt tilbud. Kommunene på sin side tildeler tjenester etter en nøye vurdering av tjenestebehov og dette kan ofte ikke fastslås før behandling er ferdig. Enkelte sykehusansatte påpeker at inntaksmøte kun en gang i uka er for lite for å få en hensiktsmessig sirkulasjon av pasienter i sykehuset.

Informasjonsoverføringen ved inn- og utskrivning er en utfordring. Informanter angir at det brukes mye tid på kvalitetssikring av medisiner. Til tross for en positiv utvikling generelt sett får fastlegene endelig epikrise for sent.

Nye oppgaver i kommunene

Kommunehelsetjenesten har med tiden fått et økende ansvar for innbyggernes behov for helsetjenester, pleie- og omsorg. Både pleie- og omsorgstjenestene og allmennpraktikerne har utvidet sitt oppgavefelt.

Kommunene tar en større del av ansvaret for pleie- og omsorgsbehovet til skrøpelige eldre med redusert funksjonsnivå og dårlig helse. I dag tar kommunene selv ansvar for pleiepasienter som tidligere ble liggende som langtidspasienter i sykehusene.

På samme måte som for sykehusene bidrar *endringer i sammensetningen av den eldre befolkningen i seg selv til nye oppgaver for kommunenes pleie- og omsorgstjeneste.* Flere med høy alder følges av et høyere antall personer med sammensatt sykdomsbilde, herunder flere med demens.

Kortere liggetid i sykehusene oppleves ofte som en oppgaveforskyving av helsepersonell i kommunene. Pasientene er "sykere" når de skrives ut og behovet for observasjon og tett oppfølging øker. Dette får støtte av mange av informantene i sykehusene, men den generelle effekten av at det er blitt mange eldre med høy alder understrekes.

Kommunenes kompetanse til å håndtere pasienter som behandles ved hjelp av medisinsk-teknisk utstyr øker (herunder intravenøs antibiotikabehandling, intravenøs væskebehandling, intravenøs ernæring, smertepumper, respirator). Sykehusene etterspør større kapasitet i kommunene til å ta imot slike pasienter.

Kommunene har i tillegg mer ansvar for personer med *fysisk eller psykisk funksjonshemming, psykiske lidelser, rusavhengighet, kreftpasienter og døende pasienter.*

Nye faglige oppgaver oppfattes som positivt av helsepersonell så lenge det kombineres med tilstrekkelig personell og kompetent personell. Det er en fare for at oppgavene endres raskere enn ressurstilgangen og at det sliter hardt på nøkkelpersonell. Det er mengden av krevende oppgaver og ikke typen oppgaver i seg selv som er den største utfordringen. Unntaket er psykiatri, rusbrukere og tildels demente hvor både personell innen pleie- og omsorg og fastleger gir uttrykk for at oppgavene krever mer kompetanse og tilgang til spesialisthjelp enn hva tilfelle er i dag

Utvikling i kommunenes tjenestetilbud

Kommunene har møtt de nye utfordringene med etablering av *en sterk opprustning av hjemmesykepleien, et differensiert tilbud i sykehjem* tilgjengelig for hjemmeboende brukere og *en sterk utbygging av omsorgsboliger* som et nytt mellomnivå mellom opprinnelig hjem og sykehjem. Aldershjemmene er gradvis forsvunnet og utbyggingen av sykehjemsplasser har vært moderat.

Hjemmetjenesten består i stadig mindre grad av praktisk hjelp og i stadig større grad av pleiefaglige oppgaver. Det har spesielt vært stor økning i antall brukere som mottar bare hjemmesykepleie og ikke mottar praktisk hjelp. Et annet sentralt utviklingstrekk er en svært stor økning i antallet under 67 år som mottar hjemmetjenester. De utgjør nå 25 prosent av brukerne og genererer 50 prosent av ressursene.

En godt fungerende pleie- og omsorgstjeneste som satser tungt på hjemmebaserte tjenester er i dag avhengig av et godt samarbeidet mellom institusjonstjenesten, hjemmetjenesten og legetjenesten. Korttidsplassene i sykehjem må være tilgjengelige når det er behov for dem og legetjenesten må være tilgjengelig i forhold til hjemmebesøk og rådgiving. Samtaler med helsepersonell i seks utvalgte kommuner i Norge gir inntrykk av at det er store individuelle forskjeller mellom leger i forhold til tilgjengelighet og at korttidsplasser i sykehjem ofte ikke er tilgjengelige når hjemmetjenesten har bruk for dem. Årsaken til det siste er at plassene belegges av langtidspasienter. En blokkering av muligheten for rehabilitering og avlastning kan for det første medføre en raskere reduksjon i funksjonsnivå hos eldre i eget hjem eller omsorgsbolig. Et annet viktig moment er at mange eldre bor hjemme under forutsetning av tilsyn fra pårørende. Muligheter for avlastning og en god beredskap fra hjemmetjenester og legetjenester bidrar til at de pårørende opplever trygghet for å få hjelp når det er nødvendig. Hvis denne tryggheten trues vil etterspørselen etter sykehjemsplasser eller andre former for døgnkontinuerlig tilsyn antakelig øke.

Den raske utbyggingen av omsorgsboliger i kommunene de siste årene synes å ha gitt et etterslep på ressurser og kompetanse i hjemmetjenesten. Representanter for hjemmetjenesten i mange av kommunene i utvalget opplever de nye omsorgsboligene som en stor oppgave.

Samarbeidstiltak mellom 1. og 2.linjetjenesten

Målet om at helsetjenesten for eldre skal bestå av en helhetlig tiltakskjede avhenger av ytterligere koordinering og samhandling mellom nivåene i helsetjenesten. Behovet for samarbeid har de siste årene i tiltakende grad kommet på den helsepolitiske dagsorden. Omfang, innhold og tempo i samarbeid i det enkelte område vil ha sin bakgrunn i ulik grad av opplevde problemer i de gjeldende kommuner og sykehus, men også forhold av strukturell og kulturell karakter kan ha betydning. I de to områdene vi studerte var det forskjeller i omfanget av samarbeidstiltak. Vi kan gruppere de igangsatte samarbeidstiltak ut fra følgende formål:

- bedre samhandlingsprosesser og samhandlingsrutiner (samarbeidsavtaler, samarbeidsutvalg, praksiskonsulentordning)
- bedre kapasiteten i kommunene til å ta imot utskrivingsklare pasienter (styrket legetjeneste og sykepleietjeneste i sykehjem, bruk av korttidsplasser i sykehjem)

- bedre kompetansenivået i kommunen (gjennom blant annet hospitering i sykehus og undervisning)
- bedre oppfølging og rådgiving i forhold til enkeltpasienter/brukere (blant annet ved bruk av ambulante team)

Samarbeidet har utviklet seg i positiv retning ved at:

- Det er mye og godt samarbeid rundt kreftpasienter
- Sykehusene bidrar generelt med mer opplæring av sykepleiere i kommunene
- Samarbeidsavtalene bidrar til å avklare forventninger og regulerer prosesser rundt utskrivning, men det er en utfordring å få disse kjent nok ute i de operative enhetene på begge nivå
- Det er etablert ambulante spesialistteam innen blant annet geriatri, rehabilitering og kreftomsorg som vurderes svært positivt. Etterspørselen etter tjenester fra disse synes å være større enn kapasiteten
- Det er optimisme rundt praksiskonsulentordningen i utvalgskommunen hvor dette er etablert. Mange prosjekter er satt i verk, men det er ennå tidlig å evaluere betydningen for samarbeid. På lengre sikt
- Hospitering betraktes som positivt og folk har gode erfaringer, men slike tiltak prioriteres ikke høyt nok på grunn av ressursituasjonen. Sykehusene er svært villige til å ta imot hospitanter. Det ytres ønske om *gjensidig* hospitering for å heve kunnskapsnivået i sykehusene om situasjonen og mulighetene i 1.linjetjenesten. Dette målbæres spesielt av informanter i kommunene, men nevnes også av flere informanter ved sykehus.

Samtidig er det også forhold som gir klare utfordringer:

- Det er mer stress rundt utskrivning av pasienter - liggetiden er over tid blitt kortere og det krever enda mer fokus på korrekt informasjonsoverføring og samarbeidskompetanse. Uttrykkes av både kommuner og sykehus. Konflikter i utskrivningssituasjoner oppstår som regel når det topper seg på begge nivå samtidig
- Det er generelt mer fokus på samarbeid, men rammebetingelsene for samarbeid er under press. Tid og ressurser oppgis som de viktigste hinder. Mange av samarbeidstiltakene synes i langt større grad å involvere sykepleiere enn leger.
- Faglige møter er positivt, men det blir for lite tid. Det ble rapportert om færre faglige møter mellom sykehuslegene og fastlegene etter sykehusreformen. Mest uttrykt i det ene området i utvalget.

Psykisk helsevern og rusomsorg en stor utfordring

Kommunene opplever arbeid med personer med psykiske lidelser og rusbrukere som en av de viktigste utfordringene framover. Informantene beskriver situasjonen slik:

- Ansvarsforholdene oppleves som uklare og kompetansen i kommunene er for liten
- Dårlig kapasitet på akutt plasser i spesialisthelsetjenesten setter ofte fastleger og pleie- og omsorgstjenesten i en vanskelig situasjon
- Det er for høy terskel for innleggelse og for lav terskel for utskrivning
- For liten kapasitet på behandlingstilbud til ruspasienter i spesialisthelsetjenesten presser oppgaver over på kommunen
- Det administrative og faglige samarbeidet er ofte langt mindre utviklet enn i somatikken

1 Innledning

Helsetjenesten i kommunene skal være helsetjenestens fundament som de andre deler av helsetjenesten springer ut fra og støtter seg på. Den skal ta seg av befolkningens generelle og alminnelige helseproblemer – alt som ikke krever spesialisert medisinsk behandling. Det er allmennlegen som skal sørge for at den som trenger det får behandling på spesialisert nivå. Etter at pasienten er ferdigbehandlet i den spesialiserte helsetjenesten er det kommunen som skal ta imot pasienten og gi eventuell medisinsk oppfølging, pleie, omsorg og rehabilitering. Beskrivelsen gir et bilde av helsetjenesten som en tiltakskjede, der kommunehelsetjenesten og de spesialiserte helsetjenestene står i et samvirke med hverandre. Der kommunehelsetjenesten sitt ansvar slutter tar spesialisthelsetjenesten over og vice versa. Skjæringspunktene mellom første- og annenlinjetjenesten er imidlertid hele tiden i bevegelse. En antakelse om endringer mellom nivåene danner utgangspunktet for dette prosjektet.

Problemstillinger

I denne rapporten vil vi *belyse problemstillinger relatert til oppgavefordeling og samspill mellom 1. og 2.linjetjenesten*. Hovedvekten legges på somatisk sektor. Hovedspørsmål er:

- *Hva er de viktigste utviklingstrekk innenfor i kommunehelsetjenesten og sykehussektoren de siste 10 år?*
- *Har det skjedd en forskyving av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten? Vi tilnærmer oss denne problemstillingen ved å ta utgangspunkt i de ulike deler av pasientforløpet. Vi er spesielt opptatt av hvordan sykehusenes utskrivingspraksis påvirker oppgaveutviklingen i pleie- og omsorgssektoren.*
- *Hvordan har samspillet mellom og innen nivåene utviklet seg i form av samarbeidsprosesser og samarbeidstiltak? Også i denne sammenheng er vi spesielt opptatt av prosesser rundt utskriving av pasienter fra somatiske sykehus. Når det gjelder samspillet mellom nivåene ser vi på to dimensjoner; samspillet mellom sykehus og den kommunale pleie- og omsorgstjenesten er det mest sentrale, men også endringer i oppgavefordeling mellom fastlegen og sykehuset berøres.*

1.1 En enkel analysemodell

Vår analyse tar utgangspunkt i en enkel modell av et pasientforløp. Det kan si oss noe om hvilke elementer i det totale behandlingsforløpet som endrer seg, og gi et utgangspunkt for å drøfte endringer i samspillet mellom sykehus og kommunale helse- og omsorgstjenester i forbindelse med utskrivninger fra sykehus. Modellen tar utgangspunkt i et pasientforløps ulike manifestasjoner i form av kontakter med helsetjenesten. I modellen fremstiller et sykdomsforløp som en rettlinjert prosess med en definert begynnelse og slutt, og med klare faser underveis. I praksis vil det være komplisert å avgjøre både hvor prosessen begynner og slutter, og hvordan de ulike fasene skal avgrenses i forhold til hverandre. Modellen gir oss imidlertid en enkel teoretisk ramme for å drøfte endringer i oppgavedelingen mellom nivåene.

Utredning/diagnose	Medisinsk behandling	Pleie/omsorg	Medisinsk oppfølging	Rehabilitering
--------------------	----------------------	--------------	----------------------	----------------

Figur 1.1 Fasene i et pasientforløp.

Forut for en sykehusbehandling kan det ofte ligge en omfattende utredningsprosess, som omfatter både fastleger og spesialister i og utenfor poliklinikkene. Ny teknologi og nye diagnostiske prosedyrer har på mange måter endret samhandlingen mellom fastlegene og spesialisthelsetjenesten også i diagnosefasen. Et spektakulært eksempel på dette er utviklingen innen telemedisin, som gjør det mulig å gjennomføre avanserte undersøkelser utenfor sykehusets vegger. I de siste ti årene har det generelt vært arbeidet mye med å forenkle og forbedre samspillet mellom fastlege og sykehus i forbindelse med henvisninger, blant annet gjennom spesifikasjoner med hensyn til utredningsbehov og informasjonsinnhenting i førstelinjen (Førre, S mfl, 1999). Det har nok økt kravene til allmennpraktikerne. I vår sammenheng er imidlertid dette ikke et sentralt perspektiv.

Med behandling tenker vi på alle terapeutiske tiltak eller prosedyrer som gjøres på pasienten. Romøren (2003) fant i en undersøkelse få indikasjoner på overføringer av regulære behandlingstiltak fra sykehusene til førstelinjen. Det som skjer i behandlingsfasen er imidlertid avgjørende for krav til innsats i senere faser. Større inngrep kan stille store krav til medisinsk oppfølging, pleie og rehabilitering. Ny teknologi og nye behandlingsformer som forenkler behandlingen og reduserer behovet for tradisjonelle kirurgiske inngrep kan redusere behovet til slik oppfølging vesentlig. På den annen side kan nye behandlingsformer føre til at visse pasientgrupper øker i omfang, og pga volumøkning representere en ekspansjonsfaktor for bl.a. pleie- og omsorgssektoren. En undersøkelse Paulsen, Kalseth og Karstensen gjorde av utviklingen i eldres sykehusbruk på 90-tallet viser at den sterkeste økningen gjaldt pasienter klassifisert innenfor medisinske DRG-er, innlagt som øyeblikkelig hjelp. De fant også at ulike diagnoser har svært ulik veksttakt i perioden. Blant pasienter 80 år og eldre økte f eks sykdommer i sirkulasjonsorganer som innleggesårsak med 20,3 % i femårsperioden 1992-1996 (Paulsen m fl, 1999). Noe av dette skyldes antakelig en tendens til at visse behandlingsforløp nå gjennomføres ved flere, kortere sykehusopphold enn tidligere. Men samtidig er det rimelig å anta at tallene avspeiler en faktisk økning i volumet på behandlingstilbudet til disse gruppene. Det er dermed også rimelig å anta at dette kan utløse også nye behov for medisinsk og pleiemessig oppfølging utenfor sykehuset.

Etter avsluttet behandling har mange av pasientene behov for pleie og omsorg. Den generelle liggetidsreduksjonen i sykehusene innebærer at institusjonene gjennomgående skriver pasientene raskere ut, samtidig som de tradisjonelle "langtidsliggerne" forsvinner fra sykehusene. Særlig for en del av de gamle pasientene kan det bety at det må etableres et pleiemessig tilbud utenfor sykehuset etter utskrivning. En del av dette tas hånd om av ektefeller/pårørende. Men det er rimelig å anta at raskere utskrivning, og i mange tilfeller svakere pasienter ved utskrivning, øker kravene til de kommunale omsorgstjenestene.

For mange pasientgrupper er det behov for medisinsk oppfølging etter at selve behandlingen er avsluttet. Det kan skje i sykehusets poliklinikk, hos en privatpraktiserende spesialist, hos fastlegen, eller hos en sykehjemslege dersom pasienten bor i en kommunal institusjon. For mange av de medisinske fagområdene har det lenge gått diskusjoner om hvor ulike former for medisinsk oppfølging mest hensiktsmessig kan gjøres - i poliklinikkene eller hos primærlegene.

Det kan tenkes at ny teknologi, nye prosedyrer for prøvetaking og kontroll, og bedre kommunikasjon mellom allmennleger og spesialister i sykehus har gjort det mulig og naturlig å flytte oppfølgingsprosedyrer ut av poliklinikkene. Det kan ha ført til større ansvar for medisinsk oppfølging etter utskrivning fra sykehus både hos fastlegene generelt og for sykehjemslegende.

Økende vektlegging på rehabilitering etter sykdomsepisoder og skader kan bidra til at flere eldre bevarer viktige funksjoner. I mange kommuner har det skjedd en betydelig opprusting av rehabiliteringstjenestene, og aktivt samspill mellom sykehusene og kommunale rehabiliteringstjenester er i mange tilfeller en forutsetning for et godt resultat for pasienten.

Diskusjonen over tyder på at endringer i spillet mellom sykehus og kommunale helse- og omsorgstjenester siste ti år kan henge sammen med:

- Endringer i behandlingsformer og pasientsammensetning i sykehusene
- Endringer i utskrivingspraksis i sykehusene
- Endringer når det gjelder medisinsk oppfølging etter utskriving.
- Endringer mht rehabiliteringstilbud
- Endringer mht kapasitet, sammensetning og organisering av kommunale helse-, pleie- og omsorgstilbud.

1.2 Metode

Drøftingen er basert på tre hovedelementer:

- Kartlegging og analyse av hovedtrekk i utviklingen i spesialisthelsetjenesten siste 10 år.
- Kartlegging og analyse av hovedtrekk i utviklingen i kommunale helse- og omsorgstjenester siste 10 år.
- Seks case-studies: Dypere analyse av nå-situasjonen og utviklingen de siste årene i seks ulike kommuner. Analysen er basert på intervju med sentrale nøkkelpersoner, både i kommunene og i de sykehus som betjener befolkningen i de aktuelle kommunene. Det gir en kartlegging av problemstillinger, utviklings- og samarbeidstiltak mellom sykehus og kommuner i forbindelse med utskrivinger av (eldre) pasienter fra sykehus.

Om intervjustudien

Intervjuene ble gjennomført i mai 2004. Det var til sammen 37 intervju som involverte 41 personer i 6 kommuner og 3 sykehus. Intervjuene er fordelt på to fylker; to sykehus og fire kommuner i fylke 1(område I) og to kommuner og ett sykehus i fylke 2 (område II). Intervjuene hadde en varighet på mellom 60 og 90 minutter. To intervju ble gjennomført som telefonintervju.

I vurderingen rundt utvalg var erfaring (fartstid) fra helsetjenesten og posisjon i systemet viktige kriterier. Skulle vi fange opp tidsdimensjonen var det viktig at de som ble intervjuet hadde arbeidet en del år i tjenesten. I tillegg ønsket vi informanter som hadde en viss oversikt over det som skjer i kommunene og i sykehusene. Den enkelte kommune ble forespurt om selv å velge ut intervjupersoner. Respondentene fra kommunene (30 stk) består i hovedsak av soneledere og avdelingsledere fra pleie- og omsorgssektoren, fastleger i hovedsak fastleger med kombinert kommunelegetilling. Fra sykehusene (11 stk) har vi intervjuet avdelingsledere og/eller fagansvarlig sykepleier/sykepleier med koordineringsansvar mot kommunene.

Noen av intervjuene (4 stk) ble foretatt med to informanter samtidig. Ulempen ved dette kan være at forholdet mellom dem påvirker intervjusituasjonen. De kan for eksempel inneha ulike posisjoner i systemet, for eksempel at den ene er overordnet den andre. Det er imidlertid også mulig at slike gruppeintervju kan ha fordeler, som at respondentene i større grad enn ellers reflekterer over f eks situasjonen i egen hverdag på grunn av innspill fra andre.

Hovedvekten i prosjektet ligger på endringer innen somatisk helsetjeneste. Det er derfor ikke foretatt intervju med personell med spesielt ansvar for pasienter innen psykisk helsevern,

verken i kommunene eller i spesialisthelsetjenesten. Dette "kompenseres" det for ved at fastlegene ble spurt om deres koordinerende ansvar for psykiatriske pasienter. Videre har respondentene fra pleie- og omsorgssektoren brukere med psykiske lidelser. Kommunenes utfordringer i forhold til personer med psykiske lidelser berøres dermed i intervjuene. I tillegg er de fleste fastlegene i utvalget også engasjert i kommunelegestillinger og derav er noen involvert i det forvaltningsmessige arbeidet tilknyttet kommunens tilbud innen psykisk helsevern.

Intervjuene ble gjennomført som åpne intervju. Samtalen ble styrt av en tematisk oppbygd intervjuguide. Guiden var i sin oppbygning av hovedtema lik for alle respondentene, men innretningen i hvert enkelt intervju måtte tilpasses den enkeltes rolle i behandlingsskjeden.

Ulempen ved en kvalitativ tilnærming er relatert til resultatenes generaliserbarhet på grunn av få respondenter og det subjektive "filter" som forskeren har med seg i fortolkningen av data. Fordelen med en kvalitativ tilnærming er at man lettere kan få fram sammenhenger og forstå prosesser ved muligheten til å forfølge og utdype ulike tema.

Undersøkelsen har ikke som mål å gi en representativ framstilling av kommunenes og sykehusenes oppfatninger om utvikling og status i forhold til oppgavefordeling og samarbeid. Det krever et større utvalg i hver kommune og i sykehusene. Formålet er å beskrive noen generelle utviklingstrekk og identifisere "svake ledd" i oppgavefordeling og samhandling mellom og innenfor forvaltningsnivåene for de kommunene som inngår i utvalget.

1.3 Organisering av rapporten

Rapporten starter i kapittel 2 med en framstilling av utviklingen i kommunehelsetjenesten de siste tiårene. Det legges mest vekt på hvordan innholdet og organiseringen av pleie- og omsorgstjenestene har utviklet seg. I tillegg drøfter vi drivkrefter og prosesser i utformingen av disse. I kapittel 3 følger en gjennomgang av utviklingen i spesialisthelsetjenesten med vekt på helsepolitiske problemstillinger, strukturelle endringer og faktiske endringer i sykehusenes aktivitet og kapasitet. I kapittel 4 og 5 beskrives utvikling i oppgaver og samspill mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjenesten i de to utvalgte områdene. Til slutt vil oppgaveutvikling og samarbeid mellom nivåene oppsummeres og diskuteres med utgangspunkt i resultatene fra de foregående kapitler.

DEL I:

Hovedtrekk i den nasjonale utviklingen av
kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten

2 Utvikling i kommunehelsetjenesten

2.1 Innledning

I svært spisset form er spørsmålet som ligger til grunn for foreliggende prosjekt følgende: I hvilken grad overføres (stadig) nye oppgaver og funksjoner fra spesialisthelsetjenestene til primærkommunenes helsetjenester?

Til grunn for dette spørsmålet ligger en antakelse om at spesialisttjenestenes og kommunehelsetjenestenes funksjoner er så vidt statiske at vi kan identifisere hvilke enkeltfunksjoner som overføres. Spørsmålet hviler på en antakelse om at kommunehelsetjenestenes ansvar, oppgaver og funksjoner til dels blir større fordi spesialisttjenestene slutter å utføre disse funksjonene som blir overført.

Vi skal vise at kommunehelsetjenesten har fått nye oppgaver. I kapitlet vil vi også søke å vise at endringene som har skjedd er av en så omfattende, dyptgripende og dynamisk karakter at spørsmålet om kommunehelsetjenestene vokser fordi det overføres nye oppgaver, dels kan anses som for enkelt stilt. Vi skal søke å vise at de nye og utvidete oppgaver og funksjoner som er lagt til kommunehelsetjenesten til dels kan forstås som en konsekvens av kommunehelsetjenestens egen vekst og utvikling. Med visse unntak er vår konklusjon på spørsmålet om kommunene har fått overført nye oppgaver fra spesialisthelsetjenesten at svaret er avhengig av spørsmålsstillers perspektiv.

Endringene skal vi forsøke å beskrive gjennom følgende:

- utvikling av ressursbruk og dekningsgrader
- utvikling av differensierte tilbud
- utvikling av verdier og ideologi
- og å vise at det langt på vei er kommunene selv som representerer en avgjørende motor i utviklingen.

Det er svært store kommunale forskjeller i ressursbruk, utbygging av ulike deltjenester osv. Når vi nedenfor skal beskrive utviklingen, er fokus den nasjonale utviklingen på makro-nivå. Unntak og særtrekk i enkelt-kommuner ses det i denne sammenhengen bort fra.

Kommunehelsetjenesten består av langt mer enn omsorgstjenester. Vårt hovedfokus er omsorgstjenestene. Dette innsnevret perspektivet kan forsvares fordi pleie og omsorgstjenestene

- representerer det største oppgavepresset i kommunenes helsetjenester
- er uten sammenligning den største enkeltfunksjonen i helsetjenester målt i budsjetter og personell
- og fordi det særlig er innen omsorgsfeltet hvor det er mest aktuelt å stille spørsmålet om kommunene har fått overført nye oppgaver fra spesialisthelsetjenestene.

2.2 Utvikling av pleie og omsorgstjenestenes kapasitet, ressursbruk og dekningsgrader

Pleie og omsorgstjenestene er en ung kommunal sektor. Som offentlige tjenester er de i hovedsak utviklet i løpet av de siste 30-40 årene. Lov om kommunehelsetjenester ble vedtatt på midten av 1980-tallet. Vi setter 1988 som et veiskille. Det var dette året kommunene fikk et helhetlig ansvar for pleie og omsorgstjenestene ved at ansvaret for sykehjemmene ble overført fra fylkeskommunen til primærkommunene. Vi skal senere vise at det faktum at kommunene fikk et helhetlig ansvar for (så godt som) alle deltjenester innen pleie og omsorg, i seg selv representerte en sterk dynamisk utviklingskraft.

2.2.1 Aldershjemmene forsvinner

I 1988 var det ca 17.000 aldershjems plasser i Norge. I dag er aldershjemmene i hovedsak avviklet. Isolert sett betyr avvikling av aldershjemmene at institusjonskapasiteten er tilsvarende redusert. (Brevik, 2003)¹

2.2.2 Moderat nybygg av sykehjem – kraftig bygningsmessig opprustning

I 1988 hadde Norge ca 30.000 sykehjems plasser. Fram til Statens handlingsplan for pleie og omsorgstjenester (heretter forkortet til SHP) startet i 1998, økte antall sykehjems plasser med ca 300 pr år. SHP resulterte i en svak økning av nye sykehjems plasser – ca 600 nye sykehjems plasser pr. år under SHP-perioden.

Den svake nybyggingen av sykehjems plasser har ikke holdt tritt med befolkningsveksten. Dekningsgraden – antall plasser til disposisjon for aktuell målgruppe – er merkbart redusert. Ved slutten av 1980-tallet var samlet dekningsgrad av alders- og sykehjem knapt 30 plasser pr. 100 eldre 80 år +. I dag er dekningsgraden knapt 20 plasser pr. eldre 80 år og over.

Selv om økningen i antall sykehjems plasser har vært svak, har det likevel vært en formidabel bygningsmessig opprustning av sykehjemmene. Og det er særlig satsingen i forbindelse med SHP som har resultert i oppgradering av sykehjemmene. Da SHP startet i 1998 var 85 prosent av sykehjems plassene ferdigstilt før 1986. Ved SHP periodens utløp i 2005 vil om lag halvparten av sykehjems plassene i Norge enten være nybygde (i perioden) eller modernisert og utbedret. I dag er vel 90 prosent av sykehjems plassene enerom. Det fåtall to-sengsrom som fremdeles er i bruk, benyttes i hovedsak til ulike korttidsopphold.

2.2.3 En kraftig økning av omsorgsboliger både absolutt og relativt

Byggingen av omsorgsboliger skjøt særlig fart fra 1994 da Husbanken ga lån (og bostøtte) samt satte kvalitetskrav til utformingen av boligene. Byggingen av omsorgsboliger økte ytterligere da SHP startet i 1998. I 2005 vil det være ca 26.000 omsorgsboliger, der alle boligene er bygd etter 1994, majoriteten i SHP-perioden. Dekningsgraden av omsorgsboliger er firedoblet i SHP perioden.

Økningen i antall omsorgsboliger er større enn befolkningstilveksten i eldre aldergrupper. Dersom en regner både sykehjem (institusjoner) og omsorgsboliger inn i dagens dekningsgrad, har dekningsgraden mer enn holdt tritt med befolkningsøkningen. I 2005 vil antall omsorgsboliger og sykehjems plasser samlet tilsvare 33 "boliger" pr. 100 80 år +. Da SHP startet i 1998, var den samlede dekningsgraden vel 26 "boliger" på 100 80 år +.

¹ Den kvantitative utvikling som beskrives i kap 2, er i hovedsak hentet fra Ivar Brevik: Kommunenes pleie og omsorgstjenester. Utvikling, status og utfordringer, Rapport 2003, nr. 17. NIBR. Rapporten gir etter mitt skjønn en meget systematisk og veldokumentert beskrivelse av utviklingen.

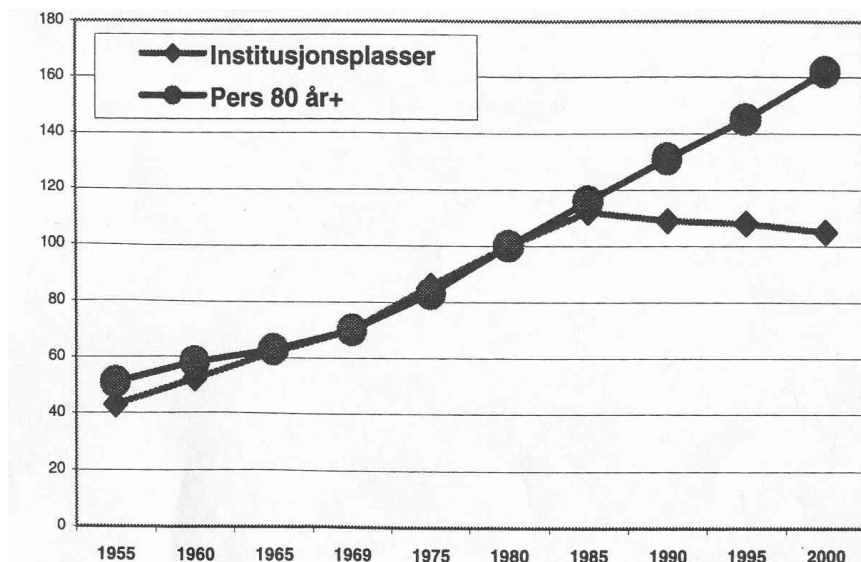
Ikke alle som bor i omsorgsboliger har pleie og omsorgsbehov tilsvarende sykehjemsnivå. To ulike undersøkelser (Brevik 2003, Romøren 2003) har anslått at om lag 1/3 av de som bor i omsorgsboliger har et tilnærmet like omfattende hjelpebehov som de som bor ved sykehjem. Legger vi denne fordelingen til grunn vil antall "sykehjemsbrukere" som bor i omsorgsboliger pluss antall sykehjemsbrukere i sykehjem utgjøre en dekningsgrad på ca 24 pr. 100 80 +.

Alt fra 1970 tallet bygde kommunene trygdeboliger (også benevnt som alderspensjonat, serviceboliger, eldresenter osv.). Da Husbanken tok til å finansiere omsorgsboliger i 1994, hadde kommunene ca 30.000 "boliger til pleie og omsorgsformål for eldre og funksjonshemmede". Antallet boliger av denne typen er noe redusert fram til i dag (sanering, andre boligformål), men representerer fremdeles et betydelig tilbud i enkelte kommuner.

2.2.4 En kraftig vekst i hjemmetjenestene

På 80-tallet fungerte omsorgstjenestene etter følgende hovedprinsipp: enten bodde den hjelpetrengende hjemme og fikk litt hjelp (2-4 timer pr. uke pluss et sporadisk besøk av hjemmesykepleien) eller så bodde den hjelpetrengende på institusjon (alders- eller sykehjem) og fikk et døgkontinuerlig omsorgstilbud. Undersøkelser fra 80 tallet viser at volumet på hjelp fra hjemmetjenestene var uavhengig av den hjelpetrengendes behov for hjelp – uansett hjelpebehov fikk brukerne litt hjelp fra hjemmetjenestene (Nygård 1986). Samtidig var hjemmetjenester langt på vei ensbetydende med hjemmehjelp. Hjemmesykepleien var svakt utbygd.

Da kommunene fikk ansvar for sykehjemmene i 1988, skjedde en "umiddelbar" endring så langt gjelder institusjonene. Fram til 1988 tilsvarte økningen i antall institusjonsplasser økningen i antall eldre. Fra og med 1988 reduseres dekningsgraden av institusjonsplasser – nybygging av sykehjem holder ikke tritt med befolkningsveksten (se figur 1).



Figur 2.1 Relativ utvikling i antall eldre 80+ og antall plasser i institusjon (sum syke- og aldersheim). Antall 1980=100. Andeler i prosent 1955 til 2000. Utvalgte år. Kilde Brevik 2003.

Samtidig finner det sted en kraftig økning av antall kommunale boliger, og en kraftig vekst i hjemmetjenestene. Veksten i hjemmetjenestene viser seg ved at

- det skjer en differensiering ved at nye deltjenester vokser fram (se senere)
- det er særlig hjemmesykepleien som vokser både i dekningsgrad (antall personer i ulike aldersgrupper som får hjemmetjenester) og i intensitet (hjelpevolumet som tildeles den enkelte)
- en kraftig vekst både i kostnader og årsverk
- og særlig sterk har økningen vært i SHP perioden (1998-2005)

Intensitet: I perioden fra 1992 – 2001 økte årsverksinnsatsen pr. bruker i hjemmetjenestene med 57 prosent. I perioden 1998 – 2001 økte hjemmetjenestene med ca 10.000 årsverk. Vel 1/3 av disse årsverkene kan tilbakeføres til at hver bruker fikk mer hjelp. I 1998 fikk hver bruker i hjemmetjenestene i gjennomsnitt tildelt 0,12 årsverk. I 2001 tildeles hver bruker i hjemmetjenestene 0,3 årsverk.

Økningen kommer i hjemmesykepleien: Antall personer som bare får hjemmehjelp er redusert. Det kan antas at antall årsverk som benyttes til personer som bare får hjemmehjelp er redusert med ca 2.000 årsverk. Den øvrige netto-veksten skjer i det som grovt kalles hjemmesykepleien.² I løpet av SHP perioden er hjemmesykepleien målt i årsverk så godt som fordoblet (da er de som mottar både hjemmehjelp og hjemmesykepleie ansett som brukere av hjemmesykepleie).

Økningen skjer særlig i omsorgsboliger: 6 av 10 årsverk i hjemmetjenestene skjer i dag i omsorgsboliger. Også de som bor i sine opprinnelige hjem har økt intensitet, men det er særlig brukere som bor i omsorgsboliger som mottar økt hjelpevolum pr. bruker. Samtidig er hjemmetjenester i stor grad ensbetydende med tjenester gitt i omsorgsboliger.

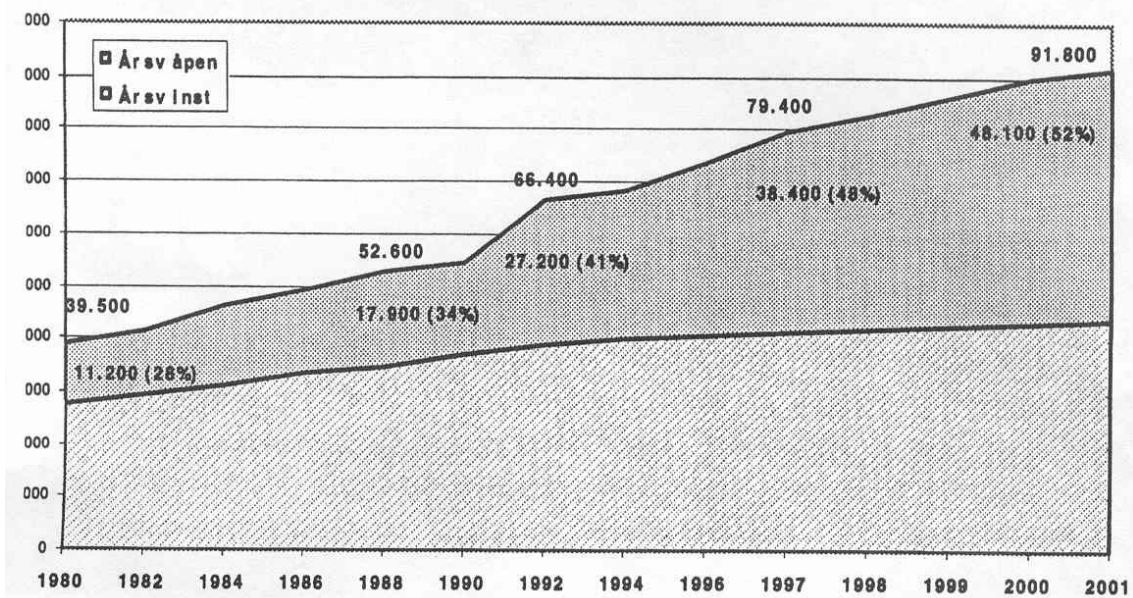
Økte dekningsgrader – og særlig blant yngre. Hver 5. bruker av hjemmetjenester er under 67 år. Blant de som bare mottar hjemmesykepleie er hver 3. bruker under 67 år. Antall yngre brukere (under 67 år) har økt på hele 90-tallet, og særlig i SHP perioden. Fra 1998 til 2001 økte antall brukere under 67 år med vel ¼. Av alle de ca 160.000 personer som mottar hjemmetjenester, utgjør brukere under 67 år 25 prosent. Denne fjerdedelen brukere mottar samtidig om lag halvparten av det samlede volum av hjemmetjenester. Et særlig trekk ved utviklingen av hjemmetjenestene er den sterke økningen av antall brukere under 67 år, og den sterke økningen i intensiteten.³

2.2.5 Samlet vekst i driftskostnader og årsverk – både sykehjem og hjemmetjenester

I figur 2 vises utviklingen i antall årsverk i institusjoner og i hjemmetjenestene. Det er nå nærmere 100.000 årsverk innen pleie og omsorgstjenestene. Årsverksinnsatsen er nå større i hjemmetjenestene (52 prosent) enn i sykehjemmene.

² Begrepet hjemmesykepleie omfatter mer enn bare medisinsk sykepleie. Her omfatter det brukere som har både hjemmehjelp og hjemmesykepleie, støttekontakter, trygghetsalarm, osv.

³ Hver bruker under 67 år som bor i omsorgsboliger mottar tjenester tilsvarende 1,3 årsverk. For sykehjemmene er det vanskelig å etablere sammenlignbare tall, men det kan antas at en gjennomsnittlig pleiefaktor i sykehjemmene er 0,8 årsverk i direkte pleie pr. beboer.



Figur 2.2 Antall årsverk i institusjon og hjemmetjenestene. Hjemmetjenestene i prosent av alle årsverk i parentes. Kilde Brevik 2003.

Vi ser videre at selv om antall institusjoner samlet er redusert (aldershjemmene er forsvunnet), har institusjonene likevel hatt en svak økning i antall årsverk. I SHP perioden økte antall årsverk i sykehjemmene med ca 5.000. Om lag 60 prosent av denne veksten kan tilskrives om lag 1.800 flere skjermede plasser for mentalt reduserte (Toresen 2003).

Av figur 2.1 ser vi videre at det har vært en jevn vekst i antall årsverk i pleie og omsorgssektoren. Det var en kraftig vekst i antall årsverk i forbindelse med at omsorgen for psykisk utviklingshemmede ble overført til kommunene på begynnelsen av 90-tallet. Det er likevel den jevne veksten som er det karakteristiske for perioden.

I perioden 1989 – 1992 økte driftskostnadene samlet årlig med 1,25 milliarder målt i faste kostnader. I 5 års perioden 1993 – 1997 økte driftskostnadene med i gjennomsnitt 1,4 milliarder pr. år. Regnskapstall viser at kommunene har vist stor vilje til å prioritere sektoren ut over statlige øremerkede midler. I SHP perioden har sektorens driftskostnader årlig økt med i gjennomsnitt 1,75 milliarder kroner.

Om lag 210.000 personer mottar i dag pleie og omsorgstjenester i sykehjem, omsorgsboliger eller andre boliger. Til dette nyttes 94.000 årsverk og om lag 45 milliarder til drift. Målt i årsverk er kommunenes pleie og omsorgssektor større enn spesialisttjenestene (se kap.1).

2.2.6 Oppsummering

På 90-tallet og fram til i dag kan en si at pleie og omsorgstjenestene er karakterisert ved

- en avinstitusjonalisering og boliggingjøring av tjenestene. Antall omsorgsboliger er økt kraftig. Samtidig er sykehjemmene boliggingjørt gjennom moderniseringer og nybygg.
- det har skjedd en substituering av tjenester i den forstand at tjenester som tidligere ble ytt i sykehjem nå også blir gitt som hjemmetjenester. Dette er gjort mulig ved en kraftig vekst i antall årsverk og driftsmidler i hjemmetjenestene.
- hjemmetjenester er i dag i stor grad ensbetydende med hjemmetjenester i omsorgsboliger (6 av 10 årsverk i hjemmetjenestene gis i omsorgsboliger)

- dekningsgraden for eldre brukere av hjemmetjenester har økt noe. Imidlertid er et særlig karakteristikum ved hjemmetjenestene at antall yngre brukere (under 67 år) har økt sterkt. Samtidig er intensiteten økt betydelig for alle brukere av hjemmetjenestene. Yngre brukere i omsorgsboliger mottar i dag tjenester tilsvarende 1,3 årsverk pr. bruker.
- samlet dekningsgrad i boenheter (sykehjem og omsorgsboliger) pr. 100 eldre 80 år + er i dag svakt større enn dekningsgraden for syke- og aldershjem var ved midten av 80-tallet. På midten av 80 tallet fungerte imidlertid pleie og omsorgstjenestene etter et enten-eller prinsipp: enten bodde du hjemme og fikk litt hjelp uavhengig av hjelpebehov eller så bodde du på alders- eller sykehjem og fikk døgnkontinuerlige tjenester (Nygård, 1986). I dag får brukerne i stor grad tilpasset hjelp ut fra hjelpebehovene uavhengig av hvor brukeren bor.

2.3 Endringer ut fra økonomi og ideologi

Statistisk kan en se en "øyeblikkelig" endring i omsorgstjenestene da kommunene i 1988 fikk det helhetlige ansvaret for omsorgstjenestene: Før 1988 var dekningsgraden av alders- og sykehjem konstant – det vil si at en bygde nye institusjoner i takt med befolkningsveksten. Etter 1988 ble dekningsgraden redusert. Avinstitusjonaliseringen begynte når kommunene fikk helhetsansvaret.

I det arbeidet som lå til grunn for at sykehjemmene ble overført til kommunene (Ot prp nr. 48, 1985-86) ble det vist til manglende sammenheng mellom omsorgstjenestenes ulike deltjenester. Det var ingen sammenheng og heller ikke noe samarbeid mellom sykehjemmene og hjemmetjenestene. Kom en først inn på institusjon, ble en boende på institusjon resten av livet, uavhengig av hjelpebehov. Det var behov for å se hjemmetjenestene og institusjonstjenestene i sammenheng. Målet var å etablere en omsorgskjede der den enkelte bruker skulle få tilpasset hjelp også i en hjemmesituasjon. Det ble også vist til at mennesker med store hjelpe- og omsorgsbehov hadde sosiale behov og et boligbehov. Det ble understreket at sykehjemmene måtte søke å skape en så hjemlig atmosfære som mulig. Begrepet "bolig med heldøgns pleie og omsorg" ble introdusert. Begrepet ble benyttet både for å understreke bo-aspektet ved sykehjem og for å vise at heldøgns omsorg også kan gis i "ordinære" boliger.⁴

Det lå både økonomiske eller kapasitetsmessige og ideologiske vurderinger til grunn for utviklingen.

2.3.1 Avinstitusjonalisering som følge av økonomi og kapasitet

Først til det økonomiske: Aldershjemmene ble ansett som en svært lite kostnadseffektiv tjeneste i forhold til de omsorgsbehov aldershjemmene kom i møte. Til grunn for innflytting i aldershjem lå ofte en kombinasjon av (mindre) hjelpebehov, dårlig bostandard ved opprinnelig bolig og/eller manglende familiært nettverk. Aldershjemmene var også ofte av en bygningsmessig dårlig standard, med vanskelig intern framkommelighet. For å kunne bo i aldershjem, måtte en ofte sette krav om at beboerne måtte være relativt selvhjulpne og kunne forflytte seg selv innendørs (i trapper). Ut over 90-tallet opplevde en at eldre som fikk tilbud om aldershjems plass heller ville bo hjemme enn å flytte inn i et sterkt begrensende fellesskapet i en institusjon med dårlig bostandard.

Aldershjemmene møtte altså relativt beskjedne omsorgsbehov med døgnkontinuerlige og kostnadskrevende institusjonsløsninger. I stedet for aldershjem, bygde kommunene boliger hvor den enkelte kunne tilbys hjemmetjenester ut fra en individuell vurdering. Hvis det var

⁴ Også begrepet "lovregulerte boliger" er benyttet om sykehjem for å understreke at det gjennom forskrifter er gitt regler om hvordan sykehjemstjenestene skal organiseres. Omsorgs- og andre boliger er ikke-lovregulerte, bl.a i den forstand at kommunene her står fritt til selv å velge hvordan tjenestene skal organiseres.

et boligbehov som lå til grunn, ga en heller tilbud om tilpassete boliger enn å gi et døgnkontinuerlig omsorgstilbud i et aldershjem med dårlig bostandard.⁵

Også før sykehjemmene ble overført, var det flere som viste til at behovet for sykehjem i stor grad var avhengig av nivået på hjemmetjenestene. Da kommunene fikk ansvar for å løse det samlede omsorgsbehovet i sin kommune, ble det erkjent at å løse mindre eller "middels" hjelpebehov med tilbud om sykehjemsplass var en kostnadskrevende løsning. Disse "middels" hjelpebehovene kan skyldes en kombinasjon av nedsatt førlighet, dårlige boforhold, engstelighet eller lite evne (vilje) til å bo selvstendig eller bortfall av hjelp fra familie (ektefelles død). Det ble erkjent at denne typen behov mer kostnadseffektivt kunne løses ved å bygge opp hjemmetjenestene – både i volum og gjennom differensierte og ulike tiltak.

Videre ble det erkjent at å kunne møte et voksende omsorgsbehov som følge av økningen i antall eldre via sykehjemstilbud, kort og godt var økonomisk urealistisk. Det ble erkjent at volumet eller antall sykehjemsplasser hadde liten betydning for (det sterke) presset på og opplevd mangel på sykehjemsplasser. I hvilken grad sykehjemmene bidrar til å løse kommunens samlede omsorgsbehov, er ikke et spørsmål om volum eller antall plasser, men et spørsmål om sykehjemsplass er ledig når hjemmetjenestene trenger å tildele en sykehjemsplass til en person som trenger det. Om plass ved sykehjem er ledig, er avhengig av hjemmetjenestenes volum og funksjon, og samarbeidet mellom sykehjem og hjemmetjenestene.

Så lenge omsorgstjenestene fungerte etter et enten eller prinsipp (litt hjelp hjemme uavhengig av hjelpebehov), vil ethvert sykehjem alltid ha fylt samtlige plasser tilnærmet uavhengig av antall plasser kommunen samlet sett har. Kommunene måtte med andre ord bygge ut hjemmetjenestene for å møte behovet for sykehjemsplasser.

2.3.2 Avinstitusjonalisering som følge av ideologi

Undersøkelser har vist at den store majoritet av eldre har et sterkt *betinget* ønske om eventuelt å flytte på sykehjem. En ønsker helst å bo i eget hjem, men aksepterer en sykehjemsplass hvis det ikke finnes andre muligheter for døgnkontinuerlig tilgang på trygghet og tilgang på personell.⁶

Vi har alt nevnt at proposisjonen som ligger til grunn for overføring av sykehjemmene til kommunene understreket viktigheten av at sykehjemmene får en så hjemlig atmosfære som mulig – den enkelte skal bo, trives og ha et selvstendig liv også på sykehjem.

Den ofte dårlige bostandarden kombinert med en institusjons umyndiggjøring gjorde at flere anså aldershjemmene som et lite tjenlig og verdig tilbud. Et tilbud om egnet bolig gir et bedre grunnlag for den enkeltes selvråderett, integritet og verdighet forutsatt trygghet gjennom tilgang på individuelt tilpasset hjelp fra hjemmetjenestene.

Gjærevoll-utvalgets innstilling – "Omsorg Trygghet Verdighet" - som kom på begynnelsen av 90-tallet (NOU 1992:1), la et viktig grunnlag for den videre boliggingjøringen av omsorgstjenestene. Gjærevoll-utvalget la til grunn at omsorgstjenestenes viktigste verdigrunnlag er å gi den enkelte hjelpetrengende en trygg og verdig livssituasjon. Den enkeltes integritet, verdighet og medbestemmelse skal ligge til grunn for omsorgstjenestene. Utvalget var sterkt kritisk til den uverdighet som kom til syne ved at en stor andel av sykehjemsbeboerne bodde på flersengsrom. Gjærevollutvalget la til grunn at enhver hjelpetrengende bør eie eller leie sin egen boenhet, fordi dette gir de beste materielle og formelle rammer for ivaretagning av den enkeltes integritet og verdighet. Tryggheten må sikres gjennom tilgang på individuelt

⁵ På begynnelsen av 90-tallet vedtok Stortinget en såkalt "eldre-milliard" etter en "opphetet" valgkamp der kommunene ble beskyldt for å ha sviktet eldreomsorgen gjennom bevilgninger. Det som kan dokumenteres er at dekningsgraden for sykehjem var synkende. Det som ikke kan dokumenteres er at kommunene ikke har prioritert omsorgstjenestene. Et av de mest slående trekk i hele perioden er kommunenes sterke prioritering av omsorgstjenestene gjennom årlige økninger av ressursbruk og årsverk – både absolutt og relativt. Valgkampen i forkant av eldremilliarden med sin sterke og ensidige fokuseringen på redusert dekningsgrad for sykehjem manglende fokus på helheten og kommunenes sterke utbygging og økning av hjemmetjeneste, bidro til at striden mellom "sykehjemstilhengere" og "boligtilhengere" ble særlig "bitter".

⁶ Og dessuten ønsker eldre ikke å være den nære familien til byrde.

tilpasset hjelp i den boenheten den hjelpetrengende eier eller leier. Hvis det er behov for døgnkontinuerlig hjelp, må slik hjelp sikres også i boligene. Gjærevollutvalget foreslo å skille boligspørsmål og boligpolitikk fra helsepolitikken - eller omsorgspolitikken. Hjelpetrengendes boligbehov skal løses gjennom boligtilbud. Omsorgstjenestene skal gi hjelpetrengende det de har behov for, uavhengig av boform. At Husbanken fra 1994 ga regler om og tilskudd for bygging av omsorgsboliger, kan ses som en konkret oppfølging av Gjærevollutvalgets forslag.⁷

Parallelt med boliggyggingen og avinstitusjonaliseringen av de tradisjonelle omsorgstjenestene (eldreomsorgen), ble også tjenestene for mennesker med psykisk utviklingshemming avinstitusjonalisert og boliggyggt. På begynnelsen av 90-tallet ble de fylkeskommunale HVPU-tjenestene overført til kommunene gjennom den såkalte ansvarsreformen (NOU 1985:34, St meld. nr. 67 1987-88, St meld 47 1989-90). Det sentrale begrepet for denne reformen var normalisering - den enkelte funksjonshemmede skulle eie eller leie sin egen bolig. Kommunene skulle ikke bygge opp en egen sær-tjeneste for funksjonshemmede. De skulle motta tjenester - helsetjenester, omsorgstjenester, boligjenester, osv. - fra den ordinære tjenesteorganisasjonen som enhver annen kommunal innvåner benytter.⁸

Praktisk politikk på 90-tallet bygger på erkjennelsen av at i hovedsak alle mennesker - uavhengig av diagnose eller funksjonshemming - gis de beste forutsetningene for utvikling, trivsel og verdighet ved å kunne bo i egen boenhet i et nærmiljø. Nærmiljø, det vil si der mennesker bor, finnes kun i kommunene. Ut fra denne erkjennelsen får kommunene også et *utvidet* ansvar for å gi tjenester

- dels til mennesker som alltid har bodd i kommunene, men som tidligere ikke har fått særlig tilpasset hjelp (for eksempel yngre som bor i aldersinstitusjon, rusavhengige, mennesker med psykiske lidelser). Enkelte vil nok også ha benyttet foreldre til barn med store funksjonshemminger som eksempel på målgruppe som alltid har bodd i kommunene og som ikke har fått særlig tilpasset hjelp.)

- dels til mennesker som tidligere har fått tilbud i en spesialistinstitusjon (her kan også mennesker med psykiske lidelser nyttes som eksempel, videre alvorlig syke og døende som ønsker å dø nær eller hos familien).

Staten har til dels gitt øremerkede driftsmidler til enkelte av disse målgruppene. Dette gjelder for eksempel

- fysisk funksjonshemmede som er i stand til å styre og administrere sitt eget liv forutsatt hjelp (øremerkete midler for å etablere personlig assistanse der den hjelpetrengende selv administrerer og kan være arbeidsgiver for sine hjelpere)
- døende som ønsker å dø nær sitt nettverk (det gis (utviklings)midler til kommuner for å bygge opp lindrende (palliative) tjenester i kommunehelsetjenestene)
- øremerkete midler for at yngre som bodde i aldersinstitusjon og som ønsket å bo i egen bolig kunne flytte inn i slik bolig
- tilbud til mennesker med psykiske lidelser

Særlig når det gjelder tilbudet for mennesker med psykiske lidelser er det vedtatt en egen handlings- eller opptrappingsplan (St prp nr. 63 1997-98). En mindre del av veksten i hjemmetjenestene under SHP perioden kan forklares gjennom økte statlige overføringer for å bygge opp tjenester til mennesker med psykiske lidelser.

⁷ Uten å detaljere begrunnelsen, begynte statens handlingsplan for eldreomsorg som en reform for enerom ved institusjonene.

⁸ Å diskutere de evalueringene som er gjort av ansvarsreformens resultater anses å ligge utenfor rammene for dette kapitlet.

Sterk, men etter hvert avdempet strid om sterkt hjelpetrengende eldre bør bo på sykehjem eller i omsorgsboliger

Med unntak av eldreomsorgen og sykehjemmenes funksjon og status, har det på det overordnede plan vært stor grad av enighet om at de beste forutsetninger for ethvert menneskes utvikling, trivsel og verdighet er at en kan bo i egen boenhet i et nærmiljø. Det å bo i en spesialisert institusjon anses som en unntakssituasjon for et avgrenset tidsrom – og i de fleste tilfeller er det også enighet om at oppholdet i institusjonen bør være av så kort varighet som mulig.⁹

Men så langt gjelder eldreomsorgen og sykehjemmenes status og funksjon har det vært strid. Det har vært strid og stor grad av turbulens for hvert enkelt aldershjem som er avviklet. Det kan også legges til grunn at dersom kommunepolitikere hadde fulgt innstillingene fra fagadministrasjonene, ville avinstitusjonaliseringen generelt ha skjedd langt raskere enn det som faktisk har vært utviklingen.¹⁰

Gjærevollutvalgets forslag om å boliggyøre omsorgstjenestene (for eldre) møtte til dels sterk kritikk. Kritikerne framførte at det i hovedsak kun er sykehjemmene som kan gi sterkt hjelpetrengende den avgjørende trygghet som ligger i døgnkontinuerlig tilgang på medisinsk personell. Sammenlignet med tjenestene ved sykehjem, vil noen timer hjemmetjenester og "travle og korte" besøk fra sykepleier langt fra være tilfredsstillende eller forsvarlig overfor sterkt hjelpetrengende, alvorlig medisinsk syke og døende. Det ble også vist til den trygghet som ligger i de forskriftsmessige krav som stilles til sykehjemmene: sykepleier skal alltid være tilgjengelig, legetilsynet er ordnet, journalforskriftene er strengere. Det ble framført at den kommunale frihet som ligger til grunn for organiseringen av hjemmetjenestene er alt for løselig og utforpliktende til å kunne sikre alvorlig syke et kontinuerlig og faglig forsvarlig tilbud.¹¹

Ut fra erfaring hadde kritikerne av Gjærevollutvalget i noen grad rett: Da kommunene begynte å bygge boliger og tilby tjenester i disse boligene, hadde en flere eksempler på at kommunene lovet mer enn en kunne holde. Det ble lovet at den enkelte som flyttet inn i aktuell kategori-bolig skulle være sikret døgnkontinuerlig tilgang på hjelp, dersom det var behov for dette. Slagordet var: "stol på oss, vi skal være der når du trenger oss." Men på slutten av 80 og begynnelsen av 90-tallet var det for mange eksempler på at omsorgstjenestene ikke var der og ga hjelp når hjelp var nødvendig. Eldre og pårørende ønsket sykehjem ut fra sykehjemmets trygghet. Praktisk erfaring hadde fram til da i stor grad vist at det er sykehjemmet – og ikke hjemmetjenestene – som kan gi den døgnkontinuerlige tryggheten som er avgjørende for brukernes tillit.

