

STF78 A045018

RAPPORT

Vedlegg til rapport

Utviklingstrekk i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten – oppgaveutvikling og samspill

Birgitte Kalseth, Linda Midttun, Bård Paulsen og Lars Nygård

SINTEF Helse

November 2004



Vedlegg 2

En dybdestudie av to områder i
Norge- 6 kommuner og 3
sykehus

Innholdsfortegnelse

Innledning	5
1 Kommune A.....	7
2 Kommune B.....	19
3 Kommune C.....	31
4 Sykehus I.....	41
5. Kommune D.....	49
6. Sykehus II.....	67
7. Kommune E	75
8. Kommune F	85
9. Sykehus III.....	105

Innledning

Dette vedlegget består av ni kapitler, ett kapittel for hver av de seks kommunene og for hvert av de tre sykehusene hvor vi gjennomførte intervjuer.

Intervjuene¹ 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 kommunelegestilling. 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 Gjentakelse av metodebeskrivelsen i hovedrapportens kapittel 1

Forholdet mellom kommunene og sykehusene

Utvalget består av to områder. Fra det ene området er to sykehus (sykehus I og II) og fire kommuner inkludert i studien (kommune A, B, C og D). Begge sykehusene tilhører samme helseforetak. I område to er ett sykehus og to kommuner inkludert. Forholdet mellom sykehusene og kommunene kan beskrives slik:

OMRÅDE I:

Sykehus I :

Hovedsykehus i helseforetaket og kommune A, B og C har dette sykehuset som sitt lokalsykehus. Sykehuset ligger i kommune C. Sykehuset er sentralsykehus for kommune D.

Sykehus II:

Lokalsykehus for kommune D

Sykehusene i området har delvis en integrert virksomhet ved at sengekapasiteten ved begge sykehus ses i sammenheng og ved overbelegg overføres pasienter mellom sykehusene.

OMRÅDE II:

Sykehus III: Hovedsykehus i et stort helseforetak. Både kommune E og kommune F sogner til dette sykehuset.

1 Kommune A

Respondenter: 4

- avdelingsleder hjemmetjenesten
- pasientkoordinator i kommunen
- avdelingsleder sykehjem
- fastlege/kommunelege

Kommunen er en relativt liten landkommune. Avstanden til nærmeste sykehus (sykehus I) er kort. Det har vært liten endring i antall eldre de siste ti år, både når vi ser det i antall over 67 år eller antall over 80 år. Andel eldre er middels i forhold til landsgjennomsnittet. Kommune A kommer ut på følgende måte for Statistisk sentralbyrås indikatorer for pleie- og omsorgstilbud i 2003.

- *Totalt antall årsverk innen pleie- og omsorg per 100 innbyggere over 80 år er lavt.*

Institusjonstilbudet til eldre karakteriseres av:

- *Mange årsverk per 100 innbyggere eldre 80 år og over*
- *Lavt antall plasser per 100 innbygger per innbygger 80 år og over*
- *Få plasser per årsverk*
- *Andel eldre innbyggere i institusjon er lavt*

Hjemmetjensten karakteriseres ifølge nasjonal statistikk av:

- *Middels andel av innbyggerne fra 67-79 år og 80 år og over mottar tjenester*
- *Svært høyt antall mottakere per årsverk*

Kommunens sykehjem er fordelt mellom tre enheter; rehabiliteringsenheten, demensenheten og langtidsenheten. I praksis er imidlertid samtlige plasser ifølge informantene i bruk til langtidspasienter. Omsorgsboligene er fordelt på fire enheter, deriblant et bokollektiv for aldersdemente som har full døgnbemannning, en enhet med omsorgsbolig med bemanning og andre omsorgsboliger som betjenes av hjemmetjenesten på dagtid. Hjemmetjenesten har satt av en av disse leilighetene til korttidsopphold for pasienter som bor hjemme, men som i kortere perioder har behov for noe mer tilsyn.

Sykehusbruk for eldre:

- *Lavt/middels antall innleggelses per 1000 innbygger over 80 år.*

Legekapasitet

Respondentene beskriver den generelle legedekningen som god, med åpne lister hos alle fastlegene. Tiden som er satt av til legetilsyn ved sykehjemmet vurderes imidlertid som knapp. I forhold til det normerte antallet sykehjemsplasser antas kapasiteten å være god, men på grunn av at det ofte er innlagt fem til seks personer ekstra blir den avsatte tiden per pasient per uke liten. I tillegg fremhever både fastlege/kommunelege og leder ved sykehjemmet at utviklingen i løpet av de siste årene har gått i retning av at pasientene ved sykehjemmet har behov for stadig mer krevende og kompleks medisinsk behandling.

Kapasitet innenfor pleie og omsorg

Fra samtlige respondenter blir det gitt uttrykk for at det fins for få sykehjemsplasser i kommunen. Kapasiteten har dessuten blitt bygget ned i løpet av de siste to til tre årene. Konsekvensene av dette har vært at pasientsammensetningen ved sykehjemmet nå oppleves som mye tyngre enn tidligere og at rehabiliteringen ikke fungerer i henhold til intensjonen. Lederen ved sykehjemmet sier at de "balanserer på kniveggen hele tiden i forhold til hva [de] synes både er moralsk og faglig forsvarlig drift". Videre understreker hun at personellet ved sykehjemmet må bygges opp kompetansemessig for at de skal ha mulighet til å fortsette driften med det antallet pasienter de har per i dag. Representanten fra hjemmetjenesten forteller at situasjonen er problematisk også hos dem. Da kommunen bygde omsorgsboliger var de ikke flinke nok til å tenke på bemanning. Resultatet har dermed blitt en situasjon der omsorgsboligene skal bemannes av hjemmesykepleien uten at de har blitt tilført noen ekstra stillinger. Pasientkoordinatoren understreker viktigheten av å se presset på sykehjem-hel-døgns plassene i sammenheng med presset på omsorgsboliger og på hjemmesykepleien. Disse faktorene er i følge henne knyttet sammen og påvirker hverandre gjensidig. Videre forsterkes kapasitetsproblemene av at kommunen henger etter når det gjelder planleggingen av det fremtidige behovet for pleie og omsorg i befolkningen.

Samarbeid internt i kommunen

Representantene fra sykehjemmet og hjemmetjenesten har koordineringsmøte sammen med pasientkoordinatoren en gang per uke. På disse møtene er også fysioterapeuter og/eller ergoterapeuter representert hvis det er behov for det. Møtehyppigheten varierer også i forhold til behovet de til enhver tid har for samordning. Vanlige tema på disse møtene er tilrettelegging og planlegging i forhold til enkeltpasienter. Har pasientkoordinatoren fått varsel om at en pasient med spesielle behov snart utskrives fra sykehuset? Er det pasienter bosatt hjemme som ikke får dekket pleiebehovet sitt på en forsvarlig måte? Er det behov for befaring med ergoterapeut og/eller fysioterapeut i pasientens hjem? Generelt beskrives oppgavefordelingen innad i kommunen som gjensidig avklart og akseptert, og samarbeidet som veldig godt.

Når det gjelder kommunikasjon og samarbeid med fastlegene beskriver representanten fra sykehjemmet dette som velfungerende og preget av stor fleksibilitet - særlig fra sykehjemslagens side. Vedkommende tar for eksempel i mot telefoner på kveldstid, i feriene og fritiden forøvrig, dersom akutte situasjoner skulle oppstå. Fra hjemmetjenestens side beskrives også samarbeidet med fastlegene som godt. Det poengteres imidlertid at legene ikke alltid har forståelse for de vanskelige situasjonene hjemmetjenesten kan stå ovenfor når de har behov for å legge inn hjemmeboende pasienter på sykehjem, og det ikke er tilgang til ledige institusjonsplasser i kommunen. I disse situasjonene føler hjemmetjenesten ofte at de blir sittende med "svarteper", ettersom de kan ende opp med å rydde opp i disse krisene alene.

Beskrivelse av utvikling av brukersammensetning innen pleie- og omsorgssektoren

Lederen ved sykehjemmet beskriver en utvikling der flere oppgaver har blitt forskjøvet fra sykehusene over til kommunene, for eksempel har de overtatt ansvaret for mange kreft- og psykiatrispasienter. Forøvrig tar sykehjemmene generelt i mot stadig dårligere pasienter enn tidligere. Sykehjemmets representant understreker at denne utviklingen må ses i sammenheng med sykehusets myndighet til å definere pasienter som utskrivingsklare. Det er på denne måten sykehusene som er den bestemmende part, og fatter beslutninger i forhold til når spesialisthelsetjenestens ansvar for pasienten opphører og kommunen skal overta.

Representanten fra hjemmetjenesten i kommunen forteller at den største forandringen som har skjedd i løpet av de siste fem til ti årene er at pleietyngden blant deres pasienter har blitt tyngre - pasientene har nå ofte flere store hovedsykdommer. "Dette er nok pasienter som før i tiden hadde vært lenger på sykehus for utredninger". De har i tillegg fått flere nye pasientgrupper, for eksempel psykiatriske pasienter, yngre trafikkskadde, multifunksjonshemmede, kreftpasienter og pasienter som har behov for sårskift. Det er ikke uvanlig å ha pasienter som trenger hjelp opptil 12 ganger per dag, og ofte må det være to pleiere til stede for å utføre de prosedyrene som skal gjøres. Utviklingen i retning av at pleie- og omsorgssektoren i kommunen nå har ansvaret for pleiemessig sett tyngre pasienter har ført til mer utbredt samarbeid med fastlegene. For eksempel har samarbeid og kommunikasjon i forhold til endring i medisiner, pleieprosedyrer og lignende blitt mer omfattende. Spesielt har utfordringene knyttet til psykiatriske pasienter økt vesentlig i løpet av de siste årene. Avdelingssykepleieren fra hjemmetjenesten forteller at pasienter som spesialisthelsetjenesten har gitt opp blir overført til dem. Dette er svært krevende pasienter som ofte har betydelige atferdsproblemer. Sitatet nedenfor illustrerer hvordan denne situasjonen oppfattes fra hjemmetjenestens side:

"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)

I forhold til slike psykiatriske problemstillinger opplever hjemmetjenesten at de blir brukt som en "oppsamlingspost" – de pasientene som faller mellom alle andre stoler blir overført til dem. Det blir også nevnt et konkret eksempel der hjemmetjenesten i kommunen over en lengre periode fikk hovedansvaret for å ivareta ADHD-pasienter og deres pårørende. Dette ble opplevd som en kjempetfordring som krevde svært store tidsressurser.

Måten situasjonen beskrives på av representantene fra sykehjemmet og hjemmetjenesten, er svært lik karakteristikken som gis av pasientkoordinatoren. Det som er nytt med de siste årenes utvikling er i følge henne at kommunen har fått ansvar for en del terminalpleie, blant annet av relativt unge kreftpasienter. Sykehjemmene og hjemmesykepleien får på denne måten ansvaret for generelt mer kompliserte prosedyrer, for eksempel ulike former for smertebehandling. Pasientkoordinatoren understreker at sykehjemmene og hjemmesykepleien på langt nær er tilstrekkelig skodd for de oppgavene de får. Det følger verken pengeressurser eller faglige ressurser med det stadig større omfanget av delegerede oppgaver. Økning har vært spesielt stor i forhold til de nye oppgavene hjemmesykepleien har fått innenfor psykiatri.

Kommunelegen/fastlegen betrakter hovedsakelig endringene som har skjedd i brukersammensetningen innefor pleie- og omsorgstjenesten som et resultat av forskyvningene av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten de siste årene.

"Det er veldig få steder å henvise pasientene, du er nødt til å finne ut av det, løse det så godt man kan da. Og de kommunale tjenestene er de du blir overlatt til å henvise til, som fastlege for eksempel. Og som leder av en helseavdeling da, så opplever jeg jo at arbeiderne mine må strekke seg lenger og lenger og blir veldig sliten og frustrert over de kravene de har. Jeg er jo leder for fysioterapeuter, ergoterapeuter, helsesøstre og psykiatriske

sykepleiere, og fysioterapeutene merker dette trykket veldig kraftig, og det gjør jo absolutt ergoterapeuten når det gjelder hjelpemidler og rehabilitering. Vi har for eksempel en situasjon hvor de ofte skriver ut slagpasienter til sykehjemmet, slik at de kan komme seg så bra at de kan dra til [spesialistsykehus for rehabilitering] for opptrening. Det er nokså absurd spør du meg. Så skal vi inn med det apparatet og den kunnskapen vi har. Vi skal få de så bra at de kan komme til [spesialistsykehus for rehabilitering]. Så det blir helt hull i hodet spør du meg." (Kommunelege/fastlege)²

Legen gir uttrykk for at denne måten å organisere pasientforløpet på fungerer svært dårlig. Siden pasientene de får ansvar for å følge opp er svært pleietrengende og har behov for intensiv omsorg, må kommunen bruke svært mye av sin kapasitet til oppfølgingen av slike enkeltpasienter. Denne situasjonen skaper i følge legen mye frustrasjon, for uansett hvor god pleie- og omsorg kommunen forsøker å gi de tyngste pasientene kan det ikke erstatte behandlingen og oppfølgingen de burde fått ved en spesialistinstusjon.

Utviklingen i bruk av spesialisthelsetjenesten

De fleste respondentene mener at antallet innleggelser på sykehus fra deres kommune har økt i løpet av de siste fem til ti årene. Den viktigste årsaken til dette hevder de er det økte omfanget av eldre innbyggere. De diagnosene som øker mest er derfor typiske "eldresykdommer" som for eksempel brudd og hjerteproblematikk. Kommunelegen/fastlegen opplever i tillegg at antallet reinnleggelser øker noe på grunn av at pasientene blir utskrevet svært raskt fra sykehuset. Dermed kan han oppleve å skrive inn samme pasient så mye som to til tre ganger i løpet av en måned. Videre er det et større press på polikliniske konsultasjoner for utredning enn for innleggelser ved heldøgnsavdeling. Den totale økningen henger i følge kommunelege/fastlege sammen med at pasienter og pårørendes krav til hva som skal utredes, behandles og kureres er mye høyere nå enn de var tidligere. Forøvrig understreker han at stadig flere medisinske tilstander nå tas hånd om av kommunen selv.

Et sentralt tema i ressursdebatten er hvordan utviklingen i såkalte "inappropriate admissions" ved sykehusene har vært de siste årene. Respondentene svarte at denne typen sykehusinnleggelser på "sosial indikasjon" kunne forekomme en sjelden gang, for eksempel hvis sykehjemmet ikke hadde ledige plasser og hjemmesykepleien hadde en bruker som var for dårlig til å bli tatt hånd om i eget hjem eller i omsorgsbolig. Kommunelege/fastlege har også erfart at eneste alternativ etter enkelte konsultasjoner har vært sykehusinnleggelse, selv om pasientens tilstand isolert sett ikke krever verken utredning eller behandling ved slik institusjon. Noen ganger kan innleggelsen også være et resultat av at pasienten selv eller pårørende presser på og ønsker en second opinion av en spesialist. For den innskrivende legen kan et slikt press oppleves som vanskelig, og som ansvarlig for pasienten ønsker legen å ha så god ryggdekning som mulig for sine avgjørelser. Utfallet kan da bli at pasienten legges inn ved sykehus. Sett i et tiårsperspektiv understreker imidlertid kommunelegen/fastlegen at denne typen innleggelser har blitt drastisk redusert. Dette skyldes til en stor grad at både legevaktslegene og fastlegene nå er svært erfarne og at pleie- og omsorgstjenesten i kommunen takler langt mer alvorlige oppgaver enn tidligere. Hjemmetjenesten beskrives blant annet som flinke til å bruke legevaktstjenesten som rådgivende instans for å takle problemstillinger som ligger utenfor deres kompetansefelt.