Da SHP startet, tok ikke Staten stilling til om det var omsorgsboliger eller sykehjem som skulle bygges (St. meld nr 50 1996-97). Det ble overlatt til den enkelte kommune å avgjøre

⁹ Det kan være knyttet strid eller uenighet knyttet til tempoet i boliggyøringen og avinstitusjonaliseringen av tjenestene for ulike målgrupper. Psykiatrien kan nyttes som eksempel: Så langt gjelder psykiatrien kan det være uenighet om utagerende psykiatriske syke er tilstrekkelig "sikret" og fulgt opp, om institusjonene trappes ned før kommunene har bygd opp de kommunale tjenestene, at kommunene er alt for "treg" med å bygge opp lavterskeltilbud, at kommunene får utvidet ansvar for psykiatriske tjenester uten at staten har sikret rimelig tilgang på personell med kompetanse, osv. Men på det overordnede plan er det enighet om at langvarig opphold på institusjon reduserer mulighetene for utvikling, trivsel og egenmestring, og at de beste forutsetninger er at den enkelte kan bo i egen bolig i et normalt nærmiljø. De spesialiserte, nå statlige, helsetjenestene søker å rendyrke de behandlingsmessige oppgavene. Omsorgsoppgaver som ikke anses nødvendige ut fra behandlingssyn, skal overføres til kommunene. Forutsatt trygghet for tilgang på kompetanse og kontinuerlig oppfølging, er det generell enighet om at dette er en ønsket utvikling. Når behandlingen kan avsluttes, ønsker en å bo hjemme eller i nærheten av sitt nettverk.

¹⁰ I Norge kommer avinstitusjonaliseringen 15-20 år etter avinstitusjonaliseringen i Danmark og Sverige. I Danmark ble sykehjemmene formelt avviklet og all omsorgstjeneste etablert som hjemmetjenester gjennom et vedtak i Folketinget i 1987.

¹¹ Kommunehelsetjenesten sier at kommunene har ansvar for å gi hver enkelt som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen de medisinske og omsorgstjenester vedkommende har behov for. Rettslig sett har hjemmeboende (opprinnelig hjem eller omsorgsbolig) like stor rett til nødvendig helsehjelp som beboere på sykehjem. Når oppfatningen er at sykehjemmet i sterkere grad er forpliktet til å gi nødvendig helsehjelp enn hjemmetjenestene, er dette praktisk sett riktig fordi spørsmålet om nødvendig helsehjelp i liten grad rettslig har vært satt på spissen. Fusa-dommen – den eneste omsorgssak som har vært prøvd for Høyesterett – slo fast at den enkelte hjemmeboende hadde rett til nødvendig helsehjelp uavhengig av kommunale budsjetter og organisering. I løpet av 90-tallet er det noen få enkeltsaker hvor den hjemmeboende har krevd den nødvendige hjelpen i eget hjem. Det har vært kommuner som har forberedt rettsak ved å kreve at vedkommende skulle flytte til sykehjem fordi tjenestene ble for dyre å organisere i det private hjemmet. Denne typen rettsak er ikke gjennomført da det er vurdert at kommunen vil tape en slik sak. Enhver som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen har rett til nødvendig hjelp. Det vil bryte rammene for dette kapitlet å redegjøre for de få forbehold denne retten har (jfr. Syse 1997, Kjønsdal et al 2000, NOU 2001:22)

hvilken boform som skulle bygges. Arkitektonisk er det vanskelig å se forskjell på nybygde sykehjem og omsorgsboliger, bortsett fra at det private boarealet i all hovedsak er betydelig mindre i sykehjem (og dermed også utforming av kjøkken og bad) (Romøren og Svorken, 2003, Husbanken 2004). Funksjonelt er det vanskelig å se forskjell på sykehjem og omsorgsboliger i den forstand at det bor sterkt hjelpetrengende og/eller alvorlig syke "sykehjemsbeboere" både i sykehjem og omsorgsboliger.

Vår personlige antakelse om årsaken til at sentralt nivå (departementet) ikke tok stilling til om det var omsorgsboliger eller sykehjem som skulle bygges, var at striden mellom tilhengerne av sykehjem og omsorgsboliger fra begynnelsen og fram til godt midten av 90-tallet var så politisk betent at en ikke tok de politiske omkostningene med å avklare spørsmålet.¹² Det er kommunene selv som har måttet avklare spørsmålet, uten formell eller ideologisk støtte fra statlig hold (men med betydelige økonomiske overføringer, og da særlig i SHP-perioden).

I dag er det ingen prinsipiell forskjell i funksjoner mellom sykehjem og hjemmetjenester (i omsorgsboliger og i prinsippet også egne hjem). Mennesker med behov for omsorg på sykehjemmens nivå bor både på sykehjem og i omsorgsboliger. Det bor mennesker med psykiatriske lidelser både i sykehjem og i omsorgsboliger. I omsorgsboligene bor det relativt sett flere yngre mennesker, mens sykehjemsbeboerne i hovedsak er eldre, der hovedvekten er mentalt redusert i tillegg til somatiske tilleggsdiagnoser. I omsorgsboliger bor det også personer med ingen eller bare moderate hjelpebehov. I sykehjemmene bor i hovedsak utelukkende personer med store hjelpebehov.

Forskjellene mellom sykehjem og omsorgsboliger er i dag av formell karakter. Forskjellene er:

- I sykehjem er det krav til organisering, blant annet at det skal være tilknyttet lege og at det alltid skal være sykepleier tilgjengelig. I hjemmetjenestene velger kommunene selv hvordan en vil organisere tjenestene, men kravet er at alle skal ha forsvarlig og nødvendig helsehjelp.
- Egenbetaling: I sykehjem betaler brukerne etter den såkalte vederlagsforskriften. Vederlagsforskriften er komplisert, men svært grovt kan en si at brukerne beholder ca 25 prosent av sin inntekt til eget forbruk (ca 15 prosent av inntekt ut over minstepensjonen), resten går som vederlag til kommunen. Det er imidlertid et tak som medfører at kommunen ikke kan ta større egenbetaling enn faktiske kostnader. Drift av en sykehjems plass koster imidlertid så vidt mye at vi ser en økende tendens til at personer med særlig høy inntekt "neker" å flytte til sykehjem og ber om tjenester i omsorgsboliger fordi egenbetalingen der er mindre (Nygård 2004). I hjemmetjenestene er brukeren selv ansvarlig for sin økonomi, og betaler for faktisk forbruk av helse-, omsorgs- og andre tjenester, (med regelverk for skjerming ved store behov/lav inntekt). En betaler husleien separat, der husleien, i motsetning til ved sykehjem, reflekterer standard på boenheten. Bostøtte gjør at også personer med lav inntekt har råd til å bo i en moderne omsorgsbolig.
- Enkeltvedtak: I omsorgsboliger skal hjelp tildeles etter enkeltvedtak slik at den enkelte kan klage på tildelt hjelp i samsvar med forvaltningsloven. I sykehjem får brukerne i prinsippet et uspesifisert tilbud, der brukeren bare kan klage på avslag på søknad om plass.
- Husleieloven: I sykehjem er det helse og sosialtjenesten som vedtar om brukeren skal flytte til et annet rom. I omsorgsboliger har beboeren samme sterke vern mot oppsigelse som husleieloven setter.

¹² Vi bygger denne antakelsen på private samtaler med enkelte sentrale politikere. Ut fra erfaringene fra Sverige og Danmark og ut fra både økonomiske og ideologiske hensyn, ble det erkjent at utviklingen ville gå i retning av å la all omsorgstjeneste bli hjemmetjenester og at denne utviklingen også anses som ideologisk eller verdimeisig ønskelig.

I dag er det altså ingen prinsipiell *funksjonell* forskjell mellom sykehjem og omsorgsboliger. Boliger og sykehjem kan ligge vegg i vegg, eller under samme tak (i forskjellige etasjer), og det virker helt vilkårlig og uten rasjonell begrunnelse at samme tjenester skal organiseres ulikt og at brukerne skal betale etter svært ulikt regelverk avhengig av hvilken etasje en bor i.

Dette er da også hovedgrunnen til at departementet nå arbeider med det mål å få et såkalt "arenauavhengig regelverk" som er det samme både for sykehjem og hjemmetjenester. I relativt nær framtid vil all omsorgstjeneste også i Norge i formell forstand bli hjemmetjenester.

2.4 Differensiering – og om motoren i utviklinga

Det var altså både økonomiske og ideologiske begrunnelser for at avinstitusjonaliseringen startet. Mellomnivået måtte bygges opp. En måtte bygge opp en hjemmebasert tjeneste som ikke bare ga litt sørvis til "alle" uavhengig av behov. En måtte differensiere tilbudene slik at tjenestene individuelt kunne tilpasses den enkelte brukers behov også i hjemmetjenestene.

2.4.1 Framveksten av differensierte tiltak

Differensieringen i hjemmetjenestene fulgte to hovedløp:

- Differensiering i volum: det vil si at personer med store hjelpebehov får mer hjelp (flere timer/flere besøk) enn personer med små hjelpebehov (se kap. 2 ovenfor).
- differensiering av tiltak: i tillegg til hjemmehjelpstjenesten, som i hovedsak utførte rengjøring, ble det etablert en vifte med ulike tiltak for å kunne møte de særegne behovene for den enkelte brukers spesifikke situasjon.

Utviklingen har vært gradvis, og det er store forskjeller mellom ulike kommuner. Men 90-tallet kan karakteriseres ved at hjemmetjenestene er differensiert gjennom:

- Integrering av hjemmehjelp og husmorvikartjenester. Dette var i de fleste kommuner to separate tjenester, med i stor grad ulike funksjoner overfor ulike målgrupper. De to tjenestene ble integrert til en tjeneste.¹³
- "Den store integrasjonen". Hjemmetjenestene og sykehjemmene begynte å samarbeide. *Den avgjørende og helt grunnleggende dynamiske kraften i dette samarbeidet er at hjemmetjenestene og sykehjemmene begynte å samarbeide om innskriving og utskrivning av brukere.* Før 1988 var det så godt som ingen utskrivinger fra sykehjem. I dag benyttes i gjennomsnitt om lag 15 prosent av sykehjems plassene til ulike former for korttidsopphold. De ulike korttidsopphold er
 - Rehabilitering. Aktiv rehabilitering og opptrening i kommunehelsetjenestens regi med sikte på gjenvinning av funksjonsevne hører særlig 90-tallet til. Plasser (etter hvert avdelinger) tilrettelagt for rehabilitering ble etablert i sykehjem. I dag tildeles rehabilitering også gjennom dagopphold.
 - Avlastingsopphold for pårørende. For å støtte opp under pårørendes vilje og evne til å yte omsorg for sine nærmeste familiemedlemmer, ble det erkjent at pårørende måtte få innvilget pauser. Bl.a. kunne pårørende planlegge fravær fra hjemmet (ferier for eksempel) ved at avlastningsplass ble avtalt god tid i forveien.
 - Avlastningsopphold/vekselplasser. Dette er hjelpetrengende som av ulike årsaker ønsker å bo hjemme, men hvor det er tjenlig med et planlagt opphold ved døgninstitusjon.

¹³ Fremdeles har et fåtall kommuner egen husmorvikartjeneste

- Dag- og nattopphold. Dagopphold tildeles et varierende antall ukedager, hvor brukeren deltar i (sosiale) aktiviteter, tilbys måltider, osv. Dagopphold tilbys ved egne avdelinger ved sykehjem eller i frittstående enheter. Nattopphold har det vist seg relativt lite behov for (jmfør framveksten av trygghetsalarmer).

- Trygghetsavdelinger hvor den hjelpetrengende selv bestemmer å legge seg inn til døgnopphold. I et samarbeid mellom trygghetsavdeling og hjemmetjenesten utredes vedkommendes situasjon før en flytter hjem igjen.

- Enheter for mentalt reduserte. Til å begynne med var dette små grupper, såkalte "skjermete enheter", spesielt tilrettelagt for fysisk "selvhjulpne" som trenger kontinuerlig tilsyn pga mental svekkelse. I dag gis dette tilbudet også i boliger. Flere kommuner har også utviklet såkalte "sterkavdelinger" (spesielt tilrettelagt for mentalt reduserte med utagerende atferd).

Samarbeidet mellom sykehjem og hjemmetjenestene ble også utvidet ved at en utvekslet personell, at tjenestene fikk felles ledelse, at hjemmetjenestene avlastet sykehjemmene ved særlige arbeidsbelastninger (og omvendt), at sykehjem og hjemmetjenester fikk felles møterom, at sykehjemmene produserte mat for levering til hjemmeboende, at sykehjemmet tok delansvar for nærliggende (trygde)boliger, at ansatte ved sykehjem tar delansvar for natt-tjeneste i hjemmetjenestene, og så videre.

Målet med at kommunene fikk forvaltningsansvaret for sykehjem i 1988 var at det skulle skapes en helhetlig omsorgstjeneste. Kommunene har i stor grad realisert dette målet, bl.a. ved at sykehjem og hjemmetjenester funksjonelt er integrert og ved at hjemmetjenestene har utviklet en differensiert vifte av tiltak som gir tilpasset hjelp ut fra individuelle behov¹⁴.

- "Den lille integrasjonen". På 80-tallet var hjemmehjelpstjenestene i stor grad sosialkontorets ansvar, mens hjemmesykepleien var en "frittstående" tjeneste under helsekontoret.. Det var lite samarbeid mellom de to tjenestene.¹⁵ Kommunene arbeidet for at de to hjemmetjenestene skulle inn i et planlagt samarbeid. I de fleste kommuner er de to tjenestene i dag integrert som en tjeneste med felles leder.¹⁶ I så godt som alle kommuner er hjemmetjenestene daglig ledet av sykepleiere. I internasjonalt perspektiv står Norge i en særstilling ved at det så godt som ikke finnes ansatte i omsorgstjenesten med sosialfaglig bakgrunn. Det ligger utenfor dette kapitlets rammer å forklare hvorfor vi har fått denne særegne utviklingen i Norge.

- Trygghetsalarm og natt-tjeneste i hjemmetjenestene. Teknologien gjorde det mulig å etablere trygghetsalarm med tilkallelse av hjelpepersonell i en nødssituasjon og med mulighet for toveis kommunikasjon. Trygghetsalarm, og det faktum at hjelpetrengende med omfattende behov også bodde i boliger, gjorde det nødvendig med døgnkontinuerlig tjeneste også i hjemmetjenestene.

- Enheter for lindrende behandling. En del kommuner har etablert egne enheter i sykehjem spesielt tilrettelagt og bemannet for å gi behandling, støtte og omsorg til alvorlig syke og døende mennesker samt støtte til deres pårørende. Antall slike enheter som blir etablert er økende. Den kommunale begrunnelsen for slike enheter er ønsket om å gi målgruppen et kvalitativt bedre og tilrettelagt tilbud.

- I tillegg er altså omsorgstjenestene boliggjort, noe som er dokumentert tidligere. Hjemmetjenestene ivaretar i dag samme funksjoner som sykehjemmene ved at det på døgnbasis gis mye hjelp til personer med store hjelpebehov, og sykehjemmene samarbeider med hjemmetjenestene både på individnivå (tjenestene til den enkelte bruker) og på systemnivå

¹⁴ Gjennom denne beskrivelsen ser vi også at jo større integrasjonen blir, desto mer kunstig blir det at sykehjemmene og hjemmetjenestene skal styres etter ulikt regelverk. Når vi for eksempel sier at sykehjem og hjemmetjenester utveksler personell ved arbeidstopper betyr ikke dette at samarbeidet nødvendigvis anses som optimalt.

¹⁵ Et stjerneeksempel på manglende samarbeid var når hjemmehjelper og sykepleier møttes samtidig hos samme bruker uten at de visste om hverandre.

¹⁶ I en del (større) kommuner ser vi en tendens til at rengjøringsoppdrag blir lagt til egne "rengjøringsenheter", kommunale eller private.

(sykehjemmene ivaretar delfunksjoner utenfor sykehjemmets vegger). Sykehjemmene er i ferd med å bli integrert i en helhetlig omsorgstjeneste

Det er kommunene som har vært drivkraften i utviklingen som beskrives ovenfor. Når vår periodes helse-historie skal skrives, antar vi at kommune-Norge vil bli tilskrevet æren for at målet om en helhetlig helse- og omsorgstjeneste er i ferd med å bli realisert – det vil si det særlige målet da forvaltningsansvaret for somatiske sykehjem ble overført til kommunene. Kommunene har gjort dette delvis fordi de var økonomisk tvunget til det: det var urealistisk å tro at en kunne møte omsorgsbehovene gjennom enten hjemme med litt hjelp eller på sykehjem med full døgntjeneste. Kommunene var økonomisk tvunget til å differensiere. Men kommunene har også vært drivkraften i utviklingen ut fra et ideologisk verdigrunnlag. Det statlige nivået har i forhold til denne utviklingen konstant vært på etterskudd i den forstand at staten har kommet etter med et regelverk etter at utviklingen i kommunene presenterte en ny situasjon.¹⁷

2.4.2 Styrket rettsstilling for tjenestemottaker

Alt før 1988 hadde kommunene bygd (trygde)boliger. Da kommunene fikk helhetsansvaret i 1988, skjøt boligbyggingen fart – dekningsgraden for sykehjemsplasser begynte å synke, hjelpetrengende fikk tilbud i boliger og hjemmetjenestenes utvikling av intensitet og differensiering fikk en ny dynamisk kraft. Sykehjemmene var lovregulert og hadde et regelverk som setter bestemte krav til organisering, tilgang på kvalifiserte ansatte osv. I utgangspunktet ble disse kravene om organisering ansett som tilstrekkelig til at hjelpetrengende i sykehjem var sikret forsvarlig tilbud.

Det nye var at (sterkt) hjelpetrengende i større og større grad også bodde i boliger og fikk hjelp fra hjemmetjenestene. Det ble med andre ord identifisert et behov for at også hjelpetrengende i boliger skulle sikres et forsvarlig tilbud gjennom en sterkere lovstilling. På begynnelsen av 1990-tallet ble det forskriftsfestet at hjelp fra omsorgstjenestene skulle tildeles etter forvaltningslovens regelverk om enkeltvedtak. Dette medførte at tjenestemottaker fikk rett til et spesifisert vedtak om hvilken hjelp som skulle tildeles, samt en sterkere klagerett.

Det var utviklingen i kommunene – boligbyggingen – som særlig viste behovet for å sikre hjelpetrengende i boliger et bedre rettsvern. Men det kan nok sies at det særlig blant fagfolk i tjenestene ble uttrykt sterk skepsis til denne skjerpning av at tildeling skulle skje etter klare rettsregler. Å tildele hjelp etter rettsregler var fremmed for helsetjenestens tradisjon. Noe spissformulert ble det ansett at den enkelte helsearbeiders faglig skjønn var tilstrekkelig til å sikre forsvarlig, tilstrekkelig og nødvendig hjelp.¹⁸ Særlig ansatte på utøvende nivå var engstelige for at tildeling som enkeltvedtak ble en unødig byråkratisering.¹⁹ Å saksbehandle sin egen faglige skjønnsutøvelse for tildeling av hjelp og omsorg etter forvaltningslovens regler om enkeltvedtak var både "fremmed og skremmende".

Det var særlig staten, og ikke kommunene, som drev fram utviklingen som sikret at tildeling av hjelp skulle skje etter klare rettsregler. Også interesseorganisasjonene var en viktig drivkraft for å få dette til.

Kravet om at tildeling av hjelp skal skje i samsvar med forvaltningslovens krav om enkeltvedtak viste behovet for å profesjonalisere saksbehandlingen ved tildeling av hjelp.

¹⁷ Vi kan ikke dokumentere påstanden om at kommunene har vært motoren i utviklingen, ved at vi systematisk har gjennomgått de enkelte deltjenestene ut fra et omfattende historisk materiale som er tilgjengelig. På den andre siden er påstanden på det overordnede planet dokumentert ved at det statlige nivået enda ikke har et forslag til et helhetlig regelverk for en omsorgstjenesten som kommunene langt på vei har utviklet til en funksjonell helhet. (se også senere).

¹⁸ Sosialtjenesten har derimot lang tradisjon for å tildele hjelp i samsvar med rettsregler.

¹⁹ Det var og er svært fleksibelt og lite byråkratisk når kommunens fagperson på vurderingsbesøk hos den hjelpetrengende der og da ble enig om hvilke tiltak som skulle settes i verk. Men hvis fagperson og tjenestemottaker hadde ulike vurderinger, så en klart svakhetene ved denne fleksible saksbehandlingen. Ansatte var også engstelig for at tildeling av hjelp skulle bli en ny vekstarena for advokater.

Det var også en annen sterk drivkraft som bidro til behovet for å profesjonalisere saksbehandlingen og vurderingsfunksjonen som ligger foran et vedtak om tildeling av hjelp. Spørsmålet kan spissformuleres på følgende måte: Skal den enkelte få tildelt "den beste hjelpen", eller er det tilstrekkelig at hjelpen tildeles i samsvar med fastsatte kriterier for hva som er tilstrekkelig og faglig forsvarlig? Når er med andre ord nok nok? Innen helse- og omsorgstjenestene ligger forventninger og ønsker over det som økonomisk og personellmessig er realistisk og mulig. Ved at saksbehandlingen profesjonaliseres og legges til andre personer (et annet kontor) enn de som skal utføre hjelpen, antas også at "portåpnerfunksjonen" styrkes – at tilbudet kan avgrenses på en slik måte at tilbudet fremdeles både kan anses som forsvarlig og økonomisk mulig på samme tid.

Behovet for å profesjonalisere saksbehandling og skjønnsutøvelsen av vurderingene som ligger til grunn for vedtak om tildeling, har vært en sterk drivkraft til å organisere omsorgstjenestene – og også andre helse- og sosialtjenester – etter en såkalt bestiller – utfører modell.²⁰ Svært mange (av de største) kommunene har i dag organisert tjenestene ut fra et skille mellom bestiller og utfører.

Kommunehelsetjenesten har i løpet av 90-tallet fått en "ny" funksjon ved at tildelingskriterier for ulike hjelpetiltak er klarere - kriteriene for hva som er tilstrekkelig (forsvarlig) hjelp er blitt klarere, faglig skjønnsutøvelse ved vurderingen av hjelpebehov er blitt profesjonalisert (og blir i større grad gjort på tverrfaglig basis) og selve saksbehandlingen skjer mer i samsvar med rettsregler.²¹

2.4.3 Tiltak særlig initiert fra sentralt hold

I tillegg til den differensiering som er beskrevet ovenfor, skal vi kort nevne en del andre reformer som har bidratt til at kommunehelsetjenesten i dag framstår i en ny form og med andre og utdypete funksjoner. Grovt kan en si at de forhold som nevnes nedenfor har det statlige nivået og ikke kommunene vært den sentrale drivkraften for.

- Ansvarsreformen. Det faktum at kommunene tok over ansvaret for tjenester til mennesker med psykisk utviklingshemming er diskutert ovenfor.

- Omsorgslønn. Lønn for å støtte pårørendes evne og vilje til å utøve omsorgsarbeid overfor familiemedlemmer.

- Brukerstyrt personlig assistanse. Hjelp tildeles fremdeles av kommunen, men der det er den hjelpetrengende selv som er arbeidsleder for sine hjelpere. Tilbudet ble særlig initiert av interesseorganisasjonene.

- Unge ut av sykehjem. Boliggjøringen og oppbygging av hjemmetjenestene gjorde det mulig at sterkt hjelpetrengende kan få et trygt, døgnkontinuerlig og forsvarlig tilbud i bolig. Særlig interesseorganisasjonene har presset på for at hjelpetrengende – som ønsker og er i stand til det – skal få kontrollen over egen hverdag og et verdig liv i bolig. Noe upresist kan en si at på midten av 80-tallet var det en politisk utfordring hvis en hjelpetrengende ikke fikk tilstrekkelig hjelp ved å bli tildelt plass i aldersinstitusjon. I dag er det en politisk utfordring hvis en yngre hjelpetrengende blir tildelt plass på sykehjem og ikke i bolig.

- Fastlegereformen. I kap 1 er det vist at også antall utøvende legeårsverk i kommunene er økt.²² Tilsynslegeordningen – fast lege tilknyttet på deltidsstilling – er fremdeles i hovedsak til stede ved sykehjem og også en del omsorgsboliger, men der den enkelte som ønsker det, fremdeles kan velge sin faste lege som en benyttet mens en bodde i opprinnelige hjem. Et av

²⁰ Det er her ikke snakk om en bestemt modell, men en analyse av at funksjonen som saksbehandler av tildeling av hjelp (bestillingen) er prinsipielt forskjellig fra funksjonen som profesjonell driftsoperatør av tjenester (utfører). Hvordan bestiller-utfører analysen kommer organisatorisk til uttrykk varierer betydelig. Ikke bar kravet om tildeling etter rettsregler, men også krav om effektiv drift, samt privatisering av driftsansvaret har vært en vesentlig drivkraft for å etablere en form for bestiller-utførerorganisering.

²¹ At tildelingskriteriene er blitt klarere betyr ikke at de er tilstrekkelig klare.

²² Fra 1988 til 2001 er antall legeårsverk i kommunene økt med ca 1000 årsverk.

de særlige målene med fastlegereformen var å sikre fast og kontinuerlig legetilgang for de som sto svakest på "legemarkedet" (hjelpetregende eldre i eget hjem, mennesker med psykiske lidelser, rusmisbrukere).

- Opptrappingsplan innen psykisk helse. Kommunene har "alltid" hatt tilbud til mennesker med psykiske lidelser. Opptrappingsplanen har som særlig siktemål å tilpasse hjelpen bedre til målgruppen (differensiering), å øke innsatsen (intensitet – øke tildelt volum) og å sikre den enkelte et verdig liv i bolig. Opptrappingsplanen for psykisk helse har egne måltall for bygging av nye omsorgsboliger for målgruppen.

Også den psykiatriske helsetjenesten har vært igjennom en avinstitusjonalisering og bolig-gjøring. På begynnelsen av 90-tallet var det 3.435 plasser i psykiatriske sykehjem. I 2002 var det 544.²³ Også volumet på døgnplasser i de psykiatriske sykehusene redusert er noe redusert (Sitter, 2003). Psykiatriske pasienter som tidligere bodde i døgninstitusjon, bor i dag i større grad i kommunale boliger. Så langt gjelder det psykiatriske feltet har kommunene klart fått nye oppgaver.

Særlig når det gjelder psykiatrien, er det reist spørsmål om kommunene har fått så "krevende" tjenestemottakere at det ikke er å forvente at kommunene skal ha mulighet til å gi et forsvarlig tilbud i bolig. Dette dreier seg særlig om pasienter som de psykiatriske sykehusene anser "ferdigbehandlet" i den forstand at pasienten ikke kan dra nytte av videre behandling i sykehus. Samtidig anses tilbudene ved de distriktpspsykiatriske sentra ikke å være egnet for pasientene. I denne situasjonen må kommunene ta ansvar for vedkommende pasient – der kommunen søker å etablere døgnkontinuerlig skjærming, tydelige grenser og stabilt fagpersonale for lange perioder, kanskje hele livet. Det er signaler om at kommunene er i ferd med å måtte bygge opp "forsterkede" boliger og særlig tilrettelagte skjærmede enheter i sykehjem for å håndtere denne målgruppen.²⁴ I den grad dette er situasjonen, i samme grad er de psykiatriske sykehjemmene i ferd med å bli reetablert, men nå i kommunal regi.

Vi har ikke kunnskap om hvor mange pasienter dette dreier seg om, og det er et vanskelig faglig skjønnsspørsmål hvordan denne målgruppen skal avgrenses. For denne målgruppen spesifikt, har ikke kommunene bare fått en ny pasientgruppe som tidligere lå til spesialisthelsetjenesten, men også fått en pasientgruppe hvor det kan reises spørsmål om det er realistisk å opprettholde målet om at de skal bo i kommunal bolig i et nærmiljø.

2.4.4 En foreløpig slutføring av utviklingen

Felles helse og sosiallov. Omsorgstjenestene er hjemlet både i sosialtjenesteloven og i kommunehelseloven. I en rapport som dokumenterer kommunenes erfaringer med delt helse og sosiallov (Nygård 2002) heter det at det framstår som en "tilnærmet umulig pedagogisk oppgave" å forklare brukere spesielt og publikum generelt hvorfor funksjonelt like tjenester skal være styrt etter ulikt regelverk og hvordan disse forskjellene praktisk kommer til uttrykk.²⁵ I tillegg sies det at problemene som skapes ved at omsorgstjenestene er hjemlet i to ulike lovverk ikke er at lovverket setter begrensninger for samordning og samarbeid, men at en ikke får noen form for "drahjelp" til samordning og samarbeid.²⁶ Samarbeid og utvikling skjer ikke på grunn av, men til tross for manglende samordning av lovverket.

Ved slutten av inneværende år (2004) kommer en NOU som vil inneholde forslag til ny felles helse og sosiallov. Vi antar at den nye helse og sosialloven vil legge til grunn et såkalt arenavhengig regelverk – det vil si at det ikke skal være ulik lovgivning avhengig av boform, eller avhengig av om en mottar tjenester hjemlet i kommunehelseloven eller sosialtjenesteloven. Vi antar at det foreslås et regelverk som skal sikre helse og sosialtjenester til

²³ Psykiatriske sykehjem forble fylkeskommunens forvaltningsansvar da de somatiske sykehjemmene ble overført primærkommunene i 1988. Psykiatriske sykehjem var lovregulerte boliger tilsvarende de somatiske.

²⁴ Se brev av 23.06.2004 fra fylkesmannen i Møre og Romsdal til helsedepartementet.

²⁵ Det er ulike frister for klagebehandling, det er ulikt regelverk for egenbetaling, osv, osv.

²⁶ Unntaksvis finnes det også enkeltregler som direkte hindrer samarbeid. Ulike regler for taushetsplikt er et slikt eksempel.

tjenestemottaker ut fra behov. I denne forstand antas at forslag til ny felles helse og sosiallov formelt vil avvikle sykehjemmene og etablere all omsorgstjeneste som hjemmetjenester.

Når all omsorgstjeneste i formell forstand blir hjemmetjenester, antas også at de som i dag bor i sykehjem vil få tildelt spesifiserte tjenester i samsvar med forvaltningslovens regler om enkeltvedtak.

Sykehjemmenes mål og funksjon. Da sosialdepartementet startet arbeidet med Stortingsmelding 50 (1996-97) som ligger til grunn for SHP, inviterte departementet om lag 100 representanter fra omsorgstjenestene i ulike kommuner til møte. De kommunale representantene framførte i ett henseende et felles budskap: sykehjemmenes framtidige mål og funksjon bør avklares, og det bør utarbeides et lovverk som harmoniserer de sprikende formelle rammene for tjenester i sykehjem og i boliger. Kommunene fikk gjennom SHP penger både til investeringer og til økning av driften, men ingen harmonisering av regelverket og ingen avklaring av sykehjemmenes mål og funksjon.²⁷

I dagligtalen vil dagens sykehjem i fremtiden fremdeles bli benevnt som sykehjem, selv om sykehjemsplassene formelt vil bli boliger. Tyngden i økningen i behovene for omsorgstjenester vil langt på vei presse fram en avklaring av sykehjemmenes mål og funksjon: sykehjemmene vil bli et botilbud for alvorlig syke og døende og personer som på grunn av sterke fysiske og mentale funksjonstap har minimal eller ingen glede av å bo i egen bolig. I enkelte kommuner kan sykehjemmene også bli tillagt sykestuefunksjoner.

Omsorgsboligenes funksjon. Vi har alt pekt på at da kommunene begynte å bygge boliger i større skala, ble tilliten til tjenestene skadelidende fordi kommuner lovet mer trygghet, hjelp og tilsyn enn det som ble tildelt. Det mest kritiske og avgjørende spørsmålet så langt gjelder omsorgsboligene er om de ressurser og tiltak som til enhver tid stilles til disposisjon er i samsvar med beboernes behov. Fremdeles kjenner vi enkelt-tilfeller der det kan se ut som om driftsnivået i omsorgsboliger blir en salderingspost og trekkes tilbake ved trange budsjetter.

Etter hvert som tildeling av spesifisert hjelp i samsvar med rettsregler om enkeltvedtak festner seg både som praksis og forståelse, vil det bli en langt tyngre prosess å redusere hjelpen (ved uendrete eller økte behov) enn tidligere. Det må nå foretas en revurdering av hjelpebehovet og gjøres nytt enkeltvedtak som kan påklages. Prinsipielt må en eventuell reduksjon av hjelpetilbudet ut fra stramme budsjetter også vedtas politisk ved at de generelle tildelingskriterier og standardkrav må (bør) endres. Ut fra det formelle regelverket skal det være like "tungt" å redusere kvalitet og volum på tilbudet i omsorgsboliger (hjemmetjenestene generelt) som det "ut fra sedvane" er å redusere kvalitet og volum på tilbudet i sykehjem.

Ut fra usikre anslag kan en i dag anslå at om lag 1/3 av beboerne av omsorgsboliger har "omfattende" behov – kanskje på nivå med en "gjennomsnittlig" sykehjemsbeboer. De boliger som er bygd, blir fylt.²⁸ Dette betyr at 2/3 av boligene – usikkert anslått – bebos av mennesker med moderate eller ingen hjelpebehov. Hvis det antas at disse 2/3 av boligene bebos av mennesker som i dag er rundt 70 år, blir ikke flertallet av disse boligene ledig igjen før etter 10-15 år (Toresen, 2003). Det kan bli en utfordring å sørge for at boliger er ledig når hjelpetrequende i eget hjem får behov for et mer tilrettelagt hjelpetilbud i bolig.²⁹

Skråblikk på Danmark og Sverige. I Norge kommer avinstitusjonaliseringen og boligjordingen av omsorgstjenestene 15-20 år etter samme utvikling i Sverige og Danmark. Selv om ut-

²⁷ Departementet har måttet tåle ironiske bemerkninger ved at en egen utredning om sykehjemmenes framtidige rolle og funksjon kom midt under handlingsplanen – det vil si etter at kommunene i stor grad hadde lagt planer og hadde begynt å bygge ("Kvaase-utredningen", Sosialdepartementet 1999).

²⁸ I et fåtall kommuner er det i dag "overkapasitet" på sykehjemsplasser – plasser står ledig. Så langt vår oversikt strekker til, blir boligene tatt i bruk. Vi kjenner imidlertid enkeltstående eksempler på at boliger som er bygd i "avsidesliggende" steder i kommunen har vært vanskelig å leie ut fordi målgruppen ønsker å bo sentralt.

²⁹ Jamfør den erkjennelsen flere av kommunene gjorde "umiddelbart" etter at ansvaret for sykehjemmene ble overført: Det er ikke antall plasser som er avgjørende for om kommunen skal makte å møte alle omsorgsbehovene på en planlagt og "upresset" måte. Det avgjørende er om plass er ledig ved "akutt" behov.

viklingen på mange måter er den samme i de 3 skandinaviske landene – bare sterkt faseforskjøvet i tid i Norge – vil vi grovt bare risse hovedtrekkene i Danmark.

I Danmark er omsorgstjenestene hjemlet etter sosiallovgivningen. I Norge er de "tyngste" delene av omsorgstjenestene (sykehjem og hjemmesykepleie) hjemlet etter kommunehelsetjenesten. Danmark har hatt fastlegeordning siden slutten av 1940-tallet. I Norge ble fastlegeordningen innført på slutten av 90-tallet.

Da den såkalte "Ældrekommissjonen" i Danmark på midten av 80-tallet la fram sine forslag, la kommisjonen bl. a. ett grunnleggende prinsipp til grunn: All omsorgstjeneste skal respektere og bygge opp under den enkelte hjelpetrequendes integritet, selvstendighet og verdighet. Dette innebærer at den enkelte skal bo i egen bolig, boligpolitikk og omsorgspolitik skal skilles ad, den enkelte skal ha ansvar for egen økonomi, og det som kan kalles sørvis-tjenester (mat, rengjøring, klesvask) skal den enkelte selv betale for.

"Ældrekommissjonen" pekte selv på sentrale innvendinger mot dette hovedprinsippet: Mange av omsorgstjenestenes brukere er fysisk og mentalt ute av stand til å ta styring over eget liv – de vil ikke være i stand til å bestemme egen hverdag i egen bolig, de vil være ute av stand til å styre sin egen økonomi., osv. Innvendingene var altså at en stor del av omsorgstjenestenes brukere ikke vil være i stand til å nyttiggjøre seg eller ha glede av de "verdighets-prinsipp" som det ble lagt opp til. Kommisjonens svar på innvendingene var følgende: Det er også mange av omsorgstjenestenes brukere som, til tross for funksjonstap, er i stand til å ta ansvar og styre eget liv. Omsorgstjenestenes prinsipielle rammeverk skal ta utgangspunkt i og være tilpasset brukerne som selv er i stand til å ta styring over eget liv. Rammeverkets detaljerte utforming skal så tilpasses de brukerne som ikke er i stand til for eksempel å styre egen økonomi. Kommisjonen avviste det andre mulige hovedprinsippet – at rammeverket skal ta utgangspunkt i de brukerne som ikke er i stand til å styre eget liv.

Dette var en avgjørende avklaring av grunnleggende verdispørsmål, og som ligger til grunn for Folketingets vedtak i 1987 om at videre bygging av sykehjem (plejehjem) skulle opphøre.³⁰ Alle omsorgstjenester ble i prinsippet hjemmebaserte tjenester. Det ble videre vedtatt en egen boliglovgivning som skulle sikre målgruppen tilpassete boliger.

Framstillingen ovenfor er svært forenklet, men viser den prinsipielle hovedforskjellen mellom Danmark og Norge: I Danmark ble det gjort en avklaring av helt grunnleggende verdispørsmål før den "store" boligbyggingen startet. Da Norge begynte sin store utbygging av boliger i forbindelse med SHP, ble det ikke tatt en avklaring av sentrale verdispørsmål. I Norge ble det vedtatt å bygge, der det er utviklingen som presser fram en avklaring av de grunnleggende verdispørsmål først på slutten av handlingsplanperioden – det vil si etter at handlingsplanens bygging på det nærmeste er sluttført.

2.5 Er kommunene overført nye oppgaver fra spesialisthelsetjenesten?

I form av penger og personell består kommunehelsetjenesten i hovedsak av omsorgstjenester. Så langt gjelder kommunehelsetjenesten generelt, er det for omsorgstjenestene spesielt at det er mest aktuelt å stille spørsmålet om kommunene har fått overført nye oppgaver.

Gjennom et særlig fokus på omsorgstjenestene har vi i avsnittene foran vist at omsorgstjenestene fra 1988 og fram til i dag har vært gjennom en så omfattende utvikling at kommunehelsetjenesten i dag framstår som en ny kommunehelsetjeneste. Kommunehelsetjenesten har endret form, innhold, funksjon og karakter gjennom

- en historisk sett enestående økning i volumet av nye boliger og opprustning og kvalitetsforbedring av sykehjemmene
- en vesentlig årlig økning i årsverksinnsatsen

³⁰ Det ble ikke vedtatt et eksplisitt forbud. Vedtaket innebærer at kommunene ikke lenger fikk lån til å bygge flere plejehjem.

- en økning i intensiteten av hjelp og omsorg (volum tildelt pr. bruker – fra hjemmetjenestens enten eller prinsipp (litt hjelp hjemme uavhengig av behov eller "full døgnpakke" på institusjon) til dagens prinsipp: tildeling av tilpasset hjelp ut fra behov.
- en styrking av den hjelpetrequendes rettsstilling
- et endret ideologisk verdigrunnlag (den enkeltes integritet og verdighet skal styrkes ved at den enkelte skal kunne bo i leid eller eid bolig i et nærmiljø)
- en økt differensiering av tiltak – flere av de tiltak vi i dag anser som en "selvfølge" var fraværende eller til stede som forsøk eller oppstarting på 80-tallet
- økt individuell tilpassing og økt volum til særskilte målgrupper som alltid har bodd i kommunene (eksempelvis mennesker med psykiske lidelser).

Upresist kan en si at kommunehelsesloven (og sosialtjenesteloven) pålegger kommunene ansvaret for at "enhver som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen" har rett på tjenester som ut fra faglig anerkjent skjønnsutøvelse anses som nødvendig. Utviklingen som er beskrevet foran – økning i penger, personell, bygninger og tiltak - kan anses som en utvikling som setter kommunehelsetjenesten i stadig bedre stand til å ivareta dette ansvaret.

Men også forståelsen av hva som er "nødvendige" – og ikke minst hva som er "verdige" tjenester - har endret seg. Når intensiteten (volum pr. tjenestemottaker) har økt sterkt, kan dette tolkes som at forståelsen av hva som er "nødvendig" har endret seg. Rehabilitering og/eller korttidsopphold var ikke ansett som like nødvendige deltjenester på begynnelsen av 80-tallet som i dag. Det faktum at intensiteten i hjemmetjenestene særlig har økt for yngre (under 67 år) tjenestemottakere, kan tolkes som at forståelsen av hva som er "verdige" tjenester har endret seg: ethvert menneske bør bo i eid eller leid bolig i et nærmiljø, og det er for eksempel i dag ansett som grov svikt ved tjenestene dersom en yngre person må bo i sykehjem mot eget ønske. Det som på 80-tallet var ansett som ønskelige tjenester (rehabilitering, korttidsopphold, osv), eller som var ansett som "beklagelig" mangler i tjenestene (yngre som bodde på sykehjem, manglende natt-tjenester, osv), har kommunehelsetjenesten i dag i stor grad fjernet. Kommunehelsetjenesten har med andre ord vokst, ikke fordi en har fått nye oppgaver fra spesialisthelsetjenesten, men fordi forståelsen av hva kommunehelsetjeneste bør og skal være har endret seg, og kommunene har fått muligheter for i større grad å realisere kommunehelsetjenestenes mål.

Fordi kommunehelsetjenesten har vokst i volum, kompetanse og tiltak, er kommunehelsetjenesten i dag i stand til å ta på seg oppgaver som tidligere i langt større grad lå til spesialisthelsetjenesten. Når liggetiden har gått ned, kan en si at sykehusenes reduserte liggetid er gjort mulig gjennom kommunehelsetjenestens vekst og utvikling. I denne forstand kan en si at kommunehelsetjenesten har fått nye oppgaver. Men den prinsipielle forståelsen av hva kommunehelsetjenestens oppgaver skal være, har også har vært i utvikling. Det kan derfor også hevdes at kommunene ikke har fått nye oppgaver: Kommunene er i dag i stand til (i stor grad) å realisere kommunehelsetjenestens oppgaver. Da det ble innført betalingsplikt for kommuner som ikke kunne ta imot utskrivningsklare pasienter, var dette sett ut fra ett ståsted klart en ny oppgave som for kommunene: de måtte betale for oppgaver som tidligere var finansiert og utført av sykehusene. Sett ut fra et annet ståsted kan en si at betalingsplikten var "et ris bak speilet" for at kommunene ikke skulle gis anledning til å ta for lett på denne delen av sitt ansvarsområde.³¹

Med unntak av tjenestene for psykisk utviklingshemmede og psykiatriske tjenester kan en gi følgende oppsummering: Utviklingen har ikke i særlig grad medført en endret og prinsipiell ny oppgavefordeling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. For å bruke et bilde: Kortstokken er ikke stokket om for at kortene skal deles ut på en ny og endret måte. Kortene deles fremdeles ut på samme prinsipielle måte, men kommunehelsetjenesten har fått langt flere kort å dele ut. Fordi kommunene har fått så mange flere kort å

³¹ Utskrivningsklare har i hovedsak vært eldre. Eldre (over 67 år) forbruker om lag 45 prosent av de somatiske sykehussengene.

spille med, er det også svært tydelig at kommunene i dag fyller mange og flere oppgaver og funksjoner enn tidligere.

Når kommunene tidlig på 90-tallet overtok ansvaret for tjenester for psykisk utviklingshemmede, fikk kommunene en prinsipielt ny og omfattende oppgave. Ved ansvarsreformen lå det til grunn at kommunene skulle få finansiert merkostnadene ved endret oppgavefordeling.³² I hvilken grad kommunene har fått (full)finansiert disse to endringene i oppgavefordeling, er en diskusjon som ligger utenfor rammen for dette kapitlet.

Innen psykiatrifeltet har også kommunene fått en prinsipielt ny oppgave. Døgntilbudene i institusjon er betydelig redusert, og de som tidligere bodde i institusjon bor i dag i prinsippet i kommunale boliger med kommunale tjenester. I tillegg har kommunene også fått krav om å tilby tjenester i økt volum og økt tilgjengelighet til psykiatriske pasienter generelt – også de som "alltid" har bodd i bolig i kommunen.

Også innen psykiatrien følger det økte driftsmidler med, og staten har gjort det mulig å styrke psykiatri-kompetansen blant kommunalt ansatte. Vi skal ikke ta stilling til om dette er gjort i rimelig eller tilstrekkelig omfang. Imidlertid er psykiatrefomen langt mer "krevende" enn ansvarsreformen. Ved ansvarsreformen overtok kommunene ansvaret for "hele" tjenesten – tjenestemottakerne, personellet (og dermed kompetansen), pengene og (i noen grad også) bygningene ble overført samlet til kommunene. Ved psykiatrireformen skal en ny arbeidsfordeling bygges opp for en tjeneste som fremdeles skal være delt mellom to forvaltningsnivå – staten skal redusere enkelte tjenester og bygge opp nye, kommunene skal bygge opp nye tjenester. I dette ligger risikoen for at de to forvaltningsnivåenes arbeid kan bli faseforskjøvet og "komme i utakt". Det er også signaler fra statens egne tilsynsmyndigheter om at kommunene må bygge opp tilbud i kommunene som erstatning for de døgntilbud staten har avviklet – jamfør at kommunene må bygge opp nye døgntilbud for psykiatriske pasienter når staten avvikler sine døgntilbud. I hvilken grad dette er enkeltstående tilfeller eller hvor mange pasienter dette eventuelt gjelder, vet vi ikke.

I løpet av perioden har en også sett at kravet til samhandling mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste er økt. Dette kommer en tilbake til i diskusjonskapitlet.

³² Det var særlig ansvarsreformen som aktualiserte spørsmålet om kommunene skulle få økonomisk kompensasjon fra staten for enkeltbrukere som var særlig kostnadskrevende. I dag er det et generelt prinsipp at kommunene får kompensert for ekstra-utgifter for særlig kostnadskrevende brukere. Prinsippet om økonomisk kompensasjon er altså innført i praksis. Om den økonomiske kompensasjonen er rimelig eller tilstrekkelig er et annet spørsmål som vi ikke tar stilling til her.

3 Utviklingen i spesialisthelsetjenesten fra 1990-tallet til i dag

I dette kapitlet vil vi kort diskutere de helsepolitiske føringene som har blitt lagt innen somatisk spesialisthelsetjeneste utover 1990-tallet og fram til i dag. Utviklingen innenfor psykisk helsevern skisseres kort i slutten av kapitlet.

Prioriterings- og effektiviseringsdebatten vil bli spesielt vektlagt. Vi vil drøfte hvilke drivkrefter som har påvirket aktivitetsveksten utover 1990- og 2000-tallet, og se nærmere på empiriske data for utviklingen av sykehustjenesten denne perioden. Fokuset vil primært være rettet mot forbruket av helsetjenester blant eldre, forbruksmønsteret innenfor noen utvalgte pasientgrupper, liggetidsutviklingen, forekomsten av reinnleggelser, utviklingen i antallet utskrivingsklare opphold og endringer i epikrisetid. Hovedvekten legges på utviklingen innenfor somatisk sektor. Med utgangspunkt i rapportens tema er det spesielt forhold som kan antas å ha betydning for kommunehelsetjenesten, og spesielt den eldre befolkningens situasjon, som framheves i valg av empirisk tilnærming.

3.1 Helsepolitiske føringer – somatiske spesialisthelsetjenester

Utover 1990-tallet har det blitt nedsatt en rekke offentlige utvalg med ulike mandat. Problembeskrivelsen som har ligget til grunn for utredningene har ofte vært knyttet til spørsmål om kvalitet på helsetjenestene, tilgjengelighet for pasientene og pasientrettigheter. Viktige diskusjoner har for eksempel dreid seg om hva som er riktig prioritering og hvilke typer organisering av virksomheten som gir best ressursutnyttelse. I forhold til sistnevnte problemstilling har både intern organisering ved enkeltsykehus (for eksempel innføring av enhetlig ledelse, skjerming av elektive behandlingslinjer, organiseringen av akuttfunksjonen) og organiseringen av hele spesialisthelsetjenesten (for eksempel sentralisering, bruk av pasientbro til utlandet, innføring av ventetidsgarantier, endring i finansieringssystemet) vært aktuell.

Vi vil starte med å ta et kort historisk tilbakeblikk på de helsepolitiske premissene som har lagt rammene for utformingen av spesialisthelsetjenesten fra slutten av 1980-tallet og frem til i dag. Allerede i 1987 kom det en utredning som satte søkelyset på flere av spørsmålene som skulle bli sentrale utover 1990-tallet (NOU, 1987). Et av hovedtemaene var spørsmålet om hvorvidt eierforhold og driftsansvar burde ligge under samme forvaltningsnivå; den gang fylkeskommunen. Utvalgsmedlemmene mente at den eksisterende ordningen var velfungerende, men at skillet mellom fylkeskommunens rolle som ansvarlig for å tilby befolkningen helsetjenester og rollen som produsent av de samme tjenestene måtte tydeliggjøres. Videre fremmet utvalget en anbefaling om kommunal betalingsfrist for ferdigbehandlede pasienter. Alternative finansieringsordninger med bruk av aktivitetsbasert finansiering ble også foreslått videre utredet. Fokuset på pasientrettigheter og brukermedvirkning burde i følge utvalget dessuten styrkes. Temaene utredningen tok opp skulle bli svært sentrale i den helsepolitiske debatten det påfølgende tiåret, selv om det skulle gå enda 15 år før det fylkeskommunale ansvaret for spesialisthelsetjenesten ble erstattet av statlig eierskap. Fokuset på nytt finansieringssystem, pasientrettigheter og brukererfaringer samt betalingsavtaler for utskrivingsklare pasienter ble som kjent intensivert de påfølgende årene.

3.1.1 Prioriteringsdebatten

Flere faktorer har bidratt til at etterspørselen etter spesialisthelsetjenester har økt de siste 10-15 årene. Blant de viktigste drivkreftene er utviklingen av ny teknologi som muliggjør behandling av pasienter som det tidligere ikke fantes noe tilbud for, økningen i antallet eldre og veksten i kronisk syke. Diskrepansen mellom tilbud og etterspørsel har ført til at prioriteringsdebatten har vært sentral på den helsepolitiske agendaen. Den er også interessant i lys av de utfordringer vi vil stå overfor innen relativt kort tid, når eldrebølgen gjør seg gjeldende i langt større grad enn i dag.

Så tidlig som i 1987 ble det av Prioriteringsutvalget ("Lønningutvalget") foreslått et femdelt prioriteringssystem for pasienter med behov for behandling innenfor spesialisthelsetjenesten (NOU, 1987^b). Førsteprioriteten (gruppe I) skulle omfatte pasienter med akutt livstruende sykdom eller skade. Disse skulle gis førsteprioritet og motta behandling så rakt som overhodet mulig. Gruppe nummer to skulle inkludere pasienter med lidelser som kunne forverres eller bli mer kompliserte dersom de ikke fikk rask behandling av riktig type. Den tredje gruppen var tenkt forbeholdt pasienter med behov for behandling med dokumentert nytteeffekt, og der fravær av behandling ville gi uønskede konsekvenser, men ikke forringelser av en slik art som skissert for de to førstnevnte gruppene. Fjerde prioritet skulle gis til pasienter som ventet på tiltak med "antatt helse- og livskvalitetsfremmende effekt, der skadevirkningene ved svikt er klart mindre tungtveiende enn ved svikt i tiltak av høyere kvalitet" (Op. cit: 8). Som femte og siste gruppe (gruppe V) ble definert en såkalt nullprioritetskategori som omfattet helsetjenester som var etterspurte, men som ikke hadde dokumentert nytteverdi eller kunne karakteriseres som nødvendige. Hovedretningslinjen som ble skissert for ressursbruk innebar at offentlige ressurser ikke skulle anvendes på forbedringstiltak for prioriteringsnivå fire eller fem før prioriteringsnivåene 1-3 var tilfredsstillende ivaretatt over hele landet. I 1990 ble en seks måneders behandlingsgaranti innført for pasienter i gruppe nummer to, og retningslinjene skulle dermed få større praktiske implikasjoner enn tidligere (Berg, 1999). To år senere ga et rundskriv distribuert fra Sosial- og helsedepartementet en mer eksplisitt redegjøring for hvilke pasientgrupper som skulle høre hjemme i prioriteringsgruppe nummer to (Sosial- og helsedepartementet, 1992). I 1997 ble et nytt firedelt prioriteringssystem foreslått av "Lønning II-utvalget" (NOU, 1997^b). Den foreslåtte kategoriseringen er gjengitt nedenfor:

Gruppe i: Grunnleggende helsetjenester

Gruppe ii: Utfyllende tjenester

Gruppe iii: Lavt prioriterte tjenester

Gruppe iv: Tilbud som ikke hører hjemme innenfor det offentlig finansierte helsetilbud.

I utvalgets innstilling ble videre ventetidsgarantien for behandling ved alvorlig sykdom foreslått redusert til tre måneder. I tillegg ble en ny vurderingsgaranti innført. Pasienter som fikk tildelt en slik garanti skulle dermed være garantert vurdering av sin tilstand innen 30 virkedager. Utvalget påpekte dessuten behovet for umiddelbar iverksetting av tiltak for å oppgradere tjenestetilbudet innenfor psykisk helsevern. De understreket behovet for å tenke langsiktig i forhold til utbygging av tilbudet både innenfor barne- og ungdomspsykiatrien og voksenpsykiatrien.

Perioden etter 1990 viste at behandlingsgarantiene i praksis ofte ble brutt, og til tross for innskjerpingen av garantiordningen i 1997 fortsatte garantibruddene å øke. I 2001 ble ordningen til slutt erstattet av en rett til nødvendig helsehjelp (cf. Odelstingsproposisjon nr 63 (2002-2003) Om lov om endring i lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven) m.m.). Hvorvidt en pasient skulle innvilges rett til offentlig helsehjelp skulle bygge på en individuell medisinsk-faglig vurdering, basert på alvorlighetsgrad, pasientens lidelse, mulighetene for bedring som et resultat av behandlingen og hvorvidt forholdet mellom forventede resultater og kostnader ga grunnlag for å anbefale behandling. I

henhold til prioriteringsforskriftens §3 ble det videre fastsatt at behandling av pasienter som var innvilget rett til nødvendig helsehjelp skulle skje innen en medisinsk forsvarlig tidsramme. Det ble med andre ord ikke fastsatt noen generell tidsfrist for behandling, men besluttet at behandlingstidspunktet skulle bestemmes utifra "en konkret helhetsvurdering basert på medisinsk skjønn" (Op. cit: 28). Vurderingsgarantien på 30 dager ble besluttet videreført.

Prioriteringsregelverket åpnet altså opp for at enkelte typer behandling ikke skulle betales av det offentlige. Dette gjaldt for eksempel in vitro fertilisering (IVF) og sterilisering. For disse behandlingstypene ble det innført delvis eller full egenbetaling. Ved behandling av revidert nasjonalbudsjett i 2002 vedtok stortinget at egenandelen for IVF skulle være på 18 000 kroner. Fra 1. januar 2002 ble det innført egenbetaling for sterilisering. Bestemmelsen slo fast at halvparten av utgiftene skulle dekkes av pasienten selv ved kvinnelig sterilisering og hele kostnaden ved mannlig sterilisering. Egenbetaling avkreves imidlertid ikke dersom det er medisinsk indikasjon for steriliseringen.

Siden mars 2000 har det eksistert et nasjonalt råd for prioritering i helsevesenet som skal være Helsedepartementets rådgivende organ i prioriteringsspørsmål. Spørsmålene om egenbetaling for IVF og sterilisering er typiske saker som rådet blir bedt om å ta stilling til. I forhold til IVF presiserte rådet at infertilitet måtte betraktes som en funksjonssvikt, noe som gjør at det faller inn under det offentlige helsevesenets arbeidsoppgaver. De vurderte det derfor som vanskelig å forsvare full egenbetaling ved denne typen behandling, men mente at egenbetaling i størrelsesorden 20-25 prosent måtte anses som rimelig. I tillegg til å være rådgivende organ i slike saker defineres prioriteringsrådets mandat slik:

"[Rådet har] et ansvar for å bidra til en forståelse i samfunnet for de prioriteringer som må gjøres i den offentlige helsetjenesten. I sine overveielser skal rådet ta etiske, faglige og ressursmessige hensyn, og det legges vekt på at befolkningen skal få innsyn i rådets beslutningsgrunnlag." (Helsedepartementet, 2004)

3.1.2 Organisering og styring- bedre ressursutnyttning

Spørsmålet om organiseringen av spesialisthelsetjenesten hadde høy aktualitet utover 1990-tallet. I 1996 konkluderte "Hellandsvikutvalget" med at det eksisterte et sterkt behov for regional samordning (NOU, 1996: Hvem skal eie sykehusene?). Utvalgsmedlemmene var imidlertid splittet i tre fraksjoner i forhold til hvilken eierskapsmodell de betraktet som mest gunstig. I Stortingsmelding nr. 24 (1996-1997) "Tilgjengelighet og faglighet. Om sykehus og annen spesialisthelsetjeneste" fremmet Helsedepartementet et forslag om sterkere regional samordning av sykehusene. Det ble imidlertid understreket at sykehusenes eierskap ikke var den viktigste årsaken til tilgjengelighets- og kapasitetsproblemer spesialisthelsetjenesten sto ovenfor. Derimot ble fokuset satt på behovet for "formalisering av de regionale helseutvalg og sterkere statlig styring gjennom juridiske og økonomiske midler". Dette betydde at potensialet for mer effektiv ressursutnyttelse gjennom bedre samordning ble vurdert som stort. Videre adresserte stortingsmeldingen behovet for å skille klarere mellom det akuttmedisinske tilbudet og den elektive virksomheten. Det ble blant annet foreslått at antallet sykehus med heldøgns akuttberedskap skulle reduseres. Man antok at gjennomføringen av slike endringer betinget sterkere statlig styring enn man hadde på det aktuelle tidspunktet.