Tilbake fra sykehus til hjemkommune

På intervjudtidspunktet hadde det nettopp blitt inngått en ny avtale mellom kommunen og sykehuset om utskrivingsklare pasienter. I avtalen legges det vekt på at sykehuset skal melde fra så tidlig som mulig om pasienter som skal skrives ut til kommunen. Representanter fra den kommunale pleie- og omsorgstjenesten skal så ha mulighet til å foreta et vurderingsbesøk slik at de kan fastslå hvilke behov pasienten har. Fra sykehuset melder pasi-

² Navn på spesialistsykehus for rehabilitering er fjernet fra teksten av forfatterne for å ivareta anonymiteten til kommunene.

enten som utskrivingsklar har kommunen så ti dager på seg til å finne en løsning. Pasientkoordinatoren forteller at denne avtalen er svært god i teorien, men fungerer dårlig i praksis. Dersom ikke kommunen relativt umiddelbart kan gi sykehuset en konkret dato for når sykehjemsplass står ledig, pleier pasienten å bli sendt hjem nokså umiddelbart, og i god tid før de ti dagene har gått. Representanten fra hjemmetjenesten beskriver deres frustrasjon på følgende måte:

"Jeg har jo en berømt avtale da, som hjemmetjenesten her i alle fall føler ikke blir holdt, for når pasienter blir lagt inn på sykehus og de er ferdigbehandlet på sykehus så har man jo en avtale med sykehuset at hvis det er store forandringer i pleiebehovet så har vi noen dager på oss til å skaffe plass eller til å forberede oss på å ta de hjem. Det skjer ikke. Det skjer nok for de som må på sykehjemmet, der pasientkoordinator er inne i bildet så følger de nok den mer, men rett hjem følges den ikke. Vi har jo pasienter som kanskje blir lagt inn akutt på en søndagsnatt ikke sant, med mistanke om et eller annet brudd eller et eller annet og de kan komme igjen i retur på mandag uten å ha varslet noen, bare at nå er den på tur hjem." (Avdelingsleder i hjemmetjenesten)

Hjemmetjenesten opplever dermed at de får for lite tid til å tilrettelegge forholdene i hjem eller omsorgsbolig som pasienten skal tilbake til. Prosessen med å skape tillit mellom omsorgspersonene og pasienten blir også vanskeliggjort ved at avtalen brytes på denne måten. I tillegg opplever hjemmetjenesten at de ikke er i stand til å leve opp til de forventningene som skapes mens vedkommende er på sykehuset.

"(...) både leger og sykepleiere på sykehuset forespeiler hjelp fra oss uten å ha snakket med oss. (...) 'du må ikke være redd for å dra hjem fru Olsen for hjemmesykepleien står på trappa og tar deg imot. Du vil få all den hjelpen du trenger når du kommer hjem, både hjemmehjelp og hjemmesykepleie og alt skal være på plass for de står med nøkkelen i døra og venter på deg.' Det er en sånn slager." (Avdelingsleder i hjemmetjenesten)

Generelt ga respondentene uttrykk for at pasientene blir skrevet ut mye raskere fra sykehuset nå enn tidligere. Fastlege/kommunelege mener at pasientenes egne omsorgsevne ofte er helt marginal på det tidspunktet de skrives ut. Behandling er ofte iverksatt, men sjelden avsluttet på utskrivningstidspunktet. Resultatet er at pasientens helsemessige tilstand er ustabil samtidig som vedkommende føler seg svært utrygg og forvirret i forhold til sin egen situasjon. Avdelingslederen i hjemmetjenesten synes det er spesielt påfallende at også pasienter som er i en svært vanskelig situasjon (for eksempel kreft-, hjerte- og slagpasienter samt pasienter med kroniske lungelidelser), og som derfor ønsker å være innlagt lenger, blir skrevet ut tidlig. På spørsmålet om hvilke kriterier som legges til grunn for å definere en pasient som utskrivingsklar svarer hun følgende:

"Skal jeg være stygg nå så føler jeg vel at kriteriene går hånd i hånd med hvor fullt det er der. Så det er ikke så nøy med kriteriene og avtaler og sånn hvis det er veldig press på den enkelte avdeling." (Avdelingsleder i hjemmetjenesten)

Avdelingslederen ved sykehjemmet mener at pasientene ikke blir godt nok ivaretatt mens de er innlagt ved sykehuset. Hovedfokuset er i følge henne utelukkende på den diagnosen eller lidelsen pasienten ble innlagt for, mens andre behov, for eksempel pleiebehov, ignoreres eller vanskjøttes.

"Det kan jeg bare si at jeg på en måte synes 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)

I tillegg til samarbeidsavtalen og diskusjonen rundt begrepet "utskrivingsklar" var respondentene opptatt av kommunikasjonen mellom første- og andrelinjetjenesten i forbindelse med utskrivningen av pasienter. Ved sykehjemmet får de som oftest en telefonisk henvendelse direkte fra sykehuset eller via pasientkoordinatoren, om at en utskrivingsklar pasient har behov for sykehjemstjenester. Fra sykehuset får de beskjed om hvilken medisinerings og behandling pasienten har fått. Når pasienten overflyttes følger det med en sykepleierapport inklusive en medisineringsoversikt. Epikrisen kommer som oftest senere, og etter avdelingslederens syn, altfor sent. Dette fører til at sykehjemmet ofte må ta kontakt med sykehuset for å få informasjon om for eksempel endringer i medisineringsplanen. I de tilfeller hvor de ikke mottar denne informasjonen skriftlig fører det til komplikasjoner med å få tak i eventuelle nye medikamenter som pasienten skal ha. Fastlegen som skal skrive ut medisinene skal i utgangspunktet ha skriftlig beskjed om slike endringer. Kommunelege/fastlege forteller at epikrisen i beste fall kommer etter fire uker, men at det kan gå opptil sju måneder. Dette beskriver han som en kritisk og svært problematisk situasjon.

"(...) etter innleggelse kan det ofte ta kriminelt lang tid. Vil nesten legge litt trykk på det ordet, det er litt kriminelt når jeg får en epikrise etter syv måneder og når det der står hva jeg burde gjort etter tre uker. Det blir for dumt." (Kommunelege/fastlege)

Endringer i oppgavefordelingen mellom nivå

Samtlige respondenter beskriver at det i løpet av det siste tiåret har skjedd en oppgaveforskyving som innebærer at kommunehelsetjenesten har overtatt flere oppgaver som tidligere var spesialisthelsetjenestens ansvar. Fra kommunelegens side uttrykkes det misnøye med deler av denne oppgaveoverføringen, for eksempel setter han spørsmålsteget ved sykehusets utskrivingspraksis for pasienter som venter på rehabiliteringsopphold ved spesialsykehus. Disse skrives vanligvis ut til sykehjem i påvente av forestående innleggelse ved spesialist-institusjon. Han opplever det som underlig at pasienter med et klart behov for spesialisthelsetjenester og spesialistoppfølging skal ivaretas på sykehjem. Opplevelsen av at sykehusene fraskyver seg ansvaret for oppgaver er, etter legens oppfatning, imidlertid ikke et fenomen som begrenser seg til rehabiliteringssiden, noe sitatet nedenfor illustrerer.

"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)

Fra sykehjemmets side beskrives utviklingen på følgende måte:

"Sånn at det blir, som jeg kaller det når vi diskuterer dette, vi er jo sykehusets medisinske avdeling, en liten forlengelse ut i sykehjem. Og det ser man jo at det er på vei til å bli. Man er en avlastning nå for den medisinske avdelingen på sykehuset. Så nå er det jo færre og færre som får langtidsplasser, det er det bare de aller aller dårligste, som vi over hodet ikke kan flytte på, [som får]." (Avdelingsleder ved sykehjem)

Flyttingen av oppgaver har også vært påfallende når det gjelder ansvaret for å skaffe til veie hjelpemidler. Kommunelege/fastlege beskriver en utvikling der kommunen ikke har blitt konsultert om den nye oppgavefordelingen på forhånd, og der oppgaveforskyvningen ikke har blitt fulgt opp gjennom økninger i de økonomiske bevilgningene til kommunen.

"De har overlatt veldig mye av arbeidet opp mot brukere og informasjon, utredning og sånt, til kommunen, og så tilbyr man jo selvfølgelig noen kurs, men det kommer jo ikke penger, ikke en krone til kommunen for dette. Eneste frynsegodet man har fått er at man har fått lov til å overta en del utstyr som ellers ville blitt kassert på"

hjelpemiddelsentralen. Så nå har de funnet ut at da kan kommunen like gjerne kassere det, og de kan ikke kassere det for det er jo gull verdt, det er jo flotte ting. Men det er den eneste gulroten man har fått. Mens man har overtatt en masse oppgaver uten at det følger noen ressurser med. Det er jo det store merkelige spørsmålet hele veien. Hvordan kan det være sånn at det overføres så mye oppgaver som det ikke skal følge midler med, altså det skal spares ett sted og så er det bare dyttet vekk. Man bare avgjør et sted at dette skal vi ikke holde på med lenger, og så kan vi spare penger og drive mer rasjonelt (...) Og når de spesialiserte oppgavene både når det gjelder informasjon og opplæring hos brukere og når det gjelder teknisk assistanse med hjelpemidlene og reparasjoner ikke minst, blir overført så har en ikke kompetansen. Men så har de jo noen kurs da som man kan være med på. Det er fint, men vi får ikke flere hender til disse tingene og det går ikke an at alle kommunene skal ha så høy kompetanse som den som skal til for å løse de tekniske oppgavene og de opplæringsoppgavene som er spesialisert. Det er jo visse hyperspesialiserte ting som de fortsatt tar seg av, men det har skrumpet veldig inn og man kan lure veldig på den økonomistrukturen som dette representerer hvor man finner ut at nå skal vi spare penger her, og så skal vi skubbe det ut til noen andre uten at det fører penger med det. Veldig snål utvikling syns jeg." (Kommunelege/fastlege)

Avdelingslederen ved sykehjemmet er også opptatt av at oppgavene knyttet til tilpasning og distribusjon av hjelpemidler ikke har fått en egen budsjettpost. I tillegg opplever hun at det er en helsepolitisk ubesluttsomhet i forhold til hvem som skal ha ansvar for dette området. Først skulle hjemmesykepleien sørge for tilpassede hjelpemidler, deretter egne ergoterapeuter, og nå har ansvaret blitt overført til hjemmesykepleien igjen.

"Jeg har jo nå vært så lenge her, at jeg har vært helt fra når det var kun hjemmesykepleien som hadde med å søke utstyr fra hjelpemiddelsentralen. De fleste kommuner fikk ergoterapeuter som skulle gjøre den jobben. Da var ikke sykepleiere og hjelpepleiere kvalifiserte nok til det. Nå er det tilbake til at det er blitt satt ut til hjemmesykepleien igjen. Og det skal også gjøres innen de rammene vi allerede har i dag." (Avdelingsleder ved sykehjem)

Forskryvning av oppgaver er i følge pasientkoordinatoren ikke et fenomen som bare kjenner seg ut i utviklingen innenfor somatikken. Innenfor psykiatrien har særlig hjemmetjenesten overtatt ansvaret for mange oppgaver som tidligere ble ivaretatt av spesialistinstusjoner. Dette representerer en svært stor utfordring ettersom det innebærer at hjemmesykepleien må utføre kvalitativt andre pleie- og omsorgsoppgaver enn de vanligvis gjør. Dette lar seg imidlertid vanskelig kombineres med måten hjemmesykepleien er organisert på. Tid er i følge henne en svært viktig, men knapp nøkkelressurs ved behandling og oppfølging av pasienter med psykiske lidelser. I løpet av en kveldsvakt i hjemmesykepleien vil det imidlertid ikke være rom for å bruke en time på samtale og tilrettelegging hos én enkelt pasient.

Ivaretakelse av pasienter med sammensatte behov og pasienter som krever samordnet tilbud

Pleietyngden blant pasientene som ivaretas av kommunehelsetjenesten beskrives altså som tyngre. Tidligere i kapitlet har dette blitt satt i sammenheng med en parallell utvikling der kommunen har fått ansvar for nye pasientgrupper. Særlig viktig i så måte er ivaretakelsen av flere pasienter med dobbeltdiagnoser. Kommunelege/fastlege er spesielt opptatt av oppfølgingen av de sammensatte behovene hos psykiatrispasienter med flere lidelser.

"Et skrikende eksempel er vel dobbeltdiagnosepasientene innen psykiatri. De er det ingen som vil ha, de detter virkelig mellom alle stolene (...) I større grad psykiatri enn somatikk, men det gjelder jo også en del pasienter som har diffuse lidelser, muskel/skjelettlidelser for eksempel." (Kommunelege/fastlege)

Mange svært alvorlig syke pasienter med multiple diagnoser blir altså, i følge kommunelege/fastlege, kasteball i helsesystemet. Også blant de øvrige respondentene beskrives psykiatrispasientene med flere diagnoser som en svært krevende gruppe å ivareta.

Avdelingslederen ved sykehjemmet er spesielt opptatt av hvordan koordineringen innad mellom faggrupper og tjenesteytere i kommunen, og samhandlingen på tvers av nivåene, er.

"Har eksempel på hvor folk blir skrevet ut fra sykehuset, og hvor det står 'skal få poliklinisk time', og det ikke kommer i posten, og vi må ringe og bruke veldig mye tid og papirer. Det minner meg litt om gamle dager hvor man løp etter kirurgene for å høre på blodprøvesvar. Det er liksom ingen som tar ansvar. Det må da kunne gå an å ta en telefon eller få sendt papirene dagen etterpå i hvert fall. Sånn at man får et visst tidsperspektiv på behandling av disse eldre pasientene, så dette er dårlig. Og det gjelder også samarbeid med primærlegen her ute som er ansatt i kommunen, hvordan vi sliter med å få tak i papirer. Og hvordan vi sliter med å få tak i svar og i det hele tatt i forhold til pasienter. Så er jeg overlykkelig for å ha en tilsynslege som kommer en gang i uka og som er oppegående." (Avdelingsleder ved sykehjem)

Treg kommunikasjon mellom de ulike leddene påvirker slik kvaliteten på behandlingen og oppfølgingen pasientene får i kommunen. Ved sykehjemmet har de for eksempel ikke mulighet til å starte foreskrevet oppfølging før de blir informert om prøvesvar og pasientens respons på tidligere behandling. Sen og mangelfull informasjon i kombinasjon med dårlig kommunikasjon oppleves derfor som frustrerende.

Sammensatte behov og samordnet tilbud er nært beslektet; sammensatte behov genererer ofte etterspørsel etter samordnede tilbud. Samordning av tilbud kan bety både samordning mellom ulike kommunale tjenesteytere og faggrupper eller koordinering av tilbud som tilbys av henholdsvis første- og andrelinjetjenesten. I kommunen oppleves dette som spesielt aktuelt i forhold til arbeid med pasientgrupper som tidligere ble ivaretatt av spesialisthelsetjenesten. Kommunelege/fastlege påpeker blant annet behovet for tettere samarbeid med sykehusene i forhold til en del av de indremedisinske diagnosene ved sykehjem. Han mener blant annet at bruk av såkalte ambulerende spesialistteam ville vært et gunstig tiltak ettersom det ville bidratt til opplæring av ansatte i kommunehelsetjenesten samtidig som sykehuslegene ville fått et mer realistisk bilde av hva som foregår i de kommunale institusjonene. Kommunelege/fastlege fremhever at følgende pasientgrupper har et særlig behov for ivaretaking gjennom et mer samordnet tilbud:

"Ja jeg vil jo si at det kanskje kan gjelde en del lungepasienter for eksempel, diabetes, hjertepasienter, som på en måte er helt marginal. Og de har mye medisiner, de har en del prosedyrer som skal gjøres med dem og du skal vite hva du skal sette inn" (Kommunelege/fastlege)

Representanten fra sykehjemmet mener at oppfølgingen av pasienter med behov for et samordnet tilbud hadde blitt enklere dersom informasjonsutvekslingen og kommunikasjonen mellom sykehus og kommunehelsetjeneste hadde vært bedre. Selv foreslår hun et lukket intranettsystem der informasjon om pasienter raskt kunne blitt oversendt til det helsepersonellet som til enhver tid måtte ha behov for det.

Rett til individuell plan for personer med "behov for langvarige og koordinerte tjenester fra det offentlige hjelpeapparat" (Sosial- og helsedepartementet, 2001: 7) er regulert i Pasientrettighetsloven og Forskrift om individuelle planer. Plikten til å utarbeide slike planer er hjemlet i Kommunehelsetjenesteloven, Spesialisthelsetjenesteloven og Psykisk helsevernloven. På bakgrunn av dette lovverket skal pasienter med behov for det være sikret en individuelt tilpasset plan. I kommune A synes de at de har kommet relativt langt med sitt planarbeid.

"(...) det er mange av mine ansatte i Helseavdelingen som er involvert i den [individuell plan]. Det er mange på gang og jeg tror det er en fem-seks stykker som er ferdige. Det er jo helst funksjonshemmede, multihandicappede og en del kronisk syke. Når jeg sier fem-seks så er det utenom psykiatrien, fordi psykiatrien har et eget dataprogram hvor de har disse i, så de er på en måte ikke involvert på samme måte som de øvrige da. Så der er det en rekke andre som har individuell plan. Men vi har jo et koordinerende team som avgjør i fellesskap hvem som skal ha planer og hvem som skal være ansvarlige for utarbeidelsen, og det fungerer veldig bra. Vi møtes og fordeler oppgavene i forhold til disse planene som det er behov for, så der synes jeg vi har kommet ganske langt." (Kommunelege/fastlege)

Representanten fra sykehjemmet rapporterer imidlertid at de ikke jobber med utarbeiding av slike planer i det hele tatt. Derimot forholder de seg til noe mindre omfattende pleieplaner. Pasientkoordinatoren mener at kommunehelsetjenesten totalt sett er for lite flink til å utarbeide individuelle planer. Dette gjelder spesielt innenfor psykiatrien der det er vedtatt at alle skal få slik plan dersom de ønsker det selv. I tillegg mener hun at underdekningen er stor blant funksjonshemmede som får hjelp fra institusjoner og tjenesteytere på forskjellige nivå.

Konsekvenser av nye oppgaver, tyngre pasientsammensetning og kortere liggetid i sykehus

Under avsnittet om endringer i oppgavefordelingen mellom nivåene ble noen viktige utviklingstrekk skissert. Dette delkapittelet bygger videre på de betraktningene som ble presentert under ovennevnte delkapittel. Effektene av de siste årenes oppgaveforskyvning er, sett fra kommunenes side, mange. Kommunelege/fastlege er spesielt opptatt av to aspekter. For det første forventes det at fastlegen skal vurdere flere tilstander og gjøre grundigere utredninger enn tidligere. Dermed vil sykehuset ha mulighet til å sette i gang adekvat behandling av pasienten umiddelbart ved innleggelsen. For det andre opplever kommunelege/fastlege at avdelingene på sykehuset ikke konsulterer hverandre i forhold til enkelt-pasienters tilstand. I stedet for skrives pasienten ut til førstelinjetjenesten som ofte må hen-vise den nyutskrevne pasienten til en ny avdeling ved sykehuset de nettopp er skrevet ut fra. Kommunelege/fastlege beskriver problematikken på følgende måte.

"(...) kan man lure på hva er spesialistene til. Er det bare for å gjøre spesialisert behandling og tjene penger, eller er det for å ta seg av pasienter. Det spørsmålet stiller jeg meg mer og mer. Og det begrepet, føler jeg er i ferd med å bli rett og slett helt borte, i andrelinjehelsetjenesten - omsorg og forpliktelse til å ta seg av pasientene - det har de overlatt til oss, så det bryr de seg ikke med (...) For det første så vil de helst at vi har funnet ut at det er deres bord, og akkurat hva problemet er sånn at de bare kan gå inn og behandle. Og hvis de ikke umiddelbart finner ut at dette er vårt bord, så sender de bare pasienten hjem igjen, de har ikke noe samarbeid innenfor sykehuset. De rådfører seg ikke med andre spesialister eller andre avdelinger, og overfører pasienten og får løst pasientens problemer. Det er det ikke snakk om altså. Rett ut. Og så må vi ta fatt på ballen, en gang til." (Kommunelege/fastlege)

Pasientkoordinatoren, som har ansvaret for å finne et egnet tilbud for utskrevne pasienter i kommunen forteller at den reduserte liggetiden ved sykehusene har hatt dramatiske konsekvenser for pleie- og omsorgstjenesten i kommunen. På grunn av det enorme presset på sykehjemsplasser skrives sykehjemspasienter svært ofte "ulovlig tidlig" ut. Videre går kortere liggetid ved sykehusene også ut over pasienter som ligger hjemme og venter på en sykehjemsplass. De nyutskrevne pasientenes akutte pleiebehov gjør at disse alltid må prioriteres før hjemmeboende pasienter med store behov.

Betydning av pårørende og familiestruktur

I kommune A beskrives pårørendes evne og vilje til å ivareta sine egne som varierende. Kommunelege/fastlege rapporterer at han i enkelte tilfeller, spesielt hvis det har oppstått nye situasjoner, må be pasienten om å spørre sine nærmeste om hjelp. De gangene pasienten har kroniske lidelser er imidlertid pårørende ofte allerede utslitt, og vegrer seg for å påta seg ytterligere omsorg. Avdelingslederen i hjemmetjenesten roser mange pårørende for å bidra enormt, og i enkelte tilfeller muliggjøre at pasienten fortsatt kan bo hjemme og greie seg med besøk fra hjemmetjenesten. Stadig flere pasienter mangler imidlertid pårørende, noe som oppleves som svært vanskelig, også for hjemmetjenesten. Mangelen på tilsyn mellom hvert besøk fra hjemmesykepleien skaper stor usikkerhet.

"Og da er det klump i magen hver gang du går derfra altså. Du vet ikke hva de kan finne på mellom besøkene våre for å si det sånn." (Avdelingsleder i hjemmetjenesten)

Ved sykehjemmet opplever de at pårørende er svært lite deltagende i dagliglivet til pasientene. Det vanligste er at de stiller opp 17. mai, i julen og ved andre høytider, men sjelden kommer på besøk utover dette.

Samarbeidstiltak

Med unntak av erfaringskonferanser, hvor ansatte i pleie- og omsorgstjenesten i kommunen møter representanter fra sykehuset, eksisterer det få eller ingen møtepunkter eller samarbeidsarenaer for spesialist- og kommunehelsetjenesten. Avdelingslederen i hjemmetjenesten ønsker seg først og fremst et bedre samarbeid i forhold til utskrivningen av pasienter. Spesielt etterlyser hun en mer helhetlig tenkning fra sykehusets side omkring hvordan pasienten får det når vedkommende skrives ut til eget hjem.

"Vi kunne tenkt oss bedre samarbeid så klart. Særlig ved utskrivninger, at vi hadde hatt en bedre dialog der, for det har vi alltid sett, det er jo også på sykehjem, ikke sant, at en del av våre pasienter fungerer kanskje bedre enn vi hentyder når de blir lagt inn, når de kommer i et miljø med folk rundt seg 24 timer i døgnet. Altså, de kan tø opp når de kommer dit, men når de kommer hjem igjen, så er det tilbake til ensomheten og kanskje hjemmesykepleien, la oss si seks ganger, ti minutter i døgnet. Likevel er de voldsomt mye alene. Det hadde vært ønskelig at de hadde tenkt litt mer sånn. Hjemmesykepleien kan ikke flytte inn til folk, de kan ikke bo der (...)." (Avdelingsleder i hjemmetjenesten)

Et bedre samarbeid i forhold til hva som skal være utskrivningstidspunktet er i følge avdelingslederen også nødvendig.

"(...) som jeg sier til sykehuset hver gang, at jeg ikke ønsker å få pasienter på fredag kveld, for da har jeg halv bemanning i helga, og som jeg sier, i alle fall når det er nye som ikke har vært inne i systemet før, så er det dette med hvordan skal vi få skapt en tillit mellom pasienten og oss, når de kommer ut av heisen og vi har ti minutter til dem?" (Avdelingsleder i hjemmetjenesten)

Lokalsykehuset iverksatte et nettverkssamarbeid i forhold til kreftomsorg for en tid tilbake. Flere representanter fra hjemmetjenesten deltok og gjennomførte relativt kostbare fem vektallskurs. Sonelederen er veldig skuffet over at de ikke har lyktes bedre med å få i gang et godt samarbeid etter kurset. Hun opplever tvert i mot at samarbeidet med kreftpoliklinikken ved sykehuset ikke har vært så dårlig fungerende som det er nå på lenge.

Kommuneoverlege/fastlege opplever at han har fått relativt god hjelp de gangene han har tatt kontakt med sykehuset, og dersom det hadde vært tid til det i arbeidshverdagen mener han at fastlegene burde vært flinkere til å ta slik kontakt. Han etterlyser imidlertid at sykehusene også kunne tatt initiativ til diskusjoner om hvordan man skal samordne behandlingssopplegget for enkeltpasienter eller helsetjenestetilbudet mer generelt.

"De er ikke noe interessert i å høre om deres forslag og tenkning rimer med virkeligheten, så ofte så er det to forskjellige verdener, og det er ikke noe særlig systematisk kommunikasjon, de har ikke noe fora hvor vi fastleger for eksempel, møter sykehuset. Vi får så å si aldri henvendelser fra sykehuset, det eneste er kanskje da barneavdelingen, de er flinke på det." (Kommunelege/fastlege)

Kommunelege/fastlege har tro på at et forum der leger fra første- og andrelinjetjenesten kunne møtes hadde vært positivt. Før dette kan realiseres mener han imidlertid at det må finne sted en kulturendring i sykehusene i forhold til hvordan de vurderer primærhelsetjenesten, fastlegen og deres oppgaver. Videre opplever han at kommunehelsetjenestens kompetanse undervurderes og at problemene de jobber med betraktes som bagatellmessige. De få samarbeidsinitiativene som har vært tatt fra sykehusets side antar han har vært økonomisk motivert.

"Det er jo gjort noen tiltak i forhold til å bedre samarbeidet mellom sykehuset og fastlegene. Det merkelige er jo at det som har utløst interessen fra sykehusets side nå synes å være at de har en usikker situasjon på sykehuset her i forhold til [RHF'et]. I forbindelse med fritt sykehusvalg ser de at vi bruker andre sykehus tilknyttet regionen mer og mer. De skjønner at skal de beholde pasientene må de samarbeide mer med oss legene. Så de har plutselig fått en situasjon som de er økonomisk mer avhengig av, og da er det jo plutselig interessant å samarbeide med oss. Igjen så er det altså da økonomien som styrer det. Så man blir litt fed-up og litt småkvalm av akkurat det at det dreier seg ikke egentlig om vilje til å forstå oss, for å overføre kunnskaper og for å samarbeide bedre. Det dreier seg om at de er nødt til å knytte seg opp mot oss for at vi skal sende de pasienter som de kan få tjene de forbanna pengene sine på! Det skinner veldig klart igjennom i de forsøkene de har gjort." (Kommunelege/fastlege)

Det dårlige samarbeidsklimaet innenfor somatikken står imidlertid i klar kontrast til det arbeidet som har foregått innenfor psykiatrien. Kommunelege/fastlege forteller at spesialisthelsetjenesten innenfor psykiatrien har vært mye mer interessert i å etablere et gjensidig samarbeid og slik opparbeide seg forståelse for hva som er utfordringene på begge nivåer.

"I psykiatrien er det jo et mer strukturert samarbeid. Der har vi et sånt koordineringsutvalg som jeg har vært i en del møter i (...) Der er det en helt annen samhandling uten at jeg skal si at det er spesielt lettere og mindre problemer rundt det med behov for innleggelse og hva som man forventer at vi skal takle ute i kommunen (...) men vi har hvertfall et etablert forum hvor vi føler at de hører oss og skjønner mye mer. Det går an å snakke med dem, og forklare de. Og de har hatt en kommunikasjon med oss gjennom disse årene hvor det har vært en opptrappingsplan i psykiatrien, og hvor de hele tiden har fått speilet virkeligheten sin ut mot kommunen, og ser begge sider av saken på en helt annen måte enn det de gjør i somatikken." (Kommunelege/fastlege)

Utfordringer fremover

Fra sykehjemmets side opplever de at en viktig utfordring er knyttet til kommunikasjon innad i kommunen og på tvers av nivåene. Avdelingslederen ønsker seg et mer vel fungerende system for utveksling av dokumentasjon.

"(...) dette her med kommunikasjon mellom de ulike leddene i forhold til at man skal slippe denne evinnelige ventetiden på blant annet papirer og blodprøve/røntgensvar. At man kan bedre dette for å gi et bedre behandlingstilbud i og med at det nok vil bli en enda større flyt og et enda høyere tempo mellom sykehusene og hjemkommunene i løpet av de neste årene." (Avdelingsleder ved sykehjem)

Forøvrig er hun opptatt av behovet for kompetanseheving ved sykehjemmet. Kompetanseutviklingen de neste årene vil i følge henne være svært avgjørende for hvilke oppgaver de vil være i stand til å ta seg av i fremtiden.

Kommunelegen/fastlegen mener at den aller største fremtidige utfordringen er knyttet til å ha et tilfredsstillende tilbud til svært syke pasienter, både før og eventuelt etter et sykehusopphold. Mange pasienter isolerer seg og må aktiviseres, noe som krever store ressurser samt kreativitet, i følge kommunelegen/fastlegen. Førstelinjetjenestens oppgave blir da å gi et fullverdig tilbud hvor pasientene kan utfolde seg og føle seg trygge. Spesielt utfordrende er det når situasjoner topper seg, omsorgen og behandlingen kommunen gir ikke er forsvarlig og pasienten må overføres til et mer spesialisert behandlingsnivå. Ofte er situasjonen svært kritisk når pasienten skrives ut tilbake til kommunen igjen, etter bare et kort opphold ved institusjon. Å takle slike situasjoner representerer en svært stor fremtidig utfordring for kommunehelsetjenesten.

2 Kommune B

Respondenter: 4

- avdelingsleder hjemmetjenesten
- avdelingsleder sykehjem
- fastlege
- kommuneoverlege/fastlege

Kommune B er en middels stor landkommune og ligger i kort avstand til nærmeste sykehus (Sykehus I).

I siste tiårsperiode har det vært liten endring i antall eldre over 67 år, mens antallet over 80 år har økt betydelig. Totalt sett har kommunen en noe lav andel eldre i forhold til landsgjennomsnittet.

Innenfor pleie- og omsorgstjenesten har kommunen ett sykehjem som består av to avdelinger; en avdeling for somatisk syke og en demensavdeling. Pasientene har enten korttids- eller langtidsopphold. Sykehjemslege er til stede ti timer i uken ved sykehjemmet. Kommunen har trygdeboliger og omsorgsboliger. Sistnevnte boligtype er forbeholdt pasienter med medisinske behov for tilrettelagt bolig. Ingen av disse boligene har heldøgnsbemanning, men halvparten av dem ligger under samme tak som helsesenteret.

I forhold til Statistisk sentralbyrås indikatorer for pleie- og omsorgstilbudet i kommunene kan kommune B karakteriseres på følgende måte i forhold til landsgjennomsnittet i 2003:

- *Totalt antall årsverk innen pleie- og omsorg per 100 innbyggere over 80 år er høyt.*

Institusjonstilbudet til eldre:

- *Lavt antall årsverk per 100 innbyggere eldre 80 år og over*
- *Lavt antall plasser per 100 innbygger per innbygger 80 år og over*
- *Få plasser per årsverk*
- *Andel eldre innbyggere i institusjon er svært lavt*

Hjemmetjenesten karakteriseres ifølge nasjonal statistikk av:

- *Litt over middels andel av innbyggerne fra 67-79 år og 80 år og over mottar tjenester*
- *Svært lavt antall mottakere per årsverk*

Sykehusbruk for eldre

- *Lavt/middels antall innleggelser per 1000 innbygger over 80 år*

Legekapasitet

Det er utbredt enighet blant respondentene om at legedekningen i kommunen er god, blant annet har flere av fastlegene fortsatt åpne lister. Legedekningen på sykehjemmet karakteriseres også som god, og sykehjemslegeordningen beskrives som velfungerende og svært gunstig av avdelingslederen ved sykehjemmet. Legen er til stede tre dager i uken, og selv om hun ikke jobber fulltid alle disse tre dagene, mener avdelingslederen at de har relativt mye legetid ved institusjonen. Kommuneoverlege/fastlege beskriver også ordningen som velfungerende, men påpeker at antallet tilsynslegetimer er noe knapt og skulle vært bortimot fordoblet dersom kommunen skulle fulgt normene fra Den norske Lægeforening. Avdelingslederen i hjemmetjenesten forteller at de kan ha problemer med å få tak i lege når de ønsker det. Dette skyldes primært at legene har svært begrensede telefontider.