Temaet ble fulgt opp i NOU 1998:9 Hvis det haster. Utvalget konkluderte med at øyeblikkelig hjelp-funksjonen ikke fungerte på en hensiktsmessig måte, og at det derfor var nødvendig å bedre legedekningen i kommunene, øke kvaliteten og kapasiteten i ambulansetjenesten og ikke minst endre strukturen og oppgavefordelingen mellom sykehusene. Utvalget understreket spesielt at det var behov for økt samarbeid mellom forvaltningsnivåene og at oppgavene man sto ovenfor best kunne løses i et regionalt perspektiv. Endringsbehovet ble enda mer eksplisitt formulert i utredningen "Hvor nært skal det være?", der et samlet utvalg stilte seg bak følgende konklusjon:

"(...) de styringsmessige utfordringer som er drøftet i kapittel 4 tilsier reformer i styringen av de offentlige sykehusene. Grunnlaget for utvalgets vurderinger i dette kapitlet er hensynet til helsepolitiske mål, hensynet til demokratisk styring og forvaltningsmessig hensiktsmessighet, samt de styringsmessige utfordringer som sykehussektoren står overfor. Reformene bør klargjøre statens og fylkeskommunens roller som myndighetsutøvere, som eiere og som oppdragsgivere for de offentlige sykehusene."

Med Lov om helseforetak (Ot.prp. nr. 66 (2000-2001)), kom endringene som lenge hadde vært spådd, og etter hvert relativt grundig beskrevet, i forskjellige utredninger. Loven dannet grunnlaget for den statlige overtakelsen av spesialisthelsetjenesten og organiseringen av sykehussektoren i henhold til en foretaksstruktur. Reformen var slik både en eierskaps- og foretaksreform, og i norsk kontekst en av de største reformene som noen gang hadde blitt iverksatt.³³ Eierskapsmessig ble ansvaret for både somatiske institusjoner og institusjoner for psykisk helsevern overført fra fylkeskommunene til staten, og de fem allerede eksisterende helseregionene ble tildelt ansvaret for styring og koordineringen av driften. Dette innebar blant annet at hver helseregion fikk et sørge-for ansvar ovenfor befolkningen bosatt innenfor de respektive geografiske regionene. Organisatorisk ble både helseregionene og sykehusene omgjort til foretak, og Helsedepartementet utnevnte et styre for hvert av de fem regionale helseforetakene (RHF).

Reformen har blitt karakterisert som en New Public Management (NPM)-inspirert reform. NPM er et samlebegrep for kjennetegn ved reformer innenfor offentlig sektor som "kopierer" ideer og strategier som tradisjonelt har vært forbeholdt det private næringsliv. I følge Hood (1991) kjennetegnes NPM av bruk av standarder for resultatmåling og en generell utvikling i retning av større oppmerksomhet omkring output-siden. Videre er det vanlig å bygge ned eller nedtone offentlig byråkratisk organisering til fordel for selskap-, foretaks- eller stiftelsesorganisering. Konkurransen innenfor kvasi-markeder samt bruk av kontraktsstyring er andre typiske elementer. Lederskapsprinsipper importeres ofte fra privat sektor samtidig som resultatbasert avlønning er vanlig. Andre sentrale trekk er oppfatningen av publikum som kunde og høy disiplin i organisasjonen i forhold til ressursbruk og kostnadskutt.³⁴ Vareide (2001) argumenterer for at en rekke av utviklingstrekkene innenfor den norske spesialisthelsetjenesten de siste årene passer inn innenfor et NPM-rammeverk. Han beskriver de viktigste utviklingstrekkene på følgende måte:

- "Økt incentivbruk særlig økt vektlegging av innsatsstyrt finansiering
- Større fokus på resultatmål og sammenlignbare data mellom sykehus
- Fritt sykehusvalg for elektive tjenester
- Større fokus på lederroller og lovbestemmelser om enhetlig ledelse
- Ny helselovgivning som knytter ansvar til lederposisjoner framfor profesjonsutdannelse, men som understreker det individuelle ansvar alt helsepersonell har.
- Foretaksorganisering – nye fullmakter for ledelsen av helseforetakene
- Bruk av profesjonelle styrever og organisasjons- og styringsprinsipper fra privat sektor
- Større skille mellom helsepolitikk – det å sette helsepolitiske mål, og drift av helsetjenester – å arbeide for å nå målene" (Op. cit: 45).

³³ Reformen omfattet 40 milliarder helsekroner og 100 000 årsverk (Martinussen & Paulsen, 2003).

³⁴ For en mer utfyllende beskrivelse av NPM se Hood (1991).

3.1.3 Fritt sykehusvalg og innsatsstyrt finansiering (ISF)

Fritt sykehusvalg ble vedtatt ved Lov av 2. juli 1999 om pasientrettigheter (Pasientrettighetsloven), men ble først implementert fra 1. januar 2001. Fritt sykehusvalg innebar at pasientene selv skulle få velge behandlingssted ved elektiv behandling. Så langt har det vært vanskelig å tallfeste omfanget av pasienter som har benyttet seg av denne rettigheten, ettersom pasientstrømmene mellom helseforetak og regioner også er et resultat av funksjonsfordeling og driftsavtaler mellom regionene og private aktører.

Bakgrunnen for innføringen av ISF var et ønske om mer effektiv ressursutnyttelse og kapasitetsøkning ved de offentlige sykehusene. I perioden fra 1980 til 1997 hadde de norske sykehusenes finansiering blitt ivaretatt gjennom et såkalt rammefinansieringssystem. Sentrale myndigheter bevilget årlig et beløp til hver fylkeskommune som skulle dekke utgifter til sykehusdrift, videregående skoler, kultur, samferdsel osv. Beløpet ble tildelt utifra en fordelingsnøkkel basert på blant annet skatteinntekter, alderssammensetning i befolkningen og befolkningstettheten (Hagen & Kaarbøe, 2004).³⁵ Fylkeskommunene fikk på denne måten delegert myndighet til å prioritere mellom sine ulike ansvarsområder og i praksis fikk dermed sykehusene tildelt en årlig budsjetttramme fra fylket.³⁶ Rammefinansieringssystemet inneholdt få effektiviseringsincentiver, og lengden på ventelistene ble ofte brukt som argument fra sykehusenes side for å oppnå en økning i egne bevilgninger i neste budsjetttrunde med fylket (for eksempel Iversen, 1993). På grunn av disse svakhetene ved finansieringssystemet ble det etter vært gjenstand for betydelig kritikk fra mange hold. Utover 1990-tallet førte høye ventelistetall til en prioriterings- og effektiviseringsdebatt som resulterte i et forslag om å endre finansieringssystemet (St. meld. nr. 44 (1995-96) Ventetidsgarantien – kriterier og finansiering; Stortingsmelding nr. 24 (1996-1997) Tilgjengelighet og faglighet. Om sykehus og annen spesialisthelsetjeneste). Resultatet ble innføringen av ISF i 1997. Hovedintensjonen bak overgangen til det nye inntektssystemet var å øke aktiviteten og effektiviteten ved de somatiske sykehusene. Samme år som ISF ble introdusert innførte 15 av 19 fylker ordningen. I 1998 steg totaltallet til 17, i 1999 til 18, før det siste fylket sluttet seg til i 2000. Hagenutvalget leverte i desember 2003 en ny innstilling om refusjonsordning for spesialisthelsetjenesten. Forslaget til hovedinntektsmodell oppsummeres slik:

"1 Dagens blandingsmodell med ISF og basisbevilgning foreslås videreført og videreutviklet.

2 Det tas sikte på å utvikle pasientklassifiseringssystemer der dette mangler i dag.

3 Basisbevilgningen økes tilsvarende en reduksjon av ISF-satsen fra 60 til 40 prosent og en reduksjon av poliklinikkattsene i samme omfang.

4 Poliklinikktilskudd utbetales til RHF fra 2004, på samme måte som for ISF.

5 Det foreslås opprettet et beregningsutvalg med deltakelse fra RHF, berørte departement og ekstern forskerkompetanse." (Stortingsmelding nr. 5 (2003-2004) Inntektssystem for spesialisthelsetjenesten)

3.2 Strukturendringer, ressursforskyvning og spesialisering

Det har skjedd relativt omfattende strukturendringer i den norske sykehussektoren de siste tiårene. Strukturendringene omfatter organisatoriske fusjoner, funksjonsfordeling og reduksjon i antall institusjoner med full akuttmedisinsk beredskap. Spesielt berørt ble Vest-Agder, Østfold, Vestfold, Oppland, Hedmark og Sogn og Fjordane som opplevde større endringer i sykehusstrukturen (Hansen, 2001), men også andre fylker opplevde forandringer, spesielt i forhold til sykehusinterne omorganiseringer og regionale funksjonsfordelinger. Allerede i 1987 ble intern organiserings betydning for effektivitet og behandlingskvalitet ved de somatiske sykehusene diskutert i en utredning om sykehustjenesten i Norge (NOU, 1987^a Syke-

³⁵ Fra midten av 1980-tallet ble det i tillegg innført noen øremerkede midler som skulle stimulere til aktivitetsvekst i spesialisthelsetjenesten.

³⁶ I tillegg ble polikliniske konsultasjoner finansiert av Rikstrygdeverket.

hustjenester i Norge. Organisering og finansiering). Behovet for større fleksibilitet i forhold til budsjett, målsetninger, resultater, personell og ledelse ble fremhevet spesielt. Temaet ble fulgt opp i en utredning ti år senere (NOU 1997^a Pasienten først! Ledelse og organisering i sykehus), og nok en gang ble det oppfordret til nytenkning i forhold til den interne organiseringen. Videre ble det fremhevet at sykehusledelsen ved de respektive sykehusene var best egnet til å fatte vedtak om hvilken struktur som på en mest hensiktsmessig måte kunne tilrettelegge for at sykehusene kunne nå sine målsetninger knyttet til effektiv pasientbehandling og høy kvalitet på tjenestene. Interne strukturendringer måtte dessuten ses i sammenheng med de helsepolitiske oppfordringene om å øke volumet av dagbehandling (for eksempel Sosial- og helsedepartementet, 1996; NOU, 1997^a; NOU, 1999). Innenfor psykisk helsevern har utviklingen gått i retning av en desentralisering av tilbudet innenfor voksenpsykiatrien. Mens man tidligere behandlet en stor del av pasientene i store institusjoner med døgnbasert omsorg, har man de senere årene i stadig større grad gått over til bruk av differensierte lavterskeltilbud i lokale sentra (Hagen, 2000). Samtidig ble ressursene forskjøvet fra døgninstitusjonene til poliklinikkene. Når det gjelder barne- og ungdomspsykiatrien har den helsepolitiske erkjennelsen av behovet for utbygging av både døgnplasser, dagplasser og det polikliniske tilbudet blitt manifestert blant annet i opptrappingsplanen for psykisk helse (Stortingsproposisjon nr. 63 (1997-1998)).

Parallelt med strukturforandringene skjedde det innenfor somatikken en forskyving av ressursene i retning av de største somatiske sykehusene (regionsykehusene og sentralsykehusene), slik at disse, relativt sett, økte sine økonomiske rammer og personelltall. Hansen (2001) beskriver imidlertid en noe forskjellig bakgrunn for utviklingen i regionsykehusene og sentralsykehusene – mens førstnevnte institusjoner vokste i kraft av sin egendynamikk, skyldtes veksten for sentralsykehusene hovedsakelig fusjonering. Endringene på 1990-tallet oppsummeres på følgende måte:

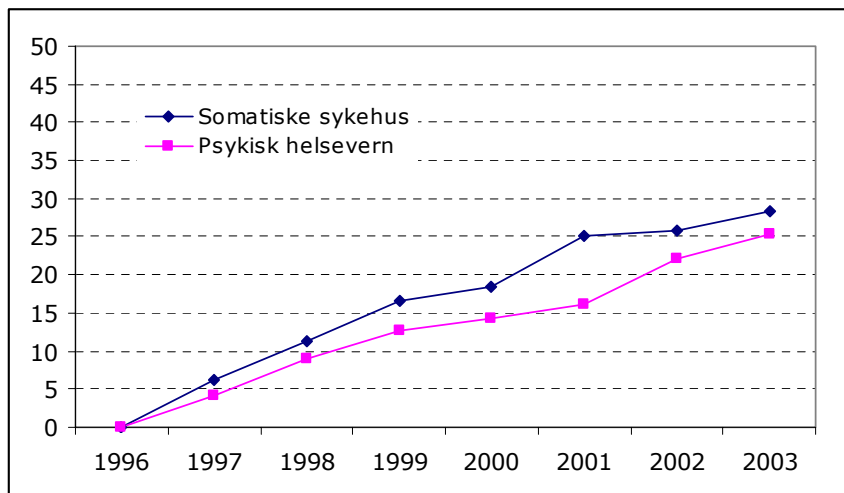
"Kort oppsummert kan en si at de to viktigste *utviklingstrekkene* når det gjelder de ulike sykehustypenes andel av oppholdene er (i) en økning i regionsykehusenes andel av de elektive oppholdene og oppholdene for kirurgisk behandling, og (ii) en økning av sentralsykehusenes andel av alle opphold, og særlig opphold for øyeblikkelig hjelp og medisinsk behandling (...) I perioden fra 1992 til 2000 har *regionsykehusene* økt sin andel av både de faktiske nettoutgiftene til somatiske sykehus i Norge, sin andel av alle typer personell og andelen av sengene ved både kirurgiske og medisinske avdelinger (...) Veksten i *sentralsykehusenes* andel av nettoutgiftene og andel av sengene har imidlertid vært større enn for regionsykehusene, og viser en økning i de faktiske nettoutgiftene på omtrent 8 prosentpoeng. Økningen i sentralsykehusenes andel av legeårsverkene har vært noe mindre og var på 5-6 prosentpoeng." (Huseby, 2001^a: 74)

Som en konsekvens av denne utviklingen har lokalsykehusenes andel av ressursene i løpet av samme periode blitt redusert. Nedgangen i nettoutgifter og personell var størst for lokalsykehusene med sentralsykehusfunksjon som hadde en nedgang i relativ ressursandel tilsvarende 4 til 6 prosentpoeng. Noe av denne nedgangen vil naturligvis være et resultat av den tidligere nevnte inkorporeringen av lokalsykehus i sentralsykehusene. Fosse (1999) fremhever dessuten at den stadig økende grenspesialiseringen blant legene etter hvert medførte behov for et relativt større pasientgrunnlag, noe som ytterligere forsterket behovet for strukturendringer i retning av sentralisering. I løpet av 1990-tallet skjedde det en gradvis spesialisering av legekompentansen, og som et resultat av dette, en seksjonering av sykehusavdelingene.

Den funksjonelle sentraliseringen er også gjenspeilet i *byggningsprosjektene* som ble iverksatt, og kanskje i enda større grad gjennom alle prosjektene som ble planlagt i løpet av tiåret. Prosjektene utviklet seg til å bli stadig større i omfang og mer komplekse enn tidligere. Eksempler på slike byggeprosjekter er Vest-Agder Sentralsykehus som ble oppført i 1990 og det nye Rikshospitalet som sto innflytningsklart i 2000. Blant byggningsprosjektene som ble planlagt i løpet av den siste halvdel av 1990-tallet kan storsatsningene forbundet med byggingen av nye universitetsklinikker i Trondheim og Akershus nevnes.

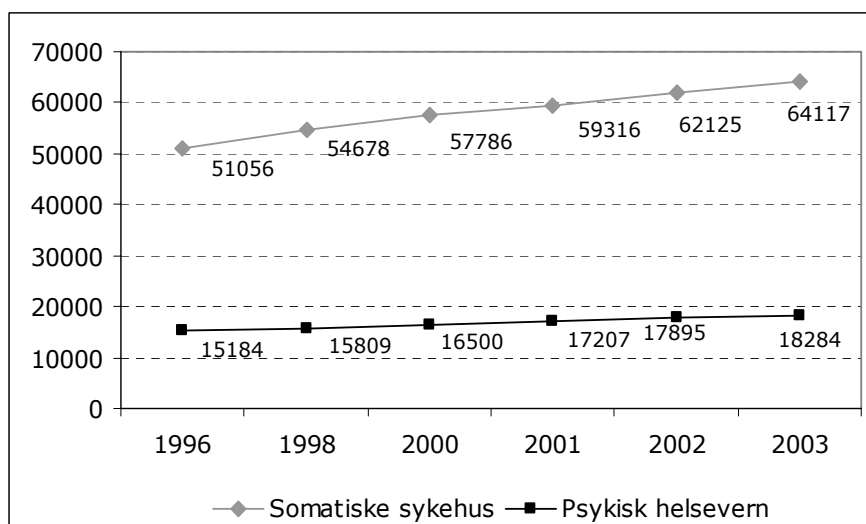
3.3 Sterk ressursvekst både for psykisk helsevern og somatiske sykehus

Fra starten av 1990-tallet og frem til i dag har aktivitetsveksten i spesialisthelsetjenesten vært stor og stabil både i den somatiske helsetjenesten og i psykisk helsevern. Figur 3.1 og 3.2 nedenfor illustrerer veksten i henholdsvis driftsutgifter og antall årsverk.



Figur 3.1 Kumulativ prosentvis vekst i totale driftsutgifter til somatiske sykehus og psykisk helsevern fra 1996 til 2003. (Datakilde: Samdata Somatikk og Samdata Psykisk helsevern)

Figur 3.1 viser den kumulative veksten i totale driftsutgifter til somatiske sykehus og psykisk helsevern fra 1996 til 2003. For perioden totalt har veksten vært på nesten 30 prosent for somatikken og over 20 prosent innenfor psykisk helsevern. Nye tall publisert i SAMDATA Somatikk Sektorrapport fra SINTEF Helse viser at veksten i somatikken fortsetter. Fra 2002 til 2003 var den prosentvise veksten på 2,5 prosent.



Figur 3.2 Utviklingen i totalt antall årsverk innenfor psykisk helsevern og somatisk spesialisthelsetjeneste fra 1996 til 2002. (Datakilde Samdata Somatikk og Samdata Psykisk helsevern)

Veksten i antall årsverk i løpet av perioden har også vært betydelig; i perioden fra 1996 til 2003 økte antall årsverk i somatiske sykehus og innenfor psykisk helsevern med henholdsvis 25 og 20 prosent. En svært liten andel av veksten i somatisk sektor skyldes at nye institusjoner er kommet til de siste årene, herunder private sykehus og noen rehabiliterings- og habiliteringsinstitusjoner.

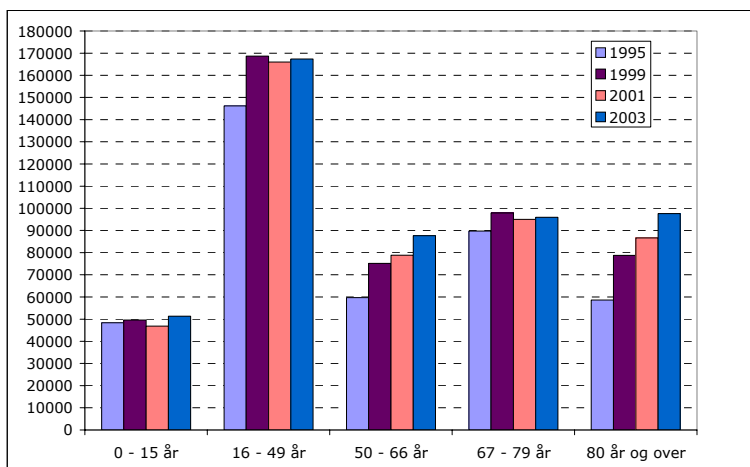
3.4 Utvikling i de somatiske sykehusenes aktivitet og kapasitet

Mange forhold er med å påvirke sykehusenes aktivitet. Dette inkluderer forhold relatert til demografi, medisinsk teknologi, epidemiologi, kultur og økonomi. Sykehusenes strukturelle og kapasitetsmessige utvikling er interessant som et bakteppe for en senere diskusjon av forholdet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. I det følgende ønsker vi å illustrere endringer i sykehusenes aktivitet og kapasitet ved bruk av empiriske data. Vi vil spesielt vektlegge endringer relatert til eldres sykehusbruk og kapasitetsmessige forhold i sykehusene som kan antas å ha betydning for kommunehelsetjenesten.

3.4.1 Sterk vekst i antall innleggelser³⁷

SAMDATA Sykehus- publikasjonene har vist at det er en økning i alle typer opphold ved norske sykehus (se Torvik 2003 (SAMDATA Sykehus 2002)). Dette inkluderer en sterk vekst i antall dagopphold og en vekst i antall polikliniske konsultasjoner. Det er imidlertid knyttet noe usikkerhet til registreringen av dagopphold og polikliniske konsultasjoner bakover i tid. I dette kapitlet vil vi derfor konsentrere oss om endringer i aktiviteten ved sengeavdelingene. Vi starter med å se på de faktiske endringer i antall innleggelser ved norske sykehus (brevetnevnt som heldøgnsopphold) og antallet liggedager i perioden 1995-2003.

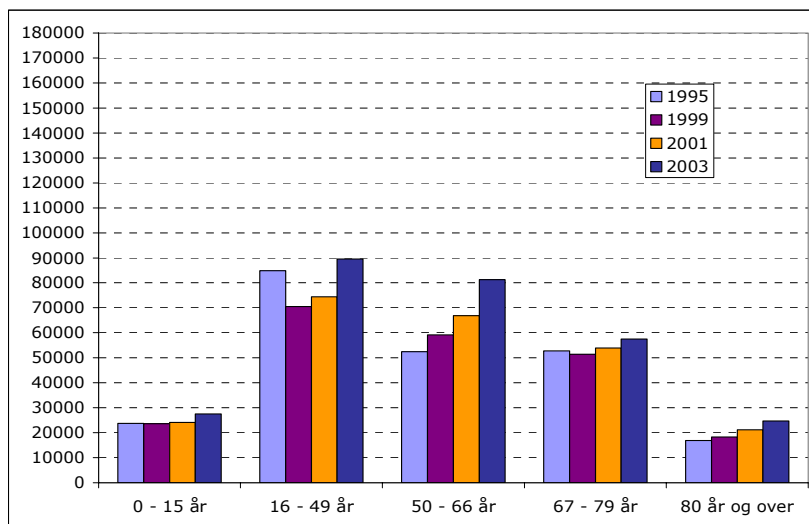
Endringer i antall heldøgnsopphold og liggedager i sykehus illustrerer hvilke endringer man i praksis står overfor i driften av norske sykehus. Antall innbyggere i de ulike aldersgruppene vil ha betydning for endringer pasientsammensetning ettersom sykdomsmønsteret endrer seg med alder. Vi skiller mellom planlagte innleggelser og innleggelser som øyeblikkelig hjelp. For befolkningen totalt er over 60 prosent av innleggelsene ø-hjelpsinnleggelser og for aldersgruppen over 80 år er andelen på 80 prosent (2003-tall).



Figur 3.3 Antall heldøgnsopphold som øyeblikkelig hjelp fordelt etter aldersgrupper.1995-2003. (Datakilde NPR)

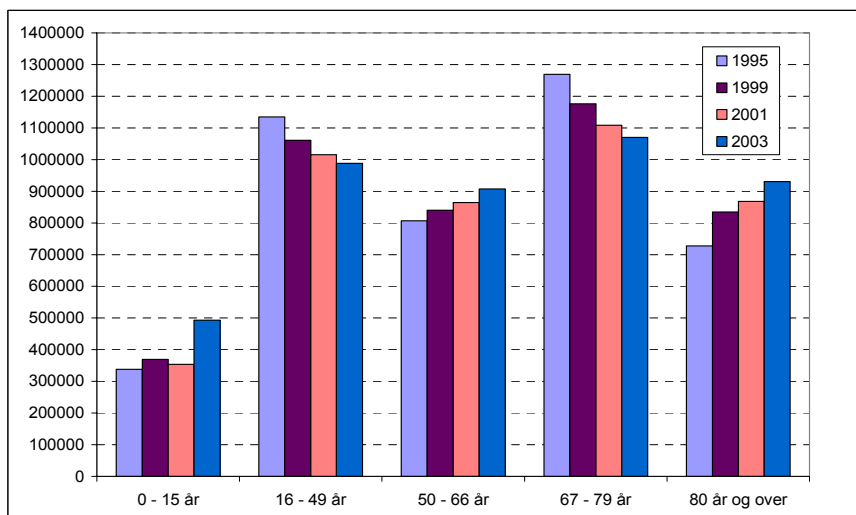
³⁷ Begrepene innleggelser og heldøgnsopphold brukes synonymt

Antall øyeblikkelig hjelp-innleggelses økte totalt med i underkant av 100 000 opphold i perioden fra 1995 til 2003 eller nesten 25 prosent. Både i faktiske (+39 000) og relative tall (+ 67 prosent) var økningen størst for aldersgruppen 80 år og eldre. Også i aldersgruppen 50- 66 år er veksten betydelig, mens det for de andre aldersgruppene er en relativt stabil utvikling. Antallet elektive (planlagte) innleggelses økte med i underkant av 50 000 opphold eller i overkant av 20 prosent i samme periode. Både den faktiske (+28 000) og den relative veksten (+55 prosent) var i dette tilfelle størst for aldersgruppen mellom 50 og 66 år. Men den prosentvise veksten i antall planlagte innleggelses var stor også for de aller eldste (+ 46 prosent).



Figur 3.4 Elektive heldøgnsopphold fordelt etter aldersgrupper 1995-2003. (Datakilde NPR)

Som vi skal komme tilbake til senere er denne veksten koblet til endringer i demografi, men først vil vi se på endringer i antall liggedøgn på sykehusene.



Figur 3.5 Antall liggedager for pasienter med heldøgnsopphold 1995-2003 fordelt etter aldersgrupper³⁸. (Datakilde NPR)

³⁸ Opphold med 0 liggedager ikke inkludert

Liggedagsforbruket er det som har mest betydning for ressursbruken knyttet til det enkelte opphold og som vi skal se har det vært en svært interessant utvikling de siste årene i så måte. Figur 3.5 viser utviklingen i totalt antall liggedager etter aldersgrupper for pasienter som har minst en overnatting på sengeavdeling. Det er ikke så overraskende at vi til en viss grad finner det samme mønstret i utvikling av liggedager som for opphold³⁹. I figur 3.5 er ikke opphold med 0 liggedager inkludert. Disse har økt mye relativt sett, men utgjør lite, selv om vi regner inn 1 liggedag for hver av dem. Totalt sett kan vi konkludere med at det totale liggedagsforbruket ved norske sykehus har endret seg lite. Det gjennomsnittlige antall liggedager per opphold har imidlertid forandret seg. Nedenfor vil vi se nærmere på utviklingen knyttet til aktivitet og liggetid.

3.4.2 Illustrasjon av effektiviseringen i sykehusene

Det totale liggedagsforbruket er som vist nesten uendret i perioden 1995-2003, samtidig som antallet innleggelser har økt betydelig både for øyeblikkelig hjelp og planlagte (elektive) opphold. I tabell 3.1 er liggedagene knyttet til elektive og ø-hjelpsopphold regnet om i faktisk sengeforbruk fordelt etter aldersgrupper. Det framkommer at liggedager relatert til planlagte opphold er redusert betydelig og tilsvarer over ca 400 senger. Dette oppveies av en sterk økning i sengebehovet knyttet til øyeblikkelig-hjelp innleggelser tilsvarende 310 senger. Den sterke reduksjonen i sengebehov knyttet til planlagte opphold har nok stor sammenheng med bedre behandlingsmetoder og en overgang til dagbehandling for mange av de "letteste" pasientgruppene. For øyeblikkelig hjelp er dagbehandling som regel ikke et alternativ til innleggelse.

Tabell 3.1 Endring i bruk av faktisk antall senger 1995- 2003 basert på antall liggedager⁴⁰ og prosent endring i antall opphold på sengeavdeling.

	Endring i antall senger brukt til elektive opphold	Endring i antall senger brukt til øyeblikkelig hjelp-opph	Endring i sengeforbruk elektiv og ø-hjelp	prosent endring sengeforbruk totalt (liggedager)	Prosent endring elektive opphold	prosent endring øhjelpsopphold
0 - 15 år	-18	-62	-80	-9,1	16,0	6,1
16 - 49 år	-342	-20	-362	-11,6	5,5	14,5
50 - 66 år	81	224	305	13,9	55,0	46,7
67 - 79 år	-223	-301	-524	-15,1	9,1	6,9
80 år og over	95	469	565	28,3	46,4	66,5
Alle aldre	-406	310	-96	-0,8	21,6	24,1

Selv om det faktiske liggedagsforbruket er nesten uendret totalt sett har det vært en sterk reduksjon i det faktiske antallet effektive (tilgjengelige) senger på sengeavdelingene. Reduksjonen er på cirka 7 prosent og tilsvarer ca 1000 senger⁴¹. Dette er muliggjort av *mer bruk av dagbehandling, en generell reduksjon i liggetid og en høyere utnyttelsesgrad av sengene*. Det totale belegget på norske sykehus var i 2003 på 94 prosent. Bak dette tallet finnes en relativt stor variasjon i belegg på den enkelte sykehus. Enkelte store sykehus har i

³⁹ I tallene for aldersgruppen 0-15 år er tallene for 2003 inkludert liggedager for nyfødte og er derfor ikke sammenlignbart med tidligere år. Hvis vi holder nyfødte utenfor beregningen har antall liggedager gått litt ned.

⁴⁰ inkluderer alle med minst en overnatting

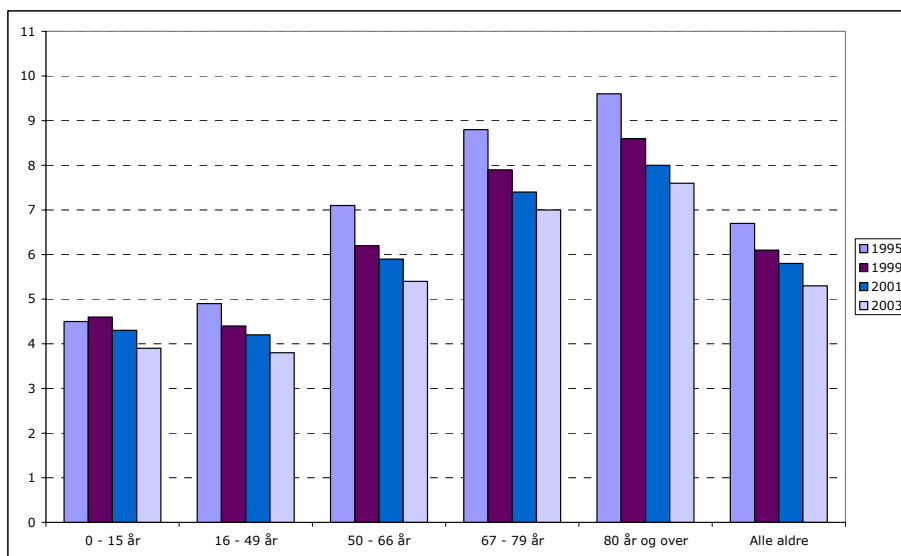
⁴¹ Se Huseby 2004 (SAMDATA Somatikk 2003) og Torvik 2003 (SAMDATA sykehus 2002)

dag 100 prosent belegg hele året, noe som indikerer at mange avdelinger sliter med overbelegg. Et så høyt belegg gir på den ene siden en effektiv bruk av sengene. På en annen side gjør det sengeavdelingen svært sårbar for variasjoner i pasientpågangen, for eksempel i forbindelse med en influensaepidemi e.l. I kapittel 3.5 vil vi komme tilbake til kapasitetssituasjonen ved sengeavdelingene ved blant annet å se på forekomst av korridor-pasienter.

Liggetiden reduseres

Redusert i liggetid er en viktig forklaring på reduksjon i sengetall. Liggetiden er blitt gradvis redusert innenfor samtlige aldersgrupper de siste årene, slik figur 3.6 viser.

De to yngste aldersgruppene, som representerer pasienter yngre enn 50 år, har redusert den gjennomsnittlige liggetiden fra rundt 4,5 dager i 1995 til i underkant av fire dager i 2003. Aldersgruppen som består av pasienter eldre enn 79 år har naturlig nok fortsatt den lengste gjennomsnittlige liggetiden, selv om den har blitt redusert fra nesten 10 dager i 1995 til 7,6 dager i 2003.



Figur 3.6 Gjennomsnittlig liggetid per aldersgruppe. 1995-2003 . Alle heldøgnsopphold. (Datakilde NPR).

Den gjennomsnittlige liggetiden kan skjule store endringer i spredning av liggetid mellom pasientene. De årlige Samdata somatikk-rapportene viser at andelen langtidsliggere er redusert i sykehusene. En reduksjon i antallet pasienter med svært lang liggetid vil kunne påvirke det aritmetiske gjennomsnittet, selv om antallet pasienter dette gjelder kan være beskjedent (relativt sett). I tabell 3.2 viser vi derfor endringer i liggetid framstilt ved bruk av median liggetid⁴² i tillegg til det aritmetiske gjennomsnittet. Denne gangen inkluderes bare pasienter innlagt som øyeblikkelig hjelp. For øyeblikkelig hjelp er reduksjon på grunn av dagbehandling i svært liten grad aktuell og liggetiden gjenpeiler derfor i mindre grad endringer i pasientsammensetningen ved sengeavdelingene.

⁴² Median liggetid er det antallet dager eller den verdi som deler pasientmengden i to like store deler. 50 prosent ligger lenger og 50 prosent kortere

Tabell 3.2 Gjennomsnittlig og median liggetid for øyeblikkelig hjelp heldøgnsopphold 1995, 2000 og 2003. Fordelt etter aldersgrupper (Datakilde NPR)

	Gjennomsnittlig liggetid			Median liggetid		
	1995	2000	2003	1995	2000	2003
0-15 år	4,4	4,2	3,7	2	2	2
16-49 år	4,4	4,1	3,7	3	3	3
50-66 år	6,9	6,2	5,6	4	3	3
67-79 år	8,9	7,7	7,2	6	5	4
80 år og eldre	9,7	8,3	7,6	6	5	5
Alle aldre	6,5	5,9	5,5	4	3	3

Både gjennomsnittlig liggetid og median liggetid for ø-hjelpspasienter er redusert med en liggedag i perioden fra 1995 til 2003. Endringer i median liggetid viser at halvparten av oppholdene hadde en liggetid under 4 dager i 1995, og var redusert til 3 dager i 2003. Ser vi bort fra de yngste aldersgruppene er reduksjonen i median liggetid mindre enn i gjennomsnittlig liggetid. Dette viser at liggetidsreduksjonen både er knyttet til færre langtidsliggere og en generell liggetidsreduksjon.

Hvor mye har nedgangen i liggetid for de eldste betydd for sykehusene?

Reduksjonen i liggetid for eldre ved sengeavdelingen har skjedd gradvis over lang tid. Det kan antas at det er spesielt to forhold som bidrar sterkt til en slik utvikling: a) en reduksjon i antallet eldre langtidspasienter i sykehusene og b) en generell reduksjon i liggetid. For de eldste har overgangen til dagbehandling noe mindre betydning, spesielt fordi andelen ø-hjelpsinnleggelse utgjør ca 80 prosent av alle innleggelse for pasienter over 80 år. Hvor mye har endring i liggetid betydd i "sparte liggedager" for sykehusene? Vi vil forsøke å illustrere dette på en enkel måte.

Vi kan ta utgangspunkt i eldre pasienter innlagt som øyeblikkelig hjelp fordi disse innleggelsene i liten grad kan erstattes med dagbehandling. For elektive pasienter vil liggetiden i større grad påvirkes av dette.

I 1995 hadde pasienter som var 80 år og eldre en gjennomsnittlig liggetid på 9,7 dager, mens den samme gruppen hadde 7,6 dagers gjennomsnittlig liggetid i 2003, åtte år senere. Hvis vi multipliserer antallet heldøgnsopphold for pasienter 80 år og over i 2003 med den gjennomsnittlige liggetiden i 1995 får man en differanse på omtrent 210 000 liggedager i forhold til det reelle antall liggedager i 2003. Dette tilsvarer over 580 senger i drift for 2003.

I tolkingen av et slikt regnestykke er det flere forhold som må tas i betraktning og som gir usikkerhet knyttet til resultatet. Andelen reinnleggelse har økt fra 50 til 55 prosent av pasientene bare fra 1999 til 2003 (se kapittel 3.5). Liggetiden totalt gjennom året blir dermed delt opp på flere opphold for flere pasienter nå enn før. En økning i gjeninnleggelse gjør at vi overestimerer antallet opphold som grunnlag for utregning av liggedager gitt samme liggetid. Kontrollerer vi for reinnleggelse ved å se på sum gjennomsnittlig liggetid (total liggetid for hver pasient uavhengig av antall opphold) finner vi at antallet "sparte liggedager" reduseres til 510 beregnede senger.

En annen faktor som kan påvirke liggetiden er at del pasienter overføres mellom sykehus. Endringer i organiseringen av pasientforløp ved f eks at store sykehus i økende grad overfører pasienter til vedkommendes lokale sykehus kan gi kortere liggetid ved det enkelte sykehus. Vi har ikke gode data på i hvilken grad det skjer endringer i dette av et slikt omfang av det som slår ut denne sammenheng. Vi antar at dette har relativt sett mindre

betydning når vi kun ser på ø-hjelpsinnleggelser for de aller eldste i forhold til en inkludering av alle aldersgrupper og elektive pasienter.

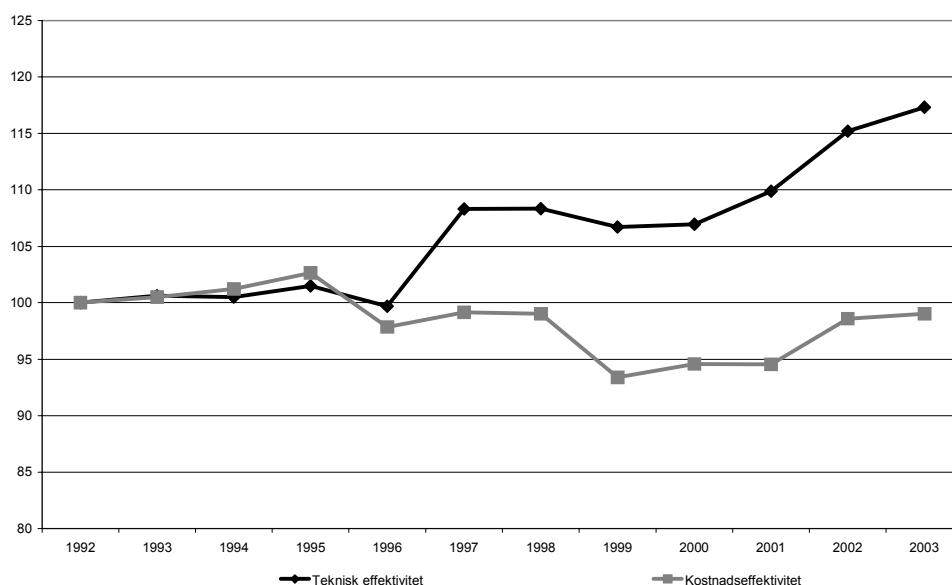
Hva har nedgangen i liggetid for de eldste betydd for kommunene? Selv om sykehusene over tid har redusert liggetiden også for de eldste er det ikke slik at dette har sitt direkte motstykke i kommunale kostnader til pleie og omsorg. Det er mange forhold som påvirker liggetid og vi må blant annet ta i betraktning at bedre behandlingsmetoder også bidrar til færre liggedager for en del pasientgrupper. Dette gjelder vel mest for kirurgiske pasienter. Vi må også huske på at en del av pasientene over 80 år skrives ut til hjemmet uten videre oppfølging fra pleie- og omsorgstjenesten. Samtidig vil en generelt kortere liggetid for skrøpelige eldre pasienter med behov for pleie og omsorgstiltak utløse økte ressursbehov i kommunene. Det vil gjelde pasienter som skrives ut til hjemmet med oppfølging av hjemmesykepleien og pasienter som skrives ut til sykehjem for langtidsopphold eller korttidsopphold. Det er vanskelig å antyde hva reduksjonen i liggetid har betydd i form av økt ressursbehov for kommunene. Per i dag har vi ikke gode nok data over antall pasienter som faktisk overføres til pleie- og omsorgstjenesten. Forhåpentligvis vil en planlagt videreutvikling av pasientdata i NPR føre til bedre oversikter over dette.

Færre hjelpepleiere og flere sykepleiere i sykehusene

Færre langtidsliggere og generelt kortere liggetid har medført et mindre behov for pleiepersonell uten sykepleiefaglig utdanning. Fra 1993 til 2002 ble antall hjelpepleierårsverk redusert med over 20 prosent (ca 1300 årsverk) ved norske sykehus. Antallet sykepleierårsverk økte i samme periode med 42 prosent (ca 7000 årsverk)⁴³.

Mer igjen for årsverksinnsatsen, men det koster

Figur 3.7 viser utviklingen i kostnadseffektivitet og teknisk effektivitet i perioden 1992 – 2003 og er utarbeidet av Ose og Magnussen (2004) for SAMDATA somatikk sektorrapport 2003.



Figur 3.7 Utvikling i effektivitet i perioden 1992 – 2003. (Kilde: Ose og Magnussen 2004).

⁴³ Se <http://www.samdata.sintef.no/frames/sykehus/Tilleggstabeller/Personell.pdf>

Effektivitetsmålene skal illustrere innsatsfaktorer i forhold til aktivitet. Aktiviteten måles som antall opphold vektet med kostnadsvektene for DRG-systemet. Ved beregning av teknisk effektivitet måles ressursbruken som antall legeårsverk og antall øvrige årsverk. Ved beregning av kostnadseffektivitet måles ressursbruken som sum driftskostnader.

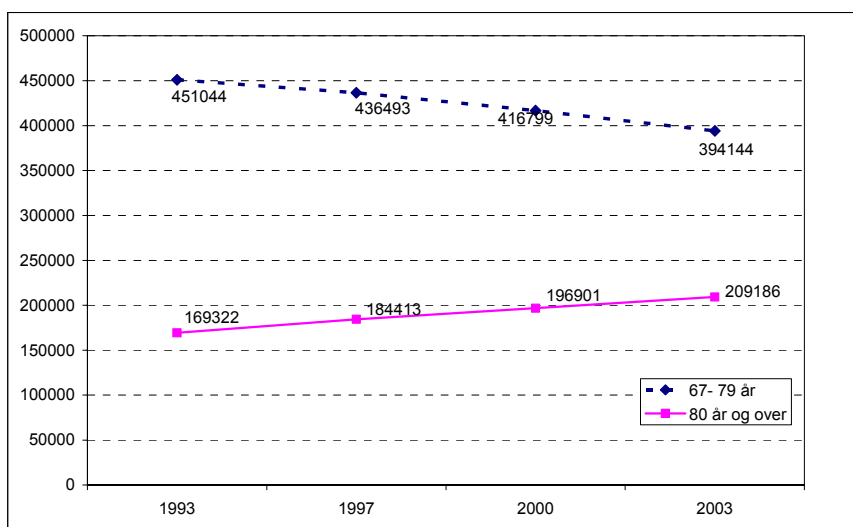
Figuren viser at sykehusene stadig blir mer produktive. Ose og Magnussen kommenterer utviklingen slik:

”Perioden frem til 1995 var preget av et relativt stabilt effektivitetsnivå. Fra 1995 til 1996 økte kostnadene relativt til produksjonen (kostnadseffektiviteten ble lavere). Årsakene var i hovedsak sterk lønnsvekst. Innføringen av ISF i 1997 ser ut til å ha hatt en gunstig virkning på effektiviteten, men effekten kan kalles en initialeffekt og vises særlig i utviklingen i den tekniske effektiviteten fra 1996 til 1997. Innføringen av ISF ser ikke ut til å ha hatt noen sterk positiv effekt på kostnadseffektiviteten. I dette kapitlet fokuserer vi mest på perioden 1999 – 2003. I denne perioden observeres markante økninger i begge effektivitetsmålene, og særlig de to siste årene. Veksten fra 2001 til 2002 var noe høyere enn siste års vekst og det er flere faktorer som kan forklare dette. En forklaring kan være relatert til at effektivitetsgevinsten ofte er størst i begynnelsen av perioder med omstillinger da de viktigste/største tiltakene gjerne blir satt i gang først”(op.cit:36)

Det bemerkes også at vekstpotensialet først og fremst knyttes til effektiv bruk av personell og at dette er et uttrykk for at svært høy kapasitetsutnyttelse i utgangspunktet kan skape flaskehals. En ytterligere utnyttelse av kapasiteten kan da bli svært kostbar fordi man får et mål på til mye bruk av overtid.

3.4.3 Antall innleggelses øker mer, mens antall liggedager øker mindre enn befolkningsendringer skulle tilsi- unntaket er de eldste

Utviklingen av behov og etterspørsel etter helsetjenester og pleie- og omsorgstjenester er sterkt knyttet til endringer i befolkningens volum og sammensetning. En av de viktigste endringene i løpet av den siste tiårsperioden er utviklingen i eldrebefolkningens alderssammensetning. Det totale antall innbyggere over 67 år har ikke økt, mens antallet over 80 år har økt med hele 24 prosent eller cirka 40 000 innbyggere.



Figur 3.8 Utvikling i antall innbyggere i aldersgruppene 67 -79 år og over 80 år. 1993- 2003.(Datakilde: SSB)

Vi har sett at aktiviteten ved sykehusene i form av antall opphold øker. Men i hvilken grad er dette kun en gjenspeiling av demografiske endringer? Ved å se på antallet opphold og liggedager sett i forhold til antallet innbyggere i de ulike aldersgrupper får vi et bedre bilde av de reelle endringene i forbruksmønstre.

Tabell 3.3 viser hvordan utviklingen i rater for akuttinnleggelser har vært i perioden fra 1995 til 2003.

Tabell 3.3 Øyeblikkelig-hjelp heldøgnsopphold per 1000 innbyggere. Fordelt etter aldersgrupper 1995-2003 og endring 1995-2003. (Datakilde NPR).

	1995	1997	1999	2001	2002	2003	Endring	Pst endring
0 - 15 år	53	54	52	49	53	53	0	-1
16 - 49 år	68	73	79	78	78	79	10	15
50 - 66 år	86	90	95	95	97	100	15	17
67 - 79 år	202	212	229	233	235	243	42	21
80 år og over	332	358	414	430	444	466	134	41
Alle aldre	92	97	105	105	107	109	17	19

Det framgår av tabellen at økningen i antall opphold langt overstiger endringer i befolkningstallet ved at raten for øyeblikkelig hjelp innleggelser øker med 19 prosent. Raten er høyest for aldersgruppen 80 år eller eldre og betydelig høyere enn for den øvrige befolkningen. I 2003 var det 466 akuttinnleggelser per 1000 innbyggere eldre enn 79 år mot 109 per 1000 innbyggere i befolkningen totalt. Den eldste aldersgruppen har på åtte år hatt en økning i antall innleggelser på 41 prosent. Tabell 3.4 og 3.5 viser utviklingen i liggedagsforbruk totalt og for øyeblikkelig hjelp.

Tabell 3.4 Liggedager totalt per 1000 innbyggere for pasienter med heldøgnsopphold. Fordelt etter aldersgrupper 1995-2003 og endring 1995-2003. (Datakilde NPR).

	1995	1997	1999	2001	2002	2003	Endring	Pst endring
0 - 15 år ⁴⁴	373	393	390	368	515	509	136	36,4
16 - 49 år	529	512	499	479	470	465	-65	-12,3
50 - 66 år	1 155	1 117	1 065	1 042	1 025	1 036	-118	-10,3
67 - 79 år	2 853	2 813	2 751	2 718	2 708	2 716	-137	-4,8
80 år og over	4 124	4 215	4 393	4 312	4 378	4 448	325	7,9
Alle aldre	979	971	956	931	956	959	-20	-2,0

⁴⁴ For årene 2002 og 2003 er friske nyfløtde med i datagrunnlaget.

Tabell 3.5 Liggedager per 1000 innbyggere for pasienter innlagt som øyeblikkelig hjelp på heldøgnsavdeling. Fordelt etter aldersgrupper 1995-2003 og endring 1995-2003. (Datakilde NPR)

	1995	1997	1999	2001	2002	2003	Endring	Pst endring
0 - 15 år	233	241	233	184	202	194	-39	-16,8
16 - 49 år	298	305	322	311	304	295	-4	-1,2
50 - 66 år	593	570	583	565	567	563	-30	-5,0
67 - 79 år	1 790	1 708	1 811	1 752	1 768	1 738	-52	-2,9
80 år og over	3 248	3 145	3 591	3 512	3 585	3 551	303	9,3
Alle aldre	603	594	630	603	608	598	-5	-0,9

Liggetidsratene følger ikke utviklingen til oppholdsratene. Hvis man ser på ratene for hele befolkningen har antall opphold per 1000 innbyggere økt med 19 prosent fra 1995 til 2003. Antall liggedager per 1000 innbyggere har imidlertid blitt noe redusert i løpet av samme periode. Reduksjonen totalt er noe større enn det som framkommer av tabellen på grunn av at liggedager for friske nyfødte er med i tallene (tabell 3.4) for aldersgruppen 0-15 år i 2002 og 2003.

Alle aldersgruppene har en nedgang i liggedagsraten, med unntak av innbyggere 80 år og eldre. For dem har liggetids- og oppholdsratene i større grad fulgt hverandre, selv om den prosentvise veksten i antall liggedager per tusen (8 prosent økning) ikke tilsvarende utviklingen i oppholdsratene (41 prosents økning). Dette gjenspeiler reduksjon i liggetid.

Den prosentvise reduksjonen i liggedagsratene blir langt mindre når vi kun ser på innleggelser som øyeblikkelig hjelp.

I neste avsnitt vil vi se nærmere på endringer i sykehusbruk bare for innbyggere 80 år eller eldre, og det fokuseres på endringer relatert til diagnosegrupper.

3.4.4 Forbruksmønsteret for eldre fordelt etter utvalgte pasientgrupper

I Gautun et al (2001) ble det presentert en oversikt over utviklingen i ti store diagnosegrupper som er typiske for eldre pasienter. Fremstillingen ble gjort for perioden fra 1995 til 1999. Gruppene som ble studert er⁴⁵:

- Kreft (ondartede svulster)
- Benbrudd (lårhalsbrudd, lårbensbrudd)
- Hjernekar sykdommer (hjerneslag, infarkt, blødninger m.m.)
- Lungebetennelse (pneumokokkpneumoni, bakteriell lungebetennelse, bronkopneumoni, uspesifisert lungebetennelse)
- Uspesifisert hjertesvikt
- Angina pectoris
- Diffuse lidelser (synkope, kollaps, brystmerter, buksmerter)
- Hjerteinfarkt
- Aldersbetinget grå stær
- Arterieflimmer- og flutter

⁴⁵ For mer utfyllende opplysninger om gruppene, se Gautung et al (2001).

Med unntak av benbrudd og aldersbetinget grå stær fant forskerne at samtlige hoveddiagnosekategorier hadde en økning i det absolutte antallet opphold i løpet av perioden. Vi ønsket å undersøke hvordan utviklingen hadde vært etter 1999, og har derfor gjort en tilsvarende gjennomgang med utgangspunkt i data fra Norsk pasientregister (NPR) for perioden 1999 til 2003⁴⁶. Tabell 3.6 viser antallet heldøgnsopphold i de ovenfor nevnte gruppene for pasienter som er 80 år eller eldre.

Tabell 3.6 Antall opphold og antall pasienter 80 år og eldre innenfor et utvalg av hoveddiagnosegrupper. Heldøgnsopphold 1999-2003. (Datakilde NPR)

Diagnosegrupper ICD-10 koder ⁴⁷	Ant opp 1999	Ant opp 2001	Ant opp 2003	% endring 99-03	Ant pas- ienter 1999	Ant pasi- enter 2001	Ant pas- enter 2003	% endring 99-03
Uspesifisert hjertesvikt I50*	4 268	4 138	4 914	15	2 483	2 372	2 768	11
Arterieflimmer- og flutter I48	1 934	2 260	2 195	13	1 304	1 501	1 449	11
Aldersbetinget grå stær H25*	1 932	1 944	1 474	-24	1 644	1 579	1 103	-33
Hjerteinfarkt I21*, I22*,I236 I240,I513	3 551	4 830	5 783	63	2 605	3 337	4 009	54
Diffuse lidelser R55, R074, R104	2 561	2 912	2 672	4	1 797	1 988	1 813	1
Angina pectoris I201, I208,I209	2 780	2 766	2 348	-16	1 674	1 621	1 422	-15
Lungebetennelse J181, J13,J159, J180, J189	5 405	5 844	7 177	33	3 712	3 862	4 587	24
Hjernekar sykdom I60*tom. I69*, G45* ,G46*, G93*	6 172	6 502	7 232	17	4 800	4 944	5 467	14
Benbrudd S720,S721	5 113	5 195	5 505	8	4 138	4 232	4 375	6
Kreft (ondartede svulster) C00*tom. 97*	9 063	10 706	11 470	27	5 159	5 815	6 229	21
Annet	54 002	60 485	71 350	32	36 824	40 230	46 895	27
Totalt	96 781	107 582	122 120	26	66 140	71 481	80 117	21

Mens alderbetinget grå stær og angina pectoris har hatt en nedgang, har de øvrige åtte gruppene hatt en relativt høy vekst. Årsaken til den tilsynelatende nedgangen i opphold for aldersbetinget grå stær og angina pectoris skyldes imidlertid at denne typen behandling nå i større grad enn tidligere utføres dagkirurgisk. Dagbehandling er imidlertid ikke inkludert i

⁴⁶ Datagrunnlaget i Gautun et al (2001) er ikke nøyaktig likt vårt datagrunnlag. Direkte sammenligninger mellom deres og våre tall vil derfor ikke gi et riktig bilde av utviklingen.

⁴⁷ Tegnet * symboliserer at alle "neste-siffer" er inkludert.

datagrunnlaget, og de to gruppene ser derfor ut til å ha hatt en nedgang. En annen forklaring på nedgangen i angina pectoris kan være relatert til nye målemetoder for å påvise hjerteinfarkt, noe som øker antallet registrerte infarkt.

Tallene viser at antallet opphold der hoveddiagnosen er hjerteinfarkt, lungebetennelse eller kreft har økt svært mye, med en prosentvis endring i løpet av kun fire år tilsvarende henholdsvis 63, 33 og 27 prosent. Ser vi på antall pasienter istedenfor antall opphold er det de samme gruppene som øker, men den prosentvise veksten blir noe mindre.

Noe av veksten i hjerteinfarkt kan skyldes endret registrering, men generelt sett er det sannsynlig at den tydelige veksten både i antall opphold og antall pasienter (personer) kan være forårsaket av en økning i antallet eldre i befolkningen. Dette er vist i tabell 3.7.

Tabell 3.7 Antall opphold og antall pasienter 80 år og eldre innenfor et utvalg av hoveddiagnosegrupper. Per 1000 innbyggere 1999-2003. (Datakilde NPR)

Diagnosegrupper ICD-10 koder ⁴⁸	Opph. per 1 000 1999	Opph. per 1000 2001	Opph per 1 000 2003	% endring 99-03	Pas. per 1000 1999	Pas. per 1000 2001	Pas. per 1000 2003	% endring 99-03
Uspesifisert hjertesvikt I50*	20	21	23	5	13	12	13	1
Arterieflimmer- og flutter I48	9	11	10	3	7	7	7	1
Aldersbetinget grå stær H25*	9	10	7	-31	9	8	5	-39
Hjerteinfarkt I21*, I22*,I236 I240,I513	17	24	28	48	14	17	19	40
Diffuse lidelser R55, R074, R104	12	14	13	-5	9	10	9	-8
Angina pectoris I201, I208,I209	13	14	11	-23	9	8	7	-23
Lungebetennelse J181, J13,J159, J180, J189	26	29	34	21	20	19	22	12
Hjernekar sykdom I60*tom. I69*, G45* ,G46*, G93*	30	32	35	6	25	25	26	3
Benbrudd S720,S721	24	26	26	-2	22	21	21	-4
Kreft (ondartede svulster) C00*tom. 97*	43	53	55	15	27	29	30	10
Annet	258	300	341	20	194	200	224	16
Totalt	509	534	583	15	348	355	383	10

Både for antall *opphold* per 1000 innbyggere og antallet *pasienter* per 1000 innbyggere viser totalraten en tydelig vekst. Raten for antall opphold har økt fra 509 i 1999 til 583 i 2003, en vekst på 15 prosent. For de ti gruppene separat ser vi at rateveksten er mer beskjeden enn veksten i det faktiske antallet opphold og pasienter. Dermed kan vi konkludere med at forbruksveksten (målt i antall opphold og pasienter) både skyldes en økning i antallet eldre og en reell økning i innleggelsesfrekvens blant de eldste.

I oversikten ovenfor så vi på utvalgte enkeltdiagnoser. På et mer aggregert diagnosnivå (ICD 10) er det sykdommer i sirkulasjonsorganer, åndedrettssykdom, skader og kreft som utgjør den største veksten i antall opphold og rater (kilde NPR-data).

⁴⁸ Tegnet * symboliserer at alle "neste-siffer" er inkludert.

Når vi ser på utviklingen i gjennomsnittlig liggetid blant pasientene over 79 år har det vært en reduksjon og det gjelder alle pasientgruppene.