Kapasitet innenfor pleie og omsorg

Personene vi intervjuet er noe splittet i synet på hvorvidt kapasiteten innenfor pleie- og omsorgstjenesten i kommunen er god nok. Ved sykehjemmet vurderer de sin egen kapasitet som tilfredsstillende. De har aldri problemer med å ta imot pasienter som søker om hjelp eller som skrives ut fra sykehuset. Rehabiliteringstilbudet i kommunen beskrives også som godt.

Kommuneoverlegen mener at det totale antallet sykehjems plasser i utgangspunktet ikke er særlig stort. Han tror imidlertid at de mange kommunale trygde- og omsorgsboligene bidrar til å begrense behovet for innleggelse på sykehjem. Avdelingslederen i hjemmetjenesten rapporterer at det kan være noe ventetid på institusjonsplass for hjemmeboende pasienter, og fastlegen er i tvil om hvorvidt sykehjemmet og hjemmetjenesten har stor nok kapasitet til å ivareta oppgavene sine.

"Når det gjelder pleie og omsorg så tror jeg at både på sykehjemmet og i hjemmetjenesten så sliter de. De syns de har veldig mye å gjøre, stort press fra pasienter og ikke minst fra pårørende til de gamle. Og der er en evigvarende diskusjon om man har for eksempel nok sykehjems plasser (...) Administrasjonen i kommunen mener at man har nok, og politikerne er litt i tvil. Som kommunens medisinskfaglige rådgiver så var jeg også litt i tvil, og jeg tror at på en måte terskelen for å komme på sykehjem har blitt litt for høy, og at de som hadde vært gjennom rehabiliteringsopphold ble sendt litt for fort hjem. Når det gjelder hjemmesykepleien så ser jeg hvor hardt de jobber. Og nå bruker de ikke stoppeklokke her, men det er på det nivået. Så jeg tror at kapasiteten innenfor pleie og omsorg er litt begrenset. Innenfor psykiatri har vi hatt problemer med kommunal kompetanse, og så har vi hatt litt problemer knyttet til samarbeid i forhold til den kommunale psykiatritjenesten. Når det gjelder fysioterapi så er det veldig bra, veldig mange privatpraktiserende og der er også turslege i psykiatri knytta til rehabposten på sykehjemmet." (Fastlege)

Sitatet ovenfor belyser blant annet hvordan den politiske beslutningen om å satse på omsorgsboliger og hjemmetjeneste har betydning for arbeidsomfanget og arbeidstynghen innenfor hjemmesykepleien. Kommunens målsetning om at de pasientene som ønsker det skal få bo hjemme så lenge som mulig, gjør at hjemmetjenesten strekker seg veldig langt. Det skal i følge avdelingslederen i hjemmetjenesten mye til for at de ikke tar imot en pasient. Dette kan derfor resultere i en svært stor arbeidsbelastning på bemanningen. Fastlegen, som tidligere har vært kommunens medisinskfaglige ansvarlige lege synes, som sitatet ovenfor viser, at det relativt lave antallet sykehjems plasser er helt i grenseland i forhold til hva som er medisinsk forsvarlig.

Samarbeid internt i kommunen

Sykehjem og hjemmetjeneste samarbeider svært tett. Samarbeidet beskrives som vel-fungerende av begge parter, og hjemmetjenesten opplever det som positivt at de kan ta direkte kontakt med sykehjemmet dersom det er behov for å vurdere sykehjemsinleggelse av en hjemmeboende pasient. Fra hjemmetjenestens side blir det ytret ønske om en mer aktiv rolle fra fastlegens side. Dette gjelder spesielt i forhold til hjemmeboende pasienter med ustabil helsetilstand.

"(...) vi har godt og nært samarbeid med sykehjemmet som gjør at vi har en daglig dialog på endring av behov, og vi kan legge inn på timesvarsel så det er en styrke for oss at vi har det tette samarbeidet. Av og til så føler vi at vi strekker oss vel langt. Vi skulle løse det innad i kommunen uten å si at nå får fastlegen faktisk trå til og ta ansvaret, og det savner vi nok noen ganger. I forhold til å henvise til sykehuset eller andre ja, spesialister som burde ha tatt hånd om den litt ustabile og litt usikre situasjonen pasienten da er i. Det hender vi av og til går litt utover hva vi egentlig burde tatt hånd om. Og vi ønsker ikke å være et B-sykehus. Pasienten har jo tross alt krav på å få en undersøkelse og skikkelig vurdering når det er noe som feiler en, og vi kan ikke utsette det til mandag bare fordi det er helg. Så vi føler av og til på det at det er vanskelig å få lagt inn i sykehus."
(Avdelingsleder i hjemmetjenesten)

Fra fastlegen og kommuneoverlege/fastlegens side knyttes spørsmålet om internt samarbeid raskt opp mot innføringen av fastlegeordningen. Kommuneoverlege/fastlege mener at fastlegeordningen har vanskeliggjort samarbeidet internt i kommunen. Samarbeid med andre faggrupper lønner seg i følge han ikke lenger, for når man har en privat praksis å ivareta anses deltakelse i koordineringsmøter som ulønnsomt. Fastlegen er derimot overbevist om at fastlegeordningen har hatt positive konsekvenser for samarbeidet i kommunen, spesielt i forhold til legevaksordningen.

"Jeg synes det er positivt at de har fått en fastlegeordning. Og det er nå ikke lenger tvil om hvem som er pasientens faste lege (...). Det har for eksempel vært veldig ryddig i forhold til legevakten. I dag har pasienten en fastlege, og så kan man i noen grad avklare ting på legevakt og si at 'ja ok, men dette er et problem som du må gå til din faste lege med i morgen'. Og så sier pasienten kanskje at han er vanskelig å få tak i, eller at han er borte, og så står det i avtalen at fastlegen skal ha en vikar. Så det har skapt en avklaring som jeg tror er ganske viktig." (Fastlege)

Forøvrig synes fastlegen at samarbeidet med hjemmesykepleien kunne vært bedre når det gjelder pasienter som er utskrevet til kommunen. Fastlegen har ved flere anledninger opplevd å ikke motta den foreløpige epikrisen fra sykehuset, fordi hjemmesykepleien ikke har videresendt den.

"Jo hvis de har hjemmesykepleie, så har vi erfaring fra at hjemmesykepleien snapper den [foreløpige epikrisen] for at de er livredd for å gi noe feil medisiner, og dermed så når den ikke frem til legen. Så det tror jeg man jobber med lokalt her i alle fall, og prøver å løse." (Fastlege)

Beskrivelse av utvikling av brukersammensetning innen pleie- og omsorgssektoren

Sett i et tiårsperspektiv har pasientsammensetningen innenfor hjemmetjenesten blitt tyngre. Avdelingslederen beskriver en utvikling der hjemmetjenesten nå ivaretar pasienter med helt andre sykdommer og lidelser enn tidligere. I tillegg bor stadig flere eldre pasienter hjemme. Dette har ført til at hjemmesykepleien pleier mange pasienter med mer enn én diagnose og et svært sammensatt sykdomsbilde. Pasientene som bor hjemme trenger derfor mye mer hjelp og pleie nå enn tidligere.

"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. Det kan begynne med sårstell som er et enkelt besøk kanskje, om ikke daglig kanskje to ganger i uken, som er egentlig meningen, 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 ved-

kommende som gjør at vi setter i verk tiltak. Det begynner med et lite stell, sårstell for eksempel og så utvikler det seg fort, og det er selvfølgelig fordi det er mennesker med høy alder som da får mange tilleggssykdommer ofte." (Avdelingsleder i hjemmetjenesten)

Avdelingslederen ved sykehjemmet mener også at det bor stadig dårligere pasienter hjemme nå enn tidligere. I tillegg opplever hun at de har fått stadig tyngre pasienter å pleie ved sykehjemmet. Særlig vanskelig er det å ivareta psykiatrispasienter. På dette området føler de ansatte ved sykehjemmet at de får for lite bistand hos psykiaritjenesten. Det er blant annet lang ventetid på samtaleterapi og i akutte situasjoner føler de seg ofte alene med ansvaret.

Utviklingen i bruk av spesialisthelsetjenesten

Det er en generell enighet i kommunen om at antallet sykehusinnleggelses totalt sett har økt i løpet av de siste fem til ti årene. Dette må i følge respondentene ses i sammenheng med høyere levealder og dermed høyere eldreandel i befolkningen. Fastlegen mener å ha sett en utvikling i retning av at antallet reinnleggelses ved sykehusene har økt i løpet av samme periode. Dette skyldes i følge han at sykehusene ikke stabiliserer pasienten, eller iverksetter stabiliserende behandling, før pasienten skrives ut. Dermed er pasientene ofte så dårlige når kommunen overtar ansvaret for de at de relativt raskt må innlegges igjen. Sykehuset som kommune B legger inn flest pasienter ved, har i løpet av de siste årene opprettet en egen observasjonspost. Her skal pasientene i utgangspunktet ikke være innlagt mer enn én dag før han/hun skrives ut eller kanaliseres videre til en annen avdeling. Fastlegen forteller at presset på sykehuslegene ved observasjonsposten er ganske stort i forhold til å sende pasientene hjem, og at slike tidlige utskrivinger fra observasjonsposten ofte resulterer i raske reinnleggelses.

På spørsmålet om hvorvidt kommunen legger inn pasienter unødvendig svarer avdelingslederen i hjemmetjenesten, avdelingslederen ved sykehjemmet og kommuneoverlegen/fastlegen at de ikke opplever at dette forekommer. Kommuneoverlege/fastlege tilskriver æren for dette til den gode sykehjemsdekningen i kommunen. Fastlegen mener imidlertid, i motsetning til de tre øvrige respondentene, at det utvilsomt forekommer sykehusinnleggelses som kunne vært unngått. I sitatet nedenfor fremheves pasienter og pårørendes forventninger, familiestruktur og kapasitet innenfor pleie- og omsorgstjenesten som viktige årsaker til unødvendige innleggelses.

"Nei det er etter min mening ingen tvil om at en god del av innleggelsene er unødvendige. Og det beror nok på flere forhold. Det beror litt på pasienters forventninger til både utredning og behandling, og jeg tror det beror på pårørendes forventninger om det samme, og pårørendes travelhet, manglende mulighet kanskje, men også vilje i dag til å ta ansvar for sine gamle foreldre for eksempel. Det beror på at vi bor på helt annerledes måter i dag. Selvfølgelig en storfamilie som bodde tre og fire generasjoner sammen, og nå bor man hver for seg og alle jobber, ikke sant. 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 innleggelses 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 veivalg og satset på en sterk hjemmebasert omsorg, og i forhold til innbyggertallet, på et lavt antall sykehjemsplasser." (Fastlege)

Tilbake fra sykehus til hjemkommune

I likhet med de øvrige kommunene i utvalget har også kommune B inngått en avtale med sykehuset omkring håndtering av utskrivingsklare pasienter. Sykehuset skal i følge avtalen ha ansvaret for å melde fra til kommunen om behov for kommunale tjenester. Fra meldedatoen skal kommunen så ha 10 antall dager til rådighet for å tilrettelegge forholdene. Videre skal det, når pasienten skrives ut, følge med dokumentasjon bestående minimum av

en sykepleier rapport og en foreløpig epikrise. Den endelige epikrisen kommer noe senere. Til tross for at sykehuset har blitt noe raskere til å oversende epikriser, mener respondentene at de fortsatt har mye å gå på. I pleie- og omsorgstjenesten har de opplevd å måtte purre i et par måneder for å få korrekte opplysninger om medisiner. Også fastlegen opplever den trege informasjonsflyten som et stort problem, og epikrisetiden har ved enkelte anledninger vært opptil et halvt år. Ideelt sett ønsker fastlegen seg et system hvor han kunne fått epikrisen levert elektronisk per e-post. Lang epikrisetid oppleves som spesielt problematisk dersom pasientene utredes eller behandles for svært alvorlige sykdommer eller lidelser.

"Her er et godt eksempel på en pasient som hadde, egentlig en ganske alvorlig problemstilling, og så hadde han vært på sykehuset 23.12. Og så hadde ikke jeg fått noen papirer. Så måtte vi etterlyse dem, og så fikk vi de da to måneder etterpå. Det er også en ganske vanlig problemstilling, at det tar lang tid, for det første så får vi ikke epikrisen, og så tar det lang tid og vi må bruke tid på å ringe og etterlyse epikrisen (...) Det varierer veldig mellom avdelingene. Ved dagkirurgi er det stort sett sånn at pasienten får epikrisen i hånden når de går ut. Men når det gjelder innleggelse nå, så er målet på medisinsk avdeling, som nå er den største avdelingen på sykehuset, at epikrisen skal være sendt ut innen en uke. Og det er vi som allmennpraktikere fornøyd med." (Fastlege)

Fra sykehjemmets side oppleves kommunikasjonen med sykehuset som spesielt problematisk av to grunner. For det første mener avdelingslederen ved sykehjemmet at sykehuset er svært tidlig ute med å melde pasienter som utskrivningsklare. Dette har gjentatte ganger ført til stor usikkerhet omkring når pasienten faktisk kan forventes å returnere til kommunen. Avdelingslederen ved sykehjemmet beskriver problemet på følgende måte:

"I en del tilfeller så ser vi det at det er noe de tror på forhånd. For eksempel en operasjon som skal gjøres, så regner de med at det her tar fem dager så skal en ut. Vi opplever i en god del tilfeller vil jeg si, at skjema for utskrivningsklare blir sendt med det samme pasienten kommer inn. Og da står det at om fem dager så kan vi vente en telefon at sånn og sånn. Også stemmer jo ikke det, for det blir komplikasjoner eller operasjonen blir utsatt og så videre. Det skjer mye i mellomtiden. Så på en måte så er det litt merkelig å forholde seg til når de er utskrivningsklar (...) Og vi får en telefon kanskje og vi har, vi protokollfører alt som blir sagt, hvem sier hva og så videre. Og så ber vi alltid om å få det skriftlig, den henvendelsen, og nå heter det at de kan fakse den, og det skal være gyldig. Og da kan det stå i faksen eller være sagt i telefonen at vedkommende er utskrivningsklar ca sånn og sånn, da er den klar til å dra, også kan jeg ta telefonkontakt et par tre dager før den datoen, 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 utskrivningsklar, 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 utskrivningsklar sånn og sånn, vi tror den er det, vi regner med, så det er egentlig bare tøys." (Avdelingsleder ved sykehjem)

For sykehjemmene er konsekvensen av dette at de organiserer utskrivninger og inntak av de øvrige pasientene i henhold til en oppgitt dato som ofte ikke er til å stole på. Enkelte ganger resulterer dette i ledige sykehjemsdøgn.

"(...) for da har sykehuset sagt ca onsdag, ok da setter vi onsdag spørsmålstegn, og så sier vi nei til andre, eller de får et svar, et vedtak på at du kan ikke komme før mandagen etter for da er det utskrivning. Og så får vi beskjed fra sykehuset, nei pasienten var egentlig ikke klar allikevel. Og da sitter vi der ikke sant og får ledige døgn." (Avdelingsleder ved sykehjem)

For det andre opplever avdelingslederen at sykehusansatte av og til uttaler seg om hvilken type omsorg pasientene skal få når de overføres til kommunen. Den kommunale pleie- og omsorgstjenesten ønsker imidlertid å avgjøre selv hvorvidt pasienter utskrevet fra sykehus skal ivaretas ved kommunal institusjon eller i eget hjem. Ved enkelte anledninger har imidlertid avdelingslederen ved sykehjemmet opplevd at spesialister i samtaler med pårørende har forespeilt sykehjemsopphold for pasienten etter utskrivning fra spesialistinstitutionen. Dette er i følge avdelingslederen mest utbredt innenfor psykiatrien.

"Men jeg får en del telefoner fra pårørende som sier at jo, men sykehuset har jo sagt, og der er vel psykiatrien verst, aller verst. De bare skriver at vedkommende skal på sykehjem, noe annet er ikke mulig, uten å ha diskutert, uten å ha tatt kontakt (...) Vi opplever vel det spesielt også i forhold til det med demente. [Et spesialist-senter for geriatri] har de inne til en vurdering og ved utskriving har de samtaler med pårørende om at det er bare en mulighet og det er en fast plass i kommunen, på et sykehjem, og da får vi alltid problemer. Klart vi har jo ikke stående plass til demente til enhver tid, så det er psykiatri og demens som er de største områdene vil jeg si, i forhold til at vi stanger litt i veggen. Og vi blir ofte innkalt (...) til en sluttsamtale noen dager før at vedkommende skal skrives ut, også dagen før utskriving, og vi får aldri tid til å sitte sammen med den fagper-sonen der for å konferere før vi går inn og møter direkte de pårørende. Og da blir det en sånn der med en gang. Det blir en klæsj." (Avdelingsleder ved sykehjem)³

Også hjemmetjenesten opplever at det skapes forventninger om hvilket kommunalt om-sorgsnivå pasienten skal ivaretas på allerede mens pasienten er innlagt ved spesialistinstitu-sjon. Disse forventningene kan, hvis de er urealistiske, bli vanskelige å innfri, og dermed resultere i misnøye med det endelige tilbudet hos pasienten og pårørende. Dessuten opp-lever avdelingslederen i hjemmetjenesten det som problematisk at de ikke blir konsultert i forhold til fastsettelse av utskrivingsdatoen. Utskrivingen av pasientene skjer i følge henne svært raskt, og ofte så raskt etter den første henvendelsen fra sykehuset at hjemme-tjenesten ikke har rukket å foreta vurderingsbesøk før pasienten kommer hjem. Dette kan igjen føre til at hjemmetjenesten ikke får gjort de nødvendige tilretteleggingene i forhold til boligsituasjonen og hjelpemidler før pasienten kommer hjem.

"Altså, er det små enkle ting de skal inn på sykehus for så må vi selvfølgelig ta de imot på kort varsel for da skal de ikke være der, det forstår vi, men hvis det er en litt mer langvarig, litt komplisert situasjon som krever andre tiltak for oss, så bør vi være med. Hvis vi sier 'altså vi kan ikke ta imot før mandag', men de likevel kommer hjem på fredag, så blir det jo vanskelig. Vi må bare, og da kan det bli litt diskusjoner og litt unød-vendig irritasjon, og ikke alltid den beste løsningen for pasienten, og da er det jo korridorpatienter. Vi får jo de argumentene, at det ligger fem stykker på korridoren og ja, vi kan ikke, de presser på, og da føler vi oss presset og så sier vi ok, men da må vi ofte i dialog med pårørende altså for at det skal være forsvarlig." (Av-delingsleder i hjemmetjenesten)

Endringer i oppgavefordelingen mellom nivå

I kommunen opplever de at de har fått ansvaret for en del nye oppgaver i løpet av de siste årene. Ved sykehjemmet har nye og enklere måter å håndtere medisineringsen på muliggjort en slik overføring av oppgaver. I tillegg opplever avdelingslederen at de har bedre kvalifisert arbeidskraft enn tidligere. På bakgrunn av dette oppleves oppgaveforskyvningen til en stor grad som positiv og faglig spennende. Kommuneoverlege/fastlege skisserer utviklingen innenfor kommunehelsetjenesten slik:

"Grensene mellom første- og andrelinjetjenesten er jo i ferd med å bli forskjøvet, og det å definere en pasient inn i et klart ansvarsområde her det tror jeg er vanskelig, men andrelinjetjenesten sier at når pasienten er ferdigbehandlet så er det ikke deres ansvar lengre." (Kommuneoverlege/fastlege)

Legene opplever at de gjør mer utredning, behandling, oppfølging og rehabilitering enn før. Pasientene som legges inn elektivt er i mye større grad enn tidligere ferdig utredet. Sitatet nedenfor illustrerer dette ved å gi et eksempel på hvordan en urologisk utredning foregår:

"Hvis vi går ti år tilbake så var det ikke uvanlig å henvise en pasient til medisinsk poliklinikk for utredning av en eller annen problemstilling. I dag så gjør man mye mindre utredninger på medisinske poliklinikker enn det man gjorde for noen år tilbake. Jeg føler nok at allmennpraktikeren har fått mange flere oppgaver når det gjelder kontroll, og også mye større oppgaver knyttet til hvor mye man skal utrede selv før man får aksept for å hen-vise pasienten. Et helt konkret eksempel er urologihenvisninger, spesielt mannlig pasienter med vannlatings-

³ Navn på spesialistsykehus for rehabilitering er fjernet fra teksten av forfatterne for å ivareta anonymiteten til kommunene.

problemer. Det er det klare føringer i dag for hva man skal gjøre før man for eksempel kan forvente at spesialisten tar tak i pasienten. Og jeg tror nok at det er hensiktsmessig på mange måter. Så jeg har kopiert opp et skjema som et legemiddelfirma har lagd en gang. Der forventer man at allmennpraktikeren stiller en del spørsmål om hvor plagsomt og hva slags type plager pasienten har i forhold til vannlating. Så dette fyller jeg ut mens pasienten er hos meg til konsultasjon, og så får pasienten hjemmelekse. De får med seg dette skjemaet. Så skal de gjøre noe vi kaller en flowundersøkelse. De samler urinen og ser hvor ofte og hvor mye de tisser i løpet av to døgn. Og så kommer de tilbake til meg med dette skjemaet og så skriver jeg henvisning. Og da er spesialisten godt fornøyd, for da har jeg gjort det grundig og sjekket den urinprøven, kjent på prostata og tatt blodprøver på forhånd. Det var ikke snakk om slikt hvis vi går noen år tilbake. Første gang jeg var i nærheten av dette var rundt 1995. Men det er et eksempel på at delingen av oppgaver har blitt forandret. Det er jo en stor utfordring å få allmennlegen til å lage en god henvisning, det må jeg jo si. Men altså min opplevelse er da, når det gjelder utredninger, så gjør allmennpraktikeren mye mer utredninger enn før. Og poliklinikkene på sykehuset de driver mer med de tekniske undersøkelsene, gastroskopi, pH-måling, trykkmåling nedi spiserøret, ultralyd, ekkokardiologi av hjertet for eksempel, men mer tradisjonelle indremedisinting, som ikke krever så mye tekniske ting, det gjør de mindre av. Og når det gjelder mer akutte problemstillinger der det begynner å haste, si for eksempel en astmatiker eller en pasient med KOLS som er dårlig medisinert eller har et dårlig funksjonsnivå, så kunne vi som allmennleger ha ønsket oss at jeg kunne ringe inn på lungepoliklinikken og si at nå har jeg Hansen her som har en KOLS og har sånn og sånn medisin, men kan dere se på han i dag, på poliklinikken og oppjustere medisin og sjekke. Det er det helt umulig å få til i vårt fylke. Da sier lungelegen, 'du får legge han inn'. Og det tenker jeg er ganske dyrt for samfunnet." (Fastlege)

Fastlegen ønsker seg større fleksibilitet i samhandlingen med spesialisthelsetjenesten. Han mener at allmennlegene med fordel kan påta seg enda flere kontrolloppgaver dersom sykehusene åpner opp for "øyeblikkelige" konsultasjoner uten at pasienten legges inn, når det måtte være behov for det. Både kommuneoverlege/fastlege og fastlege mener at forskyvningen av kontrolloppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunen er fornuftig. Blodtrykksbehandling nevnes som et konkret eksempel på en vellykket overføring av oppgaver. Legene opplever imidlertid oppgaveoverføringen som har foregått innenfor psykiatrien som vanskeligere. Fastlegen beskriver utviklingen på følgende måte:

"Når det gjelder omsorgen for psykiatiske pasienter, så kan man bare gå tilbake til 1982 så var det kanskje 450-500 pasienter innlagt på Gaustad sykehus i Oslo. I 1988 så var det 125 igjen. I tråd med nedbygging av disse store institusjonene så ble disse pasientene sendt tilbake til kommunene og så fulgte det egentlig ikke noe særlig midler med. Det var ikke sånn at det i løpet av den korte perioden ble noe særlig mer kompetanse i kommunene. Dette er noe av bakgrunnen for opptrappingsplanen for psykisk helse. Så er det pasienter som er ekstremt dårlig fungerende psykisk sett som nå kommunene får ansvar for og det kan være pasienter som man også vurderer kan utgjøre en potensiell fare for andre for eksempel. Sammensatt problematikk; vi har jo fått en økende grad av dobbeltdiagnoser som vi sier, altså psykiatri og rus. Men også psykisk utviklingshemmede og rus er en problematikk og for så vidt psykiatri og psykisk utviklingshemming, altså det er jo mange typer dobbeltdiagnoser. Andelen dobbeltdiagnoser har økt og det gir kommunene større oppgaver." (Fastlege)

Denne utviklingen beskrives også som vanskelig av kommuneoverlegen/fastlegen. Han opplever svært ofte at spesialisthelsetjenesten fraskriver seg ansvaret for svært syke pasienter. Legene opplever også å bruke mye tid på å få psykiatripasienter innlagt igjen når de først er utskrevet fra en institusjon. Administrativt sett ønsker kommuneoverlegen/fastlegen derfor at spesialistinstitusjonen skulle fortsatt å ha det endelige ansvaret for pasienten også etter at vedkommende var utskrevet.

Ivaretakelse av pasienter med sammensatte behov og pasienter som krever samordnet tilbud

I kommune B opplever de ofte at særlig eldre pasienter med flere lidelser ikke blir tilfredsstillende ivaretatt. I følge kommuneoverlege/fastlege har disse pasientene lett for å falle mellom to stoler; på den ene siden er de så dårlige at de vanskelig kan ivaretas på en forvarlig måte ved et kommunalt sykehjem, mens de på den andre siden heller ikke hører

hjemme på en medisinsk sykehusavdeling. Det beste tilbudet for disse pasientene ville i følge han ha vært innleggelse ved en intermedisær eller geriatrisk avdeling, men dette har ikke kommunen tilgang til per i dag. Også avdelingslederen ved sykehjemmet er opptatt av gråsonene – særlig for eldre pasienter med psykiske problemer. Hun mener at disse pasientene ofte blir nedprioriterte og oppfattes som mindre interessante faglig sett. Når eldre pasienter rammes av en blanding av demens og psykiske lidelser blir problemene svært ofte bare definert som en "alderdomsgreie" og ikke fulgt opp på en tilfredsstillende måte.

Kommuneoverlegen/fastlegen opplever at defineringen av rusomsorg som et kommunalt anliggende, etter innføringen av Rusreformen i årsskiftet 2003/2004, har skapt nye og store utfordringer. Ruspasienter har ofte multiple diagnoser og krever oppfølging både på det kommunale nivået og innenfor spesialisthelsetjenesten. Kombinasjonen av psykiatri og psykisk utviklingshemming genererer også betydelige behov for samordning mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste.

"Rusproblemer og dobbeltdiagnoser, som kanskje, ruspsykiatri, krever jo veldig mye ressurser og det er egentlig nytt for den medisinske siden i kommunen, siden rusreformen da. Det har vel kanskje skapt litt ekstra problemer, og jeg tror jo også det kan medføre en ekstra utgift både for kommunen og for helseforetakene i fremtiden. 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 (...) Man har kanskje sett litt mer psykiatri innenfor psykisk utviklingshemmede. Man har kanskje oppdaget at det også der er mer psykiatri enn man hadde trodd. Det har jeg i alle fall opplevd de siste årene at det kanskje har økt litt." (Kommuneoverlege/fastlege)

Også hjemmetjenesten opplever at det er et stadig økende behov for tverrfaglig samarbeid, spesielt når det gjelder ivaretagelsen av unge handikappede. Når det gjelder disse pasientene er det per i dag etablert et samarbeid mellom opplæringsinstitusjoner, personlige assistenter, helsesøster og andre faggrupper. Behovet for å gi et samordnet tilbud til pasientene fremheves også som svært viktig i forhold til psykiatrispasienter. I følge fastlegen finnes det imidlertid mange eksempler på at psykiatrispasienters behov ikke blir tilfredsstillende ivaretatt. Han opplever det som spesielt vanskelig å sikre pasienter den oppfølgingen de har krav på innenfor spesialisthelsetjenesten.

"Jeg synes for det første ikke at man ser på pasientens rettigheter da, i forhold til å få vurdering innenfor rimelig tid eller nødvendig helsehjelp som det står i loven. Så oppfyller man ikke kravet som er satt i loven der. Og når det gjelder øyeblikkelig hjelp-plikten, så er det en egen forskrift i tillegg om øyeblikkelig hjelp innen psykisk helsevern, som faktisk sier at unntaksvis så kan pasienten selv eller ved hjelp av pårørende eller andre direkte henvende seg til psykiatrisk avdeling for å få hjelp. Altså det betyr jo i praksis at hvis du tolker dette bokstavelig, kan pasienten banke på døra og si at jeg føler at jeg har så mye problemer nå, at jeg må ha hjelp. Og så skal de ikke bli avvist, de skal i alle fall få en vurdering. Mens det har jo ikke vært helt uvanlig at hvis man sitter på en legevakt, så ringer man psykiatrisk avdeling, så får man høre at det er fullt, de har ikke plasser, så kan det komme et forslag om at poliklinikk eller DPS har hastetimer vurdering påfølgende dag. Noen ganger er jo det greitt, men så er problemet at den som sitter og har vakt, det er veldig sjelden en psykiater eller psykolog, men stort sett er det sykepleiere eller sosionomer som har litt ryggdekning perifert fra en spesialist i psykiatri eller psykologi. Men en annen ting som jeg selvfølgelig er veldig opptatt av, som sitter som legekyndig medlem i kontrollkommisjonen, det er hvis de sier at 'jo vi kan ta han, men vi tar han kun på tvang'. Det er heller ikke uvanlig. Og så heter det i loven at frivillighet skal være forsøkt der annet ikke anses helt uhensiktsmessig eller allerede har vært forsøkt. Man hopper litt bukk over det da." (Fastlege)

Fastlegen påpeker i sitatet ovenfor at pasientrettighetene ikke etterleves innenfor psykiatrien, blant annet ved at retten til øyeblikkelig hjelp brytes og ved at pasienter tvangsinnlegges uten at frivillighetsalternativet er prøvd først. Et samarbeidstiltak som har blitt innført for å forbedre samordningen omkring enkeltpasienter – og pålagt for alle psykiatriske pasienter som ønsker det – er individuell plan. Fastlegen er positiv til bruk av slike planer og deltar gjerne selv med innspill når dette etterspørres. Han opplever at etterspørselen etter hans innspill har vært svært lav innenfor somatikken og svært høy innenfor psykiatrien, spesielt i forhold til psykisk utviklingshemmede og multihandikappede barn. Selv deltar han i noen ansvarsgrupper i forbindelse med utarbeiding av individuelle planer, men har inntrykk av at fastlegekollegaer generelt opplever det som vanskelig å generere tid til å prioritere

dette arbeidet. Kommuneoverlege/fastlege er ikke tilhenger av pålegget om individuelle planer. Hovedbegrunnelsen han gir for sitt standpunkt er at svært mange pasienter har rett til slik plan, og at ordningen derfor blir altfor ressurskrevende for kommunene.

Fra sykehjemssiden opplever de at informasjonsutveksling, planlegging og initiativet til samarbeid omkring pasienter med sammensatte behov varierer fra sykehusavdeling til sykehusavdeling. For eksempel opplever avdelingslederen 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 også at den generelle oppfølgingen og samordningen i forhold til pasienter med kreftdiagnoser er svært god.