Tabell 3.8 Gjennomsnittlig og median liggetid ved heldøgnsopphold for pasienter 80 år og eldre innenfor et utvalg av hoveddiagnosegrupper, 1999-2003. (Datakilde NPR)

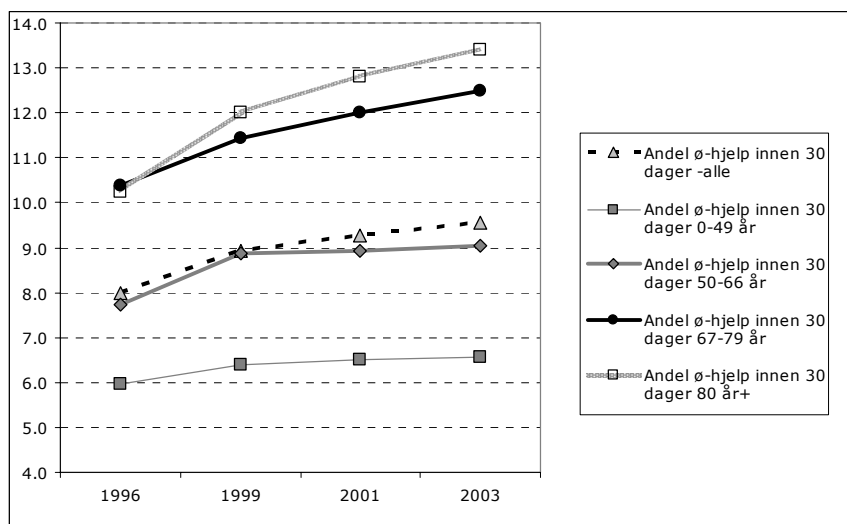
Diagnosegrupper	Gjennomsnittlig liggetid 99 Median i parentes	Gjennomsnittlig liggetid 01 Median i parentes	Gjennomsnittlig liggetid 03 Median i parentes	% endring 99-03 Median i parentes
Uspesifisert hjertesvikt I50*	8,5 (6)	7,7 (6)	7,2 (5)	-15 (-17)
Arterieflimmer- og flutter I48	5 (3)	4,2 (3)	3,8 (3)	-24 (0)
Aldersbetinget grå stær H25*	2,2 (2)	1,8 (2)	1,5 (1)	-32 (-50)
Hjerteinfarkt I21*, I22*, I236, I240, I513	8,4 (7)	8,3 (6)	7,5 (6)	-11 (-14)
Diffuse lidelser R55, R074, R104	3,3 (2)	3 (2)	2,8 (2)	-15 (0)
Angina pectoris I201, I208, I209	3,9 (3)	3,5 (2)	3,1 (2)	-21 (-33)
Lungebetennelse J181, J13, J159, J180, J189	9,5 (7)	9,3 (7)	8,8 (7)	-7 (0)
Hjernekar sykdom I60*tom. I69*, G45*, G46*, G93*	11,3 (6)	9,8 (6)	10 (6)	-12 (0)
Benbrudd S720, S721	11,5 (8)	11 (8)	10,3 (8)	-10 (0)
Kreft (ondartede svulster) C00*tom. 97*	10,3 (7)	9,7 (6)	9,2 (6)	-11 (-14)
Annet	8,4 (5)	7,9 (5)	7,4 (5)	-12 (0)
Totalt	8,6 (6)	8,0 (5)	7,6 (5)	-12 (-16)

Den gjennomsnittlige liggetiden for alle heldøgnsopphold ble redusert med 1 dag fra 1999 til 2003. Forøvrig har den gjennomsnittlige liggetiden sunket mer enn medianliggetiden slik tabell 3.8 viser. Dette indikerer at liggetidsreduksjonen delvis skyldes færre "langtidsliggere".

3.5 Indikasjoner på kapasitetspress i sykehusene

3.5.1 Økende andel reinnleggelser

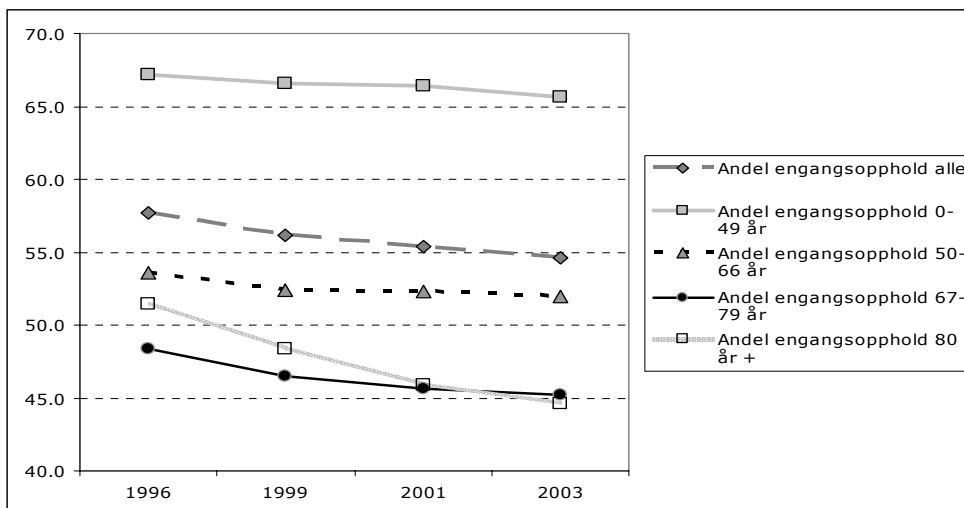
Vi har vist at antall *opphold* har økt betydelig de siste 5-10 årene og vi har vist at antallet *pasienter* eller personer innlagt på sengeavdelingene ikke har økt tilsvarende. Dette viser at antallet fleropphold eller reinnleggelser for de samme pasientene øker. En reinnleggelse kan være uttrykk for ulike forhold. Det kan indikere graden av oppsplitting av planlagte behandlingsforløp, det kan være en indikator på uønsket behandlingsforløp som følge av behandling i sykehuset, og det kan gi en indikasjon på graden av differensiering og spesialisering av første og andre-linjetjenesten og graden av samarbeid mellom disse når det gjelder eldre pasienter. Tidligere studier (for eksempel Heggstad & Lilleeng, 1995; Heggstad, 1996, 1997) har vist at omfanget av reinnleggelser har økt i løpet av den første halvdel av 1990-tallet. Det mest interessante i den forbindelse er omfanget av ikke planlagte reinnleggelser. Figur 3.9 viser utviklingen i andel akuttinnleggelser innen 30 dager etter utskrivning fra sykehus fra 1996 til 2003 fordelt etter aldersgrupper.



Figur 3.9 Andel øyeblikkelig-hjelp innleggelser innen 30 dager etter utskrivning. Etter aldersgruppe. (Kilde: Huseby 2004: Samdata somatikk Sektorrapport 2003)

Figuren viser tydelig at den eldste aldersgruppen har den største andelen av slike innleggelser. Økningen i denne typen reinnleggelser har i tillegg vært størst for pasienter som er 80 år eller eldre. Andelen for denne gruppen økte fra 10,5 prosent i 1996 til 13,5 prosent i 2003. Utviklingen for alle aldersgruppene samlet var betydelig lavere med en stigning fra 8 prosent i 1996 til 9,5 prosent i 2003.

Figur 3.10 gir en oversikt over andelen engangsopphold, og bekrefter trenden fra figur 3.9. Andelen engangsopphold synker kraftig for den eldste pasientgruppen i løpet av perioden – fra rundt 52 prosent i 1996 til bare 45 prosent i 2003. Den nest eldste gruppen, pasienter i aldersgruppen 67-79 år, har også 45 prosent engangsopphold i 2003.



Figur 3.10 Andel engangsopphold per aldersgruppe 1996-2003. (Kilde: Huseby 2004:Samdata somatikk Sektorrapport 2003).

3.5.2 Utskrivingsklare opphold og korridorpasienter fortsatt en utfordring

Når det gjelder samhandlingen mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste har debatten omkring utskrivingsklare pasienter ved sykehusene vært sentral. Sykehusene registrerer utskrivingsklar dato for pasienter som blir liggende ved sykehusene utover det tidspunktet hvor de regnes som utskrivingsklare fra sykehusets side. Det er denne informasjonen som ligger til grunn for dataene som presenteres her, og et "utskrivingsklart opphold" er dermed et opphold hvor pasienten ligger innlagt en eller flere dager ved sykehuset etter vedkommende er registrert som utskrivingsklar. Det er imidlertid viktig å være oppmerksom på mulige feilkilder ved tallene. Ordet "utskrivingsklar" er for eksempel ikke et entydig begrep, og vil være gjenstand for ulike fortolkninger og definisjoner. I en svensk offentlig utredning kommenteres begrepets innhold på følgende måte:

"Detta begrepp [medicinskt färdigbehandlad] innebär inte att patienten har blivit botad eller inte behöver fortsatt vård utan snarare tvärtom. Termen används vanligen när den klinik som patienten vårdas på anser att patienten inte längre behöver just den kliniks resurser och kriterierna för att förklara en patient som ferdigbehandlad kan variera mellan olika medicinska specialiteter. Socialstyrelsen påpekar vidare att begreppet inte är en relevant medicinsk term, utan måste betraktas som ett administrativt begrepp i ett ekonomiskt styr-system" (SOU, 2000: 42).

En undersøkelse som er under utarbeiding i Trondheim kommune viser dessuten at en relativt stor andel av pasientene som er registrerte som utskrivingsklare i realiteten har behov for fortsatt opphold ved spesialistinstusjon (Garåsen, 2004). Bakgrunnen for dette er i følge undersøkelsen at sykehusene melder pasientene som utskrivingsklare for tidlig, fordi de antar at anskaffelse av for eksempel sykehjemsplass vil ta lang tid. Videre antydes det at denne typen registreringer har økt i perioden fra 2001 til 2003. Videre er det viktig å merke seg at mangelfullt sykehjemstilbud kun er en av mange mulige årsaker til forlengelse av sykehusopphold utover det tidspunktet pasienten defineres som utskrivingsklar. I Statens helsetilsyns rapport "Gamle i sykehus" nevnes det at faktorer som overflytting til annet sykehus, forhold ved pasienten/pårørende og ventetid på rehabiliteringstilbud vil kunne påvirke pasientens liggetid ved sykehus (Statens helsetilsyn, 2000). Man bør ta forbehold om dette når man tolker tallene presentert nedenfor.

Tallene fra NPR viser at den største andelen av de utskrivingsklare oppholdene forekommer for pasienter som er eldre enn 79 år. Nesten 2/3 av alle utskrivingsklare opphold er

registrert for pasienter som er 80 år eller eldre. Tabell 3.7 gir en oversikt over fordelingen mellom de ulike hoveddiagnosegruppene⁴⁹, og hvordan utviklingen har vært i perioden fra 2001 til 2003.

I løpet av toårsperioden har det vært en svak økning på 0,8 prosent i antallet utskrivingsklare opphold. Hvorvidt denne økningen er et resultat av at flere pasienter faktisk ligger på sykehus etter at de er definerte som utskrivingsklare, eller om det skyldes at sykehusene i større grad enn tidligere gjør registreringer i forhold til dette, har vi imidlertid ikke noe grunnlag for å trekke konklusjoner om.

Tabell 3.9 Antall utskrivingsklare opphold fordelt etter hoveddiagnosegruppe (DRG) 2001-2003. (Datakilde NPR)

Hoveddiagnosegruppe DRG	2001	2002	2003	Endring	Prosent endring 01-03
Tilleggs kategorier	63	69	62	-1	-1.6
Sykdom i nervesystem	1 362	1 303	1 378	16	1.2
Øyesykdom	7	10	10	3	42.9
Øre/nese/halssykdommer	68	52	45	-23	-33.8
Sykdom i åndedretsorgan	1 046	1 021	1 117	71	6.8
Sykdom i sirkulasjonsorgan	899	893	764	-135	-15.0
Sykdom i fordøyelsesorgan	627	573	517	-110	-17.5
Sykdom i lever, galle, bukspyttkjertel	198	185	173	-25	-12.6
Sykdom i skjelett/muskelsystem/bindevev ⁵⁰	1 831	2 072	2 319	488	26.7
Sykdom i hud, underhud og bryst	278	292	275	-3	-1.1
Indresekretoriske, ernærings- og stoffskiftesykd	109	106	114	5	4.6
Nyre- og urinveissykdom	315	365	350	35	11.1
Sykdom i mannlige kjønnsorganer	106	129	88	-18	-17.0
Sykdom i kvinnelige kjønnsorganer	51	64	60	9	17.6
Sykdom under svangerskap, fødsel og barsel	29	3	4	-25	-86.2
Nyfødt m/tilst. i perinatalperioden	4		1	-3	-75.0
Sykdom i blod, bloddannende org og immunapp.	48	42	41	-7	-14.6
Myeloproliferative sykdommer og lite diff. svulster	123	120	93	-30	-24.4
Infeksiøse og parasittære sykdommer	130	150	160	30	23.1
Sinnslidelser	228	230	219	-9	-3.9
Alkohol, stoff, med.misbruk og org. Sinnslidelser	20	14	15	-5	-25.0
Skade, forgiftning etc.	50	49	59	9	18.0
Forbrenninger	4	4	5	1	25.0
Faktorer som påvirker helsetilst - annen kont. m/helsetj ⁵¹	578	754	351	-227	-39.3
Signifikant multitraume	21	21	37	16	76.2
Hiv-infeksjon			4	4	
Totalt	8 195	8 521	8 261	66	0.8

Tabellen viser at gruppene "sykdom i skjelett/muskelsystem/bindevev" har flest utskrivingsklare opphold med 2 319 i 2003. Hoveddiagnosegruppene "sykdom i nervesystem" og "sykdom i åndedretsorgan" har også relativt mange utskrivingsklare opphold i 2003; henholdsvis 1 378 og 1 117. Ser vi enda mer detaljert på hvilke spesifikke pasientgrupper som er hyppigst forekommende blant de utskrivingsklare er det dette ut fra DRG-systemets inn-

⁴⁹ Inndelingen i hoveddiagnoser er i henhold til inndelingen i Helsedepartementet (2003).

⁵⁰ Over halvparten av oppholdene her er knyttet til lårbensbrudd og operasjoner på bekken/hofte/femur (eksklusive proteseoperasjoner)

⁵¹ I denne gruppen inngår rehabiliteringsdiagnoser og utgjør over 70 prosent av oppholdene

deling "spesifikke karsykdommer i hjernen eksklusive TIA", "operasjoner på bekken/hofte/femur eksklusive proteseoperasjoner", "lungebetennelse og pleuritt" og "primær proteseoperasjon i hofte/kne/ankel".

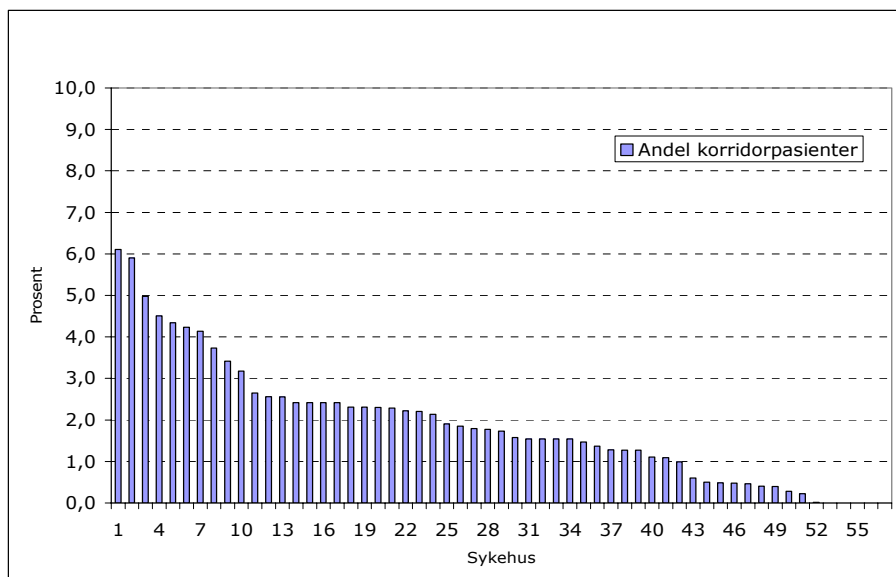
Dersom man relaterer antallet utskrivingsklare opphold til det totale antallet heldøgnsopphold i gruppene blir 13,3 prosent av oppholdene innenfor kategorien "sykdom i skjelett/muskelsystem/bindevev" registrert som utskrivingsklar og 14,5 prosent av oppholdene i gruppen "sykdom i sirkulasjonsorgan". De øvrige gruppene har andeler lavere enn 10 prosent. For mer statistikk om utskrivingsklare pasienter henvises det til Midttun (2004).

Selv om det ikke er noen nødvendig sammenheng mellom utskrivingsklare opphold og korridorpasienter, vil sykehus som har mange utskrivingsklare pasienter ofte oppleve opphopning av korridorpasienter. Dette er gjerne et resultat av at enten inntaket av elektive pasienter fortsetter uforandret til tross for stagnasjonen i antallet utskrivninger, eller at antallet akuttinnleggelser øker slik at det totale antallet pasienter overstiger kapasiteten. Sistnevnte scenario er spesielt aktuelt ved indremedisinske avdelinger. Tabell 3.10 viser utviklingen i antall korridorpasienter per 1000 effektive senger fra 1999 til 2003 ved indremedisinske avdelinger (Statens helsetilsyn, 2004).

Tabell 3.10 Antall korridorpasienter per 1000 effektive senger. Punktelling ved indremedisinske avdelinger uke 23 i 1999 og uke 38 i 2002 og 2003. Gjennomsnitt per dag i kartleggingsuken. (Datakilde: Helsetilsynet).

Norge	1999	2002	2003
Rate	48	36	46

I perioden 1999 til 2002 ble det en klar bedring av antall pasienter på korridor. Denne punktellingen ved indremedisinske avdelinger gir imidlertid inntrykk av at situasjonen ble forverret igjen i 2003. Vi må understreke at dette er en punkt-telling og at det kan være noen tilfeldige utslag. Fra og med 2003 samler NPR inn data for alle sykehusavdelinger (ikke bare indremedisin). Tallene baserer seg på en regelmessig telling. Fordeler vi andel korridorpasienter av alle pasienter ved sykehusene ned på enkeltinstitusjoner ser vi av figur 3.11 at variasjonen er betydelig.



Figur 3.11 Andel korridorpasienter fordelt etter enkeltsykehus 4.kvartal 2003. (Datakilde NPR).

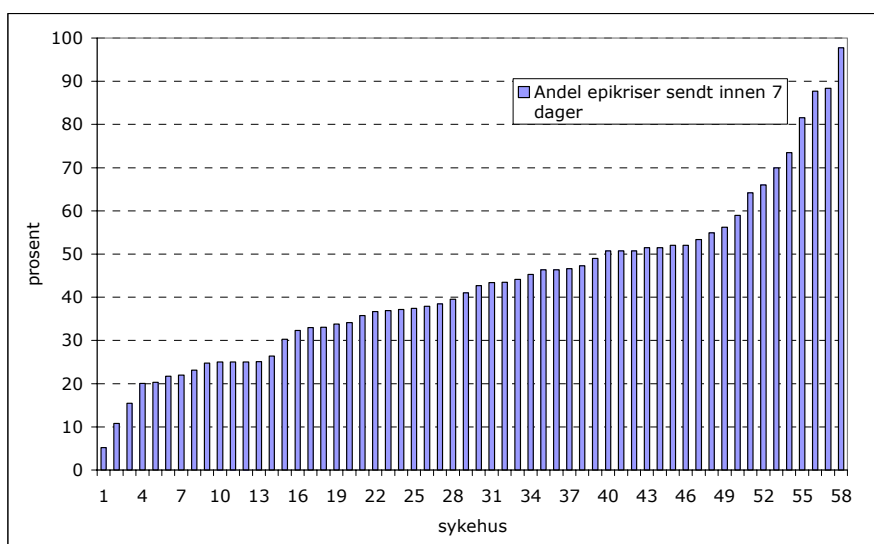
Problemene med korridorpasienter ble blant annet fremhevet som et eksempel på at måten man organiserte spesialisthelsetjenesten på før 2002 ikke fungerte. Problematikken ble sammen med ventetidsutfordringene dermed viktige insitamenter for endringen som kom med eierskaps- og foretaksreformen i 2002.

Hvor mye vil det koste for kommunene å ta hånd om de utskrivingsklare pasientene?

Sintef Helse har på oppdrag fra nasjonalt råd for prioritering i helsevesenet gjort en beregning av kostnader for opphold i henholdsvis sykehus og sykehjem for pasienter som var registrert utskrivingsklare ved norske sykehus i 2002 (Midttun 2004). Det ble dette året registrert 88 853 liggedager ut over den dato hvor pasientene ble registrert utskrivingsklare. Kostnadene per liggedag i sykehus ble anslått til 0,11 av enhetspris og ble da beregnet til 3 237 kroner. Den beregnede prisen per liggedag i sykehjem ble satt til 1 412⁵². Kostnaden ved å overføre alle liggedagene til sykehjem ble ut fra dette beregnet til 125 millioner kroner, mot en beregnet kostnad på 288 millioner kroner ved å la pasientene bli liggende i sykehus. Det tas i rapporten forbehold om datakvaliteten i registreringen av utskrivingsklare pasienter. Hvis dato for utskrivingsklar settes den dagen sykehuset melder om mulige behov til kommunen, vil det kunne være på et tidspunkt hvor pasienten ennå i realiteten ikke er klar til å skrives ut. Det vil videre være slik at ikke alle pasientene venter på et sykehjemstilbud. Omtrent en fjerdedel av pasientene skrives ut til eget hjem og noen venter på et rehabiliteringstilbud. Det kan også være andre grunner til at utskriving utsettes.

3.5.3 Informasjonsoverføring fra sykehus til kommunene; epikrisetid

Tiden det tar fra pasienten skrives ut fra sykehuset til epikrise sendes fra sykehuset til fastlegen kan være en viktig faktor i forhold til hvordan samarbeidet mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten oppfattes. Epikrisetiden er et uttrykk for flyten i informasjonsutvekslingen mellom de to nivåene (Kalseth, 2003). Det har derfor vært en nasjonal målsetting at epikrisetiden skal være under en uke, og sykehusene har de siste årene blitt målt i forhold til andelen epikriser som sendes ut innen denne tidsfristen. Dersom man ser på fordelingen i epikrisetid mellom enkeltsykehus er variasjonene svært store.



Figur 3.12 Andel epikriser sendt innen 7 dager. Fordelt på enkeltsykehus 4. kvartal 2003⁵³. (Datakilde NPR).

⁵² Prisen på sykehjemsopphold ble basert på tidligere studier utført av Ressurssenteret for omstilling i kommunene og inkluderer 30 sykehjem (Se Midttun 2004)

⁵³ 57 sykehus inngår i datagrunnlaget til figuren. Noen sykehus hadde ikke rapportert data

Den nasjonale ambisjonen har vært at 80 prosent av epikrisene skal sendes ut innen 7 dager. Tallene viser med tydelighet at mange sykehus var svært langt unna å tilfredsstille dette kravet ved utgangen av 2003. Bare noen få sykehus har en andel på over 80 prosent utsendte epikriser innen 7 dager.

3.6 Oppsummering av endringer i aktivitet og kapasitet ved somatiske sykehus

Fra 1990-tallet og utover har aktiviteten ved sykehusene økt stabilt og mye. Ratene for sykehusopphold blant den eldste delen av befolkningen økt kraftig – særlig når det gjelder akuttinnleggelse. Samtidig har en reduksjon i liggetid og bedre utnyttelse av sengene effektivisert driften. Høyt belegg samtidig med en økt tilstrømning av pasienter er imidlertid en utfordring for mange sykehus som sliter med korridorpasienter og utskrivingsklare pasienter. En stadig større andel av innleggelsene er reinnleggelse, og dette er i særlig grad relatert til de eldste pasientene.

Oppsummering hovedtrekk ved sykehusenes aktivitet

- *Antallet sykehusinnleggelse har økt kraftig fra midten av 1990-tallet og frem til 2003. For befolkningen eldre enn 79 år har veksten i akuttinnleggelse vært spesielt stor. Økningen i antall opphold blant de eldste innbyggerne har vært mest relatert til sirkulasjonssykdommer, åndedrettsykdom, skjelett/muskelsykdom (spesielt bruddskader) og kreft*
- *Antall liggedager på sengeavdelingene er totalt sett nesten uendret fra 1995 til 2003. Samtidig har antall tilgjengelige sengedøgn (effektive senger) blitt betydelig redusert*
- *Liggetiden per opphold har, alle pasienter sett under ett, blitt klart redusert. Dette skyldes hovedsakelig økt bruk av dagbehandling (mest for elektive opphold), en reduksjon i omfanget av "langtidsliggere" samt en generell reduksjon i liggetiden for heldøgnsopphold. Liggetiden er redusert med i gjennomsnitt 1 liggedag fra 1995-2003, for de eldste er reduksjonen noe større*
- *Sykehusene har etter hvert blitt mer effektive (aktivitet relatert til antall årsverk og kostnader). Høy kapasitetsutnyttelse gjør at det etter hvert koster mye å øke kapasiteten ytterligere*
- *Veksten i innleggelse skyldes både endringer i befolkningstall og en reell forbruksvekst*
- *Antallet reinnleggelse, målt som øyeblikkelig hjelp innleggelse innen 30 dager, har økt, spesielt for pasientpopulasjonen som er 80 år og eldre.*
- *Andelen engangsopphold reduseres også generelt og indikerer en utvikling med større oppdeling av pasientforløpet*
- *Volumet av utskrivingsklare opphold er størst for hoveddiagnosegruppene "sykdom i skjelett/muskulatur/bindevev", "sykdom i nervesystem" og "sykdom i åndedretsorgan". Førstnevnte gruppe har dessuten en betydelig vekst i løpet av perioden fra 2001 til 2003. Gruppene som volummessig utmerker seg omfatter mange typiske "eldresykdommer" som henholdsvis lårbrudd/hofteoperasjoner, slag/hjerneblødninger og lungebetennelser.*
- *Korridorpasienter er fortsatt et problem ved mange sykehus og det er stor variasjon*
- *Bare noen få sykehus klarte ved utgangen av 2003 den nasjonale målsettingen om at over 80 prosent av endelige epikriser skal være utsendt innen 7 dager.*

3.7 Kort om helsepolitiske føringer og de faktiske utviklingstrekk innen psykisk helsevern

Omfanget av offentlige utredninger, proposisjoner og stortingsmeldinger er betydelig mindre for psykisk helsevern enn for somatiske spesialisthelsetjenester. Stortingsmelding 25 (1996-1997) "Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene" og Stortingsproposisjon 63 (1997-1998) "Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006" er blant de få offentlige dokumenter som utelukkende omhandler utfordringene innenfor psykisk helsevern. I stortingsmeldingen beskrives det samlede tjenestetilbudet. Karakteristikken som gis er at behandlingsskjeden for psykiske syke pasienter har brister i alle ledd - det forebyggende arbeidet er for dårlig, behandlingstilbudene for få, tilgjengeligheten til spesialisthelsetjenester utilfredsstillende, oppholdene for kortvarige, utskrivningene for dårlig planlagt og oppfølgingen mangelfull. På grunnlag av dette kom Sosial- og helsedepartementet frem til at følgende forbedringstiltak burde iverksettes:

- Departementet må stille betingelser ved tildelingen av øremerkede tilskudd for å sikre at kommunen har lagt tilfredsstillende planer for tjenester til mennesker med psykiske problemer.
- Videreføre statlige tilskuddsordninger for utbygging av omsorgsboliger.
- Gi økonomisk støtte til lokale tverrfaglige forsøk med å utforme arbeidsforberedende tiltak for mennesker med psykiske lidelser.
- Trappe opp arbeidstreningstilbudene for mennesker med psykiske lidelser.
- Videreføre og øke øremerkede tilskudd til kommunene til tjenester til mennesker med psykiske lidelser.
- Innføre fastlegeordning.
- Foreslå å gi særskilte statlige tilskudd til styrking og omstrukturering av fylkeskommunale psykiatriske helsetjenester
- Foreslå å innføre sanksjoner ved brudd på ventelistegarantien
- Foreslå å gi fylkeskommunene økonomiske tilskudd til å inngå flere driftsavtaler med spesialister i psykiatri og klinisk psykologi.
- Styrke pasientens rett til behandling ved å fremme en ny lov om pasientrettigheter.

I en oppsummering av utviklingstrekkene innenfor psykisk helsevern på 1990-tallet skriver Hagen (2000) følgende:

"Ut fra Stortingets behandling av psykiatrimeldingen skal disse tjenester omfatte psykiatriske sykehusavdelinger, distriktpsikiatriske senter (DPS'er) og privatpraktiserende spesialister med fylkeskommunal driftsavtale. Psykiatriske sykehjem skal enten omgjøres til mer behandlingsorienterte enheter under DPS'er, eller trappes gradvis ned etter hvert som de kommunale omsorgstjenestene bygges ut. Generelt legges det stor vekt på samhandling mellom andre- og førstelinjetjenesten, og kommunenes ansvar overfor mennesker med psykiske lidelser blir poengtert (...) For barne- og ungdomspsykiatrien legges det vekt på at fagfeltet trenger en betydelig videre utbygging. Mens det innenfor voksenpsykiatrien primært er behov for omstrukturering, er det i barne- og ungdomspsykiatrien behov for å bygge opp nye tilbud og øke det samlede volum av tjenester."
(Hagen, 2000: 23)

I publikasjonen SAMDATA Psykisk helsevern Sektorrapport 2003 oppsummeres utviklingstrekkene for perioden 1996 til 2003 (Halsteinli 2004).

Som forutsatt har det skjedd en gradvis reduksjon i døgnplassene ved psykiatriske sykehjem og en opptrapping av døgnplasser ved distriktpsikiatriske sentre (DPS-er). Det understrekes imidlertid at nedbyggingen av sykehjemmene har vært langt kraftigere enn planlagt og dette har medført en reduksjon på nesten 1000 plasser innen psykisk helsevern for voksne. Forutsetningen i opptrappingsplanen var at sykehjemsplassene skulle kompenseres

med døgnplasser i DPS-er og et styrket omsorgstilbud i kommunene. Det er imidlertid usikkert i hvilken grad kommunene har klart å bygge opp et tilbud som oppfyller denne forutsetningen.

Tabell 3.11 Døgnplasser i psykisk helsevern for voksne 1996-2003. Antall og prosent endring. (Datakilde: Halsteinli 2004. SAMDATA psykisk helsevern sektorrapport 2003)

Institusjonstype	1996	1998	2002	2003	Endring 1996-2003	
					Absolutte tall	Prosent
Sykehus	2 938	3 070	2 982	2 940	2	0
DPS	1 014	1 487	1 845	1 801	787	78
Sykehjem	2 058	1 298	544	481	-1 577	-77
Andre døgninstitusjoner	245	120	74	74	-171	-70
Totalt	6 255	5 975	5 445	5296	-959	-15

Når det gjelder utvikling i personell har utviklingen vært svært positiv ved at det har skjedd en vesentlig forbedring, både av antall årsverk og det er en høyere andel kvalifisert personell (andel med universitets- eller høyskoleutdanning).

Tabell 3.12 Årsverk i institusjoner for voksne etter personellkategori. Antall og endring 1998-2003. (Datakilde: Halsteinli 2004- SAMDATA psykisk helsevern sektorrapport 2003)

Årsverk	1998	2002	2003	Endring 1998-2003	
				Antall	Prosent
Leger	871	995	1 060	189	22
Psykologer	615	874	949	334	54
Sykepleiere	4 533	5 074	5 373	840	19
Høyskoleutd. terapipersonell	783	1 372	1430	647	83
- Øvrig personell ¹⁾	6 852	6 744	6 490	-362	-5
Årsverk totalt	13 654	15 058	15 302	1 648	12

1) Hjelpepleiere, ufaglært personale, pleie- og miljøpersonale med mindre enn 3-årig helsefaglig utdanning, samt merkantilt og teknisk personell

Også tilgjengeligheten til behandling er bedret. Til tross for en betydelig nedgang i antallet døgnplasser viser aktivitetsutviklingen at det har vært en klar økning i antallet pasienter som får et tilbud om døgnbehandling eller poliklinisk behandling.

Tabell 3.13 Behandlede pasienter og polikliniske konsultasjoner i psykisk helsevern for voksne. 1998-2003. (Datakilde: Halsteinli 2004-SAMDATA psykisk helsevern sektorrappport 2003)

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	Prosent endring 98-03
Antall polikliniske konsultasjoner	476 200	505 000	521 000	549 000	617 000	710 000	49
- prosent endring fra året før		6	3	5	12	15	
Antall døgnopphold ¹⁾	34 300	35 800	38 400	39 000	41 800	44 750	30
- prosent endring fra året før		4	7	2	7	7	

1) Døgnopphold er her definert som antall utskrivninger pluss antall pasienter innlagt ved årets slutt.

I Legeforeningens statusrapport om psykiske lidelser rettes det kritikk mot målene som er nedfelt i Opptrappingsplanen (Den norske lægeforening, 2004). I følge legeforeningen stilles det ikke i stor nok grad krav til den faglig kvaliteten og effekten av tjenestene som ytes. De etterlyser også mer systematisk bruk av retningslinjer, prosedyrer og kunnskapsbaserte behandlingsprogram. I tillegg stiller de spørsmålstegn ved valgene av effektivitetsdefinisjoner, ettersom det i følge foreningen ikke fins noen entydige definisjoner på effektivitet innenfor psykisk helsevern. I statusrapporten understrekes det videre at effektiv ressursutnyttelse er betinget av at ansvars- og oppgavefordeling mellom nivåene avklares.

Vi er i denne rapporten opptatt av hvordan endringer i oppgavefordelingen mellom 1. og 2. linjetjenesten påvirker kommunenes oppgaver og kompetansekrav. Som nevnt finnes ikke et godt nok datagrunnlag til å dokumentere hvordan nedbyggingen av døgnomsorgen, spesielt psykiatrisk sykehjem, har blitt ivaretatt av kommunene. Problemstillinger relatert til kommunenes oppgaver innen psykisk helsevern blir nærmere berørt i kapittel 4-6 hvor både leger og ansatte i pleie- og omsorgstjenesten beskriver situasjonen.

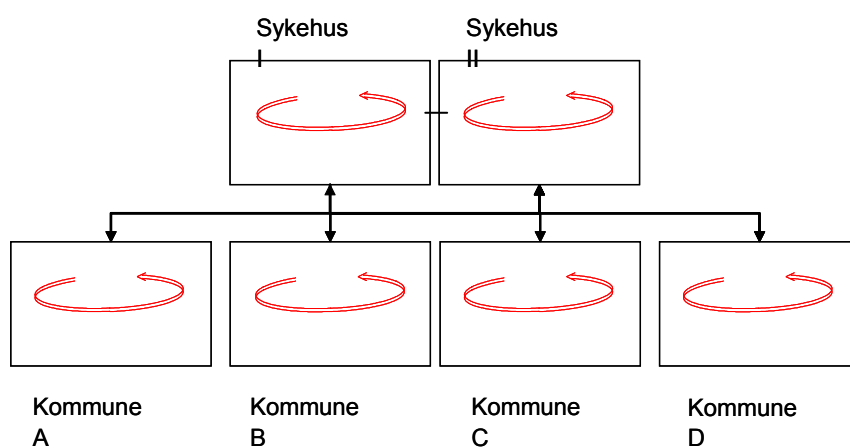
DEL II:

En dybdestudie av to områder i Norge;

6 kommuner og 3 sykehus

4 Oppgavefordeling og samspill i område I

Kommunene utvalgt fra dette området består av to middels store landkommuner (kommune A og B) og to bykommuner (kommune C og D). Begge bykommunene har et sykehus i kommunen. De to sykehusene (sykehus I og II) tilhører samme helseforetak. Samspillet mellom kommunene og sykehusene i område I kan illustreres på følgende måte:



Figur 4.1 Forholdet mellom kommunene og sykehusene i område A.

Det ene sykehuset er et sentralsykehus (sykehus I), mens det andre er et lokalsykehus (sykehus II) med status som avdeling under sentralsykehuset. Sykehus II er lokalsykehus for Kommune D. Lokalsykehuset har fortsatt akuttfunksjoner og betjener behovene for akutte tjenester for et større område. Samtidig er det i økende grad en felles utnytting av sengerressursene mellom sykehus I og II, spesielt innen generell indremedisin. Begge landkommunene ligger i kort avstand til nærmeste sykehus, sett i ett norsk geografisk perspektiv.

4.1 Hovedtrekk i utviklingen av pasientsammensetning og oppgaver de siste 5-10 år

4.1.1 Sykehuset: Økt behandlingsvolum og behandlingsintensitet.

Ifølge nasjonal statistikk har Helseforetaket totalt sett et svært høyt belegg og de har en utfordring i forhold til korridorpasienter på linje med mange andre større sykehus. Antall innleggelses⁵⁴ som øyeblikkelig hjelp registrert med medisinsk drg⁵⁵ har økt betydelig de siste

⁵⁴ Data fra Norsk pasientregister (NPR)

fem årene. Både i faktiske tall og prosentvis er økningen størst for gruppen 80 år og eldre. På nasjonalt nivå har liggetiden for denne pasientgruppen blitt gradvis redusert de siste fem årene (jfr. kapittel 3). Ved det aktuelle foretaket har liggetiden for øyeblikkelig hjelp innleggelser gått noe ned, men den ser ut til å være relativt stabil for de over 80 år hvis vi ser på median liggetid. Den gjennomsnittlige liggetiden (aritmetisk gjennomsnitt) er likevel redusert, noe som viser at det er en reduksjon i antall pasienter men svært lang liggetid. For de andre aldersgruppene er det en reduksjon både i median liggetid og gjennomsnittlig liggetid. (Kilde: NPR).

Både sykehusene og kommunene har de siste ti årene opplevd at pasientsammensetningen har forandret seg. For sykehusene har en av de største endringene vært knyttet til at det legges inn flere eldre pasienter. Eksempel på pasientgrupper som har økt innen medisin er slagpasienter og lungepasienter, hvorav mye av det siste er kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS). Et annet fenomen som nevnes er en økning i innleggelser på grunn av mage-tarmblødninger. Dette forklares som en langtidseffekt av en sterk økning i bruken av medisiner og smertestillende. Endringer i tilbudet påvirker også pasientsammensetningen. I dag kan svært gamle mennesker opereres på grunn av bedre medisinsk teknologi enn tidligere.

Det har vært en sterk volummessig økning i antall opphold samtidig som behandlingsopplegget for hver enkelt pasient har blitt mer intensivt. Tidligere skulle pasientene i større grad være ferdigbehandlet før utskrivning. Nå er det ifølge respondentene mer vanlig at behandlingen fortsetter på lavere nivå. Det har også vært omstrukturering av behandlingen i sykehusene. En stor gruppe pasienter som før lå på sengeavdelingene behandles i dag poliklinisk. Dette bidrar til at pasientene ved sengepostene er de "tyngre" pasientene.

4.1.2 Nye pasientgrupper i kommunene

Av pasienter som kommunene i større grad kan håndtere i dag nevnes kreftpasienter (inkludert smertebehandling), døende pasienter (terminalpleie), pasienter med behov for mer avanserte sårskift, multifunksjonshemmede, unge trafikkskadde, psykisk utviklingshemmede, og generelt langt flere pasienter med dobbeltdiagnoser, herunder demens. En utviklingstendens er at flere marginalt fungerende eldre bor hjemme. I en kommune sier en representant for hjemmetjenesten at enkelte brukere kan ha inntil 12 hjemmebesøk om dagen og på enkelte pasienter kreves det to pleiere, noe det aldri var før. I tillegg til det som er nevnt over kan pleie- og omsorgstjenesten i stadig større grad ta hånd om prosedyretunge pasienter. Her nevnes pasienter med respirator og pasienter som må ha intravenøs ernæring og medikamentering. Fra sykehjem nevnes også at det gjøres mer observasjon og tildels en del undersøkelser som enkle røntgenundersøkelser og målinger for å avdekke infeksjoner og betennelser.

For kommunene kan det virke som om endringene i pasientsammensetningen har vært enda større enn for sykehusene og utviklingen beskrives ganske likt uavhengig av kommune. Både ved sykehjemmene og innenfor hjemmetjenestene behandler de pleiemessig tyngre pasienter som krever mer ressurser og kompetanse. Den reduserte liggetiden ved sykehusene er sammen med det økte antallet eldre i befolkningen betraktet som hovedårsaken til dette. Ikke alle kommunene i dette området har opplevd like store endringer i antallet eldre, men oppgavene er likevel endret.

"Altså, vi har ikke så mange flere pasienter, men tyngden og mengden besøk hos hver enkelt er mye større. Nå har ikke jeg tallene på det, men det vet vi at det er mye mer kompliserte pasienter hvis jeg kan kalle det. Det kan begynne med sårstell som er et enkelt besøk kanskje, om ikke daglig, så kanskje to ganger i uken. Så viser det seg at vedkommende klarer ikke, er glemsk, trenger hjelp til dusj, trenger hjelpemidler på grunn av et slag hun har hatt. Du observerer veldig mange ting når du blir kjent med vedkommende, som gjør at vi setter i verk tiltak. Det begynner med et lite stell, sårstell for eksempel, og så utvikler det seg fort. Det er selvfølgelig fordi det er mennesker med høy alder som ofte får mange tilleggssykdommer." (Avdelingsleder i hjemmetjenesten)

⁵⁵ I henhold til DRG-systemet. Pasientene har da ikke fått utført en kirurgisk prosedyre.

Ved sykehjemmene beskrives oppgaveutviklingen delvis som svært positiv. Så fremt ressurs- og kompetansesituasjonen tillater det oppleves nye, og delvis krevende, sykepleiefaglige oppgaver som faglig interessante og stimulerende.

4.1.3 Sykere pasienter i kommunene

Mange av respondentene i kommunene mener det har skjedd en klar oppgaveforskyving fra spesialisthelsetjenesten til pleie- og omsorgssektoren i kommunene. Noe av dette tilskrives kortere liggetid ved sykehusene. Sykehusene har lite tid til observasjon etter behandling og pasientene er dermed "sykere" når overføres tilbake til kommunene. Sykehusene deler i stor grad en slik beskrivelse av situasjonen. Det synes å være en gjensidig erkjennelse både ved sykehusene og i kommunene av at presset er stort på begge nivå. En avdelingsleder ved et bo- og behandlingssenter illustrerer oppgaveforskyvingen slik:

"Nei altså jeg ser at trenden i dag er at sykehusene er så pressa at de overskyver flere og flere oppgaver til kommunehelsetjenesten. Det gjør de jo fra demensomsorgen til psykiatrien, til kreftpasienter og andre ting. Men det må man på en måte forstå. Det handler om økonomi og forskyvning. Korttidsavdelingene våre er jo som en medisinsk avdeling, og vi klager ikke på det. Vi har kompetanse til å ta det, vi har veldig god sykepleiekompetanse på det. Masse dyktige medarbeider som kan håndtere det, og vi trives med det. Men det er klart at man ser denne forskyvningen som har skjedd. For 7 1/2 år siden, da jeg jobba på nevrologisk avdeling, da var det jo sånn at da vi skulle sende pasienter til sykehjemmet, så måtte vi ha fjerna kateter og sonde, for de kunne ikke ha intravenøst, ikke sant, så hvis man ser på de åra der, på hva som på en måte har skjedd, i forhold til hva de sender nå, så får vi overført mye sykere pasienter." (Avdelingsleder ved bo- og behandlingssenter)

Holdningen til nye oppgaver er noe varierende i kommunene imellom og det kan også være noe forskjellig oppfatning mellom fastleger/ kommuneleger og representanter for pleie og omsorg. Nye oppgaver er positivt fordi det ofte bidrar til at hverdagen blir mer faglig spennende og utfordrende. Når enkelte i kommunene signaliserer en negativ innstilling, henger det i stor grad sammen med den økende mengden av oppgaver som overlates til kommunen og at det er misnøye med sykehusets utskrivingspraksis i forhold til utskrivingsklare pasienter. Dette har en ressursmessig side og en kompetansemessig side. Den generelle ressurs-situasjonen er viktig for muligheten til å ivareta oppgavene. I tillegg må personalet ha kompetanse til å håndtere arbeidsoppgavene. Alle kommunene i dette området framhever for eksempel at de ikke har den kompetansen som trengs for å ivareta behovene til brukere/pasienter med psykiske lidelser.

Flere svært gamle medfører i seg selv at mange har flere sykdommer samtidig og flere har derav større oppfølgingsbehov. I hjemmetjenesten har det siste tiårets oppgaveutvikling vært relativt overveldende. De opplever at et stadig større omfang av oppgaver tilfaller dem. Ved sykehusene og sykehjemmene har de kapasitet til å ta imot et begrenset antall pasienter. I hjemmetjenesten er situasjonen annerledes – mange av respondentene opplever at det ikke fins noen grenser for hvor mange pasienter de kan og skal ta imot. Tjenesten oppfattes dermed delvis som en oppsamlingspost for de pasientene som av ulike årsaker ikke får et behandlings- oppfølgings- eller pleietilbud ved en institusjon. En leder ved et sykehjem sier at kommunene generelt er "samfunnets søppelkasse" med henspeiling til oppgavefordelingen mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. En av sykepleierne som ble intervjuet ved sykehusene har stor forståelse for kapasitetsproblemer i kommunene og sier at "de sliter sikkert helsa av seg" på grunn av stadige nedskjæringer. Hun mener kommunen trenger mer av alle tilbud og tror det spesielt er viktig å ivareta oppfølgingsbehovet i overgangsfasene etter et sykehusopphold med gradvis bedring av pasientens funksjonsnivå.

4.1.4 Mer rus og psykiatri i kommunene

Pleie- og omsorgstjenesten i de fire kommunene merker også et større ansvar innen oppfølging av personer med rusproblemer og psykiatri og utfordringene knyttet til pasienter innen psykisk helsevern har økt vesentlig de siste årene. Pasienter som spesialisthelsetjenesten har gitt opp blir ifølge en fra hjemmetjenesten overlatt til dem. Disse personene har ofte betydelige atferdsproblemer.

"Så den kategorigruppen er tøff for oss, fordi vi føler at vi står og slår hodet i veggen hver gang vi spør etter hjelp fra noen og de ikke har noe mer å gi. Vi har prøvd alt med dem! Sånn må det bare være- gi dem best mulig pleie, og ferdig med det. Ja, fastlegen og står litt mellom barken og veden der, for det er ikke lett å få disse pasientene inn på noen andrelinjetjeneste i det hele tatt. Så der står vi egentlig og slår hodene litt i hverandre. Vi gjør så godt vi kan, men når ting ikke fungerer i det hele tatt, så har du sykehjemmet, men sykehjemmet har jo ikke noe mer kompetanse til det enn vi har." (Avdelingsleder i hjemmetjenesten)

Rus og psykiatri er områder hvor ansvarsforskyving oppleves problematisk. Det går på faglig kompetanse, omfang av oppgaver og uklare ansvarsforhold. Det går videre med veldig mye ressurser til psykiatrilaterte oppgaver, og spesielt pasienter med dobbeltdiagnoser (rus/psykiatri). En av fastlegene sier dette om ansvaret for denne gruppen:

"Det er egentlig nytt for den medisinske siden i kommunen, siden rusreformen da, da disse ble pasienter og ikke klienter egentlig. (...) En har med et pennestrøk liksom omdefinert disse fra å være sosialklienter til å bli pasienter. Det har nok kommet litt overraskende på kommunen i alle fall, og ikke minst på helseforetaket. Og det krever nok kanskje et bedre samarbeid mellom helse og sosial i fremtiden og mellom kommunen og helseforetakene. Jeg er helt enig i at det her er pasienter, det er ikke det altså. Men reformen kom litt brått kanskje" (Fastlege).

Videre oppleves det som svært arbeidskrevende å få lagt inn pasienter med psykiske lidelser akutt. En av fastlegene tror prosesser rundt dette ville vært mer hensiktsmessig hvis spesialisthelsetjenesten beholdt ansvaret for pasienten også etter utskriving. Det ville forenklet mye av den administrative behandlingen rundt inn- og utskriving av slike pasienter.

4.2 Pasientforløpet

4.2.1 Større krav til medisinsk utredning og oppfølging av pasienter hos allmennlegene.

Allmennlegetjenestens avgrensning mot spesialisthelsetjenesten er også å være i endring. Fastlegene gjør generelt mer både av utredning, behandling og oppfølging enn før. De har både mer kompetanse og bedre utstyr til å utføre slike oppgaver. En av legene sier han i forhold til tidligere driver en "utstrakt indremedisinsk praksis". En annen utdyper dette og beskriver utviklingen på denne måten

"De aller fleste pasientene kommer vel nå, hvis de skal innlegges da eller få gjort noe på et sykehus, så er de egentlig ferdig utredet på forhånd. Diagnosen er mye oftere stilt nå enn den var før. Ikke så mye ved hjelp av fastlegen altså, men ved hjelp av å sende de først til en ultralyd, til en undersøkelse, og kanskje man har fått utført en belastningsundersøkelse. Så sykehuset vet egentlig at her kommer det en pasient som hvor diagnosen er stilt, og pasienten kommer inn og har en gallestein, påvist gallestein. Sånn var det ikke før. Man henviste pasienten med vondt i magen, ferdig med den. Så ble en liggende på sykehuset til utredningen var ferdig. Det er nok den store forskjellen fra tidligere". (Fastlege/Kommunelege)

Utviklingen har for allmennlegene på den ene siden medført mer interessante legefaglige oppgaver knyttet til utredning og behandling. Samtidig har rollen som koordinator/admi-

nistrator for pasientenes behandlingsforløp blitt større. Dette gir legene en bedre oversikt over hva som skjer med pasienten, men medfører også mer administrativt arbeid for fastlegene. En av de intervjuede legene antyder at denne utviklingen ikke alltid er det beste for pasienten heller:

"Vi har jo også pasienter som vi kaller, eller jeg, kaller for innskrivningsklare. Det skulle vært litt på samme måte, men det blir det ikke. Jeg skal ikke kritisere sykehuset for å ikke ta imot pasienter, pasientene kommer inn altså. Men sånn som i motsetning til før, så kunne man jo henvise pasienter til utredning, Det er jo ikke slik lenger. Jeg er sikker på at 95 % av de som blir lagt inn, blir lagt inn akutt. Før hadde en pasienter med anemi for eksempel, diffuse symptomer, så kunne du henvise til sykehuset for utredning. Nå må jeg gjøre alt da. Nå må jeg bestille hva skal det være. Jeg kan ta blodprøver og sjekke ut det først, så får vi se. Kanskje det er noe i tarmen da, så får vi bestille en koloskopi og så gjør jeg det. Og så var det ikke noe der, hva er neste, så går tiden. Det går jo kjempe lang tid. Det går jo mange måneder, halvt år. Og det blir frem og tilbake- inn til ny avdeling, til ny undersøkelse, og så tilbake til meg igjen. Det er jo greit å være koordinator, men jeg kunne noen ganger ønske at det var som før. At de kunne ta inn fru Hansen til utredning og finne ut hva det er. Og la henne ligge der en ukes tid og gjøre alle undersøkelsene på en gang liksom. Spare pasienten for en masse problemer kan du si. Men det er det dessverre lite av. (Fastlege i bykommune)

4.2.2 Innleggelsespraksis

Som vist tidligere erfarer sykehusene en sterk økning i innleggelser de siste 5-10 årene. Den vanligste forklaringen på dette er "eldrebølgen". Vi var i tillegg interessert i å høre respondentenes syn på henvisningspraksis og forhold rundt innleggelse.

Unødvendige innleggelser betraktes ikke som noe stort problem i dette området, verken av sykehusene eller kommunene. Men det er en klar oppfatning av at dette forekommer med jevne mellomrom. Både representanter fra sykehusene og kommunene har en antakelse om at en del marginalt fungerende eldre bor hjemme på grunn av manglende sykehjemskapasitet i kommunene. Det oppleves generelt frustrerende både for hjemmetjenesten og fastleger når man ikke har muligheter for å bruke sykehjemmet og man ser at sykehusinnleggelse ikke er den riktige løsningen. En fastlege mener også pårørende presser på for å få en løsning på en vanskelig situasjon, men tror også legen har en nøkkelrolle.

"Men så beror det også litt på doktoren, altså fastlegen. Og jeg tror det er et skille. Jeg tror fastleger i mindre grad legger inn på sosial indikasjon enn man gjør i en legevaktsituasjon der man ikke kjenner pasienten og kanskje ikke kjenner hva pasienten har av nettverk. Men at det forekommer en del innleggelser på sosial indikasjon, det gjør det. Noe av bakgrunnen er jo også den kapasitet hjemmesykepleien har til å håndtere pasientens situasjon hjemme, og også hvilke muligheter man har til å kunne legge pasienten inn på sykehjem. Det er et ganske interessant eksempel fra dette fylket vi befinner oss i nå. Kommunen har tidlig tatt et veivvalg og satset på en sterk hjemmebasert omsorg, og i forhold til innbyggertallet, på et lavt antall sykehjemsplasser." (Fastlege)

Samarbeid internt i kommunen kan altså ha betydning for hvor mange som henvises til sykehuset. I en av kommunene berømmer fastlegen hjemmetjenesten for å være raske til å kontakte legevakt når det oppstår situasjoner hvor de er usikre på en brukerens helsetilstand. Dette kan antas å virke forebygge på antallet akutte innleggelser. I en annen kommune hevder en fastlege at han ofte ser eksempler på at hjemmetjenesten ikke tar kontakt før det er gått for langt og sykehusinnleggelse ikke kan unngås. Årsaken antas å være at det ikke er etablert noen arena for slik kontakt mellom hjemmetjenesten og fastlegene. Dette synes å være et savn i flere kommuner hvor det etterlyses mer engasjement fra fastlegene i forhold til ustabile hjemmeboende pasienter, at det er for store individuelle forskjeller på mulighetene for hjelp. Det synes også å være ganske stor forskjell mellom kommunene i muligheter for å legge inn akutt på sykehjem. I den ene landkommunen (kommune B) har fastlegen mulighet for å bruke sykehjemmet.

"Det har betydd at når jeg har legevakt i [distrikt] som er en interkommunal legevakt som favner flere kommuner, hvis noen av de gamle pasientene fra [legens kommune] som for eksempel har hjemmesykepleie, har

blitt dårlig i helgen for eksempel, så har jeg mange ganger bare ringt til sykehjemmet og gjennom kontakt med sykehjem og hjemmesykepleie ordnet innleggelse direkte til sykehjemmet (...) Det har betydning. Mens hvis du går til [andre kommuner] som har hatt store problemer med kapasitet på sykehjem, så hadde det vært helt utenkelig å komme i sykebesøk i situasjoner med litt akutt innhold og legge pasienten inn på sykehjem i kommunen. Helt umulig. Så det er forskjell i kommunene her i [fylket], hvilke muligheter det har vært for å legge pasienten inn på et korttidsopphold i sykehjem og i hvilken grad man må legge inn akutt på sykehus. Og så har man tatt konsekvensen av dette på sykehuset, for man har opprettet en observasjonspost. Og den observasjonsposten, da er det ett døgn opphold, hvis det blir lengre enn det så skal man enten kanaliseres til en av de andre postene på sykehuset hvis det er indisert å være lenger. Men det er ganske stort press på den legen som har posten på å sende vedkommende hjem igjen (Fastlege).

Fastlegene mener det i de fleste tilfeller ikke er nødvendig å rådføre seg med sykehuset om innleggelse. Noen av legene påpeker at de selv er mer kompetente til å vurdere en innleggelse enn en turnuskandidat i mottakelsen på sykehuset. Samtlige sykehusleger som har blitt intervjuet mener derimot at det er et potensial for å bedre kvaliteten på henvisningene fra leger i kommunene. Henvisninger fra legevakt beskrives som særlig mangelfulle. En av sykehuslegene understreker at de, på samme måte som fastlegene, har et behov for å vite hva som har blitt gjort i forhold til pasienten siden en eventuell tidligere konsultasjon eller innleggelse. Henvisningsbrevet, eller en ordning med elektronisk lagret pasientinformasjon, burde gi sykehuslegen slik viktig informasjon. Utfordringen med elektroniske løsninger er å få til et system som ivaretar Datatilsynets krav til datasikkerhet.

I situasjoner hvor sykehuslegene har behov for å kontakte fastlegen, oppleves det ofte som vanskelig å oppnå kontakt. En overlege mener videre at fastlegene ville blitt konsultert mye oftere dersom de hadde vært lettere tilgjengelige. En overlege i medisin savner bedre kommunikasjon på tvers av nivåene i forhold til pasienter som har mange sykehusinnleggelser og konsultasjoner hos fastlegen. Hvis fastlegen har gjort endringer i medisineringen mellom to innleggelser, skulle overlegen ønsket at denne informasjonen var tilgjengelig for sykehuset når pasienten blir innlagt.

I disse beskrivelsene er det i hovedsak forholdene innen somatisk sektor som omtales. Som vi har vært inne på tidligere er kommunene opptatt av at mulighetene for akuttinnleggelser i psykiatrien er alt for vanskelig. Dette setter både fastlegene og pleie- og omsorgstjenesten i en vanskelig situasjon.

4.2.3 Sykehusoppholdet

Innenfor spesialisthelsetjenesten beskrives to utviklingsforløp som har foregått parallelt; spesialiseringen i subdisipliner har økt samtidig som det er en økning i antall eldre pasienter med mer sammensatte og komplekse sykdomstilstander. Dette kan være en utfordring for sykehusene å håndtere.

"Ja, det er klart, i og med at spesialisthelsetjenesten er blitt veldig sub-spesialisert, så er det jo klart at det er de gamle med både hjerte-, lunge- og kanskje mage- og infeksjonsproblemer som går dels hos kardiolog, dels hos en lungespesialist, at koordineringen kunne vært gjort mye bedre. Og det er vel kanskje der en geriater kunne kommet inn og vært med og koordinert, eller at fastlegen hadde tatt bedre hånd om det (...) En pasient får kanskje en time på en poliklinikk én dag og så går det er par tre dager så har de time på en annen poliklinikk også, så sånn sett burde en nok kunne klare å koordinere det på en langt bedre måte." (Seksjonsoverlege gastromedisin)

Spesialiseringen fører på den ene siden til at det nå fins behandlingstilbud innenfor stadig flere medisinsk-faglige områder. På den andre siden har utviklingen bidratt til at pasientene totalt sett må ha flere opphold eller konsultasjoner for å få løst sine helseplager – eller kanskje mest vanlig, pasienten følges opp av sykehuset og fastlegen samtidig, men delvis for ulike problemstillinger. Sykehusets arbeidsområde begrenses i større grad enn tidligere til de konkrete behandlingsoppgavene, mens man i kommunehelsetjenesten jobber mer universelt

og gjør forberedelsene for (utredningene og ofte diagnostiseringen), samt oppfølgingen etter (kontroll og rehabilitering), sykehusbehandlingen.

Sett fra kommunesiden har spesialisering og effektivisering i sykehuset ført til oppsplitting og ansvarsavgrensning i sykehusets pasientbehandling. Fra sykehusets side beskrives denne dreiningen som en respons på økte effektivitetskrav og større etterspørsel etter spesialisthelsetjenester. Ifølge sykehuset ivaretas forvarligheten gjennom høye krav til faglig forsvarlighet og hyppige interne henvisninger. Fra kommunenes side betraktes endringene som manglende vilje til å ta ansvar for hele pasienten, og enkelte ganger vanskjøtting av pasientens pleiebehov.