Konsekvenser av nye oppgaver, tyngre pasientsammensetning og kortere liggetid i sykehus

Respondentene er spesielt opptatt av hvilke effekter redusert liggetid ved sykehusinnleggelse har. Ved sykehjemmet opplever de at pasientene er i mye dårligere form når de skrives ut fra sykehuset nå enn tidligere. Dette har ført til at sykehjemmet nesten fungerer som en intermediær avdeling, i følge avdelingslederen. Videre har pasientsammensetningen blitt mer heterogen enn tidligere. For fem til ti år siden hadde de fleste pasientene langtidsopphold, mens situasjonen nå er motsatt; pasientene går mye mer ut og inn enn før. Dette fører at de til enhver tid inneliggende pasientene har mange forskjellige diagnoser. Organisasjonisk har sykehjemmet løst denne utfordringen ved å dele avdelingene inn i flere enheter. Dermed jobber personalet mer spesialisert innenfor sine områder. Avdelingslederen beskriver dette som "en annen verden" enn tidligere.

Reduksjonen i liggetid ved sykehusene har i følge avdelingslederen ført til et enormt press på sykehjemmet i forhold til å stadig ta imot nye pasienter. Dersom de ikke kan stille en plass til rådighet relativt umiddelbart, opplever de ofte at svært pleietrengende pasienter sendes hjem.

"(...) vi har sett en tendens de siste årene til at hvis ikke vi har plass etter tre dager omtrent, så sier de at ok, men da sender vi de hjem. Og da kan jeg si at 'ja, synes dere det er forsvarlig?' 'Ja, men det er jo opp til kommunen å finne ut', svarer en. 'Ja, det er det, men tre dager er litt kort tid for oss. Vi skal klare det hvis vi får litt mer.' 'Ja, men vi har korridorpasienter, åtte stykker på korridoren, så vi må bare sende de hjem'. Og da blir det en sånn der håpløs sak. Så det vi ofte opplever er at de sendes hjem, også går det kanskje bare et halvt døgn eller timer før vi må finne en løsning her på et eller annet vis, skrive ut noen for tidlig, sende de hjem herfra for å få det til og det er uverdige." (Avdelingsleder ved sykehjem)

Fra kommuneoverlegen/fastlegens side gis det uttrykk for at grensen for å redusere liggetiden ytterligere er nådd. Spesielt urovekkende synes han det er at pasienter skrives ut før de er i stand til å oppfatte informasjonen som blir gitt. Dette fører tidvis til at allmennlegene får overlatt ansvaret for å informere pasienten om at vedkommende har fått en svært alvorlig diagnose.

"Men i enkelte tilfeller så har man nok dratt det litt langt da tror jeg med liggetid. Pasienten bør i alle fall være såpass klar i hodet når en blir kastet ut at en oppfatter informasjonen han får (...) Det som er oppdaget etterhvert er jo at en del alvorlig informasjon er overlatt til primærlegen. Det er de som skal fortelle pasienten at han/hun har fått kreft. Det er overlatt til primærlegen, for pasienten var ikke i stand til å ta innover seg det her før en ble utskrevet, og det synes jeg er litt bekymringsfullt at sånne alvorlige ting kanskje blir overlatt til oss, men klart man kvier seg for å meddele pasienten sånne ting. Det er veldig lettvis å skyve det videre" (Kommuneoverlege/fastlege)

I tillegg til problematikken rundt informering av pasienter opplever kommuneoverlegen/fastlegen at redusert liggetid ved sykehusene setter større krav til samordningen internt i kommunen. Mange av pasientene som skrives ut sendes tilbake til egen bolig hvor

hjemmesykepleien skal sørge for den nødvendige pleie og omsorg. Ettersom pasienten svært ofte har en ustabil tilstand rett etter utskrivelsen, krever dette velfungerende samarbeid og god kommunikasjon mellom fastlegen og hjemmetjenesten, spesielt i forhold til situasjoner der reinnleggelse vurderes fortløpende.

Betydning av pårørende og familiestruktur

Den stadig raskere inn- og utskrivningstakten ved sykehjemmene har, som tidligere nevnt, ført til at pasientsammensetningen har endret seg ved sykehjemmene. Tidligere, da de hadde flest langtidspasienter, var det få pårørende som kom innom. Nå har de stadig flere, og stadig yngre pårørende på besøk. Ved sykehjemmet opplever de dette som positivt. Samtidig erfarer de at pårørende i større grad enn tidligere engasjerer seg og setter seg inn i pasientrettighetene, og er mer tilbøyelige til å slå i bordet.

I hjemmetjenesten opplever de fra tid til annen at pårørende mener pasienter ikke ivaretas på en forsvarlig måte i eget hjem, og derfor ber om overflytting til døgnbemannet bolig eller institusjon. Bekymringen bygger ofte på frykt for at den pleietrengende ikke har det trygt nok i eget hjem. Hjemmetjenesten opplever det som positivt og nødvendig å ha en god dialog med pårørende, men det er i følge avdelingslederen i hjemmetjenesten, ikke alltid slik at pårørendes ønsker harmonerer med ønskene hos pasienten. I utgangspunktet veier pasientens egen preferanse svært tungt, og hvis vedkommende ønsker å bo hjemme tilrettelegger hjemmetjenesten så godt de kan for å etterleve dette ønsket.

Samarbeidstiltak

Opplevelsen av hvordan samarbeidet mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten fungerer varierer noe avhengig av om man snakker med representanter fra pleie- og omsorgstjenesten eller fastlegen. Mens avdelingslederne ved sykehjemmet og hjemmetjenesten gir uttrykk for at personellet ved sykehuset har blitt flinkere til å samhandle i løpet av de siste årene, er fastlegen svært kritisk til måten spesialisthelsetjenesten er organisert og fungerer på. På pleie- og omsorgssiden har de hatt noen samarbeidsprosjekter med lokalsykehuset, blant annet i forhold til lindrende behandling og barnehabilitering. Dette samarbeidet har også hatt forgreninger ut til skole og helsesøster. Videre hospiterte sykepleierne i hjemmetjenesten ved onkologisk poliklinikk for to-tre år tilbake. Utover dette har det ikke vært iverksatt andre formaliserte samarbeidstiltak. Sykehjemmet ønsker seg bedre hjelp fra sykehusets geriatri-team. Avdelingslederen rapporterer at de svært sjelden får noen av sine pasienter inn til vurdering hos teamet, og at bistanden så langt derfor har begrenset seg til rådgiving per telefon. Både sykehjemmet og hjemmetjenesten opplever dessuten at det er store utfordringer knyttet til defineringen av utskrivingsklar dato for pasienter som skal overføres til kommunen. Dialogen med spesialisthelsetjenesten oppleves imidlertid totalt sett som god, både av avdelingslederen ved sykehjemmet og i hjemmetjenesten.

Fastlegen er svært opptatt av rammebetingelsene for samarbeidet med spesialisthelsetjenesten, og hvilke konkrete effekter samarbeidsproblemer kan få for enkeltpasienter. Gjennom flere år har han samlet eksempler fra egen praksis på det han opplever som slett samarbeid fra spesialisthelsetjenestens side. Blant annet opplever han det som frustrerende å møte på turnusleger med svært liten erfaring når han skal legge inn pasienter ved sykehuset. Som fastlege opplever han det som utenkelig å diskutere hvorvidt pasienten skal legges inn eller ikke med en så uerfaren lege. Hvis han er i tvil ønsker han primært å snakke med en erfaren overlege. I utgangspunktet skulle han derfor ønsket at det var overleger som tok imot pasientene ved innleggelsen, for deretter å klarere hvorvidt pasienten skal videre til en assistentlege eller en turnuslege. Videre ønsker fastlegen at innleggende lege automatisk skulle fått tilsendt epikrise. På denne måten ville legevaktsleger ha mulighet til å sammenholde egne hypoteser med diagnostiseringen gjort ved sykehuset. Per i dag må tillatelse om å få oversendt slik epikrise innhentes spesifikt fra pasienten, noe som i praksis resulterer i at innleggende lege sjelden eller aldri mottar slike epikriser.

Som et eksempel på samarbeidsproblemer han har opplevd forteller han om uforutsigbarheten i avtalene mellom det regionale helseforetaket (RHF'et) og private institusjoner.

"Når vi etablerte oss i 1997 så sa patologisk avdeling ved [et av sykehusene i fylket] at 'vi kan ikke ta imot føflekker og celleprøver. Vi har ikke kapasitet, dere får finne noe annet.' Så etablerte vi kontakt med laboratoriet for patologi i Oslo, men så blir det et regionalt helseforetak der det handler om å tjene penger, og så skriver N.N, som er klinikkssjef og har ansvar for blant annet den avdelingen, et brev til alle legene om at nå tar de imot fra alle, og så vil de invitere primærleger og private spesialister til å sende prøver til vår avdeling. Og så skriver de også at dette mener de har både medisinske og økonomiske fordeler, og så argumenterer de med en del fordeler med at vi bruker deres laboratorier; kortere avstand, mindre transport, raskere svar og så videre. Og det er jo på grunn av økonomi, det vet jeg, det bekrefter N.N som jeg kjenner ganske godt etter hvert. Og så har ikke vi villet forandre og så spør de hvorfor gjøre dere ikke det? Men så sier vi at vi vil gjerne samhandle med det lokale sykehuset, men for oss er det en betydelig utgift hvis vi ikke kan få prøvesvarene overført elektronisk. Så vi har sagt at den dagen man er oppe å gå, og kan sende prøvesvarene over elektronisk på en sikker måte, så er vi interessert. Nå får vi alle prøvesvarene overført elektronisk fra laboratoriet for patologi i Oslo." (Fastlege)

Fastlegen opplever altså at Helsereformen har ført til et enormt fokus på økonomi. Ved enkelte tilfeller mener han at økonomiske betraktninger, for eksempel i forhold til avtaleinn-gåelser, går på bekostning av ivaretagelsen av pasienten.

"RHF'et hadde en avtale med [et privat sykehus] så fikk det private sykehuset beskjed rundt 18. desember 2003 om at nå ønsket [RHF'et] å si opp avtalen fra 01.01.2004. Da fikk vi et problem. Det ligger henvisninger på folk som venter å komme inn, og så får de beskjed, angivelig da med 13 dagers varsel om at avtalen opphører. Og så har vi et problem. Kort frist. Og til syvende og sist, hvis vi tenker på pasienten, som vi må ha fokus på, så skjønner ikke mannen i gata dette her. 'Men du sa jo', sier denne pasienten til meg 'at der var de så flinke, og der gikk det så fort og greit'" (Fastlege)

Utfordringer fremover

Respondentene i kommunen er stort sett opptatt av behovet for å forbedre kommunikasjonen og forståelsen av hverandres situasjon. Fastlegen oppsummerer de største fremtidige utfordringene, sett fra hans ståsted, på følgende måte:

"Det ene det er å ivareta og fokusere på fagligheten. Altså at jeg har en tanke om hva spesialisthelsetjenesten skal være. Det står jo definert i Lov om spesialisthelsetjeneste, og da tenker jeg at det må være sånn at når du sitter i førstelinje og skal henvise til andrelinje, så må du forvente å møte mer kompetanse der enn det du sitter med selv. Det er veldig viktig! Det andre er kommunikasjonen mellom første- og andrelinjetjenesten, at det skal være en gjensidig forståelse av hverandres situasjon og en avklaring av de oppgavene de i første- og andrelinjetjenesten skal håndtere. Og så er det en stor oppgave knyttet til elektronisk kommunikasjon, altså når det gjelder både privatpraktiserende spesialister, og sykehusene, så er det behov for at man må, og er jo pålagt, å gi epikriser, og at vi skriver adekvate henvisninger – men det er viktig at innholdet og kvaliteten på henvisningen fra allmennlegene og kvaliteten på epikrisene holder mål, at man er enige om hvor nivået skal ligge. Altså hva skal vi gjøre med urologipasienten? Hvem skal gjøre hva? At vi har avklart det, og at det er en lojalitet i forhold til de reglene som vi på en måte blir enige om. Men det er en stor utfordring å finne arenaer for samarbeid der man kan diskutere de tingene eller de utfordringene som vi har. Når det gjelder elektronisk kommunikasjon så er det viktig med tanke på at legekontorene generelt har kommet langt når det gjelder bruk av data. Sykehusene har ligget mange lysår etter, det er min erfaring. Og det er ressurskrevende å håndtere så mye papir som vi gjør og ting kommer bort og det blir uoversiktlig, så det er et stort mål å jobbe med å kunne gi oss elektroniske svar om det er fra laboratorier eller røntgen eller epikriser. Det tror jeg er en stor utfordring å jobbe med." (Fastlege)

Avdelingslederen i hjemmetjenesten er spesielt opptatt av at de må bli flinkere til å samarbeide i forhold til planlegging av enkeltpasientens situasjon. I tillegg er det i følge avdelingslederen ved sykehjemmet en viktig utfordring knyttet til å redusere tiden som brukes unødvendig på å avklare hvilke medisiner pasienten står på. I tilknytning til blant annet

medisineringsspørsmål opplever hun også at ordningen med pasientansvarlig lege ved sykehusene ikke fungerer i henhold til intensjonen. Selv om det har skjedd en forbedring i samarbeidet omkring epikriser og overføringen av pasienter opplever hun at store utfordringer gjenstår innenfor psykiatri- og demensområdet. Fra kommuneoverlegen/fastlegens side blir det ytret ønske om at andrelinjetjenesten skal ta et større ansvar for dobbeltdiagnosepasienter, særlig innenfor rus- og psykiatrifeltet.

3 Kommune C

Respondenter: 4

- avdelingsleder ved bo- og behandlingssenter⁴
- fastlege/sykehjemslege
- soneleder hjemmetjenester
- kontaktsykepleier/sykepleierkonsulent

Kommune C er en relativt stor bykommune og er sykehuskommune for sykehus I. Det har i perioden fra 1993 til 2003 vært en svak økning i antall eldre over 67 år og en stor økning i antall innbyggere over 80 år. Andelen av befolkningen som er over 80 år er høy.

Kommunen har flere bo- og behandlingssentre med samme oppgaver og funksjoner som sykehjem. Alle bo- og behandlingssentrene har korttidsplasser, noen er reservert til rulleringsplasser. Det er skjermede plasser for senil demente ved to senter og ett senter har plasser reservert til rehabilitering. I perioder har kommunen leid korttidsplasser ved sykehjem i andre kommuner. Ifølge respondentene er det et problem at korttidsplassene belegges av langtidspasienter. Kommunen har også omsorgsboliger uten døgnkontinuerlig bemanning. Beboernes pleie- og omsorgsbehov ivaretas derfor av hjemmesykepleien. Videre har kommunen trygdeboliger. Omsorgs- og trygdeboligene er stort sett samlokaliserte med hverandre og/eller bo- og behandlingssentrene.

Når det gjelder Statistisk sentralbyrås indikatorer for pleie- og omsorgstilbudet, ligger kommune C slik an i forhold til landsgjennomsnittet i 2003:

- *Totalt antall årsverk innen pleie- og omsorg per 100 innbyggere over 80 år er lavt.*

Institusjonstilbudet til eldre:

- *Middels antall årsverk per 100 innbyggere eldre 80 år og over*
- *Lavt/ middels antall plasser per 100 innbygger per innbygger 80år og over*
- *Høyt antall plasser per årsverk*
- *Andel eldre innbyggere i institusjon er lavt*

Hjemmetjenesten karakteriseres ifølge nasjonal statistikk av:

- *Litt over middels andel av innbyggerne fra 67-79 år og 80 år og over mottar tjenester*
- *Middels antall mottakere per årsverk*

Sykehusbruk for eldre:

- *Lavt antall innleggelser per 1000 innbygger over 80 år*

⁴ Avdelingslederen er ansatt ved senter III som er beskrevet lenger ned på siden.

Legekapasitet

Respondentene er enige om at legedekningen generelt er god i kommunen. Fastlegen/sykehjemslegen antyder til og med at 25 plasser på rundt 35 000 innbyggere indikerer at kommunen har overkapasitet, noe som eksemplifiseres med at så mange som ca 20 av fastlegene har åpne lister. Når det gjelder antallet sykehjemslegetimer mener imidlertid de intervjuede at timetallet er altfor knapt. I følge kontaktsykepleieren/sykepleierkonsulenten er det stort sett lege på bo- og behandlingssentrene bare én dag per uke. Ved sykehjemmet er de svært fornøyde med fastlegene og sykehjemslegene både i forhold til innsatsen de gjør overfor pasientene og i forhold til den store fleksibiliteten de utviser. Avdelingslederen opplever imidlertid at timetallet skulle vært høyere. Selv synes også fastlegen/sykehjemslegen at de 7,5 timene per uke som han har til disposisjon er for lite for å ivareta en avdeling med 36 senger.

Kapasitet innenfor pleie og omsorg

Kapasiteten innenfor forebygging, habilitering og rehabilitering karakteriseres som utilstrekkelig. Spesielt beskrives rehabiliteringen av pasienter som skrives ut fra sykehus til eget hjem som dårlig utbygd. I følge sonelederen bor mange av de eldre pasientene i små trygdeleiligheter der de ikke får beveget seg nok. For disse pasientene er ikke fysioterapi to ganger per uke tilstrekkelig for å sikre full restitusjon. Videre fremhever samtlige respondenter at kapasiteten ved bo- og behandlingssentrene ikke er godt nok utbygd. Den knappe institusjonskapasiteten gir seg blant annet utslag i at korttidsplassene blir fylt opp av langtidspasienter. Dette beskrives som en flaskehals blant annet fordi korttidsplassene er viktige for avlastning av hjemmetjenesten og hjemmeboende pasienters pårørende. I tilfeller der få eller ingen korttidsplasser er ledige blir resultatet ofte at svært syke og pleietrengende pasienter blir boende så lenge hjemme at de må legges inn direkte ved sykehuset når situasjonen til slutt topper seg. Disse pasientene skrives deretter ofte ut til sykehjemmet hvor de blir liggende over lang tid. Et typisk forløp beskrives på følgende måte av avdelingslederen ved bo- og behandlingssenteret.

"Ofte så er det sånn at de burde kanskje vært inne mye før, men de blir hjemme helt til at de blir innlagt fra hjemmet til sykehuset, og fra sykehuset så kommer de til oss, men da er de så dårlige og har så marginalt å gå på, at de kan ikke klare å komme hjem. Og så fyller de opp plasser og så betaler kommunen da plasser fordi vi ikke klarer å ta imot pasienter fra sykehuset (...). Hadde vi kunnet brukt våre plasser slik de er ment, til korttid og rulling, så tror jeg det hadde vært veldig økonomisk besparende. Men i dag så driver vi brannsløkking i forhold til plasser" (Avdelingsleder ved bo- og behandlingssenteret)

Avdelingslederen forteller videre at kommunen nesten kontinuerlig har utskrivingsklare pasienter liggende ved sykehusene, fordi bo- og behandlingssenteret ikke har kapasitet til å ta imot. Kommunen betaler 1600 kroner per døgn for disse pasientene, og bo- og behandlingssenteret opplever at opphopingen av utskrivingsklare pasienter fører til et stort press på sykehjemsplassene. På papiret synes avdelingslederen at antallet korttidsplasser tilgjengelig korttidsplasser hører ganske mye ut, men i praksis har hun erfart at under halvparten av disse plassene reelt sett brukes til korttidsopphold. Knappheten på sykehjemsplasser påvirker slik også situasjonen i hjemmetjenesten. Sonelederen forteller at mangelen på sykehjemsplasser bidrar til at de ofte når grensen for hva de opplever som forsvarlig i forhold til å ha pasienter boende hjemme. Mange av pasientene deres har i følge henne et overmodent behov for institusjonsplass.

"Det skulle vært flere sykehjemsplasser for det er grenser for hvor dårlig du kan nesten klare å ha det hjemme, altså. Hva som er forsvarlig, og de er alene, og de har ikke styring på noen ting. Du vet at 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 til slutt for hva som er godt stell og god pleie. Jeg tror at noen ville hatt det bedre på en institusjon. Der er de 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 i hjemmetjenesten)

I utgangspunktet beskriver kontaktsykepleieren/sykepleiekonsulentens kapasiteten på den hjemmebaserte siden av pleie- og omsorgstjenesten i kommunen som nokså godt utbygd med mange omsorgsboliger, nattevakt og mulighet til å ta opptil åtte besøk per dag hos de mest pleietrengende. Ivaretagingen av mange sterkt pleietrengende pasienter i omsorgsboligene representerer imidlertid en stor tilleggsbelastning for hjemmetjenesten. Sonelederen opplever at det ikke er noe tak på hvor mange pasienter de kan, og må, ta imot. Uansett hvor mange de allerede har påtatt seg ansvaret for, kan de ikke avvise forespørsler om for eksempel hjemmesykepleie, dersom pasienten har behov for det. Sammen med den stadig tyngre pasientsammensetningen opplever hun dette som den største utfordringen i tiden fremover.

Samarbeid internt i kommunen

Som nevnt innledningsvis samarbeider tildelingsteamet i kommunen med både sonene og bo- og behandlingssentrene i forhold til vurderingen av behov hos hjemmeboende pasienter og sykehjemspasienter. Dette samarbeidet fungerer i følge partene godt. På tildelingsmøtene er også en representant fra ergoterapitjenesten og en fysioterapeut fra et rehabiliteringssenter til stede. Ved tildeling av omsorgsbolig for demente deltar i tillegg lederen ved den aktuelle boligen. I tillegg til tildelingsteamet fins det sosialfaglige team, et psykiatrisk team og et rusteam i kommunen. Samarbeidet innenfor teamene karakteriseres som godt.

Fra sykehjemmets side beskrives samarbeidet med hjemmetjenesten som noe begrenset. Avdelingslederen mener at samhandlingen med de ulike sonene er svært personavhengig. Mens noen soner takler svært pleiemessig krevende situasjoner godt, har andre soner problemer med de tyngste oppgavene. Utdraget nedenfor illustrerer hvor varierende avdelingslederen opplever at samarbeidet kan være.

"Det er veldig delt, veldig vi jobber her og dere jobber der, sånn er det. Men vi jobber jo veldig tverrfaglig med fysioterapeuter og ergoterapeuter. Vi henviser til ortoped, det gjør vi, og det er greit. Det er et godt samarbeid når vi tar kontakt. Føler også at det er veldig personavhengig i forhold til de ulike sonene. Noen soner er veldig oppegående, og på en måte sånn at de kommer hit og spør om tjenester og vi låner og yter av hverandre. Når vi skal skrive ut noen så merker vi veldig forskjell på tryggheten og på kompetansen i de ulike sonene. Noen får kjempeproblemer hvis vi melder inn noen med sammensatte behov, og andre takler det veldig bra. Så det er veldig ulikt. Selv om alle sitter på sin post, også sykehjemmene, vi sitter jo på våres del og tviholder altså. Vi kunne nok tjent på å være mer samarbeidsvillige. Vi samarbeider når vi må, når vi må så gjør vi det, og det går helt greit, men jeg tror at vi med fordel kunne ha jobba enda tettere" (Avdelingsleder ved bo- og behandlingssenter)

Sonelederen mener at samarbeidet mellom bo- og behandlingssentrene og hjemmesykepleien kunne blitt enda bedre hvis hver sone fikk disponere et par øyeblikkelig-hjelp plasser ved de kommunale institusjonene. Dette ville ha gjort det mulig for hjemmesykepleien å avhjelpe situasjonen til pasienter med akutt behov for hjelp. I stedet for opplever de ofte at mangelen på sykehjems plasser til pasientene fører til at situasjonen i hjemmet til slutt topper seg, slik at pasienten må legges inn ved sykehus. Fastlegen/sykehjemslegen uttrykker også frustrasjon i forhold til at hjemmeboende pasienter ikke får nødvendig behandling på et tidlig nok tidspunkt.

"Sykehjemmene sier at 'nei, dette kan ikke vi ta, vi har ikke noe plass', og sykehuset sier 'kan dere ikke finne noen annen løsning på problemet?' Også skal jeg stå med problemet. Så jeg synes ofte det er et problem at sykehjemmene, hjemmesykepleien og førstelinjetjenesten ikke klarer å se at dette går bare en vei. De lukker øynene for det, også fortsetter de å gi hjemmesykepleie, også vet vi at dette går ikke. Og så ringer de til meg og sier at 'nå må du gjøre noe. Nå er fru Hansen så dårlig, nå må hun bare inn på sykehuset', og sykehuset kan ikke gjøre noe. Det er ikke der hun skal være, for det er jo bare pleie (...) Det er eldre, og stort sett de enslige som bor alene, som ikke har noen pårørende som tar hånd om seg, eller som ikke har noen pårørende i huset. Det er jo den typen, og det trenger ikke være noen spesiell sykdom (...) Det kan bare være en som på en måte

forfaller, kan ha begynt å få demens og begynt å rote og glemmer å spise, glemmer å drikke, roter med medisiner, også går det på en måte litt på halv tolv hjemme. Senest forrige fredag så ble jeg tilkalt til et sånt hjem. En gammel dame som jeg ikke hadde sett i det hele tatt, og vært fastlege for, men hun hadde aldri vært hos meg. Hun ville ikke til legen, og hun hadde gått hjemme og rotet og surret, og sønnen og datteren har tilsett henne av og til, men ikke veldig mye. Og hjemmesykepleien har gjort det samme, vært der, passet på henne på en måte. Men hun forfalt, og hun måtte jo legges inn på sykehuset (...) Jeg føler meg selvfølgelig presset, jeg må gjøre noe, så må jeg ringe sykehuset, også føler jeg at de tenker 'ja, nå ringer vel han N.N. Han har vel en gammel dame han skal legge inn igjen'. Jeg føler ikke at jeg gjør en riktig legevurdering, og føler meg litt mellom barken og veden kan du si, så det er uheldig. Også blir jeg sur overfor hjemmesykepleien også. Jeg synes jo det på en måte er så unødvendig at det går dit." (Fastlege/sykehjemslege)

Fastlegen/sykehjemslegen opplever altså at han havner i en vanskelig situasjon når han blir tilkalt til hjemmeboende eldre pasienter som har svært dårlig allmenntilstand, og han vet at det ikke er mulig å skaffe tilveie sykehjems plass. Selv om han vet at sykehusinnleggelse ikke er den "riktigste" løsningen, blir dette til slutt ofte eneste utvei. I svært mange tilfeller tror han at slike situasjoner kunne vært løst på en bedre måte ved at hjemmetjenesten hadde tatt kontakt med han på et tidligere tidspunkt. De har imidlertid ingen etablerte arenaer for slik samhandling i kommunen, og fastlegen/sykehjemslegen mener at dette er noe av årsaken til at situasjoner som den han forteller om får lov til å utvikle seg.

Beskrivelse av utvikling av brukersammensetning innen pleie- og omsorgssektoren

Ved bo- og behandlingssenteret tar de seg av pasienter med stadig mer kompliserte sykdomsbilder. I følge avdelingslederen er holdningen ved institusjonen at ingen pasienter i utgangspunktet er for dårlige til å være hos dem, og de innlegger derfor kun pasienter ved sykehus dersom svært akutte og alvorlige situasjoner oppstår. For tiden huser for eksempel korttidsavdelingen tracheostomipasienter og pasienter som får ernæring via sonder. Selv om slike oppgaver er svært ressurskrevende og forutsetter at de ansatte har høy kompetanse, synes avdelingslederen at det er positivt at de greier å håndtere disse krevende oppgavene selv. For de ansatte beriker disse utfordringene jobbene deres faglig sett og avdelingslederen har derfor stor fokus på kompetansebygging.

I hjemmetjenesten opplever de å ha fått ansvaret for stadig flere yngre pasienter samt en del psykiatri- og rusrelaterte problemstillinger som tidligere var ukjent for dem.

"Det er slettes ikke bare somatiske og eldre en har. Man har i flere soner schizofrene og sånne som er suicidale og selvskadere. Så har vi fått flere som vi leverer metadon til. Det er jo litt nytt." (Soneleder i hjemmetjenesten)

Generelt opplever hun også at pasientene de skal ivareta er sykere og mer pleietrengende enn før. Kravet til kompetanse hos personellet blir dermed høyere, blant annet krever de nye pleiefaglige oppgavene at hjemmesykepleien må ha relativt mange sykepleiere på jobb per vakt. I følge sonelederen føler de seg nesten som et "B-sykehus".

Utviklingen i bruk av spesialisthelsetjenesten

Fastlege/sykehjemslege, soneleder og kontaktsykepleier/sykepleiekonsulent opplever alle at antallet sykehusinnleggelse har økt i løpet av de siste fem til ti årene. Økningen rapporteres å ha vært spesielt stor blant de eldste. Sonelederen synes økningen har vært størst blant cancerpasientene og de dårligste psykiatriske pasientene som skrives hyppig inn og ut av institusjoner. Når det gjelder innleggelse for utredning mener fastlegen/sykehjemslegen at dette sjelden eller aldri forekommer. I motsetning til tidligere må han nå selv gjennomføre mange forskjellige undersøkelser i forbindelse med utredningen og diagnostiseringen av pasientene. Ofte må pasienten også gjennom flere runder med henvisninger til forskjellige spesialister og sykehusavdelinger. Utredningsfasen tar derfor ofte svært lang tid, og fast-

legen/sykehjemslegen ønsker at han i noen tilfeller hadde kunnet henvise pasienter til sykehuset for full utredning. Dette ville i følge han spart pasienten for mange problemer og lang ventetid. Slikt arbeid burde etter hans mening prioriteres før en del kontrolloppgaver som sykehuset utfører.

"Det er ikke bare jeg, men andre fastleger også som sier det at det er farlig hvis en henviser pasienter til sykehuset, for du får dem jo ikke tilbake igjen. De blir gående der oppe å kontrollere blodtrykket sitt, helt unødvendig. Og når vi har spurt sykehuset om det så sier de 'ja, ja, vi må jo ha noen lette pasienter vi og da', som begrunnelse for å ha de der, helt unødvendig." (Fastlege/sykehjemslege)

På spørsmålet om hvorvidt det forekommer unødvendige innleggelser ved sykehusene, svarer avdelingslederen ved bo- og behandlingssenteret og sonelederen i hjemmetjenesten at dette er et relativt ukjent fenomen. Sonelederen mener at denne typen innleggelser var noe mer utbredt før. Fastlegen/sykehjemslegen mener derimot at en del innleggelser gjøres på sosial indikasjon. Disse pasientene er i utgangspunktet kommunens ansvar og meldes derfor svært raskt tilbake til kommunen igjen som utskrivingsklar. Sykehusinnleggelser av særlig dehydrerte og underernærte eldre kan derfor, i følge fastlegen/sykehjemslegen, betegnes som unødvendige. Årsaken til at slike situasjoner oppstår er i følge han mangelen på kommunale institusjonsplasser.