"Det kan jeg bare si at jeg på en måte syns er litt slett. Jeg skal ikke klage over sykehuset og den medisinske avdelingen, hvor stort sett våre pasienter kommer fra, men når jeg ser hvilken tilstand de er i når de kommer derfra, i forhold til når de ble lagt inn, så må jeg si at det er en slett behandling og ivaretagelse av de eldre. De kommer tilbake igjen med liggesår og sår på hæler, og det er sopp i munnen og det ene med det andre. Så det må jeg si er en slett behandling av de eldre (...) Jeg ringte senest i går til sykehuset. Vi fikk tilbake en pasient som hadde ligget inne i tre uker og som kom tilbake med svære sår både på sete og hæler og alt som var. Så dette er nesten ikke så det går. Så hun ble meget flau hun sykepleieren jeg snakka med." (Avdelingsleder ved sykehjem)

Kommunerepresentantene rapporterer videre at pasientene ofte bare behandles for problemet de henvises for, ikke eventuelle følgetilstander, noe som i enkelte tilfeller oppfattes som svært uforsvarlig.

4.2.4 Utskriving av pasienter uten egenomsorgsevne

Ved sykehusene er det viktig å unngå at utskrivingsfasen blir en flaskehals. Derfor blir tidlig melding av behov for kommunale tjenester for utskrivingsklare pasienter svært viktig. Fra sykehus II's side erkjennes det at utskrivingsdatoen ved den medisinske avdelingen ofte bestemmes av sengekapasiteten. De er imidlertid opptatt av at pasienter ikke skal sendes hjem før de er i stand til å ta vare på seg selv. Ved sykehus I innrømmes det at man av og til sender hjem pasienter som egentlig ikke skulle vært hjemme, men burde fått et annet tilbud i kommunen. Det betraktes i hovedsak som et kommunalt problem, selv om sykehuset mener det er uheldig sett fra pasientens ståsted. Tidvis oppleves det som et hinder at kommunene ikke har fulgt med på det økte tempoet i sykehusene. For eksempel er ukentlige inntaksmøter i kommunene for sjeldent i forhold til sykehusets utskrivingsstakt.

Fra kommunenes side fremheves reduksjonen i liggetid som enkeltfaktoren med størst betydning for utviklingen av oppgaver innenfor pleie- og omsorgstjenesten. Evnen til egenomsorg blant nyutskrevne pasienter beskrives som marginal. Kommune D har av og til problemer med å ta imot pasienten.

"Det hender at vi ikke kan ta imot pasienter. Årsaken er ofte massivt sammensatt problemstillinger som det tar tid å få rydda plass til, men også ressursknapphet- ikke bare sykehjemsplasser, men å kunne gi et tilbud vi kan forsvare. Det er ikke mange ganger vi har måttet betale, men det hender. Tror ikke problemene har endret seg veldig over tid- men nå er det veldig press på sykehjemmet. Det er mange flere og mer kompliserte pasienter (...) Jeg ser jo at det er et like stort dilemma hvis vi skal vurdere den medisinske ferdigbehandlinga eller hvor langt den er kommet, men jeg skjønner ikke hvordan sykepleier klarer å jobbe i sykehus i dag, jeg. Nei jeg skjønner ikke hvordan de med sin egen faglighet klarer å jobbe der. Når de ser pasienten blir kasta rundt uavhengig av tilstand- det er ikke veldig sjelden at pasienten dør i omflyttinga. Det syns ikke jeg er verdige forhold" (soneleder pleie- og omsorgstjenesten).

Utskrivingspraksisen i forhold til psykisk syke pasienter vurderes som særlig problematisk, og er ifølge enkelte respondenter ofte både faglig uforsvarlig og uverdigg.

Ulik bruk av utskrivingsavtaler

Sykehuset har en samarbeidsavtale med kommunene som i prinsippet skal regulerer prosessen rundt utskriving av pasienter i somatikken. Slik situasjonen er i dag mener kommunene at sykehusene ofte bryter avtalen på flere punkt. Ett forhold er at kommunene mener sykehuset skriver ut pasienter for tidlig. Avtalen angir antall dager kommunen maksimalt har til rådighet for å etablere et tilbud. Fra sykehusets side gis det signaler om at det er uheldig når kommunene betrakter dette som en rettighet til å la pasienten ligge i sykehuset ut "fristen". Flere uttalelser fra ansatte i kommunene bekrefter dette og pasientkoordinatoren i en kommune mener både sykehusene og kommunene bidrar til å forverre samarbeidsklimaet.

"...så er det nok også kommuner som har brukt den avtalen, og sagt at vi har ti dager så da får vi bruke de ti dagene" (Pasientkoordinator).

For hjemmetjenesten er det vanskelig når pasienter som ikke har tjenester fra før, skrives ut før man har hatt tid til å gjøre et skikkelig forarbeid. Spesielt problematisk oppleves dette når utskrivingen skjer fredag ettermiddag og det ikke er gjennomført vurderingsbesøk. Det kan også være vanskelig å få ordnet med medisiner. Selv om sykehuset skal gi skriftlig beskjed om utskriving hevder representanter for pleie- og omsorgstjenesten at man ofte får en telefonisk beskjed kort tid før utskriving finner sted.

Ved ortopedisk avdeling ved sykehus I har de sågar innført en egen rutine for sending av melding om mulig behov for kommunale tjenester allerede ved innleggelsen. I pleie- og omsorgstjenesten i kommunene skaper urimelig tidlige meldinger usikkerhet omkring når pasienten faktisk er utskrivingsklar og fører for eksempel til at pasienter som allerede har sykehjemsplass enkelte ganger må vike plass for tidlig og skrives ut til eget hjem. Sykehusenes kriterier for å definere pasientene som utskrivingsklare oppfattes derfor som pragmatiske.

"(...) og så kan jeg ta telefonkontakt et par tre dager før den datoen [oppgitt utskrivingsklar], og så sier jeg 'er den klar, kommer det noen på torsdag som avtalt?' 'Nei, jeg tror nok det vil gå over helgen' (...) De hadde ikke oversikt. Og sånn at den der definisjonen på utskrivingsklar, den tror jeg ikke det er så mange som vet hva er for noe egentlig. Og da er det jo en tilfeldig sykepleier som ringer oss. Som bare sier at den er utskrivingsklar sånn og sånn, vi tror den er det, vi regner med, så det er egentlig bare tøys." (Avdelingsleder ved sykehjem)

I de nye samarbeidsavtalene som nå er gjeldende, legges det større vekt på gjensidig fleksibilitet hos begge parter. Kommunene skal ta tilbake pasienten så fort som mulig, mens sykehuset skal være mer fleksible i forhold til å fakturere dagbøter. I avtalen står det videre at det er kommunene og ikke sykehuset som skal vurdere hvilket tilbud pasientene skal få etter utskriving. Det er en klar utfordring for sykehuset å overholde dette.

Ifølge respondentene er samarbeidet enklere når det er få kontaktpunkter mellom sykehus og kommune- faste kontakter sikrer kontinuitet og det synes å bidra til økt kjennskap og forståelse for hverandres situasjon. Den kommunen som framheves av sykehuset i så måte er ikke med i vårt utvalg. Det varierer om kommunene har slike, men ifølge den nye avtalen skal det etableres faste kontakter på begge nivå.

Manglende dokumentasjon ved utskriving

Et av de viktigste problemene underveis i pasientforløpet er underskuddet på informasjon og kommunikasjon mellom aktørene på de to nivåene. Dette er et erkjent problem blant representantene fra begge nivåer at epikrisen kommer for sent til fastlegen. Over tid har det imidlertid vært en viss forbedring i epikrisetid. At det går for lang tid før epikrisen sendes til primærlegen er et generelt problem for norsk sykehustjeneste, og dette området er ikke noe unntak. Det er når pasienten skrives ut til hjemmet at dette er størst problem. Det er ifølge respondentene relativt ofte usikkerhet rundt medisinlisten, noe som skaper ekstraarbeid med kvalitetssikring og det påpekes at ordningen med pasientansvarlig lege i sykehuset ikke

fungerer etter intensjonen. Dette erkjennes også av sykehuset. I enkelte tilfeller har pasienter blitt sendt i retur på grunn av manglende dokumentasjon, noe som ble oppfattet som ganske effektivt for å få endring i praksis. Det er også forhåpninger til at man etter hvert får tatt i bruk ny teknologi for å effektivisere og heve kvaliteten på utveksling av informasjon. Ifølge en fastlege ligger sykehusene langt etter kommunene på dette feltet. Generelt er epikrisetid nå et større problem innen psykiatrien enn i somatikken.

4.2.5 Oppfølging av pasienter i kommunen: Flere hender – eller mer kompetanse?

Kommunenes evne til å ivareta ulike pasientgrupper sine behov er avhengig av pleie- og omsorgstjenestens kapasitet og kompetanse. Utviklingen med kortere liggetid i sykehus og generelt flere eldre med et mer sammensatt sykdomsbilde, forutsetter ifølge informantene også mer samarbeid på tvers av omsorgsnivå og faggrupper. Dette må også ses i lys av den sterke dreiningen mot hjemmebasert omsorg.

I de fire kommunene fra område I gir respondentene i tre av fire kommuner klart uttrykk for at det er for dårlig kapasitet på antall sykehjemsplasser. Det savnes spesielt større kapasitet på avlastningsplasser og rehabiliteringskapasitet i kommunene.

I kommune B mener representanten for sykehjemmet at kapasiteten på plasser i sykehjem generelt og rehabiliteringskapasiteten er tilfredsstillende. Kommunelegen tror en relativt stor kapasitet i forhold til omsorgsboliger og trygdeboliger har begrenset behovet for sykehjem, mens en annen fastlege tror terskelen for sykehjemsplass er blitt for høy og at personalet i pleie og omsorg sliter. Representanten for hjemmetjenesten bekrefter dette og mener det spesielt er oppgavene knyttet til brukere i omsorgsboliger som har bidratt til en sterk økning i oppgavemengden. Dette er også en utfordring i andre kommuner. Omsorgsboligene er ressurskrevende og mange av brukerne har behov for oppfølging store deler av døgnet. Enkelte respondenter mener utfordringen kan løses med mer satsing på døgnbasert hjemmetjeneste, mens andre mener det må være et botilbud med kontinuerlig døgnbasert tilsyn. Det kan være en utfordring for hjemmetjenesten at mange marginalt fungerende pasienter følges opp i hjemmet. I tillegg til den helsemessige statusen har dette også andre sider som relateres til kvaliteten på tjenesten.

“Det skulle vært flere sykehjemsplasser (...) det er jo forslag nå på å bygge et nytt sykehjem, så alle er jo enige om det. For det er grenser for hvor dårlig de kan være. Hva som er forsvarlig. De er alene, og de har ikke styring på noen ting. Du vet de ligger der i alle de timene til neste gang du kommer igjen. Så selv om du prøver så godt du kan så er det en grense for hva som er god stell og pleie. Jeg tror at noen ville ha det bedre på en institusjon. Du er ikke alene. For mange er redde. De som er redde for eksempel da, ligger hjemme alene og er redde fordi de er syke og ikke kommer seg ut av sengen. Det er jo ikke moro å reise fra sånne”(soneleder kommune C).

Kapasiteten på sykehjemstilbudet er ikke bare et spørsmål om man har plass på sykehjemmet. Man må også ha nok kvalifisert personell. Ressurssituasjonen i kommune A beskrives av pasientkoordinatoren i kommunen som sier dette i forbindelse med mottak av utskrivingsklare pasienter:

“Vi har rom, men vi har ikke personale, vi har ikke penger til å betale personalet. Nå har vi fått lov, vi har jo fått lov i økter da –”i tre måneder skal dere få lov til å ta inn personale nok til å dekke det“. Og så må vi vurdere det igjen. Nå har vi fått lov frem til første september, å bruke fire ekstra plasser, men det betyr jo at vi må ta inn ufaglærte. Vi må ta inn det vi får, for det blir ikke noen fast ansettelse. Det blir korttidsansatte, og det er ingen fagpersoner som gidder det. Så da blir det lite kvalifisert personale som belaster det andre personalet på sykehjemmet egentlig. Det blir noen få sykepleiere som har ansvar for veldig mange.” (Pasientkoordinator kommune)

I en slik situasjon kan slitasjen på nøkkelpersonelle bli stor og dermed øker faren for høyt sykefravær. En av respondentene antydte at det hadde vært vel investerte penger å bruke noen kroner på hyggelige personaltiltak.

For kommunene er det som antydte over ikke bare snakk om antall hender, men også et spørsmål om å ha den riktige sammensetningen av personell i forhold til å ivareta de oppgaver som skal utføres. Som sitatet over viser blir dette igjen et spørsmål om ressurser til å bygge opp kompetansen på en forsvarlig måte. Det er til dels ulike beskrivelse av situasjonen i kommunene.

"Det er veldig liten forståelse ute i kommunen for (...) at noen kan bare skyve pasienter fra seg og overføre oppgaver, og temmelig spesialiserte og krevende oppgaver, for å spare penger. Og så skal vi bare overta dem uten å få mer enn en brøkdel av den kompetanseoppbyggingen og ikke noe særlig personellstyrking som følger med. Det oppleves både som urimelig og veldig belastende i arbeidet i hverdagen for de som blir sittende med de primære oppgavene ute i feltet. De skjønner ikke hvordan det kan være sånn rett og slett, og oppfatter det som en veldig negativ side av deres hverdag og deres arbeidsliv og mange slutter jo etter hvert også. For de blir helt utbrent av å strekke strikken så langt hele tiden, og ikke få noe annet enn å høre at de syter og klager (...)." (Kommunelege/fastlege)

Kompetansemangelen dreier seg i stor grad om antallet sykepleiere. Sykepleiemangelen i dette området synes å være et ressursproblemer i større grad enn at det er dårlig tilgang på sykepleiere. Det signaliseres fra sykehuset at ikke alle sykehjem i kommunene kan ta imot pasienter som krever sykepleiefaglig tilleggskompetanse. Sykehusene tilbyr opplæring i slike prosedyrer, men foreløpig er inntrykket at det er variasjoner innen og mellom kommunene på dette punkt, noe som både kan skyldes ressursmessige forhold og ulike "kulturer" på sykehjemmene og mellom soner i hjemmetjenesten. Siden dette er relativt nytt for kommunene må man regne med at innføring av ny praksis tar tid.

Som tidligere skissert er det faglige kompetansebehovet i kommunene spesielt stort i forhold til ivaretagelse av personer med psykiske lidelser, og spesielt det økende omfanget av personer med dobbeltdiagnoser hvor psykiske lidelser er koblet til rusmisbruk. Dette gjelder både pleie- og omsorgstjenestens arbeidsoppgaver og den medisinsk-faglige siden av dette representert ved fastlegene.

4.2.6 Økt behov for legetjenester i sykehjem

I sykehjemmene er det tilsynslegen som skal sørge for en tilstrekkelig oppfølging av pasientene medisinsk. I tre av de fire kommunene vurderes antallet tilsynslegetimer som for knapt. Mange nevner økende behov for tilsyn i takt med utbyggingen av korttidsplasser.

"Vi ser at vi gjør mye medisinsk arbeid. Jeg var tilsynslege på en korttidsavdeling i sone sentrum som ligger vegg i vegg med sykehuset, og hadde til tider en følelse av at jeg jobbet på medisinsk avdeling. Geriatrien er komplisert, og sykehuset mangler også etter min oppfatning en geriatrisk sengepost, fordi en del av de som er på kanten, de går rett inni forvirring på sykehuset og det blir vanskelig å håndtere de. Kommer de raskt over til kommunehelsetjenesten så får du ikke gjort det du skal med dem, for de blir så forvirret, så hadde en hatt en egen geriatrisk sengepost og så kunne en fått en litt mer helhetlig, fullstendig utredning enn en får til vanlig. Jeg tror at de eldre lett kan bli svingdørspasienter særlig etter det systemet, for det er liksom ikke tilpasset de på en måte". (Sykehjemslege/kommunelege)

Flere peker på at nettopp denne gruppen eldre er mest i gråsonene mellom omsorgsnivåene. For dem vurderes behovet å være geriatrisk sengeavdeling eller en intermedieæravdeling.

4.2.7 Samarbeidsbehov mellom sykehjem og åpen omsorg

Gjennom samtalene med helsepersonell blir det økende behovet for samarbeid understreket. For å ivareta intensjonene om et mer differensiert, men samtidig helhetlig tjenestetilbud til brukerne av pleie og omsorgstjenester, setter det ifølge informanter krav til mer samarbeid mellom faggrupper og omsorgsnivå innen pleie- og omsorgstjenesten, og mellom pleie- og omsorgstjenesten og fastlegene.

Store og små kommuner har i utgangspunktet ulike rammebetingelser for etablering av samarbeid. Representantene for de to landkommunene i utvalget beskriver samarbeidet mellom ulike tjenesteytere internt i pleie- og omsorgstjenesten som velfungerende. I den ene bykommunen (kommune D) har det ifølge en soneleder for pleie- og omsorg vært arbeidet aktivt med samarbeid og saksbehandling, noe som har gitt resultater. I den andre bykommunen savnes mer samarbeid og fleksibilitet mellom institusjonshelsetjenesten og hjemmetjenesten. Det som savnes er tilgang til plasser i sykehjem som kan brukes ved akutte situasjoner i hjemmetjenesten. Som tidligere vist antas dette å virke forbyggende på behov for sykehusinnleggelse.

4.2.8 Behov for tettere samarbeid mellom omsorgstjenester og fastleger

Som omtalt tidligere savner også ansatte i pleie- og omsorgstjenesten i kommunene en mer aktiv rolle fra fastlegene i forhold til dårlige og marginalt fungerende eldre som bor i eget hjem. En av legene i utvalget påpekte selv at dette var en av oppgavene en fastlege skal ivareta. Flere leger antyder at behovet for hjemmebesøk og henvendelser fra hjemmesykepleien har økt som følge av kortere liggetid i sykehus.

Med tettere samarbeid mellom fastleger og hjemmetjeneste mente flere at kommunene kunne tatt seg av enda flere oppgaver, for eksempel knyttet til justering av medisiner og behandling av enkle infeksjoner. Utredning av demenspasienter var en annen oppgave som kommunene kunne bidratt mer i forhold til med enda bedre tverrfaglig samarbeid. Dette er en voksende gruppe. En sykehjemslege nevner at de arbeider med å bedre tilbudet til demenspasienter. Utfordringen i det arbeidet er nettopp å få til å få til en tettere forbindelse mellom fastlegene og pleietjenesten fordi de tradisjonelt arbeider svært atskilt.

Personer med behov for oppfølging på tvers av faggrupper og omsorgsnivå har rett på individuell plan. I kommunene ser dette arbeidet ut til å være inne i en god prosess. Det interne samarbeidet ser stort sett ut til å fungere tilfredsstillende og det er en positiv utvikling. Det ser imidlertid ikke ut til at fastlegene er særlig involvert i dette arbeidet. Det gis uttrykk for at fastlegene er mer etterspurt i forhold til individuelle planer for personer med psykiske lidelser og rus enn innen somatikken. Det er tildels varierende holdninger til bruken av individuelle planer. Det stilles spørsmålsteget ved omfanget av pasientgrupper som har rett til slik plan i forhold til ressursene det vil utløse å skulle gjennomføre det for kommunene. Man foreslår derfor å konsentrere arbeidet rundt de som trenger det mest. Ifølge en fastlege/kommunelege gjelder dette de multi-handikappede, de med veldig mange diagnoser og unge pasienter/brukere. Inntrykket er at det foregår en slik prioritering i kommunene. Arbeidet med individuelle planer omtales også i kapittel 4.3.3

4.3 Samarbeidstiltak: Ønsker/behov og praktiske løsninger

Det signaliseres fra kommunene at spesialisthelsetjenesten tar for lite ansvar for å følge opp pasientgrupper hvor kommunen ikke har kompetanse og trenger bistand fra spesialister. Dette gjelder blant annet for pasienter med kronisk sykdom, pasienter med demens eller psykiske lidelser og spesielt pasienter med dobbeltdiagnose rus/psykiatri. Ifølge respondentene gjenstår det mye her og pasientene blir ofte kasteballer i systemet. Det er en tendens til at legene i vårt utvalg er mindre fornøyd med samarbeidet enn mange av sykepleiere og andre representanter for pleie- og omsorgstjenesten. Legenes kritikk er delvis basert på en systemkritikk av utviklingen i spesialisthelsetjenesten.

4.3.1 Opplæring, rådgivning støtte

En viktig oppfølging fra spesialisthelsetjenestens side er å bistå med opplæring, rådgivning og direkte pasientbistand ute i kommunene gjennom bruk av ambulante team. Det eksisterer noen slike team som er tilgjengelige for kommunene i område I. Respondentene nevner både rehabiliteringsteam, geriatrisk team, alderspsykiatrisk team, og palliativt team. Erfaringer med disse er noe varierte på grunn av tilgjengeligheten og ikke alle er fullt operative. Det signaliseres at slike team må gjøres langt mer tilgjengelige for kommunene. Representanter for sykehjem i landkommunene erfarer at bistanden fra geriatriteamet så langt har vært rådgiving over telefon. Problemet for noen av disse tiltakene synes til dels å være at man ikke har tilstrekkelig med fagressurser til å drive utstrakt oppsøkende virksomhet og at aktiviteten i stor grad foregår ved poliklinikkene.

Et samarbeidstiltak som mottas svært positivt av kommuner og sykehus er erfaringskonferanser hvor man utveksler erfaringer og blir kjent med hverandre. Arenaer for dialog verdsettes, da det ellers er svært lite organisert møtevirksomhet mellom sykehuset og kommunehelsetjenesten.

Noe som er relativt nytt er faglig nettverkssamarbeid mellom sykehuset og kommunene, og her nevner respondentene kreftomsorg, geriatri og bruk av avansert utstyr. Dette er i stor grad positivt mottatt fordi det har gitt kommunene bedre kompetanse. En av sykepleierne fra en av kommunene mente at nettverkssamarbeidet innen kreftomsorg likevel ikke hadde bedret samarbeidet i etterkant på grunn av kapasitetsproblemer ved sykehuset. Det er likevel flere som skryter av sykehuset i forhold til en betydelig bedring i forhold til faglig veiledning og opplæring overfor enkeltpasienter. Det gjelder spesielt kreftpasienter, men også andre pasientgrupper, som for eksempel respiratorpasienter. Oppfølgingen av kreftpasienter synes å være en av områdene hvor det er best faglig samarbeid. De fleste som ble intervjuet var svært positive til etablering av nettverkssamarbeid. Satsingen på tiltak innenfor kreftomsorgen knyttes an til at kreft ofte også rammer yngre personer. En respondent på sykehuset sier dette:

"Der har jeg et inntrykk av, men jeg vet ikke om jeg har dekning for å si det. Når det gjelder kreftpasienter og unge pasienter, da tror jeg alle er veldig innstilt på at her skal vi sette inn maks sånn at vedkommende kan få være hjemme. Da kan man på en måte klare å håndtere hva som helst av hjelpemidler. Men er det snakk om en gammel dame som skal ha et mye enklere opplegg i form av apparatur og medisiner og sykehjem, så er ikke det så enkelt å få aksept for det der ute." (Klinikkoversykepleier ortopedi)

4.3.2 Hospitering

Sykehuset stiller seg positive til hospitering fra kommunehelsetjenesten og kommunene signaliserer gode erfaringer med hospitering. Selv om dette delvis gjøres gis det klare tilbakemeldinger på hospitering er vanskelig å få til i praksis på grunn av bemanningssituasjonen i kommunene. Enkelte uttrykker at sykehusene har dårligere kjennskap til kommunene enn vice versa. Ut fra dette målbæres et ønske om gjensidig hospitering.

4.3.3 Individuelle planer som samordningsverktøy

Utvikling av individuelle planer baseres på et samarbeid mellom ulike tjenesteytere i kommunen, og spesialisthelsetjeneste når det er aktuelt. Innen somatikken synes dette arbeidet i liten grad å involvere sykehusene (de vi intervjuet). En av respondent fra pleie- og omsorg mente sykehuset var altfor dårlig oppdatert i forhold til initiert og bruk av individuell plan. Informasjonsutveksling, planlegging og initiativet til samarbeid omkring pasienter med sammensatte behov synes ut fra kommunenes ståsted å variere fra sykehusavdeling til sykehusavdeling. For eksempel sier en avdelingsleder ved et sykehjem at samordningen omkring pasienter med nevrologiske lidelser, som har vært innlagt ved nevrologisk avdeling, er mye enklere enn for nevrologiske pasienter som har vært innlagt ved en tilfeldig annen

avdeling. Hun opplever som mange andre at den generelle oppfølgingen og samordningen i forhold til pasienter med kreftdiagnoser er svært god.

4.3.4 Samarbeidsutfordringer

Ovenfor er ulike samarbeidstiltak mellom sykehus og kommuner omtalt. I prosjektet har vi vært spesielt opptatt av samarbeidet rundt utskrivingsklare pasienter i sykehus. I område I er det i dag en samarbeidsavtale mellom sykehusene og kommunene som regulerer rutinene rundt dette. Gjennom samtaler med helsepersonell har det kommet fram flere utfordringer i forhold til praktiseringen av den. Det går både på ulik tolking av innhold, mangel på kjennskap til avtalen nedover i organisasjonene og et behov for faste kontaktpersoner. Den nye avtalen stiller krav om det siste. Der presiseres det også at kommune skal ta imot pasienten så raskt som mulig og ikke utnytte tiden fram til det utløses betaling, noe som har vært tilfelle tidligere. Hvis praksis på dette punkt endrer seg, skal sykehuset være mer fleksible i forhold til kommunene dersom de trenger lengre tid til å etablere tilbud til enkelte pasienter. Hvorvidt dette lykkes er avhengig av kommunenes faktisk kapasitet til å ta imot pasientene tidligere, da det fra kommunenes side gis klart uttrykk for at tidspresset er betydelig.

Mange opplever at det er mer og bedre samarbeid mellom nivåene i helsetjenesten nå enn for en del år siden og enda mer samarbeid etterlyses, spesielt fra kommunenes side. Samtidig er det også negative utviklingstrekk. Det påpekes at samarbeidstiltakene stort sett har vært knyttet opp mot pleie- og omsorgstjenesten i kommunene, og foregått hovedsaklig mellom sykepleierne på de to nivåene. Fastlegene rapporterer om et totalt fravær av faglige møter med sykehuslegene etter foretaksreformen, noe som savnes også av leger ved sykehuset. Fra pleie og omsorgstjenesten savnes vurderingsmøter på sykehuset hvor både kommunen og sykehuset stiller forberedt med personell som kjenner pasienten. Dette ble gjennomført tidligere ved sykehus II, men er nå, ifølge pleie- og omsorgstjenesten, ikke prioritert av sykehuset.

Av planer for samarbeid ble det nevnt at det planlegges etablering av en samarbeidsgruppe for å håndtere situasjonen rundt utskrivingsklare pasienter. Det var også en prosjektgruppe som arbeidet for å få til en praksiskonsulentordning ved sykehuset. Av respondenter for kommunene ble det rapportert at man hadde begynt å arbeide for å gjenetablere faglige møter mellom fagpersonell i kommunen og sykehuset.

Tid synes å være den kritiske faktor i forhold til å prioritere samarbeid. Mange gode tiltak faller lett i grus på grunn av tidspress og lite ressurser. Kommunenes holdning til samarbeid var noe varierende og fastlegene synes å være mer kritiske enn sykepleierne innen pleie og omsorgstjenesten. Flere av fastlegene var skeptiske til sykehusets samarbeidsmotiver og la ikke skjul på at de trodde det lå økonomiske motiver bak framstøt om samarbeid med fastlegene.

Innen psykisk helsevern og rusomsorg synes utfordringene knyttet til samarbeid å være større enn i somatikken.

OPPSUMMERING OMRÅDE I

Utviklingstrekk for pasientsammensetning og oppgaver

Sykehuset

- Økt pasientvolum, spesielt knyttet til eldre
- Sengeavdelingene på sykehusene har en "tyngre" pasientsammensetning enn før
- Tidligere var pasientene mer ferdigbehandlet ved utskriving. I dag kan kommunen ta imot tidligere. Både informanter i kommuner og sykehus mener pasientene er "sykere" ved utskriving i dag enn for ti år siden.

Pleie og omsorgstjenesten

- Pleie- og omsorgstjenesten i kommunen har en "tyngre" pasientsammensetning enn før og nye brukergrupper er kommet til. Flere marginalt fungerende pasienter bor hjemme.
- Helsepersonellet er positivt innstilt til nye oppgaver av faglig karakter
- Det er i stor grad økningen i mengden av oppgaver og ikke innholdet i oppgavene som er utfordringen.
- I forhold til pasienter/brukere med psykiske lidelser og rus det er det både mangel på ressurser, kompetanse og uklare ansvarsforhold som er hovedproblemet

Oppsummering av trekk ved pasientforløpet

Utredning

- Allmennpraktikeren tar en stadig større andel av utredningsoppgavene. Opplevs i stor grad som positivt, men det kan i enkelte tilfeller medføre langt utredningsforløp for pasienten
- Allmennpraktikeren kan også gjøre (medisinsk) behandling som tidligere ble utført ved poliklinikkene. De tar også mer av kontrollene, noe som betraktes som hensiktsmessig

Innleggelser i sykehus

- Tilgang til korttidsplasser i sykehjem og en tett kontakt mellom hjemmetjeneste og fastlege bidrar til forebygging av sykehusinnleggelser i akutsituasjoner
- Unødvendige innleggelser forekommer, men i mindre grad enn for en del år siden
- Det er stor variasjon i kvaliteten på henvisningsskriv fra innleggende lege
- For høy terskel for innskriving av pasienter i psykiatrien

Sykehusoppholdet

- For lite helhetlig oppfølging av pasientene i sykehuset. Også informanter i sykehusene er bekymret for økende spesialisering og effektivisering samtidig med et økende antall eldre
- Informanter i kommunene mener pleiefasen nedprioriteres
- Ordningen med pasientansvarlig lege i sykehuset fungerer ikke etter intensjonen og er vanskelig å få til å fungere i praksis
- For få indremedisinske sengeplasser
- Press på liggetid påvirker sykehusets utskrivingspraksis

Utskrivning fra sykehus

- Kommunene henger delvis etter i forhold til sykehusenes forventninger om kompetanse til å ta imot pasienter med behov for intravenøs medikamentering, væskebehandling og ernæring
- Fra sykehuset sitt ståsted er det et hinder for driften at kommunene ikke følger med i utskrivningstempoet. Ett inntaksmøte i uka er for lite. Flere korttidsplasser i sykehjem foreslås som en løsning på dette.

- *Det tar for lang tid før endelig epikrise sendes fra sykehuset, selv om det har vært en bedring*
- *Ajourføring av medisinlister er en utfordring ved overganger mellom omsorgsnivå*
- *Fastlegene oppfattes som vanskelig tilgjengelige for sykehuset*
- *Samarbeidsavtalen regulerer utskrivingsprosessen, men det er tildels ulik tolking av retningslinjer med hensyn til om bruk av dager til forberedelse av utskriving mellom sykehus og kommuner. Sykehuset setter dato for når pasienten er utskrivingsklar*
- *Faste kontaktpersoner i sykehus og kommuner bidrar til bedre kommunikasjon omkring utskriving av pasienter*

Medisinsk og pleiemessig oppfølging i kommunen

- *Både sykehusene og kommunenes informanter mener kommunene har for lite ressurser til å håndtere situasjonen med utskrivingsklare pasienter- det er mangel på sykehjemsplasser.*
- *Legetjenesten i sykehjem oppfattes som utilstrekkelig*
- *Sterk utbygging av omsorgsboliger begrenser behovet for sykehjemsplasser, men hjemmetjenesten trenger mer ressurser og kompetanse for å følge opp*
- *Det er ønske om mer samarbeid mellom hjemmetjenesten og fastlegene rundt marginalt fungerende hjemmeboende pasienter*

Kommunenes tilbud til pasienter med psykiske lidelser eller rusproblemer

- *Det er et faglig kompetansebehov i kommunene i forhold til ivaretagelse av brukere med psykiske lidelser og/ eller rusproblematikk.*
- *Stort behov for samarbeid, kompetanse og tilgjengelighet på akuttplaner innen psykisk helsevern*
- *Hjemmetjenesten opplever at de sitter med "svarteper" i forhold til oppfølging av pasienter med psykiske lidelser – pasientene som faller mellom alle andre stoler blir overført til de*

Samarbeid med spesialisthelsetjenesten

- *Oppfølging av kreftpasienter er et eksempel på positivt samarbeid*
- *Erfaringskonferanser vurderes svært positivt, både som arena for å målbære problemer og skape gjensidig forståelse*
- *Erfaringer med hospitering er positive, men vanskelig å få gjennomført i praksis*
- *Det er en positiv utvikling i forhold til arbeidet med individuelle planer, men noe ulike holdninger til hvor mange pasient/brukergrupper som trenger en slik. Sykehusene er lite involvert og fastlegene er mer etterspurt i dette arbeidet når det gjelder brukere med psykiske lidelser og rus enn innen somatiske.*
- *Ifølge leger i kommunene prioriterer sykehuset i for liten grad faglige samarbeidsmøter. Dette savnes imidlertid også av sykehuslegene. Det er antydninger til nye forsøk på å forbedre kommunikasjonen.*
- *Det er ønskelig med bedre tilgjengelighet til ambulante team*
- *Kapasitetsproblemer og tidspress et hinder for samarbeid*

4.4 Avsluttende kommentar om område I

Utfordringene i område I synes generelt å være knyttet til manglende kapasitet i sykehjem (spesielt rehabiliteringsplasser og avlastningsplasser) og manglende kompetanse i forhold til å følge opp mange av de nye brukergruppene innen blant annet psykisk helsevern og rusomsorg. Sett fra kommunenes side er liggetiden kort og sykehusenes håndtering av eldre pasienter er for lite helhetlig. Samarbeidsrelasjonene rundt utskriving av eldre pasienter med behov for kommunal oppfølging er for flere av kommunene problematiske. Ulik tolking av samarbeidsavtalen og kapasitetspress på begge sider bidrar til dette.

Sykehusene sine beskrivelser av utskrivingsprosessene er i noe mindre grad "problemorienterte" enn kommunenes beskrivelser, men det erkjennes fra sykehusene at presset på liggetid er betydelig. Sengekapasiteten på sykehusene er lav og det brukes mye tid på pasientlogistikk for å utnytte sengekapasiteten i begge sykehusene.

Det er en positiv utvikling i faglig samarbeid mellom nivåene, men er i stor grad av sykepleiefaglig karakter. Fastleger og sykehusleger synes å samarbeide lite og det er få møteplasser. Enkelte fastleger oppfatter samarbeidsviljen til sykehusene som mer økonomisk motivert, enn som et ønske om bedre samarbeid rundt pasienten. Etter sykehusreformen ble det slutt på faste møter, noe som savnes av leger på begge nivå. Tidspress angis som et viktig hinder for å få til samarbeid.

I kommunene oppleves de faglige og samarbeidsmessige utfordringene som spesielt utfordrende i forhold til ivaretagelsen av pasienter/brukere med psykiske lidelser og i særdeleshet kombinasjonen av psykiske lidelser og rus. Forekomsten av dobbeltdiagnoser er ifølge fastlegene økende. Det er spesielt vanskelig å håndtere akutt oppståtte situasjoner og hjemmetjenestene opplever seg ofte som "svarteper" når andre ikke tar ansvar. Det gjelder også i forhold til håndtering av ustabile eldre som bor i eget hjem og hvor det gjerne er demens inne i bildet.

Vi har ikke fokusert mye på forskjeller mellom kommunen i denne framstillingen av situasjonen i område I. Noe av bakgrunnen for det er at likheten mellom kommunenes beskrivelser er mer framtrepende enn forskjellene. I tre av kommunene får vi inntrykk av at ressurs situasjonen er knapp med hensyn til sykehjems plasser og antall (sykepleier)stillinger i hjemmetjenesten. I den fjerde kommunen synes kapasitetssituasjonen i heldøgnsomsorgen (kommune B) å være relativt god og de har få problemer med å ta imot utskrivingsklare pasienter. Men selv i kommunen med god kapasitet oppleves den betydelige veksten i omsorgsboliger som er stor utfordring for hjemmetjenesten, både ressursmessig og kompetansemessig. Dette nevnes i flere kommuner. Dette kan indikere at utbyggingen av omsorgsboliger har skjedd så fort at det har oppstått et ressursmessig etterslep.

God kapasitet og små forhold synes, ikke overraskende, å ha en klar positiv betydning for det interne samarbeidet mellom legetjeneste, hjemmetjeneste og sykehjem. Samarbeidet med sykehuset rundt utskrivingsklare pasienter blir også lettere og det blir mer et spørsmål om kompetanse enn om ressurser. Ellers kan vi ikke se noen klare kommunevise mønster i de beskrivelser og holdninger som formidles. Det betyr ikke at slike forskjeller ikke eksisterer. Med utgangspunkt i et lite utvalg informanter i hver kommune kan vi imidlertid ikke trekke klare konklusjoner.

For spesielt interesserte lesere er det utarbeidet egne beskrivelser av situasjonen i den enkelte kommune og sykehusene (se vedlegg 1 bak i rapporten og vedlegg 2 som er en egen vedleggsrapport).

5 Oppgavefordeling og samspill i område II

I område nummer to inngår to kommuner (kommune E og F) og et større sykehus (sykehus III) hvor begge kommunene inngår i opptaksområdet. Den ene kommunene er en relativt liten kommune ute i distriktet (E) med ca to timers reisetid til sykehuset (inkludert ferje). Den andre kommunen er vertskommune for sykehuset og er en større bykommune (F).

5.1 Beskrivelse av utviklingen i pasientsammensetning og oppgaver de siste 5-10 år

Ifølge tall fra SAMDATA Somatikk (Huseby, 2004) har sykehus III en ressurskrevende pasientsammensetning på sengeavdelingene og ligger høyt på andel pasienter med langtidsopphold⁵⁶. Beleggsprosenten er høy for sykehuset totalt, og det indikerer at enkelte avdelinger har problemer med overbelegg. Antall helsepersonellårsverk er ut fra pasientsammensetningen litt lavere enn gjennomsnittet for alle sykehus. Antall korridorpatienter har bedret seg over tid, men lå i slutten av 2003 fortsatt høyt nasjonalt sett. Sykehuset lå omtrent på landsgjennomsnittet for andel epikriser som ble sent ut innen 7 dager etter utskrivning. Men i forhold til nasjonale målsettinger på over 80 prosent lå de fleste sykehus dårlig an, med et landsgjennomsnitt på 44 prosent totalt i tredje kvartal 2003.

Antallet innleggelses som øyeblikkelig hjelp har økt betydelig i perioden 1995-2003, og pasienter over 80 år står for en svært stor andel av disse. Andelen svært gamle pasienter av alle ø-hjelpspasienter har økt betydelig. Både median liggetid og gjennomsnittlig liggetid er redusert med en omtrent 1 liggedag i løpet av perioden 1995-2003 for pasienter over 80 år. Det er en generell liggetidsreduksjon for alle aldersgrupper

Det er en svært samstemt oppfatning både blant informantene i kommunene og ved sykehuset i dette området at pasientsammensetningen over tid har endret seg, både i sykdomsbilde og ressurskrav. Både kommunene (hjemmesykepleien og sykehjem) og sengeavdelingene ved sykehuset opplever at pasienter/brukere i gjennomsnitt er eldre og mer ressurskrevende.

5.1.1 Flere eldre, flere kreftpasienter og bedre teknologi viktige drivkrefter

På sykehuset opplever man et økt volum av svært gamle. Dette vil i seg selv medføre en økning i antallet pasienter med typiske "eldre-sykdommer" i sirkulasjonssystemet, åndedrettssystemet, skjelett-muskelsystem osv. I tillegg er det flere pasienter som er rammet av demens. For medisinsk avdeling er det volumet av eldre som har skapt de største forandringene ved sengeavdelingene. Men også endringer i medisinsk teknologi har betydning. Da framheves et bedre behandlingstilbud for hjertepasienter, inkludert bedre billeddiagnostikk. Innen kirurgi har endringer i teknologi hatt større betydning. Spesielt har kikkhullskirurgien (minimal invasiv kirurgi) hatt stor betydning for tilbudet, da dette er tatt i bruk innen så og si alle fagområder. Denne metoden bidrar ifølge legen på kirurgisk avdeling til mindre ubehag for pasienten, kortere liggetid, færre komplikasjoner og bedre overlevelse

⁵⁶ Opphold med lengre forventet liggetid enn det som er vanlig for den enkelte pasientgruppe.

enn når prosedyren måtte gjøres ved åpen kirurgi. Bedre behandlingsmetoder og bedre anestesi har også gjort det mulig å operere flere eldre mennesker enn før. Ved ortopedisk avdeling opereres i dag svært gamle pasienter med blant annet slitasjegikt. Enkle operasjoner på "friske" pasienter gjøres i dag i stor grad dagkirurgisk. På sengeavdelingene behandles derfor de sykeste og eldste pasientene.

Sykehuset merker godt en økning i antallet kreftpasienter. Noe av økningen er relatert til flere eldre, men det er ifølge den intervjuede legen ved kirurgisk avdeling også et resultat av en økning i forekomsten/insidensen av kreftsykdom i befolkningen. Når det gjelder kirurgi skjer det samtidig en sentralisering av funksjoner, men kapasiteten har ikke økt tilsvarende. Dette medfører ifølge respondentene ved kirurgisk avdeling en nedprioritering av lokalsykehusfunksjonen ved dette sykehuset på grunn av kapasitetsproblemer. Mange pasienter henvises derfor til behandling hos private spesialister eller til andre sykehus.

5.1.2 Flere faglig krevende brukere i kommunen

Kommunene vektlegger på samme måte som sykehuset at det er et økt volum av de eldste eldre. Det er derfor generelt sett flere brukere med en dårligere helsetilstand, og det er flere brukere med demens og flere kreftpasienter. En stadig mer sammensatt og tung bruker-sammensetning preger både hjemmetjenesten og sykehjemmene. En representant fra et sykehjem i kommune F (sykehuskommunen) sier de ikke lenger bruker begrepet "bruker", men i større grad kaller beboerne "pasienter". En representant fra sykehuskommunen sier dette om endringer i sykehjemmene:

"Det er enormt krav til sykepleiefaglig kompetanse ute i enhetene. Når jeg var nyutdannet i 88, var det litt sånn at sykehjem, det var ikke så farlig å jobbe på, for det var pleie og stell. Du fikk brukt den delen av sykepleiekompetansen din. Nå er det på høyt teknisk avansert nivå, det er mye apparatur og det er nye medisiner og respirator pasienter – mye større faglig utfordring for en sykepleier i sykehjem i dag. Det er kreftpasienter rundt omkring over alt på sykehjemmene. Det er noe som skal være basis på alle sykehjemmene, smertepumpe er vel ikke det. Sentralt venekateter var en sjeldenhet da jeg gikk på sykepleien, det tror jeg man kan komme borti rett som det er nå. Og det krever høy kompetanse, det krever at du har tid og bemanning og det blir fort uforsvarlig hvis at du da har ei vakt uten sykepleiere...". (koordinator i kommune).

Det er generelt en dreining mot mer bruk av hjemmetjenester til fordel for at brukere bor i institusjon.

Vi har flere eldre som bor alene i dag enn vi hadde for 10, 15 år siden. Det har vi. Så har det skjedd endring de siste 1-2 årene, og det er det her at det bygges mer og mer omsorgsboliger, tilrettelagte boliger, så vi har fått en dreining mot at de som før bodde på aldershjem, de bor i egne boliger, altså det vil si at de bor i egne leiligheter. Ja, de har som regel flyttet fra hjemmeplassen sin fra der de kanskje har hatt det meste av livet sitt, men vi har gjort regning med at aldershjembeboerne er jo borte. Vi har jo ikke aldershjemmet lenger, så de blir dekt fra hjemmetjenestene da, sånn at den brukeren vi har på sykehjemmet er den syke eldre. (Hjemmesykepleien, distriktskommunen).

5.1.3 Kommunen har fått mer ansvar for kreftpasienter

Både representanter fra kommunene og sykehuset nevner kreftpasienter som en pasientgruppe hvor pleie- og omsorgstjenesten i kommunene har fått og har tatt et større ansvar. Dette er både eldre og yngre pasienter. Rundt disse pasientene er det behov for spesiell kompetanse med håndtering av blant annet smertepumpe. Sykehuset gir opplæring til ansatte i kommunen og det finnes et ambulerende smerteteam ved sykehuset. En sykepleier ved sykehuset sier dette om kompetansen i kommunen:

"Det er jo satset mye på kompetanse i kommunehelsetjenesten i [sykehuskommunen] den siste tiden i alle fall. Det er klart de ser vel behovet for å øke kompetansen for å få inn litt andre type pasienter som jeg

snakket om innledningsvis. De øker opp sin kompetanse i forhold til å ivareta kreftpasienten, det er de nødt til, for mange kreftpasienter ønsker å være mest mulig hjemme. Det er yngre kreftpasienter. De har jo sykehjemmene som har spesialisert seg på det her med kreftomsorg på siste stadiet av livet og så videre, og det skjer jo en del der ute i kommunen, de har jo ganske høyt påtrykk på kompetanse, spesielt innenfor kreftpasientene, akkurat nå. Jeg føler det" (sykepleier, kirurgisk avdeling).

5.1.4 Flere pasienter som krever medisinsk-tekniske prosedyrer

Det er ifølge flere respondenter i kommunene også blitt mer vanlig med prosedyrer som sondenæring og intravenøs væsketilførsel ved sykehjem og i hjemmesykepleien. Dette gis det også opplæring i fra sykehusets side. Flere av respondenten ved sykehuset mente imidlertid at kommunen (sykehuskommunen) i for liten grad er klare for å ta imot pasienter som trenger dette og at det kan forbedres. Beskrivelsene kan indikere at innføring av mer faglig krevende oppgaver er en utviklingsprosess som forutsetter tilstrekkelig fagkompetanse i kommunen og at byens områder, sykehjem og hjemmetjenester kan ha kommet noe ulikt ut i forhold til dette.

Hjemmetjenesten merker også en økning i antallet yngre pasienter som trenger oppfølging, blant annet på grunn av mer dagbehandling i sykehusene.

"det har ikke vært bare den eldre pasienten, vi har 30, 40, 50 åringer som har vært inne på et eller annet inngrep, planlagt inngrep som trenger hjelp til sårskift, som trenger hjelp til tekniske hjelpemidler. Vi har masse sånne henvendelser" (Sykepleier hjemmetjenesten i distriktskommunen).

5.1.5 Endring i familiestruktur gir flere oppgaver

Endringer i familiestruktur har også betydning for oppgavemengden til hjemmetjenesten. I dag er det ytterst få kvinner eller menn som velger å være hjemme for å stelle sine familiedlemmer. For mennesker som trenger hjelp og ikke har private ordninger eller gode nettverk, er det hjemmetjenesten som må bidra. Ifølge flere i distriktskommunen at naboen fortsatt av betydning i denne bygda. Men i takt med generasjonsutskiftninger antas dette å endre seg i framtida, også der.

5.1.6 Nye faglige utfordringer positivt og viktig å synliggjøre utad

Vårt inntrykk er at det generelt er en positiv holdning til nye oppgaver. Representanter fra begge kommunene er opptatt av at man må arbeide for å få opp statusen ved å arbeide i kommunehelsetjenesten og synliggjøre faglige utfordringer. På den annen side er holdningen til nye oppgaver knyttet til ressursituasjonen. Gitt nok ressurser og kompetanse nevner flere fra kommunene at man kunne tatt på seg også flere oppgaver. Her nevnes blant annet mer oppgaver i forhold til kreftpasienter, enklere utredningsoppgaver med f eks bruk av røntgen, utredning av demenspasienter og mer i forhold til psykisk helsevern.

5.1.7 Ulik vektlegging av kortere liggetid som forklaring på nye oppgaver i kommunen

Endringene i pasientsammensetning har betydning for de oppgaver som må håndteres. Et hovedspørsmål i dette prosjektet er i hvilken grad endringer i liggetid ved sykehusene har medført en endring i oppgaver for pleie- og omsorgstjenesten i kommunene. De spurte ved tre ulike avdelinger i sykehuset oppfatter ikke endringene i pleie- og omsorgstjenestene som et ensidig resultat av på kortere liggetid eller overføring av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten. Beskrivelsene gir inntrykk av at det heller er en kombinasjon av mange faktorer, men med hovedvekt på demografiske endringer og økt behandlingstilbud. Ved medisinsk avdeling mener de spurte at liggetiden har gått ned hvis vi ser det i et perspektiv på 10 år, men at liggetiden for eldre pasienter har vært relativt stabil de siste årene fordi pleiepasientene ikke er i sykehuset lenger. De gamle pasientene som kommer inn med f eks en lunge-

betennelse eller hjertesvikt må være på sykehuset noen dager og derfor kan man ikke forvente at liggetiden skal kunne reduseres ytterligere. En sykepleier ved ortopedisk avdeling tror kortere liggetid krever mer av kommunehelsetjenesten fordi stadig tidligere utskriving fører til større behov for observasjon av pasientene. Hun mener også at det generelt er dårligere pasienter på alle nivå, noe som i seg selv vil ha betydning. En lege ved kirurgisk avdeling vektlegger nettopp at volumet av pasienter er viktigst for kommunehelsetjenesten.

“Det er en belastning i og med at vi behandler flere og flere. Så kommer det jo flere og flere pasienter, men hvis du spør om de pasientene på en måte er dårligere eller tyngre, og krever mer ressurser pr. stykk så tror jeg ikke det”.

Dette formidles også av legen ved medisinsk avdeling som mener man får en større pleie-tyngde fordi det er flere eldre pasientene som kommer inn i sykehuset, og at dette også merkes av kommunene. Kommunene synes i noe større grad enn sykehuset å vektlegge nye oppgaver som et resultat av kortere liggetid.

“Liggetiden er mye kortere. Mye kortere liggetid. Vi opplever jo at de som før på en måte var ferdigbehandlet, i større grad før ble ansett som ferdigbehandlet når de liksom hadde kommet seg litt. Etter at de var ferdigbehandlet fikk de litt tid til å komme seg på, før de ble regnet som utskrivingsklar. I dag er de utskrivningsklar i det øyeblikket de ikke er i aktiv behandling lenger, men den der rekreasjonsfasen, den sier [Det regionale helseforetaket] nå er kommunens skål. Jeg oppfatter det sånn, men det er også en personlig mening” (Representant for kommunalt servicekontor).

Ansatte i pleie- og omsorgstjenesten beskriver en situasjon hvor kortere liggetid medfører flere pasienter med behov for tett observasjon og oppfølging etter utskriving. Sett fra kommunens ståsted representerer dette en endring av oppgaver. Det innebærer en intensivering av tilsyn og flere pleiefaglige oppgaver. Utviklingen bidrar til en forsterkning av behovet for pleiefaglig kompetanse i kommunene. En soneleder i storbykommunen sier det i hans sone har gått fra å være omtrent halvparten assistenter og fagpersonell til at han må ha omtrent 80 prosent fagpersonell.

“Så det er en sånn vridning. Og det er vi nødt til, det er såpass tekniske instrumentelle ting, smertepumper, og det krever sykepleiekompetanse eller i alle fall hjelpepleierkompetanse. Så det er klart at assistentene de kan vi ikke sende inn til den type oppdrag. Masse medisindosetter vi skal administrere, vi kan ikke sende ut andre enn fagpersonell til det. (Soneleder hjemmetjenester).

5.2 Pasientforløpet

5.2.1 Fastlegene tar mer utredning, behandling og kontroll

For legetjenester har det skjedd en endring i oppgavefordeling mellom sykehus og allmennpraktikerne. Dette går spesielt på utredningsoppgaver og kontrolloppgaver, men også i forhold til behandling. De nye oppgavene knyttes spesielt til indremedisinske tilstander som blant annet diabetes, hjertesykdom, luftveissykdom og til en del psykiske tilstander. En av legene sier det slik:

“Ting som før var opplagt skulle håndteres av sykehuspoliklinikker, det dyttes nå ut i allmennmedisinen, mer avanserte behandlingsoppgaver innenfor hjerte, lunge for eksempel, innenfor sjeldne alvorlige sykdommer. Endokrinologien for eksempel, så var det jo i gamle dager opplagt at hyperaktivitet skulle inn til en endokrinolog for diagnostisering og behandling. I dag får vi beskjed om at dette kan du ordne.(...) Diabetikere for eksempel. Diabetes type I var jo en opplagt sykehusdiagnose før, en skulle liksom gå til utredning og kontroll på sykehuset. På et eller annet tidspunkt så ble det liksom opplagt at det kan godt allmennpraktikeren starte opp behandlingen på, insulin behandling også videre. De går jo stort sett til kontroll hos oss. Det er jo egentlig bare barn som går på sykehuset nå av diabetikerne. Også noen kompliserte voksne da. Tung astma-problematikk, går stort sett hos oss” (Fastlege 2/kommunelege sykehuskommunen).

Årsaken til at det skjer en oppgaveforflytting relateres av allmennlegene til kapasitetsproblemer og økende press i sykehusene. Etter hvert som behandlinger er godt etablert i spesialisthelsetjenesten og presset øker der, "drypper" det ned til allmennpraksis.

Ved sykehuset er oppfatningen noe ulik mellom legene ved kirurgisk og medisinsk avdeling i forhold til utvikling i oppgavefordeling mot allmennpraksis. Den intervjuede legen ved medisinsk avdeling mener det er vanskelig å svare på, at det lett blir synsing. Hans inntrykk er likevel at henvisningsterskelen hos fastlegene er senket. Dette ses i sammenheng med arbeidspresset i allmennpraksis og at det er lettere å ta kontroller enn å utrede nye pasienter. Sterkere press på spesialistutredning fra pasienter og pårørende tror han også er av betydning. Legen ved kirurgisk avdeling mener det har skjedd en klar endring i forhold til hva allmennpraktikere gjør og mener dette oppfattes positivt både av sykehuset og allmennlegene. Det gjelder både utredning, behandling og kontroll av pasienter og legen berømmer allmennlegene i området for deres engasjement. Han mener utviklingen vil fortsette. Kirurgisk avdeling er gjennom praksiskonsulentordningen i dialog med fastlegene om prosedyrer som vil løse pasientene forbi poliklinikken og direkte til behandling/operasjon.

Utviklingen i sykehusene har ifølge noen av fastlegene også medført et større ansvar for administrative oppgaver rundt pasientene. Her nevnes nye henvisninger etter sykehusopphold, resepskriving o.l. Dette nevnes både i distriktskommunen og i bykommunen og oppleves ofte som tungvint sett fra allmennpraktikerens side.

"Jeg opplever at spesialisthelsetjenesten har et mindre eierskap til pasientene når de er på sykehuset. Vi opplever ofte at det står i epikrisen "overlater til fastlegen å gjøre det og det ". Hvis det skal tas et røntgenbilde og en videre utredning, ganske enkle ting, så sender de det tilbake til primærlegen. Og så må jeg gjøre en jobb til, sende tilbake til sykehuset isteden for at de kunne gjøre en ganske grei henvisning til en nabospesialist på sykehuset for å si det sånn, for å få avklart situasjonen. Jeg må jo tilføye at det er riktig å la fastlegen ha hånd i en helhetlig utredning, det er jo det riktige, men hvis det er påvist forandringer på røntgenbilder for eksempel på sykehuset, som krever en videre vurdering, så er det ikke riktig at sykehuset da sender den tilbake til meg, og så skal jeg henvise på nytt fordi sykehusspesialistene ikke gjorde den jobben. Og vi får også i økende grad tilbake pasienter hvor sykehuset skriver "anbefaler utskrift av den og den type medikament." De skriver den ikke ut, men de ber oss gjøre jobben. Dette er tungvint både for pasient og for doktor, så dette med å ha et eierskap til jobben, den føler jeg mangler etter hvert i andrelinjetjenesten (Fastlege/kommunelege).

Legen ved kirurgisk avdeling sier at de finner det rimelig at fastlegen oppfattes som koordinator mellom spesialister. Som eksempelvis brukes en pasient som er brystkreftoperert og samtidig har vondt i et kne. I slike tilfeller forventer sykehuset at fastlegen henviser på nytt.

5.2.2 Flere innleggelser, men færre "unødvendige"

Både de spurte i sykehuset og kommunene var i stor grad enig i at antallet innleggelser ved sykehuset har økt. Mye av dette kommer som en konsekvens av demografiske endringer, med flere eldre i befolkningen. Økningen i antall innleggelser for eldre påvirker pasientsammensetningen ved sykehusene. I tillegg ble både utvikling i medisinsk teknologi og endringer i sykdomsinsidens beskrevet som viktige drivkrefter i forhold til endringer pasientsammensetning.

Ut fra respondentenes beskrivelser ser vi flere utviklingstendenser i bruken av helse-tjenester. Den ene er et økende antall ø-hjelpsinleggelsler for eldre, som i stor grad forklares med endringer i demografi. Det andre er en økning i etterspørsel etter utredninger både i allmennpraksis og spesialisthelsetjenesten. Flere av legene nevner spesielt presset på utredning som sterkt økende de siste årene. *"Kravet om sofistikerte undersøkelser er formidabelt"* (Fastlege/kommunelege).

Vi spurte de ansatte ved sykehuset og kommunene om det forekom innleggelser som fra et medisinsk synspunkt kan anses som "unødvendige" eller mer presist "uhensiktsmessig". Ingen av de spurte i sykehus eller kommuner betraktet dette som noe stort problem. Det er heller en erkjennelse av at dette er et fenomen som alltid vil forekomme. Det er dessuten

sjeldnere dette skjer nå enn for en del år siden. Legene nevner hjemmeboende pasienter med et marginalt funksjonsnivå som utsatt for akutte hendelser som medfører innleggelse. Av konkrete pasientgrupper nevnes eldre med for eksempel lungebetennelse eller nyrebekkenbetennelse som har behov for pleie og ikke klarer seg selv. I distriktskommunen finnes noen få akutt plasser i sykehjemmet som kan brukes til inntil to dagers observasjon. Disse er regelmessig i bruk og legene kunne tenkt seg enda bedre kapasitet der. I bykommunene er det i mindre grad tilgang på akutt plasser enn tidligere, noe som av og til savnes av hjemmetjenesten. En av fastlegene vi intervjuet mener sykehjemmene ikke har de ressurser som skal til for å ta imot akutte tilfeller. Dette støttes av lederen for et sykehjem og mener sykehjemmene kun kan ta imot pasienter med et avklart sykdomsbilde. Korttids plassene i sykehjem er i hovedsak beregnet på planlagte korttidsbrukere.

5.2.3 Mer kontakt mellom innleggende lege og sykehuset før innleggelse ikke nødvendig

Det er ikke tradisjon i sykehuskommunen for at henvisende lege tar kontakt med sykehuset for å få rådgiving før innleggelse. Dette oppfattes som uproblematisk av begge parter. Legene ved sykehuset tror det er marginalt hvor mange innleggelse slik kontakt ville forhindre. Økning i eldrebeholdningen representerer en mye større kapasitetsmessig utfordring enn unødvendige innleggelse. Selv om det ofte ikke kan forhindres skaper det frustrasjon i avdelingen de gangene det kommer inn pasienter på grunn av manglende kapasitet i kommunen, meddeler representanten for ortopedisk avdeling. I distriktskommunene mener representantene for pleie og omsorg de har en god kommunikasjon mot sykehuset ved spørsmål om innleggelse. Den ene fastlegen vegrer seg imidlertid for å ringe ofte til sykehuset fordi det er tidkrevende og fordi *"de skyver jo ballen tilbake, ikke sant?"*. I en situasjon med sterkt press fra pårørende og plassmangel på sykehjemmet er det derfor lettere å henvise direkte, også for å slippe klager i etterkant. En av sykepleierne i kommunen mente legene kunne vært litt tøffere til å stå imot innleggelsespresset som ofte kommer fra pårørende. Behovet for kontakt med spesialisthelsetjenesten i forkant av en eventuell innleggelse synes større innen psykisk helsevern enn for somatikken. Slik kontakt kan ofte medføre at kommer fram til et alternativ til en innleggelse. Selv om spesialistene, ifølge fastlege i sykehuskommunen, er svært imøtekomende når man får tak i dem, kan telefoniske henvendelse ofte fortone seg som *"syvende far i huset"*-episoder.

5.2.4 Akutt poliklinikk er hensiktsmessig for "sortere" oppfølgingsbehov

Ved sykehuset finnes en akutt hjertepoliklinikk, et tilbud fastlegene i kommunen er svært positive til. Den intervjuede legen ved medisinsk avdeling skulle ønske dette var et tilbud også for andre pasientgrupper og mener det ville begrenset antall innleggelse. Slik det er i dag må pasientene inn til vurdering, og da er innleggelse ofte eneste alternativ.

Når pasienten legges inn medfølger en henvisningskriv. Ifølge legene ved sykehuset er disse av høyst variabel kvalitet. Mange er bra nok, men enkelte er svært fattige på informasjon. Det etterlyses et større krav til standardisert innhold i henvisningene. Legene ved medisinsk avdeling mener krav til medisinliste og opplysninger om pasientenes fastlege bør være et minimumskrav. Det er viktig for sykehuset å vite hvilke medisiner pasienten står på. I sykehuskommunen er et system med hjemmejournal for pasienter i hjemmetjenesten under etablering. Den skal følge brukeren ved overflytting til annet omsorgsnivå og vil inneholde en oppdatert medisinliste når pasienten kommer inn og skal oppdateres når pasientene sendes tilbake til kommunen eller annen helseinstans.

5.2.5 Sykehusoppholdet; fører høyt kapasitetspress til manglende helhet i oppfølgingen av eldre?

Representantene for kommunene er opptatt av å se på pasienten i et helhetlig perspektiv. Dette innebærer at det tas hensyn til alle sider ved personens helsemessige status, funksjonsnivå og sosiale situasjon. Kommunenes representanter er ofte kritiske til sykehusets evne til helhetlig oppfølging av pasientene. Pasientens hovedproblem er det som fokuseres og det gis eksempler på pasienter som kommer tilbake til kommunen med altfor høyt blodtrykk eller urinveisinfeksjon, uten at dette er oppdaget på sykehuset. Den bakenforliggende årsak til sykdom blir ifølge representanter for pleie og omsorgstjenesten i kommunene ofte ikke utredet godt nok. Den intervjuede sykepleieren ved ortopedisk avdeling vedgår at de ikke alltid er gode nok til å ivareta pasienter med et sammensatt sykdomsbilde. Dette skyldes høyt press i avdelingen, med korridorpasienter og lange ventelister. De prøver å henvise til blant annet geriatrik avdeling, men problemet er ofte at de heller ikke kan ta imot. Det er generelt lite "slakk" i systemet. Ved de andre to avdelingene ble ikke manglende oppfølging ansett som noe problem.

Alle avdelingene vi var i kontakt med har et høyt belegg som ofte medfører at pasienter må ligge på korridor. Situasjonen er likevel bedre for kirurgisk avdeling enn for medisinsk avdeling. Legen ved sistnevnte avdeling mener kapasiteten totalt på sykehuset kanskje er god nok, men mener det er en skjevfordeling av sengekapasiteten. I hans øyne får medisinske pasienter generelt sett ett dårligere tilbud i sykehusene, både sengemessig og personellmessig enn kirurgiske pasienter. Kapasitetsproblemene medfører et sterkt press på liggetiden. Sykehusets representanter sier de prøver å unngå at pasienter skrives ut uten at de klarer seg selv eller har et godt nok tilbud i kommunene. Legen ved kirurgisk avdeling tror de ansatte av og til mener pasienten skrives ut til et tilbud i kommunen som ikke er godt nok, men sier at dette til syvende og sist er kommunens ansvar og ikke sykehusets. Høyt tempo i sykehusene kan også gå ut over kvaliteten på kommunikasjon mellom pasienter og personalet. En sykepleier i distriktskommunen hevder at både pasienter og pårørende i enkelte tilfeller er usikre og redde fordi de ikke vet hva som skjer.

Utfordring for spesialisthelsetjenesten; behovene generaliseres, mens tilbudet spesialiseres

Fra sykehusets representanter ved medisinsk avdeling uttrykkes en bekymring over spesialiseringstakten i sykehusene. Dette har betydning både for den enkelte leges faglige kompetanse, og medfører ofte en økende seksjonering av aktiviteten organisatorisk. Men legen ved medisinsk avdeling mener det ikke er gått så langt enda; *"ennå er en indremedisiner en indremedisiner" sier han*. Allmennlegene i sykehuskommunen mener imidlertid at spesialiseringen allerede har gått svært langt på enkelte områder.

"Det har skjedd en kjempeendring egentlig på det der. For det generelle, det er en regel at spesialisten på sykehuset avgrensner sitt område mer og mer, altså en indremedisiner er ikke lenger en indremedisiner. Jeg har en kollega på kontoret som var rasende forleden dag fordi han hadde en pasient som var hos en indremedisiner på sykehuset innenfor en sub-spesialitet. Så var det noen spørsmål om EKG og at det burde tas, og det var liksom midt i området til denne her sub-spesialisten da, og så måtte pasienten tilbake til allmennpraktikeren for å bli henvist til en kardiolog for å få tatt det EKG-et og da ble kollegaen min rasende og sa at det får være grenser altså. –"Han er indremedisiner og må vel kunne vurdere et EKG eller i alle fall få tatt et EKG og vurdert det". Nei, det blir absurd til slutt da. (Kommunelege/fastlege)

Samtidig med økt spesialisering øker polikliniseringen av behandling og liggetiden reduseres. Denne utviklingen passer ifølge legen på kirurgisk avdeling ikke til behovene til et voksende antall eldre pasienter med et sammensatt sykdomsbilde. Representanter fra sykehusene selv er dermed også bekymret for hvilke konsekvenser kortere liggetid og en utstrakt spesialisering og poliklinisering har for tjenestetilbudet til eldre pasienter.

5.2.6 Sykehuset starter planlegging av utskriving tidlig

Forberedelse til utskriving fra sykehuset starter ofte med en gang pasienten kommer på avdelingen. For sykehuset er det viktig å sikre god planlegging av behandlingsforløp og forberedelse til utskriving. Det er viktig å melde fra så tidlig som mulig til kommunen når man antar at pasienten vil ha behov for oppfølging av pleie- og omsorgstjenesten, ut over det hun eller han eventuelt har fra før. Erfaringsmessig vet sykehuset at det er etablering av tilbud til pasienter med behov for heldøgnsomsorg og individuelt tilpasset tilbud som tar lengst tid for kommunen(e). Det er sykehuskommunen som har størst problemer med dette. Representanter for sykehuskommunen bekrefter at det er sykehjemsplasser og tildels kommunale rehabiliteringsplasser som er problemet.

Både sykehuset og sykehuskommunen angir at det kan ta tid å finne egnet tilbud til pasienter med en eller annen form for kognitiv svikt, noe svært mange av de utskrivingsklare har. Det kan også ta litt tid å få avklart graden av kognitiv svikt. Dette gjelder også psykiatriske pasienter.

"Det kan være sykehjem eller det er en type bofellesskap, botilbud som må lages spesielt, tilrettelegges i forhold til den enkelte med bemanning, enten alene eller sammen med andre, det blir en flaskehals. Og det er en flaskehals uansett om det er somatikk eller psykiatri, det er en flaskehals når folk kommer hjemmefra, i eget hjem og skal ut". (servicekontor).

Ved ortopedisk avdeling er pasienter operert for lårhalsbrudd en stor gruppe blant de utskrivingsklare. Disse pasientene var kanskje i utgangspunktet friske og hjemmeboende, men mange ha behov for midlertidig eller permanent heldøgns omsorg i etterkant. For kommunene er det på den ene siden positivt å få tidlig beskjed fra sykehuset om nye brukere eller endring i funksjonsnivå hos gamle brukere. På en annen side er det vanskelig for kommunen å gi sykehuset lovnader om tjenestetilbud før pasientene er behandlet og vurdert i etterkant.

5.2.7 Distriktskommunen har kapasitet til å ta imot

Rutinene rundt utskriving er noe ulik for pasienter i sykehuskommunen og distriktskommunen. For pasienter i distriktskommunen er det sykehuset som i regelen setter dato for når pasientene er utskrivingsklar. I spesielle tilfeller kan representanter fra kommunen dra på vurderingsbesøk på sykehuset, men det vanlige er at sykehuset sender skriftlig melding om funksjonsstatus ol. Til inntaksteamet. Inntaksteamet vurderer i neste omgang tjenestebehovet og når pasienten kan komme hjem til kommunen. I de fleste tilfeller klarer kommunen å etablere tilbud innen den frist som er satt i avtalen med helseforetaket. Det savnes imidlertid klarere retningslinjer for hva sykehuset skal utrede og dokumentere før pasienten overføres til kommunen. Inntaksteamet består av lederne i hjemmetjeneste og institusjonstjeneste og fordelene med en liten kommune understrekes. Man har god oversikt over tilbud og kapasitet, og brukernes helsemessige og sosiale situasjon.

5.2.8 Klare samarbeidsrutiner ved utskriving i sykehuskommunen

Sykehuskommunen har gjennom svært mange år hatt problemer med å ta imot utskrivingsklare pasienter fra sykehuset. Dette har skapt stor uforutsigbarhet i sykehusets drift og er over tid en uholdbar situasjon også for kommunen. Mange tiltak for å bedre situasjonen har gitt effekt, men utskrivingsklare pasienter representerer fortsatt en utfordring. Det er derfor utviklet omfattende rutiner for utskrivingsprosessen. Servicekontoret kommer på vurderingsbesøk (innen noen få dager) til sykehuset når det meldes om endringer i funksjonsnivå hos pasienten. Ved store forandringer deltar også pasientens primærkontakt i hjemmetjenesten. For sykehuset er pasienten utskrivingsklar når sykehuset ikke kan gjøre mer medisinsk for å gjøre pasienten bedre. Dato for når pasienten registreres som utskrivingsklar skal likevel bestemmes i fellesskap mellom kommunene og sykehuset. Dette er formalisert gjennom samarbeidsavtalen mellom helseforetaket og kommunen. Blir man ikke enig skal

det skrives en uenighetsmelding som siden skal behandles av et administrativt samarbeidsutvalg hvor både kommunen og sykehuset er representert. Det er både faglige og økonomiske sider ved dette. Ifølge en fastlege (som også er praksiskonsulent) fra sykehuskommunen var vurderingsmøtene tidligere ofte vanskelige fordi de gjensidige forventningene ikke ble innfridd. Personellet grudde seg ofte til å gå på møtene. For å bedre på denne situasjonen har man utarbeidet to standard skjema, ett for kommunen og ett for sykehuset. Disse skal være utfylt før vurderingsbesøket. Skjemaene var innført bare ved noen få avdelinger ved intervju tidspunktet. Gjennom disse er forventninger og forpliktelser til begge parter blitt mer formalisert og tydeliggjort..

5.2.9 Sentrale problemstillinger i forhold til utskriving

Definering av utskrivingsklar pasient

Fra sykehuset sin side er oppfatningen at definisjonen på utskrivingsklar ikke har endret seg over tid. Det er kommunens tilbud som er problemet. Flere av uttalelsene til representanter fra kommunen indikerer imidlertid at de mener sykehuset er påvirket av presset på liggetid. Sykehjemskoordinatoren i kommunen mener flere pasienter er sykere ved utskriving enn tidligere, at de ikke er ferdig behandlet, noe de heller ikke nødvendigvis trenger å være. Hun opplever imidlertid relativt ofte at pasienten ikke er klar for utskriving likevel, kanskje bare en dag etter at sykehuset har vurdert dem som friske nok til overføring til sykehjem.

Kommunen opplever for liten tid til å forberede mottak av pasienten

Pleie- og omsorgstjenesten i kommunene opplever det ofte problematisk når pasienter skrives ut rett før helg eller høytider. De trenger ofte litt tid til å forberede mottak av pasientene og i helgene er det mindre personell. Det kan også være problematisk fordi pårørende ofte involveres, og ønsker kanskje at vedkommende pasient skal være lenger i sykehuset. Fra sykehusets ståsted er det uheldig at kommunen kun har ett inntaksmøte tidlig i uka. Samarbeidet rundt utskriving er ifølge kommunene avhengig av hvilken avdeling ved sykehuset pasienten er innlagt ved. Geriatrik avdeling og slagenheten framheves som svært gode samarbeidspartnere. De er gode til å tenke helhetlig og har en bedre forståelse for kommunens behov i tilrettelegging av tilbud enn mange andre avdelinger.

Kommunen avgjør hvilket tjenestetilbud som skal gis

Samarbeidsavtalen bidrar positivt til å avklare forventninger, men det hevdes at avtalen ikke er godt nok kjent ned i avdelingene, noe som av og til skaper unødvendige uenigheter. Kommunene liker ikke at ansatte ved sykehuset av og til gir pasienten forventninger om tilbud i kommunene som kanskje ikke kan innfris. Det gjelder som regel forventninger om sykehjemsplass. I henhold til samarbeidsavtalen er det kommunen som skal avgjøre dette. Fra sykehusets ståsted kan det kanskje virke åpenbart hvilket tilbud pasienten må ha. Kommunene på sin side tror en del ansatte på sykehuset ikke er godt nok informert om hvilke tilbud kommunen faktisk har. Det er ifølge kommunen en pedagogisk oppgave for dem å synliggjøre tilbudet. Samtidig må sykehuset gjøre samarbeidsavtalen enda bedre kjent hos alle som har daglig kontakt med pasientene for å unngå uheldige situasjoner.

Fastlegen er lite involvert i utskrivingsprosesser

Fastlegene er i liten grad involvert i utskrivingsprosessene. I distriktskommunen oppleves ikke det som noe problem. Pleie- og omsorgstjenesten har tilgang til legene ved behov og det fungerer ifølge legene bra. En av fastlegene/kommunelegene i sykehuskommunene mente det hadde vært hensiktsmessig å involvere fastlegene i større grad i utskriving av

pasienter med et komplekst sykdomsbilde eller kronisk syke med oppfølgingsbehov som fastlegen har ansvar for.

Kvalitetssikring av dokumentasjon er en utfordring ved skifte av omsorgsnivå

Det er en stor utfordring i alle deler av helsetjenesten er å sikre kvaliteten på den informasjon man til enhver tid har om pasientene/brukerne. Det er spesielt viktig å ha oppdaterte medisinalister ved overføringer mellom omsorgsnivå. Det er ofte mange aktører inne i bildet, for eksempel fastlege, legevakt, hjemmesykepleie, sykehjem, poliklinikk, sengeavdeling. I en liten distriktskommune er dette noe enklere enn i en storbykommune på grunn av at aktørene internt i kommunen er nær hverandre og man kjenner ofte brukerne godt og kanskje også de pårørende. Men også der er man sårbar for feil i overgangen fra spesialisthelsetjeneste tilbake til kommunen.

Ved utskriving skal sykehuset gi informasjon til pleie- og omsorgstjenesten og til fastlegen. Ved overføring til institusjon bestreber sykehusene seg til å sende med endelig epikrise, da disse pasientene ofte er sykere og mer avhengig av ofte flere medisiner enn pasienter som skrives ut til hjemmet. Ved utskriving til hjemmesykepleien følger det som regel med sykepleiedokumentasjon og en foreløpig epikrise som inneholder medisinalisten. Fastlegene får informasjon når endelig epikrise foreligger, noe som ofte tar relativt lang tid. Det har imidlertid vært en positiv utvikling ved at tiden før informasjon kommer er kortere både til fastlege og til pleie- og omsorgstjenesten. Dette sies av både sykehuset og kommunene. En sykepleier i distriktskommunen opplyste om at det for en del år siden var slik at heller ikke hjemmetjenesten hadde noen dokumentasjon før etter kanskje en til to uker. Slik er det ikke i dag. Utfordringen i dag er først og fremst relatert til innholdet i den informasjon som kommer. Sykehuskommunen har igangsatt flere tiltak for å bedre kvalitetssikring av dette. Noe er lokale tiltak og noe er kommuneovergripende. Det siste er i delvis kommet i gang som følge av ordningen med praksiskonsulenter fra kommunen i sykehuset.

5.3 Oppfølging av pasienter i kommunene og samarbeid med spesialisthelsetjenesten

Etter utskriving er ansvaret for pasienten enten overført til pleie- og omsorgstjenesten eller fastlegen. Respondentene framhever at en "tyngre" brukergruppe i pleie- og omsorgstjenesten med større hjelpebehov og flere med komplekse medisinske problemstillinger stiller større krav til kapasitet og samarbeid.

5.3.1 Usikkerhet i forhold til om antall reinnleggelser øker på grunn av kortere liggetid

Et aktuelt spørsmål er om kortere liggetid ved sykehuset har ført til en økning i antallet reinnleggelser. På nasjonalt nivå ser vi at det er en gradvis økning i andel reinnleggelser som øyeblikkelig hjelp og mest for de eldre. Informantene i kommunene er tildels usikre på dette er tilfelle i deres kommune. I distriktskommunen har de ikke inntrykk at det er slik innen somatikken og påpeker at dette er et større problem innen psykisk helsevern. I sykehuskommunen trodde flere at reinnleggelsene hadde økt og dette settes delvis i sammenheng med kortere liggetid. Det antydes at kortere liggetid muligens fører til flere svingdørspasienter fordi flere pasienter skrives ut uten tilstrekkelig stabilisering. Men det ble understreket at de ikke hadde konkret belegg for dette. Ved sykehuset var det også usikkerhet rundt dette med reinnleggelser. Enkelte trodde dette var økt, men var usikre på årsaken. Informantene ved medisinsk avdeling mener enkelte pasienter kommer tilbake fordi de ikke klarer seg hjemme og at dette skyldes at de egentlig har behov for heldøgns omsorg.

5.3.2 Flere tiltak har bedret kapasiteten i sykehuskommunen

Utfordringen knyttet til utskrivingsklare pasienter er som nevnt i første rekke et problem for sykehuskommunen. Selv om det ifølge respondentene har vært en positiv utvikling med økt antall rehabiliteringsplasser og et mer differensiert pleie- og omsorgstilbud, er det fortsatt en underdekning av sykehjems plasser og avlastningsplasser. Det er i liten grad muligheter for hjemmetjenesten eller fastlegen å bruke korttids plasser i sykehjem til akutte innleggelseser. De siste årene er det imidlertid etablert en sykehjemsavdeling med forstreket legetjeneste og sykepleietjeneste og det er opprettet korttids plasser i sykehjem for utskrivingsklare pasienter for med et uavklart hjelpebehov. Dette er begge tiltak som er kommet i stand på bakgrunn av den vanskelige situasjonen med korridor pasienter og utskrivingsklare pasienter ved sykehuset. Dette har bedret situasjonen, men den er ennå ikke tilfredsstillende.

5.3.3 I sykehuskommunen kan det interne samarbeidet forbedres

Økt behov for samarbeid gjelder både internt i kommunene og samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Generelt er inntrykket at de spurte mener det samarbeides mer og bedre enn for 10 år siden. Likevel er det en del utfordringer. I sykehuskommunen er det servicekontoret som ofte har det overordnede koordineringsansvar for pleie- og omsorgstjenestene. Ved behov skal de involvere andre tjenesteytere i planlegging og gjennomføring av ulike oppgaver. I prinsippet er hjemmetjenesten og institusjonstjenesten derfor separate tjenester som utfører oppdrag på vegne av servicekontoret. Representanten for et sykehjem i kommunen bekrefter at de har lite med hjemmetjenesten å gjøre, spesielt etter innføringen av bestiller-utfører modellen. En kommunelege mener samarbeidet internt i kommunen ikke er godt nok og henviser til manglende involvering av legetjenesten i servicekontorets arbeid. Dette gjelder både i utskrivings situasjoner og i oppfølging av pasienter med sammensatte behov. Han foreslår mer bruk av samarbeidsmøter mellom ulike instanser og han mener forvaltningskontoret og hjemmetjenesten bør bli flinkere til å etterspørre legeutredning til pasienter som åpenbart er blitt dårligere. De er for raske til å tilby tjenester uten at problemet er skikkelig kartlagt. Utsatte grupper er ifølge denne legen rus og psykiatri og hjemmeboende dårlige eldre og demente. Han innrømmer likevel at dette ikke bare skyldes manglende involvering fra servicekontorets side, men at legene ofte kan være vanskelige å få på banen. Dette bekreftes av servicekontorets representant, som mener det er store individuelle forskjeller mht i hvilken grad fastlegene engasjerer seg, både i planleggingsarbeid og oppfølging av pasienter ved hjemmebesøk.

5.3.4 Godt internt samarbeid og sterk satsing på kompetanseheving i distriktskommunen

I distriktskommunen har det vært en sterk satsing på å heve kompetansen til de ansatte i pleie- og omsorgssektoren i kommunen for å møte utfordringene i forhold til kortere liggetid på sykehus og nye brukergrupper. Kommunen er offensiv i forhold til å bruke muligheter for hospitering på sykehuset og ønsker mest mulig samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Fjernundervisning fra geriatrisk avdeling var et tiltak som ble svært positivt mottatt, noe som alle kunne være med på uten å reise ut av kommunen. Det er et ønske om at sykehuset i framtida må satse enda mer på kompetansehevende tiltak ut mot kommunene. I enkelte tilfeller kan det være uklart hvem som har det egentlige ansvaret for kompetanseheving, både økonomisk og kompetansemessig.

“De sier jo at vi kan komme og lære. Vi spør jo ofte om opplæring, og vi får jo den, men så er det at vi behov for at noen kommer inn til oss. De er ofte langt å reise ut da, og reise inn går greit. Men av og til i kreft-omsorg så har vi hatt veiledning ut. Og vi får jo komme på poliklinikker og lære ting, og det har ikke vært noen negativitet i forhold til det, men kanskje hvis vi får ting som er sånn faglig teknisk krevende som vi er nødt til å ha ofte veiledning i da så kan det vel hende det hadde vært greit å ha noen ansvarsfordeling i forhold til hvem som har ansvaret. Er det primærlegen eller er det sykehuset. Hvem er det vi skal forholde oss mest til. Når det er sånne ting, automatisk så forhører vi og oss mest med sykehuset for det var der vi fikk opp-

læringen også tenker vi at vi kan kanskje ikke så mye om det. Vi tenker litt sånn vi og. Og så vil vi gjerne ha det derfra" (sykepleier hjemmetjenesten).

Det interne samarbeidet i kommunen beskrives som velfungerende og fordelene med å være en liten kommune understrekes.

5.3.5 Samarbeid rundt individuell plan forbedres, men sykehusavdelingen er lite involvert

Personer med varige funksjonshemminger og/eller kronisk sykdom trenger ofte oppfølging fra flere tjenesteytere/faggrupper i helsetjenesten. For disse skal det utarbeides en individuell plan for å sikre en samordnet og kvalitativt god oppfølging. For personer med habiliteringsbehov og pasienter innen psykisk helsevern er dette nå et formelt krav. Arbeidet med disse planene har blitt mer fokusert i begge kommunen etter at det er kommet sterke nasjonale føringer på i forhold til dette. I sykehuskommunen er det en erkjennelse på kommunalt nivå av at man ikke har klart å gjennomføre dette arbeidet godt nok. Det pågår derfor et forbedringsprosjekt for å utarbeide retningslinjer for dette arbeidet. I distriktskommunen har man i mange år hatt slike planer, men også her har arbeidet blitt mer fokusert. Det bygges opp ansvarsgruppe rundt den enkelte pasient og samarbeidet internt i kommunen betraktes generelt som godt. I avdelingene som var representert fra sykehuset (medisinsk avdeling, kirurgisk avdeling og ortopedisk avdeling) var det få pasienter hvor disse var involvert i utarbeidelse av individuell plan. En forklaring på dette er ifølge de spurte at det er få pasienter som har behov for dette og at de er inne til behandling for en avgrenset problemstilling. Ved kirurgisk avdeling innrømmer legen at det er vanskelig å få til gode nok rutiner for dette når antallet er så begrenset. Ved medisinsk avdeling har avdelingen i liten grad engasjert seg i individuelle planer og legen vi spurte mente kronikerne som kunne hatt behov for det ofte får en god nok planmessig oppfølging gjennom epikrisen til fastlegen og ved oppfølging av ansvarlige leger ved sykehuset.

5.3.6 Positiv utvikling i faglig samarbeid, spesielt rundt kreftpasienter

En utvikling som betraktes som svært positiv i kommunene er oppfølging av pasienter gjennom faglig samarbeid med avdelinger ved sykehuset. Det gjelder spesielt arbeidet rundt ivaretagelse av kreftpasienter. Kreftavdelingen samarbeider med kommunen blant annet gjennom et ambulant smerteteam og personell i kommunen får opplæring på sykehuset. Etablering av ambulante team ved slagenheten og geriatrik avdeling er også relativt nye tiltak som bidrar til en bedre oppfølging etter utskriving. Sykehuskommunen har også egne rehabiliteringsteam som ved behov følger opp pasienter etter utskriving. En av kommunelegene i sykehuskommunen roser disse tiltakene, men sier dette om arbeidet rundt kreftpasienter.

"De er jo så effektive at vi igjen ser at som fastlege blir en jo ikke involvert altså. En følger pasienten liksom frem til diagnosen, og pasienten blir lagt inn, så er det i svært mange tilfeller sånn at jeg ikke hører noe mer altså. Da får denne her kreftpasienten alle sine tilbud dekt fra kreftavdelingen, åpen innleggelse, team som reiser ut, sykepleiere og leger som driver med smertebehandling og. Det er egentlig litt galt da, organisert, synes jeg. Jeg synes det blir litt dumt altså, at fastlegen skal begynne å kobles ut i nesten den viktigste, mest dramatiske fasen i vedkommende pasients liv, skal man forholde seg til nye behandlere".

5.3.7 En rekke nye samarbeidstiltak de siste årene

Satsingen på tiltak for å bedre samarbeidet mellom sykehuset og kommunen er ulik i de to kommunene vi har studert i dette området av landet. Den ene kommunen er som nevnt en relativt liten distriktskommune med en oversiktlig og tett intern struktur og ligger geografisk et godt stykke unna sykehuset. Den andre kommunen er en stor bykommune med en mer

komplisert intern struktur og har derav større utfordringer i forhold til både intern koordinering og koordinering mot spesialisthelsetjenesten. I sykehuskommunen er det de siste årene iverksatt en rekke tiltak for å bedre samarbeidsrutiner, pasientflyt og kvalitet på helsetjenestene. Mange av tiltakene er relativt nye og intervjuene gir et inntrykk av svært positive holdninger og forventninger til effekten av disse. Erfaringene så langt har vært positive.

I oversikten nedenfor gis en oppsummering av de viktigste tiltakene som ble nevnt av respondentene og som er iverksatt for å bedre det administrative og faglige samarbeidet mellom sykehuset og de to kommunene.

- Formelle samarbeidsfora (Administrativt og klinisk). Fram til nå har dette kun innbefattet sykehuskommunen. Ny avtale som inkluderer også de andre kommunene i opptaksområdet
- Kommunal koordinator med ansvar for å utnytte kommunens plasser innen heldøgns omsorg.
- Praksiskonsulentordning (har til nå vært representanter fra sykehuskommunen)
- Utvikling av prosedyrer som kan løse pasienten forbi poliklinikken direkte til dagkirurgi hvis allmennlegen følger prosedyren. Dette sparer pasienten for lang ventetid på poliklinikken og sparer allmennlegen for puring mot sykehuset. Omfatter foreløpig fem diagnoser.
- Samarbeid om avdeling for palliativ behandling og pleie ved et sykehjem
- Work-shops for sykepleiere (lære prosedyrer, håndtering av medisinsk-teknisk utstyr)
- Styrking av lege- og sykepleiekapasitet og kompetanse i et sykehjem (sykehuskommunen). Ferdigbehandlere eldre pasienter som kan utskrives til hjemmet.
- Bruk av korttids plasser ved sykehjem for utskrivingsklare pasienter (for pasienter som er uavklart i forhold til tilbud)(iverksatt av sykehuskommunen)
- Ambulante spesialistteam (begge kommuner)
- Kommunale rehabiliteringsteam (sykehuskommunen)
- Hospitering ved sykehuset (begge kommuner)
- Opplæring av sykepleiere rundt enkeltpasienter (spes kreftpasienter) (begge kommuner)
- Nettbasert undervisning fra geriatrisk avdeling til ansatte i pleie- og omsorg (distriktskommuner)
- Samarbeid mellom AMK-sentralen og hjemmetjenesten omkring trygghetsalarmer. (sykehuskommunen).

Praksiskonsulentordningen har bidratt positivt ved at deres hovedfokus er å bedre samarbeidsrutiner mellom kommunen og sykehuset. Det er både leger og annet helsefaglig personell representert i praksiskonsulentgruppa. Flere av sykehusets representanter mente ordningen ville blitt enda mer slagkraftig hvis stillingsandelene til praksiskonsulentene økte.

Det generelle inntrykket fra dette området er at pasientfokusert samarbeid har fått et løft, samtidig som det er en erkjennelse av at utfordringene fortsatt er store. Et godt samarbeid er avhengig av at både strukturelle og kulturelle forutsetninger. Holdninger til samarbeid er derfor viktig, noe som framheves av representanten fra hjemmetjenesten i sykehuskommunen.

"Det har vært mange småprosjekter i [bynavn], og noen er ferdig og avslutta og noen er satt i system, og noen jobbes det jo med per i dag også. Og da er det klart at man må være tydelig med å legge fokus på samarbeid, og som jeg sier, ansatte i framtida, de er nødt til å ha samarbeidskompetanse som vi kaller det. Hvis ikke så bør de tenke på å finne på noe annet. For har de ikke kompetanse på det å samarbeide med

andre internt og utad, så har vi en stor oppgave. Jeg er prisgitt av at folk har den type kompetanse eller erverver seg den kompetansen.”

Utfordringen for lederne på ulike nivå i helsetjenesten er å sikre at viljen og evnen til godt samarbeid gjennomsyrrer hele organisasjonen, og ikke bare gjelder ledernivåene.

5.3.8 Spesielt om utfordringer innen psykisk helsevern og rusomsorg

I samtalene med representantene fra kommunen kommer det fram at tilbudet til og samordningen av tjenester til pasienter med innen rusomsorg og psykiatri er spesielt utfordrende. Representanter fra sykehuskommunen var spesielt opptatt av dette. Selv om samarbeidet er noe bedret over tid er det fortsatt store uløste utfordringer og samarbeidet er langt mindre utviklet enn innen somatikken.

Grenseoppgangen mellom første- og andrelinjetjenesten oppleves som langt vanskeligere innen psykisk helsevern enn i somatikken. Både kommunelegen og servicekontorets representant har inntrykk av at store kapasitetsproblemer og lange køer bidrar til at det skyves oppgaver over på førstelinjetjenesten som ideelt sett burde vært spesialisthelsetjenestens ansvar. Representanten fra servicekontoret mener dette definitivt skjer i forhold til ruspasienter.

“Det må du skrive med store bokstaver, for der er det lange køer. Nå er det jo definert at behandling for rus, at de har krav på behandling i [regionalt helseforetak] på samme måte som behandling for en eller annen sykdom. Og der er det lange køer, og kommunen må ta vare på dem mens de venter. De kan ha store omsorgsbehov som vi kanskje må betale private institusjonsplasser for. Vi må kjøpe institusjonsplasser, eller ha heldøgns omsorg for dem, mens de venter på behandling. Så det er en kjempe utgift og en veldig viktig ting ”

Kommunelegen bekrefter denne situasjonen og savner at noen tar ansvar. Det er lite samarbeid i forhold til rusproblematikken. Han opplever det som frustrerende at institusjonene som regel er fulle og den eneste beskjeden man får er å ringe tilbake om noen dager eller uker. Kommunelegen var også opptatt av å involvere privatpraktiserende psykiatere og psykologer i forhold til halv-øyeblikkelig hjelp.

Kommunen arbeider for å etablere samme type forvaltningsarbeid mot psykiatrien som for somatikken. Blant annet ved å etablere vurderingsmøter og lignende for å komme tidlig inn med planlegging av utskrivning til kommunen. Det er allerede etablert et formelt samarbeid mellom helseforetaket og kommunen gjennom et administrativt samarbeidsutvalg med representanter fra den administrative ledelsen i kommunen og psykisk helsevern

Også i distriktskommunen er man opptatt av pasienter innen psykisk helsevern. En representant for pleie- og omsorgstjenesten mener behovet for bistand fra spesialisthelsetjenesten er ekstra viktig i dette arbeidet. Fastlegene/kommunelegen i denne kommunen har også en oppfatning om at psykiatrien trenger mer samordning, men sier at de sjelden blir kontaktet. Det er psykiatrisk sykepleier og distriktspsykiatrien tar seg av dette. Fastlegene understreker videre at epikriser fra psykiatrien kommer altfor sent, det går litt raskere ved somatiske sykehus.

OPPSUMMERING OMRÅDE II

Sentrale utviklingstrekk for pasientsammensetning og oppgaver

Sykehuset

- *Pasientene på sengeavdelingene består i økende grad av eldre pasienter med sammensatt sykdom*
- *Økningen i pasientvolum ved sykehusene forklares med økning i antall eldre og bedre behandlingstilbud, mye på grunn av utvikling i medisinsk teknologi*
- *Sykehusets representanter erkjenner at et økende antall eldre stiller sykehusene overfor store utfordringer med tanke på spesialisering og kortere liggetid*

Pleie- og omsorgstjenesten

- *Økt volum av brukere av pleie- og omsorgstjenester forklares med høyere gjennomsnittsalder og derav flere med et mer komplisert sykdomsbilde.*
- *Kommunene har mer ansvar for kreftpasienter og har flere prosedyretunge pasienter*
- *Nye oppgaver krever en ytterligere forsterking av sykepleiekompetansen og ressurser*
- *Det er en sterk dreining mot hjemmebasert pleie og omsorg*
- *Kortere liggetid i sykehus bidrar ifølge informantene til en forsterking av behandlings- og pleiebehov hos eldre etter utskrivning. Det er i tillegg blitt flere sykepleiefaglige oppgaver relatert til yngre pasienter.*
- *Endringer i familiestruktur bidrar til økt behov for hjelp fra pleie- og omsorgstjenesten*
- *Det er en positiv holdning til nye oppgaver innen pleie og omsorg gitt tilstrekkelig ressurser og muligheter for kompetanseheving*

Oppsummering av trekk ved pasientforløpet

Utredning

- *Fastlegene tar en større del av utredning, behandling og kontroll av pasienter som tidligere fikk dette utført ved sykehus*
- *Fastlegens koordinatorkompetanse er forsterket*
- *Fastleger i kommunene er kritiske til den økende spesialiseringen av sykehusene med tanke på oppfølging av eldre pasienter med sammensatt sykdomsbilde. Dette synet deles også av informanter i sykehuset*

Innleggelse i sykehus

- *Det er et økende antall innleggelse i sykehus, mye øyeblikkelig hjelp relatert til eldre pasienter*
- *Det er færre unødvendige innleggelse enn før, men forekommer. Ikke noe stort problem for sykehuset. De fleste må vurderes.*
- *Verken fastlegene eller sykehuslegene mener det er behov for rutinemessig kontakt før innleggelse. Ifølge sykehuset ville det i liten grad forhindre innleggelse*
- *Bedre tilgang på korttids plasser i sykehjem og styrket legetilsyn kunne ifølge respondenter på begge nivå bidra til færre innleggelse*
- *Ulike syn på om det er økende press fra pasienter og pårørende for å legge inn. Men legene er enige om at presset på utredninger øker*
- *Akuttpoliklinikk bidrar til en mer effektiv "sortering" av pasienter til sengeavdelingen. Flere slike etterlyses*
- *Det er variabel kvalitet på henvisningsskriv fra innleggende leger, størst mangler fra legevaksleger*

Sykehusoppholdet

- *Sykehuset behandler pasientene med for "smale briller"- det fokuseres ofte bare på hovedproblemet*
- *Høyt press i sykehuset vanskeliggjør interne henvisninger*
- *Høyt press i sykehuset bidrar til å presse liggetidene ned. For noen pasientgrupper er grensen snart nådd*
- *Sykehusets representanter signaliserer at det er kommunen som mangler tilbud og at liggetiden i seg selv er forsvarelig. De uttrykker behov for en styrking av ressursituasjonen i sykehuskommunen*

Utskriving

- *Sykehuset starter med planlegging av utskriving tidlig*
- *Sykehuset gir melding til kommunen så tidlig som mulig. For kommunen ofte for tidlig i forhold til vurdering av hjelpebehov*
- *I sykehuskommunen er prosesser rundt utskriving i stor grad regulert av samarbeidsavtalen*
- *Dato for når pasienten er utskrivingsklar bestemmes av sykehuskommunen og sykehuset i fellesskap. Uenighet om dato behandles av et samarbeidsutvalg*
- *Det er utarbeidet et skjema som klargjør sykehusets og kommunens forpliktelser for utskriving og som skal fylles ut før vurderingsmøter. Det var ikke implementert i alle avdelinger*
- *Til dels ulik oppfatning i sykehuset og kommunen om kriteriene for å definere en pasient utskrivingsklar har endret seg. Sykehusets representanter opplever det ikke slik*
- *Samarbeidsavtalen ikke godt nok inkorporert i organisasjonene. I sykehuset gis pasienter av og til forventninger om tilbud fra kommunen*
- *Kvalitetssikring av medisinalister er en utfordring for begge nivå ved skifte av omsorgsnivå.*

Medisinsk og pleiemessig oppfølging i kommunen

- *Det er mangel på sykehjemsplasser i sykehuskommunen- spesielt tilgangen på rehabiliteringsplasser og avlastningsplasser anses som utilstrekkelig*
- *Fastlegenes rolle i forhold til pleie- og omsorgstjenesten er lite organisert og det rapporteres om store individuelle forskjeller i forhold til planarbeid oppfølging av hjemmeboende eldre pasienter.*

Samarbeid med spesialisthelsetjenesten

- *Det er mange iverksatte tiltak for å bedre samhandlingsprosesser og bedre kapasiteten i sykehuskommunen*
- *Arbeidet med individuelle planer er intensivert, men sykehuskommunen er i gang med å forbedre organiseringen og gjennomføringen av dette arbeidet. I distriktskommunen fungerer dette bra*
- *Det synes å være en positiv utvikling i det faglige samarbeidet med sykehuset*
- *Praksiskonsulentstillinger har resultert i mange prosjekter og tiltak*
- *Generelt en svært positiv forventning til økt satsing på samarbeid*
- *Uklare ansvarsforhold, mangel på samarbeid og kapasitetsproblemer i spesialisthelsetjenesten gir sykehuskommunen store utfordringer i forhold til ivaretagelse av personer med psykiske lidelser og rusproblemer*

5.4 Avsluttende kommentar for område II

I distriktskommunen framheves utviklingen med nye oppgaver som faglig berikende og kommunen har arbeidet aktivt med kompetanseheving internt for å møte de utfordringer som kommer som følge av kortere liggetid og nye oppgaver. Vi får inntrykk av at dette er en

kommune hvor man samarbeider godt internt og samtidig har hatt nødvendig økonomisk fundament til å kunne utvikle pleie og omsorgstjenesten i takt med nye utfordringer. Men også i denne kommunen er knapphet på ressurser et viktig tema. For en del år siden var det vanlig at hjemmesykepleien hadde relativt hyppige tilsynsbesøk hos brukerne. Dette er det slutt på nå. Nå brukes all tiden til pleie. Endringer i familiestruktur og begrensede ressurser antas å skape en situasjon med enda større grad av prioriteringer knyttet til ressursbruk i årene framover.

Endringene i liggetid synes å ha vært mest krevende å håndtere for storbykommunen. Inntrykket er at respondenten derfor er noe mer klare i sin oppfatning av at økte pleie- og omsorgsoppgaver i kommunen er et resultat av en endring i oppgavefordeling. Selv om det faglig sett er mer interessant og utfordrende å arbeide i kommunehelsetjenesten nå enn for 10-15 år siden, er kapasiteten presset. Mer ansvar for relativt faglig krevende pasienter i en situasjon med begrensede ressurser kan derfor medføre en økt arbeidsbelastning på fagpersonellet i pleie og omsorgstjenesten. Sykehuskommunen har i mange år hatt store utfordringer med å håndtere utskrivingsklare pasienter ved sykehuset. Kommunen og sykehuset har derfor, som skissert, etablert en rekke tiltak for å bedre situasjonen. Til tross for dette er utfordringene fortsatt store. Både sykehuset og kommunen framhever behovet for flere plasser i heldøgns omsorg for eldre som en hovedutfordring.

På administrativt nivå synes det å være en felles erkjennelse av at begge nivå tjener på å samarbeide. Det er derfor lagt vekt på å utvikle klare samarbeidsavtaler og administrative og faglige organer for oppfølging og utvikling av samarbeidet. Dette bidrar til et bedre samarbeidsklima gjennom at de gjensidige rettigheter og plikter er formalisert.

Sykehusets representanter oppfatter i stor grad problemene som et resultat av manglende ressurser i kommunen. Det er noe ulik vektlegging av redusert liggetid som forklaring på flere oppgaver i kommunene. Informantene i sykehuset er mer opptatt av hvordan økningen i eldre pasienter medvirker til en tyngre pasientsammensetning og større utfordringer på begge nivå; når det er flere eldre og mer skrøpelige pasienter som kommer inn resulterer det i flere eldre og skrøpelige pasienter ut.

Som i område 1 betraktes kommunens pasienter med psykiske lidelser og rusproblemer som en stor utfordring av de få vi intervjuet som hadde befatning med dette.

For spesielt interesserte lesere er det utarbeidet egne beskrivelser av situasjonen i den enkelte kommune og sykehusene (se vedlegg 1 bak i rapporten og vedlegg 2 som er en egen vedleggsrapport).

6 Spesialisthelsetjenesten spesialiseres og kommunehelsetjenesten generaliseres

6.1 Spesialisthelsetjenestens utvikling: Økt aktivitet, økt behandlingsintensitet og mer spesialisering

Hovedbildet av utviklingen i sykehussektoren er effektivisering av driften for å øke behandlingsskapiteten. Samtidig har finansieringssystemet og forvaltningsordningen for sykehusene blitt lagt om i perioden. Både innsatsstyrt finansiering og statlig overtakelse av sykehusene har som siktemål å effektivisere driften, og få mer pasientbehandling ut av de pengene som kanaliseres til sektoren.

Økt aktivitet - størst økning blant eldre

Det har gjennom det siste tiåret vært en vekst i både antall innleggelser, antall dagbehandling og antall polikliniske konsultasjoner ved de somatiske sykehusene. Både endringer i befolkningssammensetning, sykdomsforekomst og bedret tilbud bidrar til denne veksten.

Den prosentvise veksten i antall innleggelser har vært størst for innbyggere over 80 år. For øyeblikkelig hjelp innleggelser viser data at både den relative og faktiske veksten har vært størst for de eldste. Antall innbyggere over 80 år økte med 24 prosent fra 1993 til 2003 (+ 40 000) og antall sykehusopphold ved sengeavdeling økte med over 60 prosent fra 1995 til 2003 (+46 000) for samme aldersgruppe. Over 80 prosent av økningen er øyeblikkelig hjelp. Noe av denne økningen skyldes selvsagt endringer i antall eldre innbyggere, men også per 1000 innbygger over 80 år økte antall øyeblikkelig hjelp innleggelser med hele 41 prosent. Generelt er økningen i innleggelser for de eldste størst for sirkulasjonssykdommer (hjertesykdom og hjerneslag), lungesykdommer (lungebetennelse) og kreft.

Andelen 65 år og eldre i befolkningen har totalt sett vært stabil. Ser vi isolert på antallet over 80 år har det imidlertid vært en markant økning, noe de ansatte ved sykehusene også formidlet i intervjuene. Volumendringen som følge av flere eldre over 80 år stiller sykehusene ovenfor større utfordringer når det gjelder håndtering av skrøpelige pasienter som ofte har et sammensatt sykdomsbilde (multiple diagnoser) og generelt en større andel pasienter med typiske alderdomssykdommer. Respondentene ved de tre sykehusene i vårt utvalg bekrefter dette. En undersøkelse av eldre over 75 år ved indremedisinske avdelinger ved norske sykehus viste et gjennomsnitt på 2,6 tilstander per pasient av 12 medisinske tilstander som er mest typisk for eldre. 73 prosent hadde mer enn en tilstand og 24 prosent av pasientene hadde minst fire tilstander. Dette tydeliggjør at en økning i antall eldre bidrar til en mer krevende pasientsammensetning.

Sykehusene effektiviseres - økt fokus på behandling, mens pleietiden reduseres

Ressursinnsatsen i sykehusene har rimeligvis økt for å kunne finansiere og behandle flere pasienter. Antallet årsverk i somatiske sykehus økte med 25 prosent i perioden fra 1996 til

2003. Økningen i pleiepersonell har nesten utelukkende skjedd i form av *flere sykepleiere*. *Antall hjelpepleiere har gradvis blitt redusert*. Dette indikerer at funksjonene knyttet til stell og enkel pleie av pasientene er blitt mindre sentrale, både som en følge av kortere liggetid og mer behandlingsintensive pasienter.

Det har i perioden vært en *økt bruk av dagbehandling*. Likevel viser altså tallene at veksten i antall opphold ved sengeavdelingene har vært stor. Samtidig registreres en *nedgang i gjennomsnittlig liggetid* ved sengeavdelingene, både for pasienter innlagt som øyeblikkelig hjelp og planlagte innleggelser. Dette skulle man kanskje ikke forvente når en del av de "letteste" pasientene er overført til poliklinikken. Parallelt med dette er *antallet senger redusert*. Fra 1994 til 2002 var reduksjonen i faktisk antall effektive senger cirka 6 prosent. Per 1000 innbygger var reduksjonen på 11 prosent.

Økningen i antall innleggelser har vært mulig ved å *reducere liggetiden og øke belegget* på sengeavdelingene. Beleggsprosenten ved sykehusene er i dag svært høy (totalt 94 prosent i 2003) og mange sliter med overbelegg og korridorpasienter. Det gjelder spesielt mange større sykehus, og indremedisinske avdelinger i særdeleshet (Helsetilsynet 2004). De ansatte ved sykehusene understreket at presset på sykehusene har økt som følge av et økende antall øyeblikkelig hjelp innleggelser og lange ventelister samtidig med en reduksjon i sengetallet.

Også problematikken rundt *utskrivingsklare pasienter* er mest utbredt ved de store sykehusene i større bykommuner. Fra 2001 til 2003 var antallet registrerte utskrivingsklare pasienter ved sykehusene relativt stabil. Selv om vi er noe usikre på kvaliteten på disse utviklingstallene ser det ut til å være en klar økning i antallet pasienter behandlet for skjelett-muskellidelser (bla lårhalsbrudd) som venter på utskrivning, mens det er færre pasienter innlagt med rehabiliteringsdiagnose som venter på annet tilbud.

Et annet interessant fenomen er *økningen i andel reinnleggelser* som øyeblikkelig hjelp, noe som er mest tydelig for de aller eldste. Hvorvidt dette er et tegn på for tidlig utskrivning er ikke dokumentert. Det gir likevel grunn til å fokusere ytterligere på samspillet mellom nivåene i helsetjenesten. Gevinsten ved kortere liggetid kan delvis bli borte hvis pasientene kommer oftere i retur. Fra sykehusenes side antydes det likevel at dette ikke nødvendigvis er et resultat av for kort liggetid, men snarere et resultat av en for sterk dreining mot hjemmebasert pleie og omsorg. En økning i antall marginalt fungerende hjemmeboende eldre vil dermed kunne medføre flere innleggelser på grunn av manglende tilbud innen heldøgns omsorg. Samtidig er tilbakemeldingene både fra sykehusene og leger i kommunene at unødvendige eller uhensiktsmessige innleggelser er et avtagende problem.

Sykehusenes utvikling går i retning av mer spesialisering. Dette bidrar til en økende oppsplitting av behandlingsforløpet og den enkelte avdeling/lege sin oppfølging av pasienten reduseres. En effektivisering av tjenesten med minimalisering av liggetid, mer dagbehandling og sterk spesialisering kommer mange pasienter til gode. Den store utfordringen framover knytter seg til om behovet for behandling og oppfølging av eldre pasienter kan ivaretas samtidig med en slik utvikling, spesielt med tanke på endringer i befolkningssammensetningen framover i tid. Både respondentene fra kommunene og sykehusene signaliserte en klar bekymring over *et økende antall eldre med sammensatt sykdomsbilde og lavt funksjonsnivå samtidig med økende spesialisering og poliklinisering av behandling og utredning i sykehusene*. Også spesialitetsrådet i legeföreningen er opptatt av dette. I en vurdering av spesialiststrukturen i Norge sies følgende: *"For sterk spesialisering kan true evnen til å "stille rett diagnose til rett tid" fordi kompetansen hos legen har blitt for snever"*. Det framheves videre at det er viktig å bevare generalisten som behandler for det store antall pasienter samtidig som man ivaretar behovet for spesialisering og at sykehusene må tilstrebe spesialitetsovergripende samarbeid (Den Norske Lægeförening 2002).

6.2 Kommunehelsetjenestens utvikling: nye brukere, avinstitusjonali- sering, økt differensiering og økt pleieintensitet

Pleie- og omsorgssektoren i kommunene har gjennom de siste 20 år endret karakter fra å være en todelt og atskilt tjeneste til å bli en differensiert og integrert tjeneste administrativt og faglig.

Sterk dreining mot hjemmebasert omsorg

Hjemmetjenesten har gått fra å være svært orientert mot praktisk hjelp til i mye større grad å bli pleieorientert. Mange som tidligere ville blitt institusjonsbeboere kan nå bo i egne hjem og motta hjelp til pleie, stell og behandling. Dette er muliggjort ved en sterk opprustning av hjemmesykepleien. Andelen fagpersonell i hjemmetjenesten har derav økt betydelig. Flere får hjemmetjenester og mange får mer; både dekningsgraden og intensiteten har økt. Samtidig er det færre som bare får praktisk bistand.

Aldershjemmenes omfang er sterkt redusert og antallet sykehjems plasser har vært relativt stabilt de siste 10 år. I stedet har det vært en betydelig satsing på bygging av omsorgsboliger. Tilsyns og pleieoppgaver til beboere i omsorgsboliger organiseres vanligvis som en del av hjemmetjenesten. Det som kjennetegner beboerne i omsorgsbolig er ifølge Romøren (2003) at de har større hjelpebehov enn brukere i opprinnelig hjem og det er en stor andel beboere under 67 år. Omsorgsboligene er ofte organisert som et boligkompleks. En del av disse har fast bemanning fra pleie og omsorgstjenesten og er derfor ment å kunne ivareta brukere med lavere funksjonsnivå og dårligere helsetilstand enn andre i egen bolig. Generelt er imidlertid brukere i omsorgsbolig langt sprekere enn sykehjemsbeboere.

Forholdet mellom institusjonshelsetjenesten og hjemmetjenesten er blitt mer fleksibel ved at antallet plasser tilegnet rehabilitering og avlastning av hjemmeboende brukere har økt.

Antall årsverk i hjemmetjenesten er nå større enn i sykehjem. Fra 1980 til 2001 var veksten på 132 prosent og fra 1992 til 2001 var vekst på 38 prosent. Faktisk antall årsverk i sykehjem har hatt en svært moderat økning de siste ti år.

Flere brukergrupper og kortere liggetid har gitt nye oppgaver til pleie- og omsorgstjenesten

Pleie- og omsorgstjenesten har ansvar for flere brukergrupper enn før. En del av kommunehelsetjenestens økte brukervolum har kommet gjennom nasjonale føringer og pålegg. Kommunene har fått ansvar for en del brukergrupper som redegjort for i kapittel 2, hvor de største er overføring av sykehjemmene fra fylke til kommune i 1988, overtakelse av ansvar for psykisk utviklingshemmede (HVPU-reformen) i perioden 1991-1995, og et større ansvar for pasienter med behov for psykisk helsevern gjennom opptrappingsplan for psykisk helse og foretaksreformen i spesialisthelsetjenesten. Dette har blant annet medført at antallet brukere under 67 år som mottar hjemmetjenester ifølge offisiell statistikk har økt med over 70 prosent på 10 år og utgjør nå en fjerdedel av alle mottakere. Blant disse finner vi gruppene nevnt ovenfor.

Et viktig tema i denne rapporten er hvordan redusert liggetid i sykehusene påvirker kommunenes oppgaver. Gjennom intervjuene med helsepersonell i kommuner og sykehus framgår det at *kortere liggetid krever tettere oppfølging og observasjon* fra hjemmetjenesten og sykehjemmene i hjemkommunen like etter utskrivning. Dette *medfører behov for en styrking av den sykepleiefaglige kompetansen og et tettere samarbeid med legetjenesten i kommunen og spesialisthelsetjenesten*. Det er også en økende forventning fra sykehusene om at kommunene skal kunne ta imot pasienter som ikke er helt ferdig behandlet i sykehuset. Vi kommer tilbake til dette i delkapittel 6.3.

Fastlegens rolle og oppgaver endres

Samtidig som vi har hatt en økning i kapasiteten i omsorgstjenesten har det skjedd viktige endringer i andre tjenester i kommunene. I forbindelse med gjennomføring av fastlegereformen sommeren 2001 fikk kommunene tilført et betydelig antall primærleger. En registrering gjennomført av RTV viser at 98,0 % av landets innbyggere hadde plass på en fastlegeliste pr 30. september 2002, hos i alt 3.705 fastleger. "Hjulet"-data indikerer at dekningsgraden for legetjenester steg fra 0,82 til 0,91 legeårsverk pr 1000 innbygger i perioden 1995 til 2001.

Leger i allmennpraksis har etter hvert kunnet overta en del av oppgaver som tidligere ble utført i spesialisthelsetjenesten. Mulighetene for endringer i den medisinsk-faglige oppgavefordelingen øker etter hvert som metoder for utredning, behandling og kontroll er godt dokumentert og standardisert. Økende tilgang til medisinsk-teknologisk utstyr til bruk i diagnostikk og behandling bidrar også til denne utviklingen.

Fastlegenes rolle går i retning av mer helhetsansvar for pasientene. Dette inkluderer et større ansvar for utredning, behandling og kontroll, og i tillegg har fastlegen et mer helhetlig ansvar for pasientenes behandlingstilbud knyttet til psykiske lidelser og rusproblemer enn tidligere. Koordinatorrollen oppleves som forsterket både faglig og administrativt. Fastlegens koordinatorrolle er en av hovedhensiktene med fastlegeordningen. Legene vi intervjuet fremhevet både positive og negative sider ved dette. En del av legene i utvalget var kritiske til en utvikling hvor sykehusene overlater stadig med administrative oppgaver til fastlegene, når det er mer hensiktsmessig at sykehusene gjør dette selv. Legeforening skriver i et brev til Helsedepartementet⁵⁷ i 2003 at en del fastleger opplever at andrelinjetjenesten i økende grad ser på fastlegeordningen som en "fastsekretær" ordning der fastlegen skal ordne med sykmeldinger, resepskriving og lignende. Legeforeningen mener en slik utvikling er uakseptabel.

Legens rolle som en aktiv medspiller i forhold til blant annet pleie- og omsorgstjenestens arbeid er også i økende grad aktualisert. Dette har sammenheng flere forhold, som økningen i antall skrøpelige hjemmeboende eldre, større ansvar for personer med psykiske lidelser og rus og et generelt større krav til helhetlig samarbeid omkring personer med langsiktig behov for oppfølging av flere tjenesteytere i 1. og 2.linjetjenesten. I våre utvalgskommuner ble det rapportert om store individuelle forskjeller med hensyn til fastlegenes involvering i denne typen samarbeid.

6.3 Sentrale problemstillinger for sykehus og kommuner basert på samtaler med personell i kommuner og sykehus

Vi vil minne om at dette er en framstilling basert på enkeltpersoners oppfatning og trenger ikke gi et fullstendig og rettfærdig bilde av den reelle situasjonen i sykehusene. Det er også variasjoner mellom kommuner og mellom de to områdene. I forhold til generelle utviklings-trekk og hovedutfordringer beskrives situasjonen relativt entydig i de to områdene.

6.3.1 Sentrale problemstillinger for sykehusene

- *Knapphet på indremedisinske senger og tilbud til geriatriske pasienter*

Informanter ved alle de sykehusene mener det er en underdekning av sengekapasitet for indremedisinske pasienter og pasienter med geriatriske problemstillinger.

⁵⁷ Brev av 10.07.2003. Svar på brev fra Helsedepartementet- Fastlegeordningen etter 2 år- bidrag til statusrapport.

➤ *Manglende helhet i utredning og behandling?*

Både representanter for sykehusene selv og de spurte i kommunene mener det er en utfordring å på en helhetlig måte ivareta behovene for utredning og behandling til pasienter med et sammensatt sykdomsbilde. Ifølge sykehusansatte skyldes dette blant annet spesialisering i kompetanse, økende seksjonering av virksomheten internt og økende tidspress.

Fra kommunehelsetjenestens side beskrives en økende tendens til oppsplitting av behandlingsforløpet, der fastlegen blir koordinator for henvisninger til sidespesialisten internt i sykehuset. Det rapporteres også om manglende utredning av bakenforliggende årsaker til akutte hendelser og at pasienter kommer tilbake til kommunen med for eksempel urinveisinfeksjoner eller svært høyt blodtrykk, uten at dette er oppdaget på sykehuset.

➤ *Pleiekvaliteten i fare?*

Ansatte i pleie- og omsorgstjenesten er bekymret for at arbeidspresset i sykehusene går ut over pleiekvaliteten. Flere av respondentene er svært kritiske til en utvikling hvor sykepleien, ifølge dem, blir mindre verdsatt. Noen går så langt som å si at de ikke skjønner at sykepleiere ønsker å arbeide ved sykehusene - de *"selger sykepleiersjela si"*. Man er bekymret for manglende helhetstenking og for lite kvalitet på den pleiefaglige oppfølgingen. En avdelingsleder ved et sykehjem kommer med et illustrerende eksempel på det siste.

"Jeg skal ikke klage over sykehuset og den medisinske avdelingen, hvor stort sett våre pasienter kommer fra, men når jeg ser hvilken tilstand de er i når de kommer derfra, i forhold til når de ble lagt inn, så må jeg si at det er en slett behandling og ivaretagelse av de eldre. De kommer tilbake igjen med liggesår og sår på hæler, og det er sopp i munnen og det ene med det andre. Så det må jeg si er en slett behandling av de eldre (...) Jeg ringte senest i går til sykehuset. Vi fikk tilbake en pasient som hadde ligget inne i tre uker og som kom tilbake med svære sår både på sete og hæler og alt som var. Så dette er nesten ikke så det går. Så hun ble meget flau hun sykepleieren jeg snakka med" (Avdelingsleder ved sykehjem).

Sykehjemmene har ifølge informanter ofte en bedre oppfølging av pasienter, med aktivitet og pleie, for å unngå liggesår og liknende.

➤ *Tidspress ved utskrivinger*

Alle respondentene i sykehusene erkjente presset på liggetiden og det ble signalisert at grensen for reduksjon i liggetid i mange tilfeller er nådd når det gjelder innleggelse for en del akutte tilstander. Liggetiden presses ned for å gi rom for nye pasienter på avdelingen. Man kan ikke nekte innleggelse av pasienter henvist som øyeblikkelig hjelp og for avdelinger som mottar pasienter til operasjon kan utskriving av pasienter hindre strykninger på operasjonsprogrammet når det er fullt på avdelingen.

Respondenter i kommunene mener det er en forutsetning at pasientene som skrives ut er tilstrekkelig stabilisert, men at dette ikke alltid er tilfelle. Stress rundt utskriving av marginalt fungerende pasienter kan skape usikkerhet hos både pasient og pårørende, og mange pasienter tåler lite påkjenninger. Faren for reinnleggelse øker i slike situasjoner. Det var til dels usikkerhet rundt spørsmål om reinnleggelsene hadde økt, men mange hadde en antakelse om at det var slik. Som vist i kapittel 3 har andelen ø-hjelpsinnleggelse innen 30 dager etter utskriving økt på nasjonalt nivå, og mest for de aller eldste. Flere av respondentene oppgir at marginalt fungerende hjemmeboende er mest utsatt for reinnleggelse. Flere respondenter antydte at reinnleggelse ofte har sammenheng med manglende tilbud om heldøgns omsorg i kommunen.

I område 1 er oppfatningen i kommunene at vurderinger om hvorvidt en pasient er utskrivingsklar påvirkes av kapasiteten i avdelingene og at det synes noe tilfeldig hvor lenge en pasient får bli. Dette bekreftes i stor grad av sykehusene. Flere representanter ved syke-

huset i område 2 (større sykehus) mente sykehusets kriterier for når en pasient er utskrivingsklar ikke hadde endret seg, men enkelte i sykehuskommunen betvilte dette.

På grunn av presset på sengekapasiteten er det viktig for sykehusene å begynne planlegging av utskrivning tidlig (ofte ved innskriving) og varsle kommunene så tidlig som mulig om at en pasient har behov for tilbud etter utskrivning. Pleie- og omsorgstjenesten i kommunene opplever på den ene siden dette som positivt, men i en del tilfeller er det vanskelig for kommunene å stole på angitt dato hvis behandling av pasienten ikke er igangsatt eller er ferdig. Det viser seg i en del tilfeller at pasienten likevel ikke kan skrives ut på angitt dato på grunn av uforutsette hendelser, som forverring av allmenntilstand, komplikasjoner, infeksjoner og lignende. Kommunene er dessuten avhengige av et godt vurderingsgrunnlag når behovet for tilbud skal vurderes. Det var ingen av de spurte som klaget over for sen varsling til kommunen.

➤ *Krav til dokumentasjon*

Kortere liggetid og derav overføring av mer krevende pasienter til kommunene stiller større krav til rett-tidig og korrekt dokumentasjon. En generell utfordring, både ved innleggelse og etter utskrivning, er innholdet i den dokumentasjon som følger pasienten. Ved utskrivning til hjemmetjenesten følger det som regel med sykepleiedokumentasjon og en foreløpig epikrise. Inntrykket er at pleie- og omsorgstjenesten bruker en del tid på å kvalitetssikre informasjon knyttet til medikamenter. Det synes å være en høy bevissthet rundt dette og det er satt i verk tiltak, eller tiltak er under etablering i de områdene som inngår i vårt utvalg. I tillegg til innholdet i dokumentasjonen er det misnøye med tiden det tar før endelig epikrise kommer til fastlege. Gjennom nasjonale registreringer har vi kunnskap om at dette er en utfordring for svært mange sykehus. Fra flere av sykehusene ble det signalisert en klar uoverensstemmelse mellom kravet til dokumentasjon og ressurser/tid til å ivareta denne oppgaven. Likevel melder kommunene at det har skjedd en forbedring de siste årene.

➤ *Faglig oppfølging fra sykehusene*

Kortere liggetid ved sykehusene og flere oppgaver som skal ivaretas i kommunene gir ifølge respondentene et generelt behov for mer kompetanse og samarbeid med spesialisthelsetjenesten. På enkelte områder er dette blitt klart forbedret. Det gjelder spesielt oppfølging av kreftpasienter hvor sykehusene bidrar både med generell opplæring og veiledning rundt enkeltpasienter. Det er videre etablert ambulerende team, for eksempel innenfor smertebehandling, habilitering, rehabilitering og geriatri ved noen sykehus. Hvordan disse teamene fungerer og om de brukes aktivt av kommunene, har ut fra intervjuene ikke noe helhetlig bilde av. Holdningen til slike team er imidlertid svært positiv kommunene ønsker en større tilgjengelighet til veiledning og oppfølging av slike. En av fastlegene i utvalget advarte mot en ytterligere marginalisering av fastlegen, da samarbeidet ofte bare involverer pleie- og omsorgstjenesten fra kommunenes side.

Sykehusene er åpne for hospitering fra ansatte i primærhelsetjenesten, men inntrykket er at dette ofte er vanskelig å få til hvis det ikke er særskilt finansiert. Erfaringene med hospitering er imidlertid gode og flere av respondentene ønsker seg gjensidig hospitering, ikke bare fra kommune til sykehus, men også omvent.

De positive holdningene og gode erfaringene med ambulante team og hospitering bekrefter resultatene i en undersøkelse i to fylker gjennomført av Helsetilsynet i 2001 (Helsetilsynet 2002). I denne studien framgikk også at både helsepersonell i sykehus og kommuner mener den organiserte veiledningen fra spesialisthelsetjenesten til kommunene ikke er tilstrekkelig. Det var et ønske om mer detaljerte forskrifter for dette, spesielt ytret av sykepleiere.

I forhold til oppfølging av pasienter med sammensatte og kroniske sykdommer er det innført et system med pasientansvarlig lege ved mange sykehus. Ut fra vårt svært begrensede materiale synes erfaringen så langt å være at dette ikke fungerer godt nok.

6.3.2 Sentrale problemstillinger for kommunene

➤ *Sammensetning av tjenestetilbud og ressursene - ikke alltid tilpasset behovet?*

Sammensetningen av tilbud i pleie- og omsorgstjenesten har endret seg betydelig de siste 20 år. Basert på tilbakemeldingene fra sykehus og kommuner er det spørsmål om behovet for tilbud innen heldøgns omsorg er tilstrekkelig. Både respondenter i kommunene og ved sykehusene signaliserer at det er knapphet på plasser, fortrinnsvis sykehjemsplasser og til dels kommunale rehabiliteringsplasser. Det er presset på slike tilbud som angis som hovedårsaken til at mange pasienter blir liggende utskrivingsklare i sykehus. Knapphet på sykehjemsplasser bidrar til at det over tid har blitt en langt strengere behovsvurdering i forhold til tildeling av alle typer tjenester i kommunene. I dag er det bare de aller sykeste som får sykehjemsplass.

Helsepersonell ved sykehusene er til dels skeptiske til en for "ensidige" satsing på hjemmetjenester når utviklingen går mot flere demente og svært gamle med sammensatte lidelser. Enkelte setter noen av reinnleggelsene i sykehus i sammenheng med at mange hjemmeboende eldre og syke er marginalt fungerende og egentlig trenger heldøgns tilsyn.

Det savnes også et bedre tilbud til å håndtere akutt oppståtte situasjoner relatert til eldre ustabile pasienter. Til tross for dette er det relativt stor enighet om at unødvendige innleggelse på sykehus ikke lenger er noe vesentlig problem. Ifølge flere av legene både i sykehus og kommuner kunne kommunene håndtert flere pasienter, gitt en styrking av legetjenesten ved sykehjemmene. Slik situasjonen er nå, trenger imidlertid de fleste som kommer inn til sykehusene en medisinsk vurdering.

Fra kommunenes side framheves en til dels manglende kunnskap om tjenestetilbudet i kommunene hos ansatte i sykehusene. Enkelte sykehusansatte sin vurdering av om pasienten trenger sykehjemsplass eller ikke skjer derfor ifølge informanter i kommunen på et mangelfullt kunnskapsgrunnlag. En forklaring på dette, som nevnes, er større gjennomtrekk av personell i sykehusene og en relativt høy andel nyutdannet personell.

Mangel på ressurser til å bygge opp tilstrekkelig med personell og kompetanse er et gjennomgangstema blant de ansatte innen pleie og omsorg. Ressursene i kommunene er begrenset og nasjonal statistikk viser at antallet som får tildelt bare praktisk hjelp er synkende. Hovedfokus rettes ifølge respondenter i pleie- og omsorg mot de dårligste brukerne. Det er en viss bekymring for at en slik utvikling går utover det forebyggende aspektet ved å ha en lavere terskel for tilbud. Videre synes den sterke veksten i antall omsorgsboliger å ha dannet et ressursmessig og kompetansemessig etterslep. Selv i kommunen som hadde best kapasitet innen pleie- og omsorg i vårt utvalg opplever hjemmetjenesten at økte oppgaver for hjemmetjenesten knyttet til omsorgsboligene er en stor utfordring. I en undersøkelse av Hofseth og Norvoll (2003) rapporterte helsepersonellet en vekst i andel syke og pleietrengende i egen bolig uten at det har vært en tilsvarende opptrapping av bemanningen.

En annen viktig utfordring i mange kommuner er presset på langtidsplasser i sykehjem. Når langtidspasienter blir liggende i senger tiltenkt korttidsbrukere reduseres mulighetene for å utnytte plassene som er tiltenkt blant annet rehabilitering og avlastning for hjemmeboende eldre. Tilstrekkelig med avlastningsplasser og en høy grad av tilgjengelighet til både hjemmetjenester og legehjelp er vesentlig for at mange eldre kan bo lenge hjemme. Pårørende har i stadig mindre grad kapasitet til å ivareta gamle ektefeller, syke foreldre eller slekt. Det er derfor viktig å ha en god beredskap rundt brukerne/pasientene slik at de kan føle seg trygge på at de får hjelp når det trengs.

Et annet sentralt spørsmål er om brukerne får tilstrekkelig hjelp. Våre intervjuer med et lite utvalg personell i kommunene gir ikke grunnlag til å konkludere entydig i forhold til dette. Inntrykket er likevel at de grunnleggende pleiefaglige behov blir vurdert som tilfredsstillt. Romøren (2003) fant at 85-90 prosent av brukerne innen pleie og omsorg fikk tilstrekkelig tilsyn om natten og kvelden, og tilstrekkelig tilsyn av sykepleier og lege. Hofseth og Norvoll (2003) gjorde en studie som, iblant annet, inkluderte pasienter i tre hjemmetjenestesoner i

tre ulike kommuner. Av de 384 pasientene som inngikk i utvalget vurderte helsepersonell at 70 prosent av brukerne fikk et tilfredsstillende tilbud. 30 prosent ble vurdert til å ha et udekket behov for medisinsk utredning og 19 prosent ble vurdert til å ha behov for annet tilbud, i døgninstitusjon. Romøren (2003) fant at de som bor i sine opprinnelige hjem med oppfølging av pleie- og omsorgstjenesten er dårligst stilt av alle brukerne, relativt sett. Dette inntrykket bekreftes av våre informanter. Av pasientgrupper viste Romøren at det er brukere med psykiske lidelser som får minst tilstrekkelig hjelp på alle områder det var spurt om. Ser man alle brukerne under ett, var det behovet for hjelp til aktivisering og sosiale tiltak som i stor grad ikke ble tilfredsstillt. Informanter i vår studie framhevet at besøkene fra hjemmetjenesten er kortere enn før og gir lite rom for å dekke sosiale behov. Selv om sykepleiere først og fremst oppfatter seg selv som fagpersonell, ser de samtidig brukernes klare behov for mer sosial kontakt og praktisk hjelp. Informantene fra pleie- og omsorgstjenesten var generelt svært opptatt av en helhetlig tilnærming i tjenestetilbudet og ser ressursbegrensninger som det viktigste hinderet for å kunne gi "optimal" oppfølging av pasientene.

I sum kan vi si at tilbudet i pleie- og omsorgstjenesten er bedret ved at langt flere får hjelp og det er en større differensiering i tilbud. Med utgangspunkt i samtaler med helsepersonell i kommuner og sykehus synes knapphet på tilbud innen heldøgns pleie og omsorg å redusere mulighetene for fleksibel bruk av korttidsplasser og rehabiliteringsplasser i sykehjem. Slike tilbud er ment å bidra til at flere kan bo i egen bolig lenger og kan bidra til å lette presset fra sykehusene i forhold til å kunne ta imot utskrivingsklare pasienter.

➤ *Økt kompetansebehov*

Kommunene har fått flere og mer ressurskrevende pasienter. Et viktig spørsmål er om pleie- og omsorgstjenesten har nok kompetanse til å håndtere de utfordringer tjenesten står ovenfor. Nye oppgaver oppfattes i stor grad som stimulerende faglig. Holdningene til dette blir imidlertid i noen grad farget av ressursituasjonen i den enkelte kommune.

Hvilke nye oppgaver og pasientgrupper mener så helsepersonell innen pleie- og omsorg de har fått de siste ti årene? Nedenfor oppsummeres det som ble nevnt i intervjuene:

- Flere svært gamle medfører flere brukere med multiple diagnoser, flere med generelt dårlig funksjonsnivå og flere demente.
- Flere sykepleiefaglige oppgaver som følge av at mange pasienter i mindre grad er ferdig behandlet når de skrives ut fra sykehuset. Det krever en tettere oppfølging den første tiden etter utskrivning. Inkludere både yngre og eldre pasienter.
- Flere kreftpasienter
- Mer ansvar for døende pasienter (terminalpasienter)
- Flere psykisk utviklingshemmede
- Flere handikappede
- Flere brukere med psykiske lidelser
- Flere rusbrukere - gjerne med dobbeltdiagnoser (rus og psykiatrisk diagnose)
- Mer ansvar for administrering og utredning av behov for tekniske hjelpemidler

Flere eldre og lenger levetid i befolkningen gir pleie- og omsorgstjenestene mer av de samme oppgavene som før. Den store forandringen er at mange som før ville bodd på institusjon nå bor hjemme. Dette er mulig gjort gjennom en formidabel opprustning av hjemmetjenesten. En av respondentene fra hjemmetjenesten mente man i hans sone på noen få år har gått fra å være omtrent halvparten ufaglærte og halvparten faglærte, til at det nå er omtrent 80 prosent faglært personell. Utfordringen i forhold til å ivareta oppgavene som kommer på grunn av endringer i eldrebefolkningen og kortere liggetid ved sykehusene ser ut

til å være mobilisering av nok ressurser til å sørge for et tilstrekkelig antall sykepleiere i tjenesten.

Flere pasienter med behov for sykepleiefaglig oppfølging har ført til en sterk økning i antall sykepleiere i hjemmetjenesten på nasjonalt nivå. Hofseth og Norvoll (2003) skiller mellom grunnleggende sykepleierferdigheter (som overlapper med hjelpepleier og omsorgsarbeidere) og en mer spesialisert medisinsk og klinisk sykepleierkompetanse som går ut over den grunnleggende sykepleien. I vår studie framhever informanter i alle kommunene at det skjer en utvikling hvor stadig flere pasienter krever kompetanse utover den grunnleggende sykepleien. Her nevnes en del medisinsk-tekniske prosedyrer:

- Sondeernæring
- Intravenøs antibiotikabehandling
- Intravenøs ernæring
- Intravenøs væskebehandling
- Oppfølging av pasienter med respirator
- Smertebehandling med blant annet smertepumper

Kommunene har dermed, ifølge våre informanter, etter hvert fått mer ansvar for pasienter hvor det forutsettes noe mer spesiell sykepleiekompetanse, blant annet til å håndtere de ovenfor nevnte medisinsk-tekniske prosedyrer. Omfanget av slike brukere/pasienter er foreløpig ikke så stort, men er ifølge respondentene økende. Forutsetningen for at kommunen skal kunne ta imot slike pasienter er rimeligvis at det er et tilstrekkelig med personell som kan håndtere dette. Når det gjelder oppfølging av kreftpasienter i kommunene har dette tydelig vært et satsingsområde for kommunene og er et eksempel på vellykket faglig samarbeid mellom kommuner og sykehus i de to områdene vi studerte. Arbeid med disse pasientene krever ofte kompetanse til å håndtere spesielt utstyr, som for eksempel smertepumper.

Kompetansen til å håndtere andre pasienter med behov for intravenøs tilførsel av væske og medikamenter synes å være varierende. Både sykehusene i område 1 og 2 mente kommunene i større grad burde kunne motta slike pasienter. I område 1 har man fra ledernivå i kommunen signalisert at kommunen kan ta imot slike pasienter, men sykehuset opplever at det ikke er tilfelle. Dette kan indikere at kompetansen på dette feltet er mangelfullt selv om mange sykepleiere i kommunene etter hvert kan dette. I begge områder gis det opplæring i slike prosedyrer til kommuneansatte.

Ifølge Romøren (2003) er det psykiatireformen og HVPU-reformen som har gitt kommunene de faglig sett største utfordringene. Dette bekreftes i stor grad i vår studie. En spesielt viktig utfordring er ifølge informanter i kommunene å ivareta behovene til den voksende gruppen av personer med dobbeltdiagnoser som inkluderer både psykiske lidelser og rus.

➤ *Økende behov for intern koordinering og samarbeid i kommunene*

Utviklingen med mer komplekse brukere, redusert liggetid i sykehusene og et mer differensiert tilbud til brukerne innen pleie- og omsorg fordrer et stadig tettere tverrfaglig samarbeid internt i kommunen. Mindre kommuner synes å ha et naturlig fortrinn på grunn av nærheten i lokalisering mellom ulike tjenesteytere og god oversikt over brukernes nettverk.

Kommunene har med årene fått et større spekter av tilbud som kan bidra til økt kvalitet i tjenestetilbudet til den enkelte bruker. Dette innbefatter rehabiliteringstilbud og andre typer korttidsopphold på sykehjem. Formålet er ofte at brukeren ved hjelp av et godt støtteapparat og muligheter for å opprettholde funksjonsnivået skal kunne bo lenger i egen bolig. Dette fordrer et samarbeid mellom institusjonstjeneste og hjemmetjenesten. I enkelte kommuner prøves det ut nye former for samarbeid, f. eks ved at personell i hjemmetjenesten i større

grad enn tidligere følger brukeren uavhengig av oppholdssted. Erfaringene hos de som inngikk i vårt utvalg var så langt gode. Utarbeiding og oppfølging av individuelle planer forutsetter også et tettere samarbeid både på det administrative og det operative plan mellom tjenesteyterne i kommunen.

Behov for en mer aktiv oppfølging fra fastlegenes side øker når omfanget av eldre med et begrenset funksjonsnivå og ustabil helsetilstand bor hjemme og skal følges opp av hjemmetjenesten. Fastlegenes rolle i forhold til pleie- og omsorgstjenesten synes uklar. Inntrykket er som tidligere nevnt at det er relativt store individuelle forskjeller i forhold til legenes engasjement. Fastlegene synes for eksempel å være lite involverte i utvikling av individuelle planer og er i varierende grad tilgjengelige for samarbeid med hjemmesykepleien. Dette er forhold som Helsetilsynet har påpekt tidligere (Statens helsetilsyn 2003 ^a), og som får støtte i våre funn. Dekningsgraden på fastleger anses som god i alle kommunene som er med i utvalget. Hofseth og Norvoll (2003) fant at faste samarbeidsmøter med fastleger ble verdsatt av pleie- og omsorgstjenesten der hvor man hadde etablert slike. Fastlegene var imidlertid delte i synet på dette, da det tar for mye tid fra andre pasientkonsultasjoner.

➤ *Kommunenes administrative rutiner er ikke tilpasset kortere liggetid i sykehusene*

Sett fra sykehusenes side er det et hinder for god pasientflyt mellom nivåene at kommunene kun har inntaksmøte en gang i uka. Dette medfører ifølge informanter ved sykehusene at en pasient kan bli liggende mange dager ekstra på grunn av administrative prosesser i kommunen. En økning i antall korttidsplasser på sykehjem ble nevnt som en løsning på dette. Korttidsplasser kan da brukes som en mellomstasjon til tjenestebehovene er avklart. I område II er det etablert slike plasser.

6.4 Samspillet mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten

Samarbeid innen og mellom tjenestenivåene blir stadig viktigere ut fra måten helse-tjenestene utvikler seg på og etter hvert som kravet til kvalitet i pasient og brukeromsorgen øker. Kvalitetskrav og bruker/ pasientrettigheter har det siste tiåret også blitt formelt nedfelt i statlige føringer og lovgivning. Det er spesielt tre forhold som bidrar til et behov for samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten; kommunene har ansvar for faglig krevende brukere/pasienter, mange av brukerne/pasientene kommunene har ansvar for har behov for en samordnet oppfølging av helsepersonell på begge nivå, og utskrivingsklare pasienter i sykehusene representerer en utfordring både for sykehusene og kommunene det gjelder.

Ulike igangsatte tiltak kan grovt sett knyttes an til følgende formål:

- *bedre samhandlingsprosesser*
- *bedre kapasiteten i kommunene til å motta utskrivingsklare pasienter*
- *bedre kompetansenivået i kommunen*
- *bedre oppfølgingen av enkeltpasienter gjennom bistand fra spesialisthelsetjenesten*

➤ *Innholdet i samarbeidsavtalene må kjennes og praktiseres*

Samarbeidsavtaler mellom kommuner og sykehus er et viktig virkemiddel for å regulere prosesser rundt utskriving og avklare gjensidige rettigheter og plikter. Utfordringen er å sørge for at innholdet i slike avtaler blir godt nok kjent og praktisert av helsepersonellet på begge nivå.

I avtalene som gjelder i de to områdene vi studerte gjøres det klart at kommunen har ansvaret for hvilket tilbud som skal gis og det angis retningslinjer for når pasienten regnes som

utskrivingsklar og hvordan kommunikasjonen skal foregå. Det er både likheter og forskjeller i retningslinjene. I område I er det sykehuset som definerer dato for når pasienten er utskrivingsklar, mens det i område II skal skje i fellesskap når sykehuset ser at pasienten har endret behov for oppfølging. Det vil likevel utøves skjønn i forhold til dette. For dårlig kjennskap til avtaler og ulikheter i vurderinger av funksjonsnivå kan medføre uheldige situasjoner som ofte tolkes som et brudd på avtalen

I område I skal sykehusene gi skriftlig melding til kommunene når pasientens funksjonsnivå og hjelpebehov er endret. I slike tilfeller kan en representant fra kommunen dra til sykehuset for å vurdere situasjonen. I område II skal det avholdes vurderingsmøter når det er meldt om endringer i funksjonsnivået til pasienten. På møtene deltar pasienten, pårørende og representanter fra sykehus og kommune. Møtet blir en felles arena for vurdering av behov og for å sette en dato for når pasienten er utskrivingsklar. Dette bidrar til en mer formalisert prosess rundt pasienter med nye hjelpebehov og kommunen synes å ha en større mulighet til å påvirke prosessen enn i område I. Videre har det blitt utarbeidet standard skjema for kommunen og sykehuset hvor det spesifiseres hva som skal være gjort før møtet og hvilke spørsmål som må avklares. I område II er det i tillegg etablert administrative rutiner for å håndtere uenighet om utskrivingsdato. Det skrives en uenighetsmelding som behandles i et klinisk samarbeidsutvalg. På denne måten ansvarliggjøres begge parter.

En viktig forskjell mellom område I og II er at altså at det i område II i større grad er etablert formelle arenaer for gjensidige tilbakemeldinger og samarbeid mellom kommunen og helseforetaket. Det er opprettet et administrativt samarbeidsutvalg som har ansvar for å følge opp samarbeidsavtalen og avklare saker av prinsipiell administrativ, faglig og økonomisk karakter. I tillegg er det opprettet flere kliniske samarbeidsutvalg som har ansvar for å bidra til å utvikle samarbeidet rundt den enkelte pasient, i forhold til rutiner for samarbeid og utvikling av kompetanse.

Selv om man i område II har et mer formalisert samarbeid ved utskriving av de mest krevende pasientene er det er også likheter mellom områdene i informantenes situasjonsbeskrivelser. Kort oppsummert gjelder dette:

- *Økende press på liggetid har medført økt stress i utskrivings situasjoner*
- *Pasienter sendes hjem uten at det er tid til å gjøre nødvendige forberedelser. I begge områder er det særlig problemer med raske utskrivinger inn mot helg og høytider, hvor det er redusert bemanning og vanskeligere å få tak i f eks nødvendige medisiner*
- *Helsepersonell ved sykehusene (både leger og sykepleiere) gir av og til pasienter og pårørende forventninger om tilbud fra kommunen. Begge områdene rapporterer en bedring i forhold til dette, men det er fortsatt en utfordring*

Informanter i kommunene i område I opplever ofte en mangel på gjensidighet i relasjonen til sykehuset og tilliten svekkes hvis pasienten skrives ut svært kort tid etter (ofte) en telefonisk melding til kommunen. Fra kommunenes side oppleves dette ofte som et brudd på avtalen. At slike uheldige episoder skjer kan bero på for dårlig kjennskap til avtalen, men kan også tenkes å avhenge av sykehuset sin vurdering av pasientens helse og funksjonsnivå. I område I skal det ved gjentatte avvik gis melding til ansvarlig ledernivå, noe som er kommet med i ny avtale. I område II synes det å være innarbeidede rutiner for tilbakemelding av avvik/uheldige hendelser gjennom formelle kanaler til samarbeidsutvalgene. Dette gir muligheter til en mer jevnlig oppfølging av situasjonen.

En mer formell organisering av rutiner for samarbeid bidrar positivt med avklaringer av en del sentrale forhold. Samtidig gir våre samtaler med informanter på begge nivå inntrykk av at det er relativt store forskjeller i "samarbeidskultur" mellom avdelinger innen sykehus og mellom enkeltpersoner. Omfanget av dialog synes å være den avgjørende faktor, uavhengig av om dette er formalisert eller ikke.

SINTEF Helse har gjennomført en nasjonal kartlegging av den interne organiseringen ved norske sykehus (INTORG) i årene 1999, 2001 og 2003 (Kjekshus L E 2003). I denne

undersøkelsen er det blant annet spurt om en del forhold knyttet til samarbeid med 1.linjetjenesten. Her framkommer det at 86 prosent av sykehusene hadde en avtale om utskrivingsklare pasienter med kommunene i 2003, mot 58 prosent i 1999. Videre viser kartleggingen at 52 prosent av sykehusene hadde egne kontaktpersoner som håndterte kontakten mot kommunene i forhold til ferdigbehandlede pasienter med behov for pleie.

➤ *Positive erfaringer med styrket legetjeneste og sykepleietjeneste i sykehjem*

I område II er det svært positive erfaringer med samarbeid om etableringen av et intermedisært tilbud for eldre pasienter. Isteden for å ligge i sykehuset kan pasienten legges inn på en sykehjemsavdeling hvor det er tilført økte sykepleier- og legeressurser.

➤ *Praksiskonsulentordningen har bidratt til å sette i gang mange prosjekt*

Praksiskonsulentordning var etablert mellom sykehuskommunen og sykehuset i område II. Selv om dette dreier seg om relativt små stilingsandeler har man i løpet av relativt kort tid kommet i gang med en rekke prosjekter. Flere av tiltakene det har vært arbeidet med er nå under implementering i kommune og sykehus. Både leger og annet helsefaglig personell har stillinger som praksiskonsulenter. En praksiskonsulentordning er også på planleggingsstadiet i område I.

➤ *Kompetansehevede tiltak - en positiv utvikling*

Som beskrevet i forrige delkapittel er det et økende behov for kompetanse i kommunene og det har ifølge informantene i kommunene vært en positiv utvikling i sykehusenes tilbud om opplæring i form av individuelle tiltak eller ved undervisning av personell i kommunene. I begge områdene er det igangsatt undervisning innen kreftomsorg og geriatri og det gis opplæring i bruk av en del medisinsk-teknisk utstyr. Sett fra sykehusenes ståsted har kommunene et stykke å gå i forhold til å kunne imøtekomme forventninger om å ta imot enda flere pasienter som trenger intravenøs tilførsel av medisin, ernæring, eller væske.

Det er gode muligheter for hospitering ved sykehusene, et tiltak informantene i begge områder mente var svært vellykket faglig sett. Det blir imidlertid i for liten grad brukt på grunn av for lite ressurser. Også i helsetilsynets påpeker at ansatte ofte opplever det vanskelig å bruke et tilbud om opplæring når kolleger påføres ekstrabelastninger på grunn av det (Statens Helsetilsyn 2003^b) Fra kommunenes side, og også fra enkelte sykepleiere i sykehusene ble det signalisert et ønske om gjensidig hospitering. Kunnskapen om kommunehelsetjenesten blant sykehuspersonalet er ifølge informanter i kommunen ofte svært mangelfull.

Tiltakene som er nevnt er rettet seg i stor grad mot sykepleiere. På den legefaglige siden er det ifølge de informantene vi intervjuet lite som skjer i område I. I område II er det noe mer aktivitet ved at det den siste tiden blant annet er satt i gang kursing av fastleger innen spesifikke fagområder. Praksiskonsulenter ved sykehuset har hatt en sentral rolle i dette.

➤ *Etterspørsel etter mer utadrettet virksomhet fra ambulante spesialistteam*

Kompetansen til ambulante team er etterspurt i kommunene og det betraktes som svært positivt at det etter hvert er opprettet flere slike. Kapasiteten til teamene synes imidlertid begrenset i forhold til kommunenes ønske om mer veiledning og oppfølging av pasienter.

➤ *Møteplasser er viktig*

En viktig forutsetning for å skape en god samarbeidskultur er at det finnes møteplasser hvor aktører på ulike nivå kan utveksle erfaringer og danne grunnlag for nye samarbeidsrutiner og

gjensidig forståelse. En slik møteplass er erfaringskonferanser, som i område I ble ansett som svært viktig for å synliggjøre problemer og komme i dialog. I område II er det som skissert tidligere etablert et administrativt og flere kliniske samarbeidsutvalg. Det ligger også i den overordnede samarbeidsavtalen i område II en forpliktelse til å avholde leder- og fagmøter hvor de kliniske samarbeidsutvalgene har ansvar for hvilke tema som skal tas opp. I område I synes foretaksreformen i spesialisthelsetjenesten å ha medført en slutt på faglige møter mellom fastlegene og sykehuslegene. Dette var savnet på begge nivå.

➤ *Hinder for samarbeid*

Mangel på tid og ressurser anses som de viktigste hindre for samarbeid. I tillegg er det en utfordring å samarbeide på tvers av forvaltningsnivå med hver sin agenda og planleggingsprosess.

Nedenfor oppsummeres samarbeidstiltakene i område I og II. Informantenes forslag til samarbeidstiltak er også oppsummert.

Type tiltak	Område I	Område II
Administrative ordninger	<ul style="list-style-type: none"> - Samarbeidsavtale om utskrivingsklare pasienter 	<ul style="list-style-type: none"> - Samarbeidsavtaler - Ett administrativt og flere kliniske samarbeidsutvalg. Fram til nå har dette kun innbefattet sykehuskommunen. Ny avtale som også inkluderer de andre kommunene i opptaksområdet - Praksiskonsulentordning
Kompetansehevende tiltak	<ul style="list-style-type: none"> - Sykehuset gir opplæring til sykepleiere i kommunene ifht spesielle pasientgrupper - Nettverkssamarbeid ifht kreftomsorg, geriatri, avansert medisinsk-teknisk utstyr - Hospitering for sykepleiere eller leger skjer, men vanskelig å få til i praksis 	<ul style="list-style-type: none"> - Hospitering ved sykehuset (sykepleiere) - Opplæring av sykepleiere i forhold til enkeltpasienter (spesielt kreftpasienter) - Work-shop for sykepleiere (lære prosedyrer, håndtering av medisinsk-teknisk utstyr) - Kursing av fastleger innen spesifikke fagområder - <i>Samarbeid om avdeling for palliativ behandling og pleie ved et sykehjem</i>
Andre tiltak	<ul style="list-style-type: none"> - Erfaringskonferanser - Ambulerende spesialistteam 	<ul style="list-style-type: none"> - Poliklinikk som utreder falltendens og demens - Akutt poliklinikk - Tiltak med styrking av lege- og sykepleiekapasitet og kompetanse i et sykehjem - Ambulerende team - Bruk av korttidsopphold i sykehjem for pasienter som er uavklart ifht tilbud (i regi av kommunen) - Hjemmejournal for brukere i pleie og omsorg
Forslag til tiltak	<ul style="list-style-type: none"> - Etablering av legefaglig samarbeidsfora - Gjensidig hospitering - Mer oppfølging fra ambulante team - Innleggende lege skulle automatisk fått epikrise, selv om det ikke er fastlegen. - Sykehuslegene kunne hatt telefontid hver dag. - Legene på sykehuset kan komme på sykehjemmet og se til pasienten (i sykehuskommunen)- det ville spart ressurser/ sengekapasitet - Vurderingsmøter hvor både sykehus og kommune møter forberedt - Psykiatrisk sykepleier kunne komme inn til pasienten mens hun/han er innlagt i sykehus, kan skape trygghet og planlegging av utskriving kan begynne tidligere 	<ul style="list-style-type: none"> - Enda flere kompetansehevende tiltak fra spesialisthelsetjenesten ut mot kommunene. - Mer utadrettet faglig oppfølging fra spesialisthelsetjenesten i kommunene - Standardisering av henvisningsskriv - Bruk av ambulerende team for å forebygge innleggelser. Når pasienten begynner å nærme seg en innleggelse kunne man gjort en vurdering og kanskje hindret innleggelse

Oppsummering

Vi kan oppsummere beskrivelsene av samarbeid ved å framheve at det er en positiv utvikling i forhold til det sykepleiefaglige samarbeidet. Sykepleierne er aktivt involvert i samarbeid både i kommunene og mellom nivå. For leger er bildet mer brokete. Legene synes ofte å være mer fraværende i tverrfaglig samarbeid i en del av kommunene, og det er mindre kontakt mellom nivåene. Møteplasser savnes der hvor det ikke finnes. Noen er likevel usikre på utbyttet av mer samarbeid. Det er viktig å skape organiserte arenaer for gjensidig dialog, da samarbeid ikke prioriteres på samme måte når det skjer på ad hoc-basis. Formalisering av samarbeid er viktig når man ønsker å sikre kontinuitet og prioritering.

6.4.1 Spesielt om utfordringer i forhold til oppfølging av personer med psykiske lidelse og rusbrukere

Kommunene i utvalget opplever at utfordringene innen psykiatri og rus er svært store og økende. Dette er både et ressursproblem og ikke minst et kompetanseproblem. Ifølge respondentene i kommunene har ansvaret for langtidspasienter i psykiatriske sykehjem og en omfattende deinstitusjonalisering av psykiatrien blitt gjennomført uten at kommunene har bygd opp tilstrekkelig kompetanse eller fått nok ressurser til å møte behovene i form av nok personell og kompetanse. Dette gjelder både personell i pleie- og omsorgstjenesten og fastlegene.

Flere med alvorlige tilstander i kommunene

En del av brukerne/pasientene kommunen har ansvar for beskrives som svært syke. Det kan være selvskadere, suicidale eller schizofrene pasienter. En utvikling som nevnes av mange er økt hyppighet av pasienter med dobbeltdiagnoser relatert til psykiatri og rus, og som er svært utfordrende og kompetansekrevende. Blant de sykeste pasientene er det hyppige inn og utskrivninger fra akutt plasser ved psykiatriske institusjoner. Utskrivingspraksisen ved sykehusene beskrives som "beinhard".

For hjemmesykepleien er oppfølging av personer med psykiske lidelse krevende fordi det innebærer en annen type oppgave enn de vanligvis har. Kravet til tid er større, og det passer ifølge en av respondentene ikke inn måten hjemmesykepleien er organisert på.

Kapasiteten til å håndtere akutte situasjoner er mangelfull

Til pasienter som bor i eget hjem har kommunen ofte bare et tilbud som er tilgjengelig på dagtid og de har generelt liten kompetanse og kapasitet til å håndtere akutte situasjoner. Dårlig kapasitet på akutt plasser i spesialisthelsetjenesten og mangelfullt samarbeid mellom nivåene synes å bidra til at disse pasientene/brukerne kommer i en gråsoner hvor tjenesteyterne fraskrives seg ansvar. Resultatet blir lett at pasientene blir kasteballer i systemet. Sett fra kommunenes ståsted presses oppgaver som spesialisthelsetjenesten har ansvar for ned til kommunen på grunn av kapasitetspress. Dette gjelder både psykisk helsevern og rus.

Da denne studien i utgangspunktet har sitt hovedfokus på somatisk helsetjeneste er ikke helsepersonell innenfor psykisk helsevern intervjuet. Vi må derfor presisere at det inntrykk vi her formidler representerer kommunenes beskrivelse og forståelse av situasjonen.

Det synes generelt å være et klart forbedringspotensiale i forhold til:

- Etablering av formaliserte arenaer for dialog og utvikling av rutiner for samarbeid
- Samarbeid internt i kommunene mellom ulike faggrupper i pleie- og omsorgstjenesten og fastlegene.
- Kapasiteten på akutt plasser i spesialisthelsetjenesten
- Kapasitet på behandlingstilbud til ruspasienter i spesialisthelsetjenesten
- Samarbeid om håndtering av akutte situasjoner.

6.5 Oppsummering av sentrale drivkrefter i utviklingen av oppgaver

Typen og mengden oppgaver i kommunene påvirkes av mange ulike forhold. Utviklingen i arbeidsfordelingen mellom 1. og 2.linjetjenesten er et resultat både av styrte og ikke-styrte prosesser. Gjennom samtaler med ansatte på sykehus og i kommunene nevnes følgende forhold som viktige drivkrefter i forhold til omfang og type oppgaver:

- *Statlige føringer og lovgivning:*

Gjennom statlige føringer og lovgiving har kommunene fått et større ansvar for helse og omsorgstilbudet til blant annet psykisk utviklingshemmede, funksjonshemmede, personer med psykiske lidelser og rusbrukere.

- *Demografi- sammensetningen av eldrebefolkningen er endret og har gitt flere innbyggere over 80 år*

Som vist tidligere har gjennomsnittsalderen på de eldre blitt høyere de siste ti årene. Dette skyldes både størrelsen på ulike alderskohort og at den generelle levealderen øker. Totalt sett har antallet innbyggere over 80 år økt betydelig, mens antallet "yngre" eldre er redusert. Dette i seg selv påvirker både typen og mengden oppgaver sykehusene og kommunene står overfor. Det gir flere eldre med generelle alderdomssykdommer knyttet til sirkulasjonssystemet, luftveissykdommer, skjelett-muskelsykdommer, kreft og demens.

- *Endringer i insidensen av sykdom*

Også yngre deler av befolkningen rammes av blant annet kreft, skjelett-muskelpager og allergi- og åndedrettssykdommer⁵⁸ i større grad enn før. Dette medfører flere oppgaver på begge nivå.

- *Endringer i familiestruktur, yrkesaktivitet og bosettingsstruktur*

Bidrar til at stadig færre pårørende har mulighet til å ta et stort ansvar for familiemedlemmer med behov for hjelp og pleie.

- *Endring i oppfatningen av hva som er et godt tjenestetilbud- økte forventninger*

Bidrar til en økende vektlegging av kvalitet og valgfrihet. I dag er det i langt større grad tilrettelagt for at f eks pasienter med kreftsykdom skal kunne bo hjemme når det ikke er helt nødvendig å være på sykehus. Dette er muliggjort av en sterk opprustning av sykepleietjenesten i kommunene. Funksjonshemmede, personer med rusproblemer eller psykiske lidelser har i dag krav på et tilbud i egen kommune. Krav til omfang av tilbud og standarder øker i takt med samfunnsutviklingen for øvrig.

- *Utvikling i medisinsk teknologi og kompetanse*

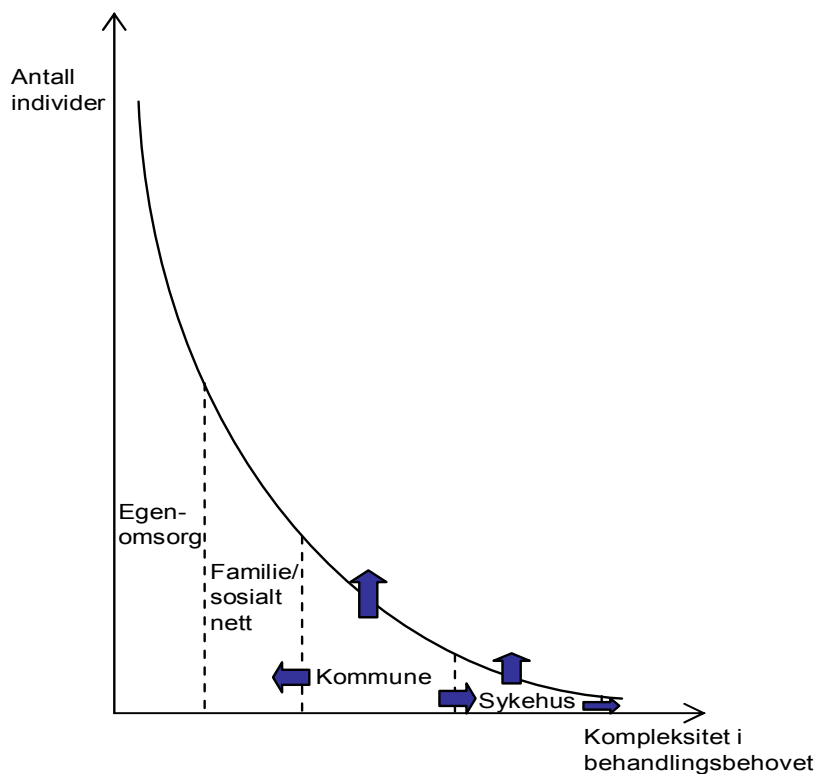
- Gir flere pasienter muligheten til å få diagnostisering og behandling i sykehus
- Gir økte muligheter for overføring av dokumenterte og standardiserte prosedyrer/oppgaver til allmennpraksis

- *Effektivisering i sykehusene*

- Bidrar til kortere liggetid og derav større behov for sykepleiefaglig oppfølging i kommunen
- Bidrar til oppgaveoverføring av enklere utrednings-, kontroll- og behandlingsoppgaver til allmennpraksis

Resultatet av utviklingen i forholdet mellom omsorgsnivåene kan illustreres på følgende måte:

⁵⁸ Se for eksempel Samfunnsspeilet nr 4 2004 , Statistisk Sentralbyrå



Figur 6.1 Utviklingen i arbeidsfordelingen i behandling og omsorg. (Kilde: Svein Lie, Utposten Nr 6 -2000)

Både kommunehelsetjenestens oppgaver og spesialisthelsetjenestens oppgaver vokser. Samtidig har kommunene over tid i stadig større grad tatt ansvar for innbyggerne på områder som tidligere ble regnet som families/nettverkets ansvar, og på den andre siden, oppgaver som tidligere i større grad ble ivaretatt av spesialisthelsetjenesten.

6.6 Avslutning

Kapasitetspresset er stort på begge nivå

Både nasjonale data og helsepersonellens beskrivelser gir inntrykk av at kapasitetspresset er stort både i sykehusene og i kommunene. Antall opphold på sykehusenes sengeavdelinger økte fra 1995-2003 med over 20 prosent, antall liggedager totalt var nesten uendret, mens antallet effektive senger er redusert med cirka 7 prosent i perioden (tilsvarende ca 1000 effektive senger). Dette er muliggjort av kortere liggetid og høyere belegg (94 prosent i 2003). Bare de siste 8 år (1995-2003) har liggetidsreduksjonen for pasienter over 80 år innlagt som øyeblikkelig hjelp grovt regnet betydd 4-500 "sparte senger" ved sykehusene. Liggetidsreduksjonen skyldes trolig både at de langtidsliggende pleiepasientene er ute av sykehusene og en generell liggetidsreduksjon. Bedre behandlingsmetoder kan også være en faktor.

Problemet med korridorpatienter ser ut til å være et tilbakevendende fenomen til tross for tiltak for å bedre situasjonen. En av grunnene til overbelegg er at det ligger utskrivingsklare pasienter på sengepostene. Mange, spesielt større, kommuner har for dårlig kapasitet til å ta imot pasienter, og det gjelder først og fremst pasienter med behov for et døgnbasert tilbud. Basert på noe usikre tall, er det beregnet at det i 2002 ville kostet kommunene omtrentlig

125 millioner kroner å la de utskrivingsklare pasientene bli overført til sykehjem, mot cirka 288 millioner ved å la dem ligge i sykehus. Ut fra innrapporteringer til Norsk pasientregister har antallet utskrivingsklare pasienter ved sykehusene vært relativt stabilt i årene 2001 til 2003 (Midttun 2004).

Flere studier påviser sammenhenger mellom trekk ved omsorgstjenestene i kommunene og virksomheten i sykehusene. Mye tyder f.eks. på at liggetider for eldre i sykehusene påvirkes av variasjoner i kapasitet i sykehjem og åpen omsorg i kommunene, og det ser ut til at dette mønstret kan gjenfinnes i studier både fra begynnelsen og slutten av det tiåret vi nå har bak oss (Paulsen 1992, Gautun, Kjerstad og Kristiansen 2001, Kjekshus 2004). Kjekshus finner i tillegg at organisatoriske rutiner i form av etablering av samarbeidsavtaler og faste kontakter mot kommunene ikke viser noen sammenheng med liggetiden i hans studie.

Vi har få norske studier som på en systematisk måte belyser hvordan sammenhengen mellom nivåene i helsetjenesten har endret seg over tid. Et viktig bidrag gir Romøren i sin rapport "Pleie- og omsorgstjenesten i kommunene: Tjenestemottakere, hjelpebehov og tilbud" (Romøren 2003). Analysen er basert på en registrering av vel 13000 tjenestemottakere i et representativt utvalg på 73 kommuner. Han konkluderer med at det i liten grad har skjedd forskyving av avanserte medisinske tekniske prosedyrer fra sykehus til kommunale omsorgstjenester. Han viser til at det ble iverksatt spesialiserte prosedyrer for under 10 prosent av brukerne som var inkludert i studien og av disse var 3,6 prosent relatert til kontroll av atferdsavvik. Hofstad og Norvoll (2003) kartla omfanget av prosedyrer⁵⁹ som krever spesiell sykepleiefaglig kompetanse i pleie- og omsorgstjenesten. De hadde et utvalg på 3 sykehjem og 3 hjemmetjenestesoner (i 3 kommuner av ulik størrelse). De fant at slike tiltak ble iverksatt for 12 prosent av pasientene i hjemmetjenesten og 13 prosent av pasientene i sykehjem i løpet av den uken kartleggingen foregikk.

Romøren mener likevel at selv om det i liten grad har skjedd en forskyvning av spesialiserte tjenester, *"kan det likevel godt hende at hjemmetjenestene og sykehjemmene bruker mye ressurser for å følge opp sykehuspasienter som krever mer ordinær behandling og pleie."* (Op. cit s 68). Omfanget av dette er imidlertid ikke forsøkt anslått i denne undersøkelsen. Vår studie bekrefter Romørens hypotese om at endringer i oppgavefordelingen mellom sykehus og kommunale omsorgstjenester i første rekke medfører en *intensivering av ordinære sykepleiefaglige* oppgaver knyttet til behandling og pleie. Vi kan ikke tallfeste endringer i omfanget av pasienter som behandles ved hjelp av mer spesialiserte *medisinsk-tekniske prosedyrer*. Det likevel et gjennomgående inntrykk at *kravet om at kommunene skal håndtere dette øker* og at sykehusene gir opplæring i bruk av slikt utstyr. Ifølge helsepersonell i kommunene er omfanget økende. Det ser altså ut til å være et behov for en faglig forsterkning sykepleieressursene i kommunene.

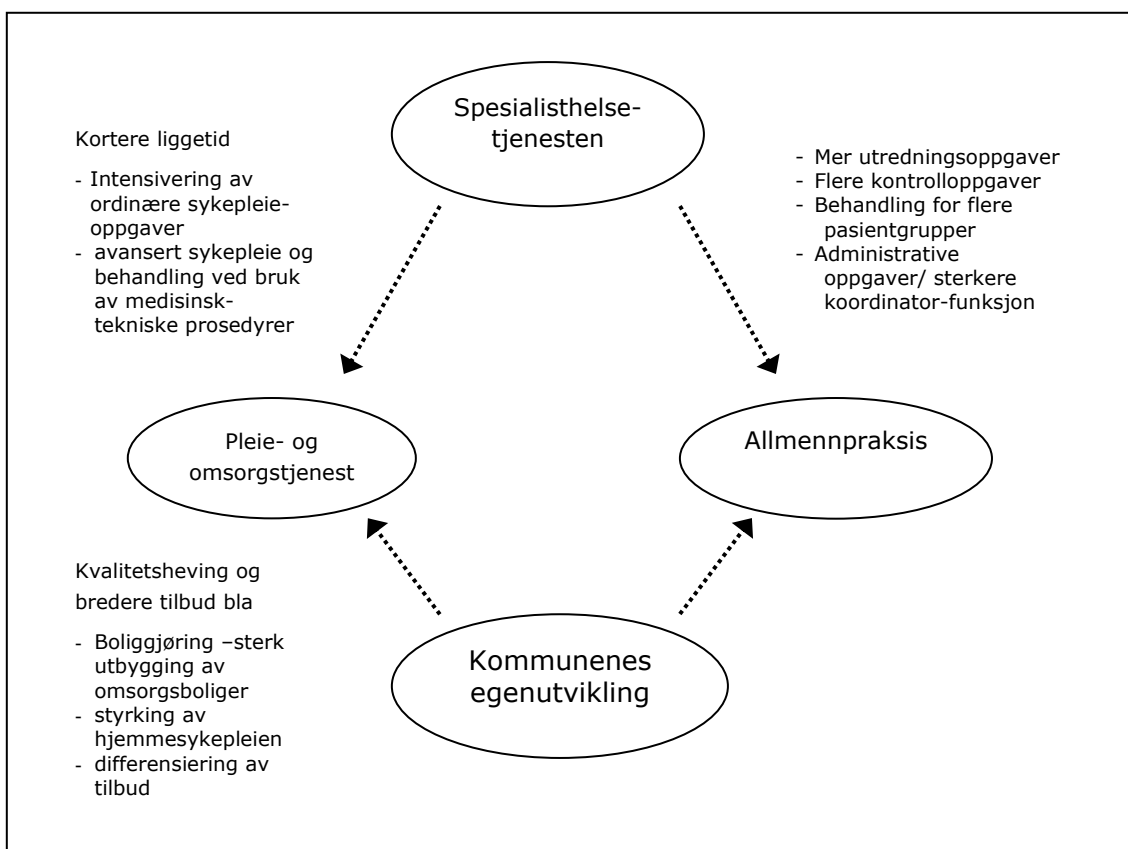
Oppgaveforskyving?

Et utgangspunkt for denne rapporten var å besvare spørsmålet om endringer i kommunenes oppgaver kan betraktes som en *oppgaveforskyving* fra spesialisthelsetjenesten. Det er klare oppfatninger blant våre informanter at det skjer en gradvis forskyving av oppgaver fra sykehusene. Både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten påvirkes av en rekke faktorer som ligger delvis utenfor og delvis innenfor helsetjenesten selv. Utvikling i de demografiske, økonomiske og kulturelle rammebetingelser disse tjenestene eksisterer innenfor påvirker begge nivåenes egenutvikling og forholdet mellom dem. Informantene i vårt utvalg fremhevet en sterk økning i eldre som den største utfordringen framover. Som diskutert i kapittel to har kommunene både av økonomiske og ideologiske grunner etablert et bredere tilbud innen pleie- og omsorgstjenesten. De har rustet seg både ressursmessig og kompetansemessig til å kunne håndtere økte pleie- og omsorgsbehov for eldre og til å imøtekomme større krav til tilgjengelighet og kvalitet på tjenester, også for grupper som

⁵⁹ Mer spesialiserte prosedyrer som krever sykepleiefaglig kompetanse inkluderte Sondeernæring, intravenøs væsketilførsel, kateterisering, stomistell, dialysebehandling, O2-behandling, respirator, ventilator, suging, smertelindring/morfinpumpe, og oppfølging av cytostatikabehandling.

tidligere hadde få eller ingen tilbud i kommunal regi. Kommunene har skaffet seg et kompetansemessig grunnlag til å kunne ta imot pasienter som den somatiske spesialisthelsetjenesten ikke har mer tilbud til, eller som det av andre årsaker er bedre å behandle/pleie i eget hjem eller nær hjemmet. Man kan innta ulike perspektiv på spørsmålet om "hvem som egentlig har ansvaret" for pasienten i forhold til ulike problemstillinger. Perspektivet på dette vil også endre seg over tid, i takt med endringer både innenfor og utenfor helsetjenesten selv. Det er imidlertid liten tvil om at oppgavemengden i kommunene har økt og at dette delvis kan knyttes til at sykehusene i langt sterkere grad rendyrker sin rolle som behandlingsinstitusjon og at siste behandlingsfase og rekreasjonsfasen tas hånd om i kommunen. At økningen i kommunens oppgaver bare skyldes en oppgaveforskyving fra spesialisthelsetjenesten synes ut fra diskusjonen over å være for enkel.

Endringer i 1.linjenestens oppgaver som følge av spesialisthelsetjenestens utvikling og kommunal egenutvikling kan illustreres på følgende måte:



Figur 6.2: Endringer i 1.linjenestens oppgaver som følge av spesialisthelsetjenestens utvikling og kommunal egenutvikling

Det er vanskelig å estimere kommunenes ressursmessige merbelastning som følge av endringer i oppgavefordelingen mellom nivåene. Ved planlagt oppgaveoverføring til kommunene har det fulgt penger med. Vi har ikke grunnlag for å vurdere om dette er tilstrekkelig. Det er også vanskelig å beregne den konkrete effekten av kortere liggetid på sykehus slik vi skisserte i kapittel 3.4. Som vist i kapittel 6.5 er det mange forhold som påvirker utviklingen i kommunenes oppgavevolum. Gitt at vi i løpet av noen år får

pasiententydige data fra sykehusene og innføringen av IPLOS⁶⁰ i alle norske kommuner er kommet på plass vil det være langt større muligheter for å følge endringer i pasientstrømmer mellom nivå og koble dette til endringer i kommunenes oppgavevolum og pasientene/brukernes pleietyngde.

Kommunenes kompetansebehov

Behovet for sykepleierkompetanse har vært og er økende ifølge våre informanter. I de kommunene vi studerte var det ikke tilgangen på sykepleiere som ble oppgitt som det største problemet, men heller ressurser til å bygge opp den faglige kompetansen.

Beskrivelser gitt av ansatte i kommunene tegner et bilde som viser særlige kompetansebehov i forhold til ivaretagelsen av personer med psykiske lidelser og rusbrukere. Dette er i samsvar med resultatene i Romørens studie som konkluderer med at de største faglige utfordringene ligger på dette området. Det synes også å være et særlig behov for en videre styrking av det forvaltningsmessige og faglige samarbeidet i forhold til disse gruppene.

Mer samarbeid

Videre formidler informantene at utviklingen med en stadig "tyngre" brukersammensetning i kommunene, kombinert med økt omfang av hjemmebaserte tjenester, fordrer at:

- hjemmetjenestens samarbeid med institusjonstjenesten i forhold til korttidsopphold og rehabilitering fungerer – at det er plass når det trengs
- legetjenesten blir enda mer tilgjengelig
- det faglige samarbeidet med spesialisthelsetjenesten styrkes ytterligere

Samarbeidet mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten er både av faglig og administrativ karakter. Vår studie indikerer at det faglige samarbeidet, spesielt det sykepleiefaglige, er inne i en svært positiv utvikling i de områdene vi foretok intervjuer. Fra kommunenes side er det ønskelig med enda mer fokus på opplæring og veiledning. Samarbeidsavtaler er viktige verktøy for å regulere de administrative prosessene rundt utskriving av utskrivingsklare pasienter. I begge områdene vi studerte var avtalene blitt revidert. Innholdet i avtalene utvikler seg gjennom erfaringer. I område II har man kommet lenger enn i område I ved at det er utarbeidet avtaler som både omfatter prosessene rundt utskrivingsklare pasienter og en formalisering av et generelt faglig og administrativt samarbeid. Selv om det formelle samarbeidet er mer overgripende i område II, opplevde helsepersonellet også her uheldige hendelser og et til tider presset samarbeidsklima. Vårt inntrykk var likevel at man i dette området er i ferd med å etablere en samarbeidskultur, hvor en formalisert overbygning danner en nødvendig, men ikke tilstrekkelig forutsetning for å lykkes i det konkrete samarbeidet rundt pasienten. Man kan lett få inntrykk av at der det samarbeides mest er det mest problemer, men dette kan like gjerne indikere at det samarbeides mest der hvor utfordringene opprinnelig var størst.

Det er flere positive utviklingstrekk i samarbeidet i de to områdene vi studerte. Samtidig er det også en del utviklingstrekk som gir grunn til bekymring

- Det er mer stress rundt utskriving av pasienter - liggetiden er over tid blitt kortere og det krever enda mer fokus på korrekt informasjonsoverføring og samarbeidskompetanse. Dette uttrykkes av både kommuner og sykehus. Konflikter i utskrivings situasjoner oppstår som regel når det topper seg på begge nivå samtidig. Ustabile og skrøpelige eldre er en utsatt gruppe når samarbeidet ikke fungerer tilfredsstillende.

⁶⁰ Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk

- Det er generelt mer fokus på samarbeid, men rammebetingelsene for samarbeid er under press. Tid og ressurser oppgis som de viktigste hinder. Mange av samarbeidstiltakene synes i større grad å involvere sykepleiere enn leger.
- Faglige møter oppfattes som positivt, men det blir for lite tid til å prioritere dette. Det ble rapportert om færre faglige møter mellom sykehuslegene og fastlegene etter sykehusreformen. Mest uttrykt i det ene området i utvalget.

En utvikling hvor spesialisthelsetjenesten effektiviseres og spesialiseres ytterligere medfører at behandlingsforløpet i økende grad deles inn i enkeltepisoder. Pasienten må skifte mellom å få oppfølging av poliklinikk, sengeavdeling, fastlege og andre faggrupper. Det er derfor viktig at tjenestetilbudet, sett fra pasientens side, oppfattes som helhetlig og koordinert. For pasienter med behov for oppfølging av helsetjenesten over lenger tid er dette spesielt viktig. Eldre og marginalt fungerende personer i egen bolig, og personer med psykiske lidelser eller rusproblemer framstår som eksempler på sårbare grupper ved dårlig kapasitet og mangelfullt samarbeid mellom nivåene. Det synes å være en økende erkjennelse på begge nivå av at kvaliteten på helsetjenesten ikke bare avhenger av den enkelte helsearbeider sine faglige kvalifikasjoner, men at behandling, pleie og omsorg i tillegg må fungere innenfor en sammenhengende tiltakskjede hvor pasienten settes i sentrum.

Referanser

Berg, O. (1999). The dynamics of a health system: Norway in Nakamura, Y. & Y. Ichibangase (red) *Sekai no Shakaifukushi* [Sosial velferd i verden]. Tokyo: Junposha.

Brevik, I. (2003). *Kommunenes pleie- og omsorgstjenester. Utvikling, status og utfordringer*. NIBR-rapport 2003:17.

Den norske lægeforening (2002): *En vurdering av spesialitetsstrukturen i Norge*.

Den norske lægeforening (2004). Statusrapport: Psykiske lidelser – Faglighet og verdighet. Rett til utredning, diagnostisk vurdering og målrettet behandling. Oslo: Den norske lægeforening.

Fosse, A. (1999). Det går et sentraliseringsspøkelse gjennom landet. *Utposten* nr. 2.

Førre S, P Benum, I Løge & D.E. Rivrud (1999). Utprøving av standardhenviing i Sør-Trøndelag. *Tidsskr Nor Lægeforen* nr 15, 119: 2201-3.

Fylkesmannen i Møre og Romsdal: Brev til Helsedepartementet av 23.06.2004.

Garåsen, H. (2004). Personlig meddelelse.

Gautun, H., E. Kjerstad & F. Kristiansen (2001). Mellom to senger? Eldre sykehjemspasienter og det kommunale pleie- og omsorgstilbudet. SNF-rapport 57/01. Bergen: Stiftelsen for samfunns- og næringslivsforskning.

Hagen, H. (2000). Psykiaritjenesten 1999 – omstilling og vekst. SAMDATA Psykiatri Rapport 4/00. Trondheim: SINTEF Unimed NIS SAMDATA.

Hagen, H. (2001). Pasienter i psykisk helsevern for voksne. SINTEF Rapport 5/01. Trondheim: SINTEF Unimed Helsetjenesteforskning.

Hagen, H. (2002). Status for opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006, i Huseby, B. M. (red) *Helseregionenes utfordringer* SAMDATA Rapport 3/02. Trondheim: SINTEF Unimed.

Hagen, H. (2003). Opptrappingsplanen for psykisk helse – status etter fire år. SAMDATA Rapport 3/03. Trondheim: SINTEF Unimed Helsetjenesteforskning.

Hagen, T. P. & O. M. Kaarbøe (2004). The Norwegian Hospital Reform of 2002: Central government takes over ownership of public hospitals. Rapport 1/04. Oslo: Health Organisation Research Norway.

Halsteinli, V. (2004). Samdata Psykisk helsevern sektorrapport 2003. Rapport 2/04, Sintef Helse, Trondheim.

- Hansen, F. E. (2001). Sykehusstruktur i endring. De lange linjer og utviklingen siste tiår. SAMDATA Sykehus Rapport 3/01. Trondheim: SINTEF Unimed NIS SAMDATA.
- Heggestad, T. (1996). Reinnleggelser i Kindseth, O. & K. Solstad (red) *Sammenligningsdata for somatisk fylkeshelsetjeneste 1995*. SAMDATA Sykehus 5/96. Kommuneforlaget.
- Heggestad, T. (1997). Reinnleggelser i Kalseth et al (red) *Sammenligningsdata for somatisk fylkeshelsetjeneste 1996*. SAMDATA Sykehus 6/97. Kommuneforlaget.
- Heggestad, T. & S. E. Lilleeng (1995). Reinnleggelser i Solstad, K. & S. Ø. Petersen (red) *Sammenligningsdata for somatisk fylkeshelsetjeneste 1994*. SAMDATA Sykehus 3/95. Kommuneforlaget.
- Helsedepartementet (2003). Informasjonshefte innsatsstyrt finansiering med prisliste. Oslo.
- Helsedepartementet (2003). Odelstingsproposisjon nr. 63. Om lov om endringer i lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven) m.m. Oslo.
- Helsedepartementet (2004). Nettstedet
<http://odin.dep.no/hd/norsk/aktuelt/presse/042041-070005/dok-bn.html>
- Hofseth, C og R. Nordvoll (2003). Kommunehelsetjenesten - gamle og nye utfordringer. SINTEF Rapport STF78 A033501. Trondheim: SINTEF Unimed Helsetjenesteforskning.
- Hood, C. (1991). A public management for all seasons. *Public Administration* 69: 3-19.
- Hornbrook M, A. Hutardo & R. Johnson. (1985). Health Care Episodes.: Definitions, Measurements and Use. *Medical Care Review*, 42:2., 1985
- Husbanken (2004). Handlingsplan for eldreomsorgen. Husbankens oppsummering, Oslo.
- Huseby, B. M. (2001^a). Sykehusstruktur og ressursutvikling i Hansen, F. E. (red) *Sykehusstruktur i endring. De lange linjer og utviklingen siste tiår*. SAMDATA Sykehus rapport 3/01. Trondheim: SINTEF Unimed NIS SAMDATA.
- Huseby, B. M. (2001^b). Orientering om SAMDATA Sykehus Tabeller i Rønningen, L. (red) *SAMDATA Sykehus Tabeller 2/01*. Trondheim: SINTEF Unimed NIS SAMDATA.
- Huseby, B. (2004). Samdata Somatikk sektorrappport 2003. Rapport 1/04, Sintef Helse, Trondheim.
- Iversen, T. (1993). A theory of hospital waiting lists. *Journal of Health Economics* 12: 55-71.
- Kalseth, B. (2003). Kvalitet på sykehustjenestene – nasjonal og regional satsing i Kalseth, J. (2003) *Utviklingen i helseregionene etter sykehusreformen*. SAMDATA Sykehus Rapport 4/03. SINTEF Unimed, Trondheim.
- Kjekshus, L. E. (2004). INTORG – De somatiske sykehusenes interne organisering. En kartlegging av 50 somatiske sykehus i Norge i 2003. STF78 A045005. SINTEF Helse, Trondheim.
- Kjekshus, L. E. (2004). Organizing for Efficiency. – A Study of Norwegian Somatic Hospitals. Faculty of Social Sciences, University of Oslo.
- Kjønstad et al (2000). Sosial trygghet og rettssikkerhet, Bergen, Fagbokforlaget.

Læg Reid, P., S. Opedal & I. M. Stigen (2003). The Norwegian Hospital Reform – Balancing Political Control and Enterprise Autonomy. Rapport 23/2003. Bergen: Rokkansenteret.

Magnussen, J. og S.O. Ose. (2004). Effektivitetsutvikling i Huseby 2004. SAMDATA somatikk, Sektorrapport 2003. Rapport 1/04. SINTEF Helse

Martinussen, P. E. & B. Paulsen (2003). Fra eier til ombud – ny rolle for fylkespolitikkerne etter statlig overtakelse av sykehusene? SINTEF rapport. Trondheim: SINTEF Unimed Helsetjenesteforskning.

Middtun, L. (2004). Prioriteringsproblemer knyttet til pasienter i gråsonen mellom 1. og 2. linjetjenesten. En kvantitativ beskrivelse. SINTEF rapport. Trondheim: SINTEF Helse.
Norges offentlige utredninger (1985), *Levekår for psykisk utviklingshemmede* (NOU 1985:34). Oslo: Sosial- og helsedepartementet.

Norges offentlige utredninger (1987)^b. Retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste (NOU 1987:23). Oslo: Sosialdepartementet.

Norges offentlige utredninger (1987)^a. Sykehustjenester i Norge. Organisering og finansiering (NOU 1987:25). Oslo: Sosialdepartementet.

Norges offentlige utredninger (1992). Trygghet – verdighet – omsorg (NOU 1992:1). Oslo: Sosial- og helsedepartementet.

Norges offentlige utredninger (1996). Hvem skal eie sykehusene? (NOU 1996:5). Oslo: Sosial- og helsedepartementet.

Norges offentlige utredninger (1997)^a. Pasienten først! Ledelse og organisering i sykehus. (NOU 1997:2). Oslo: Sosial- og helsedepartementet.

Norges offentlige utredninger (1997)^b. Prioritering på ny. Gjennomgang av retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste (NOU 1997:18). Oslo: Sosial- og helsedepartementet.

Norges offentlige utredninger (1998). Hvis det haster (NOU 1998:9). Oslo: Sosial- og helsedepartementet.

Norges offentlige utredninger (1999). Hvor nært skal det være? Tilknytningsformer for offentlige sykehus (NOU 1999:15). Oslo: Sosial- og helsedepartementet.

Norges offentlige utredninger (2001). Fra bruker til borger. En strategi for nedbygging av funksjonshemmedes barrierer (NOU 2001:22). Oslo: Sosial- og helsedepartementet.

Nygård, L. (1986). Korleis brukar kommunane omsorgsressursane sine? Norsk institutt for sykehusforskning, SINTEF, Trondheim 1986:7.

Nygård, L. (2002). Kommuners erfaring med separat helse og sosiallov. Notat til Sosialdepartementet, Ressurssenter for omstilling i kommunene, Stjørdal.

Nygård, L. (2003). Kommuners erfaring med og saksbehandlingstid etter vederlagsforskriften og egenbetaling for hjemmebaserte tjenester. Notat til Sosialdepartementet, Ressurssenter for omstilling i kommunene, Stjørdal.

Ot. Prp. 48 (1985-86). Sykehjemmene i den kommunale helse og sosialtjenesten.

- Ot.prp. nr. 12 (1998-1999). Lov om pasientrettigheter. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Ot.prp. nr. 66 (2000-2001). Om lov om helseforetak m.m. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Paulsen B. (1992). Kommunale omsorgstjenester og eldres sykehusbruk. i Kindseth O & K. Bergsland (red). Samdata sykehus 1992, Nis-rapport 8/92.
- Paulsen B. B. Kalseth & A. Karstensen. (1999). 16 prosent av befolkningen - halvparten av sykehusforbruket. Eldres sykehusforbruk på 90-tallet. Samdata Sykehus analyse, NIS Helsetjenesteforskning..
- Romøren T og Svorken (2003). Velferdsstat og velferdskommune. Iverksetting av handlingsplan for eldreomsorgen i kommunene i Nord-Trøndelag, NOVA-rapport.
- Romøren T (2003). I Pleie- og omsorgstjenesten i kommunene: Tjenestemottakere, hjelpebehov og tilbud. NOVA.
- Sitter M. (2003). Samdata psykisk helsevern. Tabeller. Sammenligningsdata for psykisk helsevern 2002. Rapport 1/03, Sintef Unimed, Trondheim.
- Sosial- og helsedepartementet (1992). Rundskriv I-25/92. Veileder - oversikt over pasientgrupper som skal ha maksimalt seks måneders ventetid. Oslo.
- Sosial og helsedepartementet (1999). Sykehjemmenes rolle og funksjon i fremtidens pleie og omsorgstjenester – analyse av alders- og sykehjemmenes funksjon. (Kvaase-utredningen). Oslo.
- SOU, 2000: 6: Döden angår oss alle – värdig vård vid livets slut. Stockholm.
- Statens helsetilsyn (2000). Gamle i sykehus. Innlagte 75 år og over i medisinsk avdeling 1998. Oslo.
- Statens Helsetilsyn. (2002). Spesialisthelsetjenestens veiledningsoppgaver overfor kommunehelsetjenesten. Rapport fra Helsetilsynet 10/2002. Oslo.
- Statens helsetilsyn. (2002). Spesialisthelsetjenestens veiledningsoppgaver overfor kommunehelsetjenesten. Rapport fra en pilotundersøkelse i Sogn og Fjordane og Sør-Trøndelag. Rapport 10/2002.
- Statens helsetilsyn. (2003^a). Helsetilsynets bidrag til statusrapport om fastlegeordningen. Rapport fra Helsetilsynet 8/2003. Oslo.
- Statens helsetilsyn. (2003^b). Kommunale helsetjenester i pleie- og omsorgssektoren. Tilsynserfaringer 1998-2003. Oslo.
- Statens helsetilsyn (2004). Fortsatt for fullt - korridorpasienter og utskrivingsklare pasienter i indremedisinske avdelinger. Kartlegging 2003 og utvikling 1999-2003. Rapport 2/2004.
- Stortingsmelding 67 (1987-88). Ansvar for tiltak og tjenester for psykisk utviklingshemmede.
- Stortingsmelding 47 (1989-90). Om gjennomføringen av reformen for mennesker med psykisk utviklingshemming

Stortingsmelding nr. 44 (1995-96). Ventetidsgarantien - kriterier og finansiering. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.

Stortingsmelding nr 24 (1996-1997). Tilgjengelighet og faglighet. Om sykehus og annen spesialisthelsetjeneste. Oslo: Helsedepartementet.

Stortingsmelding nr. 25 (1996-1997). Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.

Stortingsmelding nr 50 (1996-97). Handlingsplan for eldreomsorgen. Trygghet – respekt – kvalitet, Oslo 1997

Stortingsmelding nr. 5 (2003-2004). Inntektssystem for spesialisthelsetjenesten. Oslo: Helsedepartementet.

Stortingsproposisjon nr. 63 (1997-1998). Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999–2006. Endringer i statsbudsjettet for 1998. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.

Syse A. (1997). Funksjonshemmedes rettigheter i velferds-Norge, Funksjonshemmedes fellesorganisasjon, Oslo 1997.

Toresen J. (2003). Handlingsplan for eldreomsorgen – virkninger på kapasitet, dekning og årsverksforbruk.

Torvik H. (2003). Samdata Sykehus sektorrappport 2002. Rapport 2/03, Sintef Unimed, Trondheim.

Vareide, P. K. (2001). Sykehusreformen: Et hamskifte i styringen av helsetjenestene. SINTEF rapport. Trondheim: SINTEF Unimed Ledelse, organisasjon og samhandling.

Vedlegg 1

OMRÅDE I: Utvikling antall eldre, indikatorer for og pleie- og omsorg og bruk av sykehus. Relatert til landsgjennomsnittet. Kommunens egen vurdering av kapasitet i pleie og omsorg (markert i grått felt). (PLO=pleie- og omsorgstjenesten)

	Kommune A - Landkom	Kommune B - Landkom	Kommune C - Bykommune	Kommune D - Bykommune
Utvikling i antall eldre siste ti år: <i>Faktisk antall og andel av befolkning</i>	Lite endring i faktisk antall eldre. (67+ og 80+) Andel eldre middels ifft landsgjennomsnitt	Lite endring antall alder 67+. Stor endring antall 80+ Noe lav andel av bef 80+	Svak økning antall 67+ Stor økning ant 80+ Høy andel av bef 80+	Liten endring antall 67 + Svært stor økning antall 80+ Høy andel av befolkn 80+
Årsverk PLO per innb 80+	Lavt	Høyt	Lavt	Lavt
Inst/sykehjem: <i>Årsverk, plass per 80 Plasser per årsverk</i>	Mange årsverk per 100 innb 80+ Lavt antall plass per 100 innb 80+ Få plasser per årsverk Andel eldre i institusjon - lavt	Årsverk lavt Plasser lavt nivå Få plasser per årsverk Andel eldre i inst - svært lavt	Årsverk lavt/middels Plasser Lavt /middels nivå Høyt antall plasser per årsverk Andel eldre i inst - lavt	Årsverk middels Plasser lavt nivå Middels antall plasser per årsverk Andel eldre i inst- middels/lavt
<i>Vurdering fra kommunen selv:</i>	<i>Altfor få sykehjemsplasser - blir lite rehabiliteringskapasitet - belegges av langtidspas</i>	<i>Tilfredsstillende kapasitet og bra med rehabiliteringskap i følge PLO. men kommunelegen er i tvil om dette stemmer</i>	<i>Utilstrekkelig kap spes rehab - for pas som skrives ut. For få syke- hjplasser - hindrer korttid-rehab</i>	<i>Overbelegg på sykehjem - trenger mer korttidsp, akuttplasser til avlastn/rehab</i>
Hjemmetjenester: <i>Andel innbyggere som får tjenester og antall mottakere per årsverk</i> <i>Vurdering fra kommunen selv:</i>	Middels andel av 67-79år og 80+ som mottar tjenester Svært høyt antall mottakere per årsverk <i>Probl bemanning omsorgsbol- ringvirkninger- flere kanskje trengt instplass</i>	Litt over middels andel av begge aldersgr som mottar tjenester Svært lavt antall mottakere per årsverk <i>Hjemmetj mye å gjøre- mer pga omsorgsboliger</i>	Litt over middels andel av begge aldersgr som mottar tjenester. Middels antall mottakere per årsverk <i>Omsorgsbol stor tileggsbelast. Kan ikke si nei</i>	Litt over middels andel av begge aldersgr som mottar tjenester Middels antall mottakere per årsverk <i>Trenger mer døgnbasert hjemmetjeneste- lite ressurser på laveste nivå</i>
Bruk av sykehus befolkn 80+ Innleggelse	Lavt/Middels sykehusbruk for eldre	Lavt/middels sykehusbruk.	Lavt sykehusbruk blant eldre	Lavt sykehusforbruk
Kapasitet ved sykehus I og II (Sammenlått)	Stor økning i antall ø-hjelpsinleggelse uavhengig av alder, men økningen er klart størst for de eldste i perioden 1995- 2003. Helseforetaket hadde ifølge offisiell statistikk høyt belegg i 2003. Data viser at den gjennomsnittlige liggetiden for øhjelpsopphold er redusert for alle aldersgrupper fra 1995-2003. Reduksjonen er noe mindre for de aller eldste ved sykehus I, mens det ikke er slik ved sykehus II. Kapasitetsproblemene i sykehuse beskriveres som store med alt for få indremedisinske senger og problemer med korridorpasienter. Liggetiden er presset. Nasjonal statistikk bekrefter at det er få senger per innbygger i dette området.			

Oppsummering hovedtrekk i utviklingen i område 1

	Sykehus I	Sykehus II	Kommune A	Kommune B	Kommune C	Kommune D
Endring i pasient-sammen-setning i sykehus og kommune	<p>Tyngre pas på sengeavd. Færre pleiepasienter. Flere eldre-medisinsk tekn. Mer Dagbehandl- de tyngste blir igjen.</p> <p>Mange på medisinsk avd overføres til kommunen</p>	<p>Flere gamle og skrapelige. Mye lunge- slag. Flere eldre opereres</p> <p>Kommunen trenger mer av alle tilbud. Må ha tilbud i overgangen mellom sykehus- hjem</p>	<p>Tyngre pasienter pga kortere liggetid. Økt volum. Pas ofte fl store hovedsykd Kan ha 12 hjemmebesøk per dag. Flere m multiple diagn. Mer terminalpl, kompl prosedyrer, psykiatri, unge trafikkskadde, multifunksjonshemmede, kreft, sårskift. Flere dobbelt-diagn. Ifht psykiatri opplever hjemmetj de blir en oppsamlingspost.</p>	<p>Pasientene er tyngre. Nye typer pasienter (f.eks mer psykiatri), psykisk utviklingshemmede, rus, flere har mer enn en diagnose og er hjemmeboende. Ny teknologi og økt kompetanse har ført til at nye oppgaver delvis oppleves som positivt og faglig spennende.</p>	<p>Hjemmetj opplevd økt volum. Ikke noe tak for antallet pasienter. Pas blitt pleie-messig tyngre. Nye oppgaver: rus- og psykiatriproblemer. Sykehj har mer faglig kreve- ende pas enn tidlig, f.eks respiratorpas, ernæring via sonder. Har kompetanse, og nye oppgavene faglig stimulerende. Eldre pas m flere lidelser ikke godt nok ivare tatt - skulle vært på intermedie- avd eller geriatriisk avd.</p>	<p>Mer komplekse og ressurs- krevende brukere både i sykehjem og hjemmetjenesten. Flere svært gamle med sammensatt sykdomsbilde. Mer ustabile brukere i hjemmetjenesten, marginalt fungerende. Endringer i demografi, kortere liggetid.</p>
Endring i Oppgavefordeling	<p>Kommunehelsestj. har overtatt stadig flere oppgaver de siste fem til ti årene; utrednings- behandlings- og oppfølgingsopp-gaver som sykehusene tidligere tok seg av. Kommunehelsestjenesten tar seg av stadig dårligere pasienter (f.eks kronikere respiratorpasienter som tidligere var innlagt ved sykehus). Demografisk endring</p>	<p>Legefaglige oppgaver: f.eks diabetikere, magesår, astma og allergi- innlegg sjelden - bedre forebygg. Mye knyttet til fordøyelses- problemer er tatt over av allmennpr. Kortere liggetid, mer poliklinikk /dagbeh. Flere eldre med mange syk overv til komm. Før døde fl. Pleietyngden større både i sykeh og for komm. Ikke alltid gj.sidig avklart ansvarsfordeling mht utskriv- ingsklare pas. Sykehjkunne i overtatt mer pas ifht intravenøs væskebehand- ling og antibiotika, men ofte vanskelig i praksis. Har vært opplæring i dette</p>	<p>Stor oppgaveoverføring. Negative til mengden oppg. Misnøye ifht ut- skrivingsklare. "Vi er sykehusets med.avdeling". Lite ressurser til å ta det. Fastlegen beh og utreder mer. Han mener sykeh- legene ikke konsulterer andre avd selv om de burde. I stedet må fast- legen henvise på nytt. Sykeh skyver fra seg opp- følg.ansvar. For kort ligge- tid. Går ut over hjemme- boende pas som venter på sykehjemsplass, må priori- tere nyutskrevne pas. Ekstrabelasting at komm har mer ansvar for tilde- ling/ vedlikehold av hjelpe- midler.</p>	<p>Fått nye oppgaver. Positive i PLO. - fått mer pers. og rutiner. Pleie- og msorgstj. opplever at kortere liggetid har ført til at pasientene er mye dårligere når komm overtar dem. Sykehj blir nærmest som en intermedieær avd. Fastlegene gjør mer utredning, behandl og oppfølging. Mer fornuftig arbeids- deling Overføring av rusomsorgen til kommunene. Sykehusreformen for økonomifokusert</p>	<p>Positiv holdning til oppgavene Demensomsorg, psykiatri, geriatri og kreftomsorg blir i større grad enn tidlig overhatt til komm. Sykehj gj.fører mer avanserte prosedyrer, intravenøs ernæring, respiratorbeh, smertebeh. Hjemmetj opplever at sykeh har større tillit til dem enn før og overlater vanskelig oppg til dem, f.eks sårskift. Kommunen ikke kompetanse til å ta seg av, f.eks psykisk syke pasienter. Fastlegen gjør mer utredningsarbeid og flere kontrollopp-gaver. Han oppfatter det som fornuftig og positivt at fastlegene har overtatt flere kontrollopp-gaver.</p>	<p>Klar oppgaveforskyving. Mer komplekse og dårlige pas. Sykeh lite tid til observasjon. Sykehj gjør mer obs og unders. f.eks røntgen, målinger for å avdekke infeksjoner, bet- ennelser. Hjemmetjen har bl.a flere kreftpasienter og respiratorpasienter. Flere hjem.boende er marginalt fung. Faglig spennende og utfordrende, men ikke nok ressurser til faglig kompetanse. Kunne tatt mer (utr demens, infeksj, medisins- just, men fordrer mer sam- arbeid med legetjenesten,. Allmennpraksis: mer ut- redning og behandl. "ut- strakt indremed praksis". Positivt. Rådspør spesialist.</p>

<p>Særlige problemstillinger:</p>	<p>Økende antall eldre. Utfordring framover. Mange pas med multiple diagn. Må ha flere senger i sykeh og flere sykehjemsplasser</p>	<p>Økende antall eldre - trenger geriatriisk tilbud. Styrke legetjen i sykehjem. Frykter effektiviseringsjag</p>	<p>Psykiatrien stor utfordring - går med mye kapasitet Har gitt mer samarbeid m/fastlege. Kompbehov spes sykhj</p>	<p>Kompetanse psykiatri. Må planlegge bedre for enkeltpasienter</p>	<p>Har hele tiden utskrivingsklare pas i sykehuset. Oppfølging av psykisk syke</p>	<p>Psykiatri stor utfordring. Må bygge opp kompetanse, men ikke ny spesialisttjeneste. Forebygging viktig.</p>
--	---	--	--	---	--	--

Oppsummering: Pasientforløpet område 1

Tema	Sykehus I	Sykehus II	Kommune A	Kommune B	Kommune C	Kommune D
Innleggelse og innleggelsespraksis	Antall innleggelse økt mye siste ti årene. Pga økende antallet eldre. "Unødvendige" innlegg (f.eks hvis hjemmetj ikke greier å takle hjemmeboende pasienter), men dette er lite utbredt. Henvisningsskrivene varierende kvalitet	Merker økning i innleggelse jfr. eldrebølgen. Har observasjonsrom ved sykehuset- brukes mye. Ikke alltid god dokumentasjon ved innleggelse. Må ofte kontakte pårørende om medisin.	Økning i innleggelse. Reinleggelse øker. Færre unødvendige innlegg enn før. Mer takles i komm. Psykiatri for vanskelig å legge inn	Økte innlegg pga eldre. Større press fra pårørende. Hjemmetj savner aktive leger ifht ustabile hj.boende. Flere reinnl. Høy terskel for innleggelse i psykiatrien.	Flere innl pga eldre, kreft og psyk. Unødv innl ikke økt. Mangel på sykehj.pl så mange legges inn. Kunne ønske flere innleggelse for utredning. Psykiatrien vanskelig	Økning innleggelse- mye pga eldre. Høyere terskel for innleggelse- mindre forebyggende innleggelse - ikke innl for utredn. Kan ha uheldige konsekvs. Færre unødv innlegg.
Sykehusoppholdet	Dreining fra innliggende behandling til mer dagkirurgisk og poliklinisk.pga medisinsk-teknisk utvikling. Liggetiden drastisk redusert. Volumet har økt, flere skal gjennom "systemet".	Eldre faller ofte mellom flere stoler pga. sammenfatt sykdomsbilde. Generelle aldringsdiagnoser. Sykehusene spesialiseres. Geriatrisk post på sin plass. Kan være vanntette skott mellom subspecialiteter. Flere reinleggelse pga. kortere liggetid. Av og til avklares ikke probl godt nok pga. dårlig tid.	Pasientene ivaretas ikke godt nok ved sykehuset. Fokuset utelukkende på innleggesdiagnosen. Pleiebehov ignoreres eller vanskjøttes. Skrives ut med liggesår, munnsopp o..i.	Tendens til at pasienter kun behandles for tilstanden de henvises for.	PL0: sykeh tenker ikke helhetlig rundt pas. Forståelse for at sykehuset er presset, men skal ikke gå ut over pasienten. Man har ikke helhetlig medisinsk tilnærning og svært skrøpelige eldre skrives ut tidlig. Økende spesialisering mulig forklaring. Det pleiefaglige prioriteres ikke i dag.	
Utskrivning	Rutine på melding av mulig behov for kommunal tjeneste når pasienten skrives inn (ortopedisk avd). Lavt sengetall (spesielt ved indremedisinske avdelinger) gir stort press. Mange pasienter må skrives ut tidligere. Hvis mange korridor-pasienter og akuttinnleggelse hender det at pasienter sendes hjem for tidlig – beklagelig! Erkjenner for lang epikrisetid.	Skal være medisinsk nødvendig å ligge på sykehus. Mange vil gjerne være litt lenger, men må si nei- det er for lite senger. Kommunens evne til å ta imot utskrivningsklare kunne vært bedre. For mye ensidig fokusering på oppbygging av hjemmebaserte tjenester. Mangel på sykehusplasser og akutt plasser.	Får telefonisk beskjed om utskriv.klar. Kan dra og vurdere behov. Følger med sykepldok. med medisinoversikt. Hj.tjen for lite tid til planlegging før pas kommer. Sykeh bryter ofte avtalen om ti dagers frist. Kriterier for utskrivningsklar uklart	Telefonisk beskjed. Epikrisen kommer sent. Sykehjem sier pasienten ofte meldes for tidlig- problematisk. Pas. forespeiles tilbud de kanskje ikke får. Pas sendes ofte hjem før 10-dagersfristen, selv om sykehjemmet ber om litt ekstra tid.	Pas.koordinator vurderer pas på sykehuset. Har alltid utskr.klare på sykeh. Får bøter. Sykeh fleksible på 10-dagersfrist Samarb mellom sykehj og hjemmetjen. kan variere. For sen epikrise, hender det er feil i medislinliste. Hard utskr.praksis i psykiatri mentasjon varierende.	Avtalen regulerer prosess. Skal ha faste kontaktpers. Slutt på vurderingsmøter. Uklare kriterier for utskr.klar. For mye stress i utskrivings-situasj. Avtalen brytes. Komm trenger tid til å etablere forsvart tilbud. Kvalitet på dokumentasjon varierende.

<p>Oppfølging etter utskrivning</p>	<p>Hender at pasienter med alvorlige tilstander blir overført til omsorgsbolig og ikke godt nok fulgt opp iforhold til væske og ernæring. Gir økt fare for reinnleggelse. Sykehjems-plasser viktig flaskehals</p>	<p>Ordning m pasient-ansvarlig lege fungerer ikke etter intensjonen. For liten tid til oppfølging.</p>	<p>Godt samarbeid internt. Sykehjemslegen fleksibel. Sykeh tar ikke nok ansvar - får "tunge" psienter.</p>	<p>Sykehuset fraskriver seg ansvar, spes innen psykiatri. Behov for større intern samordning- flere ustabile pasienter.</p>	<p>For dårlig oppfølg for de med sammensatte behov. Spes psyk. Og kronikere. For dårlig på individuell plan.</p>	<p>Sykehuset er blitt flinke til å bistå med faglig veiledning. spesielt rundt kreftpasienter. Har blitt mye bedre. Spesialist-team bra. Sykehuset har for lite kunnskap i forhold til individuelle planer.</p>
--	---	--	--	---	--	---

Område 1: Samarbeid og samarbeidstiltak

TEMA	SYKEHUS I	SYKEHUS II	KOMMUNE A	KOMMUNE B	KOMMUNE C	KOMMUNE D
Administrative ordninger	Samarbeidsavtale. Pasientansvarlig lege- fungere ikke godt		Individuelle planer viktig, spes psykiatri			Samarbeidsmøter viktig, men prioriteres ikke i sh
Kompetansehevende tiltak	Faglig nettverks- samarbeid- kreft, geriatri, bruk av avansert utstyr- får synliggjort utfordring- ene. Opplæring sykepleie- faglig	Finnes ulike team- palliativt, geriatri Hospitering av leger - fungert bra	Sykehuset gir opplæring til sykepleiere i komm ifht spes pasgrupper Nettverkssamarbeid ifht kreftomsorg	Sykehuset gir opplæring til sykepleiere i komm ifht spes pasgrupper Nettverkssamarbeid ifht kreftomsorg Tidligere hospitering for sykepleiere	Sykehuset gir opplæring til sykepleiere i komm ifht spes pasgrupper Nettverkssamarbeid ifht kreftomsorg	Sykehuset gir opplæring til sykepleiere i komm ifht spes pasgrupper Nettverkssamarbeid ifht kreftomsorg Hospitering for sykepleiere eller leger skjer, men vanskelig å få til i praksis
Andre tiltak	Erfaringskonferanser	Erfaringskonferanser	Erfaringskonferanser	Erfaringskonferanser	Erfaringskonferanser	Erfaringskonferanser
Vurdering av samarbeid	Vanskelig å sette av tid til samarbeid. Inntrykk av at kommunen tror de har rett til å ha utskrivingsklare helt til fristen går ut.	Samarbeidet som er fungerer bra. Stort sett oppgavefordelingen avklart, Generelt liten tid til å følge opp. For travelt. Tette skott mellom sykehus og allmennpraksis Erfaringskonferanser positivt	Dårlig samarbeid i samatikken. Ønsker mer samarb. Sykehuset tenke mer på hva som skjer etter utskrivning. Savner at sykeh tar initiativ. Bedre i psyk- har arena for dialog	Blitt bedre, men ulik holdning hos PLO og fastlege. PLO har godt samarbeid. Fastlegen skeptisk til utvikling i sh. Rammebet viktig for samarbeid- uforutsig- bare avtaler. Ofte turnusleger som avgjør innleggelse -dårligere kvalifisert enn fastlegen	God utvikling og godt samarbeid mellom PLO og sykehus. Ønsker enda mer kontakt. Godt nettverkssamarbeid. Lege ikke like fornøyd. Press på begge sider	Samarbeid viktig. PLO ikke helt fornøyd. Avtalen overholdes ikke. Er for lite kjent i avd. Samarbeidet innen psykiatri en stor utfordring. Erfaringskonferanser positivt.
Forslag tiltak/savner	Planer om samarbeidsgrupper ifht utskrivingsklare. Planer om praksiskonsulent	Slutt på legefaglige møter- savner det litt.	Ikke legefaglige møter lenger. Savner legefaglig samarbeids- forum. Men må skje kultur- ending i sykeh. Økon- omiske motiver for samarbeid ifølge fastlege	Sykehjemmet ønsker mer hjelp fra geriatri- team. Innleggende lege skulle automatisk fått epikrise, selv om det ikke er fastlegen.	Fastlegen savner at sykehuslegene kunne hatt telefon tid hver dag. Legene på sykehuset skulle kunnet komme på sykehjemmet og sett til pas- ville spart resurser	Psykiatrisk sykepleier kunne komme inn til pasienten, skape trygghet og planlegge før pas skrives ut fra psykiatrien. Det er slutt på vurderingsmøter (PLO) og slutt på lege- faglige møter. Savnes. Sykehuset må ta mer ansvar, sier legen

OMRÅDE II: Utvikling antall eldre, indikatorer for og pleie- og omsorg og bruk av sykehus. Relatert til landsgjennomsnittet. Kommunens egen vurdering av kapasitet i pleie og omsorg (markert i grått felt). (PLO=pleie- og omsorgstjenesten)

	Kommune E	Kommune F
Utvikling i antall eldre siste ti år: <i>Faktisk antall og andel av befolkning</i>	En liten økning i antall 67 år og eldre. Ingen økning i antall 80år+ Svak økning i andel av befolkning 80 år + (fraflyttingskommune) Høye andel innbyggere 80 år+	Svak reduksjon alder 67+ Stor økning i antall 80 år + Svært lite økning i andel 80år+ (tilflyttingskommune) Andel befolkning 80+ litt under landsgjennomsnitt
Årsverk PLO per innbygger 80år+	Høyt	Middels
Sykehjem: Årsverk og plasser per 100 innbygger 80+ Plasser per årsverk Vurdering fra informanter i kommunen:	Lavt antall årsverk per 80+ Lavt antall plasser per 80+ Middels plasser per årsverk Middels andel eldre i institusjon <i>Knapt med sykehjemsplasser - går akkurat, ønsker mer stabil tilgang på korttidsplasser. Har akutt-plasser. Har omsorgsbolig hjemmetj kan disponere</i>	Lavt antall årsverk per 80+ i institusjon Middels antall plasser per 80+ i institusjon Middels plasser per årsverk Høy andel i aldersgr 67-79 i inst Middels andel innb i inst 80+ <i>For få sykehjemsplasser. Savner avlastningsplasser. Liten grad mulighet for akutte innleggelse i sykehjem</i>
Hjemmetjenester: Andel innbyggere (67-79 år og 80+) som får tjenester og antall mottakere per årsverk Vurdering fra informanter i kommunen:	Andel eldre innbyggere som mottar tjenester er høyt for begge grupper, men spesielt høyt for aldersgruppen 67-79 år. Svært høyt antall mottakere per årsverk <i>Kunne vært bedre kapasitet. God tilgang på sykepleiere</i>	Andel innbyggere som mottar hjemmetjenester er lavt Mottakere per årsverk er svært lavt
Bruk av sykehus for befolkning 80+ Innleggelse per 1000	Middels antall innleggelse for øyeblikkelig hjelp. Lavt antall elektivt.	Svært høyt antall innleggelse som øyeblikkelig hjelp. Lavt på elektive innleggelse.
Kapasitet ved sykehus III	Svært stor økning i antall innleggelse som øyeblikkelig hjelp for eldre over 80 år i perioden 1995-2003. Den gjennomsnittlige liggetiden har gått ned for alle aldersgrupper. Belegget på sykehuset er svært høyt (2003) og det er fortsatt problemer med korridorpasienter og utskrivingsklare pasienter til tross for iverksatte tiltak.	

Oppsummering hovedtrekk i utviklingen i område II

	Sykehus III	Kommune E	Kommune F
Endring, pasient-sammensetning i sykehus	Økt volum eldste eldre. Mer eldersykdom og kreft. Bedre behandlingstilbud hjertepasienter og bedre billegdiagnostikk. Mer sentraliserte oppgaver innen kirurgi- går ut over lokalfunksjonene og blir mindre prioriterte. Økt kapasitet pga kikkhullkirurgi alle fagområder. Opererer ved høyere alder (bedre metoder og anestesi). Mye siltasjektiv. Sykere pasienter nå enn før. De friskeste opereres på dagkir. For kommunen: Flere pasienter som krever observasjon en periode. Pga kortere liggetid. Dårligere pas på alle nivå- flere eldre- flere overlever	Økt volum, svært gamle og dårligere pas, flere demente, mer kreftpasienter. Flere med behov for observasjon - ofte i hjemmet. Dreining mot mer hjemmetjenester.	Stadig mer sammensatt og tung brukersammensetning, både i hjemmet og sykehj. pga flere eldre, lengre levetid, bedre medisinsk tekn og kortere liggetid på sykehus.
Endring i Oppgavefordeling?	<p><i>Medisinsk avd:</i> Blir syning. Tror det er mer henvisninger nå- fastlegen utreder mindre selv- mye å gjøre i allmennpr. Pas forlanger mer- alle rede for kreft. Ikke så mye oppgaveforskyving til kommunen- gjelder mest kreft- Kommunen kunne gjort mer intravenøs væsketilførsel og antibiotikabehandling. Mange kan ikke ta det. Kunne vært bedre legetilsyn i sykehjemmene- ville hindret innleggelse.</p> <p><i>Kirurgisk avd:</i> Større volum av pasienter som kommer fra sykehusene. Antakelig ikke så stor betydning pleietyngdemessig. Flere kreftpasienter som følges opp i kommunen- krever mer kompetanse. Både gamle og unge pasienter. Legefaglig: legger ikke lenger inn til utredning. Allmennlegen gjør mer og kan gjøre enda mer- Stiller nok krav om at fastlegen er pasientens koordinator for ivaretagelse av uavhengige sykd/ tilstander. <i>Ortopedisk avd:</i> Pasientene er dårligere på alle nivå. Kommunen trenger kompetanse og ressurser. Kommunen kunne gjort mer intravenøs væsketilførsel og antibiotikabehandling.</p>	<p>PLØ: Mer oppfølging rett etter utskrivning. – legene tettere på. Arbeides bevisst med kompetanseheving i kommunen. Har vært forberedt på konsekvenser av kortere liggetid og eldrebolige. Både og til på spm oppgaveforskyving. Håndterer utfordringene så langt. Positiv holdning til nye oppgaver- utfordrende og spennende. Mer sondenæring, intravenøs tilførsel av væske ol. Kunne gjort enda mer- krever kompetanse.</p> <p>Legene: mer utredning og behandling</p>	<p>Pleie og omsorg:</p> <p>Mener det har skjedd en endring i oppgavefordeling. Generelt flere oppgaver og tettere oppfølging rette etter utskrivning. Rekreasjonsfasen etter aktiv behandling overlatt til kommunen ifølge repr fra servicekontoret). Krever mer mer differensiert tjenestetilbud i kommunen enn før. Typisk for svingdørspas er at pas er ustabil når hun skrives ut. Ikke bra med kortere i liggetid for dem. Legefaglig endring: mer av både utredning, behandling og kontroll.</p>
Sentrale utfordringer	<p><i>Medisinsk avd:</i> Sterkt øket spesialisering- kan gå ille- viktig med generell indremed avd. Komm har for få plasser i heldøgns omsorg. Det er snakk om penger/ressurser. Alle ledd må kunne jobben sin- våre epikriser er langt bedre enn henvisningskrivene fra legevakst og også fastleger.</p> <p><i>Kirurgisk avd:</i> Flere sykehjemsplasser vil skape mer forutsigbarhet. Mer samarbeid rent medisinsk-faglig. Utviklingen med kortere liggetid og mer dagkirurgi passer ikke den eldre, svake pasienten med flere sykdommer. To tendenser som går mot hverandre. Spørsmål om ressurser</p>	<p>Eldreboligen en utfordring- ha nok ressurser- nok heldøgns plasser. Leder sykehjem: blir viktig å prioritere i framtida. Vi har vært generøse. Gjennomgangstema for PLO at det må settes enda mer på lokal kompetanse og kommunikasjon både innad og ut mot spesialisthelsetjenesten. Viktig for å kvalitetssikre.</p>	<p>Bekymring over ressursituasjonen- kapasitetsproblemer på begge sider- fører lett til ansvarsforskyving.</p> <p>Bekymring over utviklingen med sterk spesialisering- smal kompetanse hos den enkelte og lite samarbeid innad.</p> <p>Psykisk helsevern og rus stor utfordring</p>

Oppsummering Pasientforløpet område II

Tema	Sykehus III	Kommune E	Kommune F
<p>Innleggelses- og innleggelses-praksis</p>	<p><i>Medisin:</i> Ikke rutiner for kontakt før innl. Greit, ville ikke hindret mange innlegg. Unødvendige innleggelse lite probl ift utfordr med demografiske endringer. Skulle hatt ø-hjelps poliklinikk for å kunne vurdere en del pas før innleggelse samme dag eller neste- nå må de inn Henvisningen ofte for dårlige. Burde vært opplysning om medisiner og fastlege <i>Kirurgisk avd:</i> De fleste må vurderes- Unødv innlegg lite problem. Lite kontakt før innlegg. Variabel kvalitet henvisning. Stor variasjon mellom leger. Ikke generelt. <i>Ortopædi:</i> Som regel klare indikasjoner. Alle brudd må behandles. En del pasienter kunne vært observert av lege i komm. Noen unødvendige innl av pas som er marginale, ustabile med mye hjemmesykepleie. Viktig med dialog. Skaper frustrasjon hvis det legges inn pas. pga mangl tilbud i komm. Hjemmjournal for pas i hjemmetj under etablering pga for dårlig oversikt over medisiner når de kommer inn.</p>	<p>Økning i innleggelse Større press fra pasienter og pårørende. Stort press på utredning. Legene frykter klager. God kommunikasjon mot sykehuset ift innleggelse ifølge PLO. Legene vegrer seg for å ringe for mye, da det ofte blir tidkrevende og ballen blir kastet tilbake. Er som regel sikre på vurdering om innleggelse. Repr PLO mener man kan holde noe mer tilbake av og til.</p>	<p>Flere innlegges pga demografiske endringer, utv med tekn og økt tilgjengelighet. En lege mener det er størst press på utredninger heller enn innleggelse. Tror ikke det er så store endringer i antall "unødvendige" innleggelse. Vil alltid forekomme. Må legge inn ved usikkerhet. For enkelte brukes korttidsplass som alternativ, men lite kapasitet. Har akutt hjerte-poliklinikk som er svært positivt. Tar av og til kontakt med spes for rådgiving, spes i psykiatrien. Imøtekommende, men kan bli "syvende far i huset"-episoder.</p>
<p>Sykehusoppholdet Med=medisinsk avdeling Kir=kirurgisk avdeling Ort=ortopedisk avdeling</p>	<p>Med: Har probl med korridorpas. Liggetiden gått ned, men ikke så mye for de pas som er eldst og sykest. Gewinnsten spises opp av eldrebløgen. Langtidsliggere er borte. Dårlig fordeling av sykehushets kapasitet- Indremed pas får et dårligere tilbud enn kir. Har ofte avsluttende behandling. <i>Kir:</i> Har pasienten flere sykdommer må det klareres før operasjon. Liggetiden er presset. Stort overbelegg. Skriver ikke ut uten at de har et tilbud ute, kan av og til føle at tilbudet ikke er godt nok, men det er kommunens ansvar <i>Ort:</i> Ikke gode nok til å ivareta pas med sammensatt sykdom pga høyt press. Henviser av og til til geriatrisk- men presset også der. For lite slakk i systemet. Hender nok det skrives ut pas de mener ikke får godt nok tilbud ute, men pga høyt press må noen ut. Prøver å unngå det</p>	<p>Ikke alltid sykehuset ser helheten i pasientens situasjon. Kan komme tilbake med urinveisinfeksjon, eller veldig høyt blodtrykk uten at det er oppdaget. Sykeh har en utfordring ift trykkgighet rundt pas og kommunik. Pårørende og pasi ofte usikre og redde og vet ikke hva som skjer.</p>	<p>Årsaken til at noe skjer, blir ofte ikke gjort noe med. Utredet, sier en. Lege sier: en indremedisiner er ikke lenger en indremedisiner. Kjempeendring der. Følger ikke opp på tvers. Skaper mer arbeid for fastlegene. Man ønsket mer ansvar for pas i allmennpraksis, men nå er det blitt ekstremt. Sykehuset har for lite "eierskap" til pasientene.</p>
<p>Utskrivning</p>	<p>Starter forberedelse til utskrivning tidlig. Utskrivingsklar ikke bare en medisinsk avgjørelse- samarbeid med sykepl. Avtalen regulerer dette. Pårørende kan være uenig i sykehusets vurdering om utskrivning. Viktig at forventn er avklart på forhånd. Ikke endring på når pas er utskr.klar. Datoen fastsettes ikke før kommunen er kontaktet. Først uenighetsprotokoll som tas opp av administrativt samarbeidsutvalg. Medisin: Storbypas som tas opp av kommunen har probl med å ta imot. Størst problem med demente, urolige pas og svært dårlige. Mangel på sykehjemsplasser. Rehab.pas går greit. Kommunen bare inntaksmøte en gang tidlig i uka- problemer in mot helg- går mange dager. Sender med sykepleierapp og forel epikrise. Tar kortest tid me depikrise til annen inst- ellers ca en uke</p>	<p>Sykehuset avgjør ompasienten er utskrivingsklar. Flinker til å melde tidlig, avhengig av avdeling. Kanskje melder for tidlig av og til fordi pasienten kanskje ikke er ferdig behandlet og ikke kan vurderes ennå. Sykehuset skal sende skriftlig melding- så vurderes tjenestebehov av inntaksteam i kommunen en dag i uken. Tett samarbeid mellom hjemmetj og</p>	<p>Kommunen v/servicekontor drar på vurderingsbesøk når pasient meldes utskrivingsklar og trenger oppfølging etterpå, enten ny bruker eller endret funksjonsnivå. Ved store forandringer kan primærkontakt fra sone være med. Er det behov for feks bolig, er sykehuset raske til å melde fordi det tar tid å ordne. Samarbeidsavtalen bidrar positivt til avklaring av forventninger, men er delvis for lite kjent på avdelingsnivå- kan føre til unødv unenighet. Definisjonene må være tydelige. Står i avtalen at sykeh skal se på bakenforliggende årsak, men gjøres ikke alltid. Av og til uheldige ting feks hvis sykehuset har gitt forv om sykehjemsp. Har blitt bedre. Skal ikke skrives</p>

	<p>eller noe mer. Har blitt bedre. Færre etterlysninger av epikriser nå enn før fra fastleger. KIR: Fungerer stort sett bra. Regel og prosedyrestyrt. Av og til uenighet- både økonomi og fag involvert. Situasjonen klart bedret over tid- færre ferdigbehandlede liggende. Kirurgen har færre liggende pgs sosiale årsaker. Sender sykeplraapp og forel epikrise. Endelig epik til sykehjem. Sårbare for sykefravær mht skrivning: ORT: Når vi ikke kan gjøre mer medisinsk for å gjøre pas bedre er hun utskr.klar. Ringer servicekontor i komm for dem som trenger oppfølging PLO. Er det greie ting kan vi skrive ut, ellers må det vurderes nærmere av kommunen. Skrifer uenighetsprotokoll når man ikke er enig. Kriterier for utskrivingsklar ikke endret- det er komm som ikke har tilbud- flere inn-flere ut. Mangler sykehjemsplasser og delvis komm rehabilitering. Problemene skyldes for lite ressurser i kommunen. Mange lårhalsbruddpas som er probl. Tror dokumentasjon ut fungerer bra. Kommer en del forespørsler om dok etter utskrivning- ikke veldig ofte, men jevnlig</p>	<p>insttjeneste. Samlokalisert. Fordeler med liten kommune- god oversikt og kjenner pasientene. Fastlegene ikke involvert- har ikke umiddelbart oppfølgingsansvar- kontaktes av PLO ved behov- fungerer bra. Nøye vurdering av omsorgsnivå- endret seg mye. Liker ikke at sykehuset av og til har gitt pas forventn om sykehjemspl til pas. Etterlyses bedre system for sykehushets plikter før utskrivning. Liker ikke plutselige utskrivninger mot helg. Går stort sett greit med dokumentasjon i etterkant, men ganske vanlig at PLO kontakter sykehuset og kanskje fastlegen for å kvalifisere ifht medisiner. Av og til probl når sykeh ikke sender med resept og legen ikke vil skrive ut medisiner han ikke har dok på. Endelig epikrise etter en uke el to senere. PLO mener de tar stort ansvar. Innhold og tid ifth å få dok er bedret over tid.</p>	<p>dato for begge parter er enige. Skrifer uenighetsprotokoll. Er laget standard skjema som skal fylles ut på forhånd, ett for komm og ett for sykeh. Kommunen har problemer med å ta imot. Mest problem med døgnomsorg.og spes for pasienter som må ha individuelt tilpasset tilbud. Psykiatriske pas, pas som ikke klarer ta vare på seg selv, har ofte kognitiv svikt. De som trenger permanent døgnomsorg og har vært hjemme før. Sykehuset betraktes som samarbeidspartner (hjemmetj) Forståelse for press på sykeh, men pas må ikke bli kasteball. Mot helg og høytider er utskrivingspraksis skjerpet. Påtørende også ofte inne i bildet, vil ha dem lengre i sykehuset. Av og til er ikke foreløpig epikrise klar, selv om sykehuset i utg.punktet ville skrive ut. Kommunelege mener fastlegen kunne blitt mer involvert ved utskr av pas med kompl/sammensatt sykdom. Men blir og ofte kort varsel i en travel hverdag.</p>
<p>Oppfølging etter utskrivning</p>	<p>Med :Tror ikke reinnleggelsene har økt mye, men er usikre. Kanskje på lungeavd Noen klarer seg ikke hjemme- kommer tilbake- må ha heidøgn omsorg. Individuell plan: Lite involvert. Ambulerende team: Geriatrisk og slagenheten- følger opp etter utskrivning- hindrer reinnleggelser KIR: Reinnleggelse antakelig økt, men vet ikke årsaken. Individuell plan- få som har det behovet. Er fanget opp før eller etter. Blir for dårlige rutiner for de som trenger det. Ort: Oftest time på poliklinikk. Vet ikke om det er flere reinnleggelser- vanskelig å forutse feks nye fall. Kjenner ikke til ambulerende team. Individuell plan: Noen pasienter, men ofte gir vi innspill til kommunene uten at det formuleres i en formell plan.</p>	<p>Godt samarbeid internt i kommunen. Samarbeider med sykehuset ifht kreftpasienter- hospitering, opplæring ifht enkeltpasienter Individuell plan: har arbeidet med dette en stund, men er nå ytterligere intensivert. Viktig for brukerne at kommunen har god oppfølging- slipper reising.</p>	<p>Hjemmesykepl kopierer forel epikrise til fastlegen ved endringer i medisiner. Har posthylene ved nærmeste legesenter. Har også et datasystem hvor alle primærkontakter og fastleger er lagt inn. Legene har et hemmelig nr hvor de kan nås raskt. Likevel utfordring å holde god kvalitetssikring på ajourføring av medisinalister- mange aktører. Holde på å etabl hjemmeregjournal system for de med hjemmetjen. Noen leger får elektronisk epikrise- stor fordel. Jobbes med å få inn i epikr mer tilpasset allmenlegens behov. Kommunelege sier samarbeidet i komm rundt pas med sammensatte probl ikke er god. PLO bør være flinkere til å ettersp legeutredning før tiltak settes i verk Servicekont sier det ikke alltid er lett å få legene inkludert- store individ forskj.</p>

Oppsummering: Samarbeid Område II

TYPE TILTAK	SYKEHUS III	KOMMUNE E	KOMMUNE F
Administrative ordninger	Samarbeidsavtaler Praksiskonsulentordning Egen enhet ved sykehuset arbeider med samhandling	Samarbeidsavtale	Samarbeidsavtaler. Administrativt og kliniske samarbeidsutvalg. Fram til nå har dette kun innbefattet sykehuskommunen. Kommer ny avtale som også inkluderer de andre kommunene i opptaksområdet. Praksiskonsulentordning
Kompetansehevende tiltak	Workshop for prim.-helsetj. Minst en gang i året-opplæring utstyr. Hospitering ved behov. Utprøving av telemedisin mot fastleger. Felles temadager. Kurs og emnekvelder for leger i regi av praksis-kons. Veldig godt oppmøte av allm.leger.	Hospitering ved sykehuset (sykepleiere) Opplæring av sykepleiere rundt enkeltpasienter (spes kreftpasienter)	Hospitering ved sykehuset (sykepleiere) Opplæring av sykepleiere rundt enkeltpasienter (spes kreftpasienter) Work-shops for sykepleiere (lære prosedyrer, håndtering av medisinsk-teknisk utstyr)
Andre tiltak	Praksiskonsulenter: Legen jobber ifht rutiner inn mot sykehuset, sykepleieren mot rutiner ved utskrivning. Bla skjema som skal fylles ut før vurderingsmøter, rutiner for kontakt mot kommunen, hjemmejournal for pas i hjemmetjenesten. Informanten har inntrykk av at praksiskons.arbeidet oppfattes som viktig av sykehuset . Prosedyrebøker før, men er vel ikke i bruk lenger. Fallpoliklinikk og ambulerende team. Samarbeidsavtalen: prøver å få den bedre kjent ned i avdelingene. Positive erfaringer med sykehjem som har styrket sykepleiefaglig og medisinsk-faglig kapasitet.	Nettbasert undervisning fra geriatriisk avdeling til ansatte i pleie- og omsorg	Styrking av lege- og sykepleiekapasitet og kompetanse i sykehjem - Behandling av eldre pasienter som skal utskrives til hjemmet. Bruk av korttidsplasser i sykehjem som mellomstasjon for utskrivningsklare pasienter (for pasienter som er uavklart i forhold til behov for tilbud) Arbeid med individuell plan
Vurdering av samarbeid	Av og til litt unødvendig byråkrati- mer kunne vært avgjort på telefonen for enklere pasienter. Personell-situasjonen i hjemmetjenesten ikke alltid god nok-forsinker utskrivning. Samarbeidet blir bedre når man kjenner hverandre. Viktig med nettverk på utsiden. Går stort sett greit, men kan være tilspisset når det er fullt på avd- topper seg ofte på begge nivå samtidig	PLO svært positive til samarbeid og mener det kreves enda mer samarbeid og satsing på kompetansehevende tiltak fra sykehusets side i framtida. Mye mer samarbeid nå en for en del år siden.	Samarbeidet svinger med presset på begge sider. Best samarbeid med slagenhet og geriatriisk avdeling. Har fått til mye. Ganske unikt Generelt positivt fokus på samarbeid i kommunen
Forslag tiltak	Bedre rutiner for innhold i henvisningsskriv, gjensidig hospitering		Bruk av ambulerende team for å forebygge innleggelser. Enda mer utadrettet oppfølging fra spesialisthelsetjenesten