Tilbake fra sykehus til hjemkommune

I kommune C har tildelingsteamet ansvaret for koordineringen mellom sykehus, bo- og behandlingssentrene og hjemmetjenesten i forbindelse med utskrivningen av ferdigbehandlede pasienter. Kontaktsykepleieren/sykepleierkonsulenten beskriver en typisk utskrivings- og overføringsprosess på følgende måte:

"I forhold til institusjonene som jeg jobber med så tar jo sykehuset kontakt med oss først telefonisk om at de har en liggende der som har behov for kommunale tjenester. Og da blir det opp til kommunen å vurdere hva den tjenesten skal gå ut på, om det er korttidsopphold, sykehjemsplass eller hjemmebaserte tjenester. Og så blir det sendt et henvisningsskjema om mulig behov for kommunale tjenester. Du kjenner sikker til denne avtalen mellom sykehuset og kommunene om ferdigbehandlede pasienter, 11-dager regelen, og bøkene er gått opp fra 1300 til 1600 kroner. Så blir pasienten overført når pasienten er, ikke ferdigbehandla men utskrivningsklar. Jeg er på sykehuset en gang i uken, og ser på disse og vurderer de brukerne vi har fått henvisning på. Da er jeg på alle avdelingene og snakker med primærsykepleier og eventuelt lege, og da gjør jeg meg et bilde av hva disse trenger. Sykehuset har jo også kontakt med sonene hvor denne brukeren hører hjemme, og det har jo også jeg. Vi vet litt om hva som har vært før og innhenter de nødvendige opplysninger fra sonene, fra primærlege, fra vurderingsbesøk og eventuelt fra spesialisthelsetjenesten, fra fysio-/ergoterapeut, så vi bygger jo vurderingene og begrunnelsene på en ganske stor tverrfaglig/faglig bred avgjørelse. Det er viktig." (Kontaktsykepleier/sykepleierkonsulent)

Noen ganger kan også kommunikasjonen foregå direkte mellom sykehus og den aktuelle sonelederen i hjemmetjenesten. Sonelederen opplever at slik kommunikasjon ofte kan være hensiktsmessig for å få til gode løsninger.

"Så hvis sykehuset ser at vi her er velvillige og de ser at vi jobber for å finne en løsning, de også forstår jo våre problemer, og vi sier at vi har den og den plassen om for eksempel si 13 dager da, så blir de ikke sendt ut etter den 11. dagen. Det må jo være en dialog her. Vi jobber jo for å få det til på best mulig måte. Og det er jo heller ikke sånn at vi sier at 'ja, dere får ha dem i 11 dager for det har vi krav på'. Vi sier ikke det. Ringer noen og sier de kommer hjem til uken så må vi forberede oss på det, og innhente nødvendige opplegg hvis det er noe nytt da." (Soneleder i hjemmetjenesten)

Etter pasienten er overført erfarer kommunen imidlertid ofte at det oppstår problemer med overleveringen av den nødvendige dokumentasjonen. Fastlegen/sykehjemslegen har for eksempel opplevd at det kan gå opptil ett år før epikrisen når frem til han. I tillegg skulle han

ønsket at fastlegene, og ikke bare hjemmetjenesten, mottok foreløpig epikrise fra sykehusene. Dette kunne vært løst for eksempel ved at sykehuset sendte en faks om at pasienten var utskrevet og heftet ved en oversikt over hvilke medikamenter han/hun skulle ha. Dette ville gjort det enklere for fastlegen å skrive ut de nødvendige medisinene. Ved bo- og behandlingssenteret har de forhandlet frem en avtale med lokalsykehuset om at en foreløpig epikrise skal følge med pasienten ved utskriving. Dersom dette mangler sender de konsekvent pasienten i retur. Avdelingslederen har erfart at denne beinharde taktikken fungerer, og at så godt som alle pasienter som overføres til dem nå har med seg den foreløpige epikrisen. I epikrisen oppdager de imidlertid ofte feil. Eksempler på dette er at de angitte medisindoseringene er feile eller at blodprøvesvar for feil pasient er oversendt. Dette fører, i følge avdelingslederen, til mye unødvendig merarbeid. Sonelederen opplever at sykehusene ikke er flinke til å sende med resepter og medisiner for de første dagene etter utskrivingen. Dette fører igjen til ekstra arbeid for hjemmetjenesten. I slike tilfeller oversender de avviksmelding til sykehuset.

Endringer i oppgavefordelingen mellom nivå

Samtlige respondenter beskriver en utvikling der kommunehelsetjenesten har fått stadig flere, og delvis nye, arbeidsoppgaver å ivareta. Demensomsorg, psykiatri, geriatri og kreftomsorg nevnes som områder som i større grad enn tidligere blir overført til kommunene. Ved bo- og behandlingssenteret steller de mer med kanyler, intravenøs ernæring, respiratorer og avansert smertebehandling enn tidligere. Både avdelingslederen og sykehjemslegen opplever imidlertid oppgaveforskyvningen som positiv.

"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 på en måte på alle både 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)

Fastlegen/sykehjemslegen anser det også som positivt at sykehuset har sluttet med en del av kontrolloppgavene de tidligere beskjeftiget seg med. Han mener at dette skyldes at sykehuslegene nå stoler mer på fastlegene enn de gjorde tidligere. Sonelederen i hjemmetjenesten oppfatter også at de ansatte ved sykehusene har fått større tillit til hjemmesykepleien enn de hadde før.

"Altså, jeg tror nok, sånn som blant annet sår for å ta det da for eksempel, jeg tror sykehuset har fått kanskje mer tillit til hjemmesykepleien etter hvert, at de ser at de kan mye, og på en måte slipper pasienten hjem sånn at vi kan gå inn å overta det med sårskift og de tingene. Før så kanskje de måtte ligge lengre inne på grunn av sårbehandling da, men nå kan vi ta de hjem og overta, fordi vi er faglig mer rustet i dag. Det tror jeg nok. Og at jeg tror nok de har fått kanskje større tillit til hjemmetjenesten." (Soneleder i hjemmetjenester)

Kontaktsykepleieren/sykepleierkonsulenten opplever imidlertid at kommunen også kan bli sittende igjen med en del oppgaver som de ikke har tilstrekkelig kompetanse til å ivareta på en forsvarlig måte. Dette er i følge henne et resultat av at instansene som bør behandle pasientene fraskriver seg ansvaret, noe som for eksempel har vært tilfelle ved psykiatrisk avdeling på sykehuset, hvor de er veldig raske til å overføre pasienten til kommunen. Disse pasientene er svært vanskelige, ofte umulige, å ivareta ved kommunale korttidsavdelinger, og resultatet blir gjerne at kommunen må oversende avviksmelding i forbindelse med overføringen.

Ivaretagelse av pasienter med sammensatte behov og pasienter som krever samordnet tilbud

Blant respondentene i kommune C holdes psykiatriske pasienter og kronikere frem som eksempler på pasientgrupper med svært sammensatte behov. Kontaktsykepleieren/sykepleierkonsulenten opplever at mange pasienter utvikler seg til å bli kronikere etter hvert som de blir eldre. På grunn av sykehusenes fokus på økonomi og effektivitet mener hun at disse pasientene ikke oppfattes som lønnsomme nok, og derfor ender opp som såkalte "svingdørspasienter". Generelt har hun et inntrykk av at samhandlingen mellom primærlege og sykehuslege er for dårlig når det gjelder oppfølgingen av pasienter med sammensatte behov.

"[Samordningen] kunne nok vært bedre noen ganger. Får ett inntrykk av at primærlegene og sykehuslegene for eksempel burde hatt noen flere treffpunkter. Og denne kontinuiteten fra primærhelsetjenesten og inn i sykehuset når pasienten blir lagt inn og vise versa. Altså legene får jo epikriser når pasienten skal ut igjen, men dette med den andre veien fra kommunen og inn, der tror jeg det burde vært en mye bedre samhandling mellom primærlegen og sykehuset." (Kontaktsykepleier/sykepleierkonsulent)

Sonelederen mener at yngre pasienter i større grad enn eldre får tilbud om samordnet oppfølging. Den aldersmessige forskjellen er i følge henne påfallende stor for eksempel når det gjelder tilbudet om spesialistrehabilitering. Fastlegen/sykehjemslegen opplever at psykiatriske pasienter med sammensatt problematikk får et altfor dårlig tilbud når de overføres til kommunen. Som fastlege mener han for eksempel at han selv ikke har god nok kompetanse innenfor psykiatri, og derfor er avhengig av å henvise slike pasienter videre til forskjellige typer spesialister. Henvisningsprosessen oppleves imidlertid som svært vanskelig og preget av lang ventetid dersom pasienten får tilbud om behandling i det hele tatt. Når det gjelder somatiske pasienter, som følges opp av både fastlege og gjennom polikliniske kontroller, rapporteres imidlertid samordningen og samarbeidet å fungere bedre.

Respondentene ble også spurt om bruken av individuelle planer i kommunen. Fastlegen/sykehjemslegen sier at "individuell plan er stort sett bare et fint ord". I sitt arbeid, både ved egen praksis og ved bo- og behandlingssenteret, opplever han at kun noen få pasienter har fått utarbeidet slike planer. Avdelingslederen ved senteret bekrefter dette, og forteller videre at det så langt stort sett bare er rehabiliteringspasientene som har fått utarbeidet individuelle planer. Hun stiller seg imidlertid svært positiv til iverksetting av slikt planarbeid. Foreløpig opplever hun at satsningen kun er begrenset av ressursmangel. Sonelederen forteller at en del av deres pasienter har fått utarbeidet individuell plan; spesielt barn og ungdom med handikap og psykisk utviklingshemming. For de av pasientene som har fått planer ser disse, i følge henne, ut til å fungere godt.

Konsekvenser av nye oppgaver, tyngre pasientsammensetning og kortere liggetid i sykehus

Kontaktsykepleieren/sykepleiekonsulenten har inntrykk av at den stadige reduksjonen i liggetid ved sykehusene har hatt store konsekvenser for pleie- og omsorgstjenesten i kommunen. Blant pasientene som skrives ut til eget hjem reinnlegges mange etter relativt kort tid, i følge konsulenten. For sykehjemmenes del har det ført til at de har blitt såkalte "B-sykehus", hvor behandlingen som er initiert ved sykehuset fortsetter. Forøvrig forteller sonelederen at det er en økende tendens til at pasienter som innlegges på sykehus kun blir behandlet for den konkrete tilstanden de legges inn for. Pasienter med komplekse og mangefasetterte problemstillinger må derfor ofte reinnlegges relativt raskt for å få behandlet relaterte lidelser.

Avdelingslederen ved bo- og behandlingssenteret er svært uenig i utskrivingspolitikken spesialisthelsetjenesten praktiserer for psykiatriske pasienter.

"Jeg synes sykehuset kjører en beinhard politikk på utskrivelser, og jeg må si at jeg er ofte veldig uenig, kanskje spesielt i forhold til psykiatrien. Hva de skriver ut selv er hva de burde ha fulgt opp selv! Men kommunen må ta

ansvaret, som jeg syns på en måte er helt horribelt (...) Vi har skriftlige kriterier på det [definisjonen av utskrivingsklar]. Det er at de skal være enten ferdigbehandlet eller skal være klar til å ta et behandlingsopplegg. Et eksempel på hvordan man kan tøyne det begrepet er en pasient som ble innlagt på akuttavdelingen i psykiatri på grunn av [at hun var] suicidal. Hun var der, ble skrevet ut til oss, hun er fortsatt suicidal og skal være hos oss i tre uker for så å dra hjem. Vi ser jo at det er helt miss, for dama er suicidal og burde absolutt ha vært på en langtidsavdeling, for på en måte å ha fått behandling, men da sier de at de har [lagt] et behandlingsopplegg de. Sånn kan man tøyne (...) man er i utgangspunktet lite verdt altså." (Avdelingsleder ved bo- og behandlingssenter)

Avdelingslederen mener at situasjonen sjelden er tilsvarende vanskelig innenfor somatikken.

Betydning av pårørende og familiestruktur

Sett i et tiårsperspektiv oppfatter kontaktsykepleieren/sykepleierkonsulenten at samfunnsstrukturen har endret seg slik at pårørende i dag i stadig større grad ønsker å skyve ansvaret for de eldste over på den offentlige sfære. Delvis mener hun at dette skyldes at flere kvinner nå har fulltidsjobb og føler at de har nok med jobb, hus og hjem og delvis tror hun at mange pårørende føler seg slitne og utrygge i forhold til situasjoner med senil demente. Forventningene om sykehjems plass har også blitt større i løpet av de siste fem til ti årene, og etter hvert som kunnskapen og oppmerksomheten omkring pasientrettigheter har økt, har også rettferdighetsfokuset blitt større blant de pårørende. Hun beskriver endringen slik:

"Pårørende i dag de har mye nok med seg selv, med jobb og hus og hjem, og begge jobber. Det er slutt på det at kvinnene var hjemme. Det er jo en veldig forandring i samfunnsstrukturen i forhold til den gang da kvinnene var hjemme og tok seg av eldre, unger og alt dette her. Jeg vet ikke om det var så mange demente som i dag jeg, men det ser ut som det er en økning i alle fall. Og da ble de ivaretatt, de ble fulgt opp, de fikk ordentlig kosthold. Det var ofte mer en familie på en måte. I dag blir disse gamle menneskene veldig isolert, føler jeg. Mange pårørende har ikke så mye tid til sine lenger og de sitter hjemme og får litt tilsyn kanskje av hjemmesykepleien. Ofte så er de jo fysisk godt fungerende. Sånn at de egentlig ikke har behov for så veldig mye hjelp på den måten, men det er jo det mentale det går ut over. Og jeg tror dette med isolasjon er en bit av det. Og man kan jo kanskje bli dårlig fungerende mentalt av å føle seg litt på siden. Kanskje de syns det er en sorg at de på en måte ikke er en del av resten av familien og samfunnet lenger." (Kontaktsykepleier/sykepleierkonsulent)

Ved bo- og behandlingssenteret har de ansatte svært stor forståelse for at slitne pårørende blir fortvilte når pasientene må skrives ut tilbake til eget hjem. Avdelingslederen har flere ganger opplevd at pårørende endelig føler at det pleietrengende familiemedlemmet har det godt og trygt når de får sykehjems plass. Frustrasjonen kan derfor ofte være tilsvarende stor dersom pasienten må sendes tilbake til eget hjem, for der å bli pleiet av hjemmesykepleien. Slike situasjoner kan noen ganger kulminere i trusler fra pårørende om at de vil gå til pressen eller sende inn en formell klage på institusjonen. Avdelingslederen er imidlertid opptatt av at institusjonen skal ha fokus på faglig forsvarlighet og ikke la seg presse av "hissige og fortvila" pårørende.

Samarbeidstiltak

Kontaktsykepleieren/sykepleierkonsulenten og avdelingslederen ved bo- og behandlingssenteret beskriver samarbeidet og dialogen med spesialisthelsetjenesten som god. Når ansatte ved bo- og behandlingssenteret ringer til sykehuset for å konferere om enkeltpasienter opplever de å bli møtt på en veldig positiv måte, og avdelingslederen ønsker at de kunne samarbeidet enda tettere. Nettverkskontakten de har etablert innenfor kreftomsorgen har for eksempel fungert relativt godt. Kontaktsykepleieren/sykepleierkonsulenten synes at samarbeidet med sykehusene fungerer stadig bedre. Begge parter har blitt flinkere til å fokusere

på pasienten og se hele pasientforløpet som en helhet. Videre tror hun at erfaringskonferansene, som avholdes et par ganger i året, har bidratt positivt til samarbeidet.

"For å få til en så god som mulig overføring av brukeren må brukeren være i sentrum. Å sette fokuset på brukeren på tvers av de ulike satsningsnivåene, det ser jeg som den største utfordringen som er. Og det har det jo vært snakka om i mange år, at man sitter på hver sin tue. Der syns jeg vi har en utfordring som er av de viktigste altså. Å få brukeren på rett sted, på rett nivå, men å kunne samarbeide rundt dette fra kommunen og sykehusets side slik at man får til gode løsninger. At man ikke bare sitter med skylapper og ser sitt ståsted, men kikker litt ut over det og ser at det er en helhet og ser hele tiltakskjeden og tjenestekjeden slik at man ser helheten og tenker samfunnsøkonomisk. Det er jo viktig. Både med brukeren i fokus og tenke helhetlig samfunnsøkonomi. Veldig stor utfordring. Og det er veldig moro, syns jeg, når alle begynner å se ting, og man kan ivareta det beste fra hvert nivå, og få til noe felles for brukerne. Det er det som er moro. Og det syns jeg sykehuset har blitt flinkere på, for de så kanskje litt på kommunene før som litt sånn, ja hjemmetjenester... det er jo ikke så... Men der måtte det revurderes altså. De ser helt klart mye mer behovet for dette samarbeidet nå enn tidligere. Men det er klart det er et press, for de tenker økonomi de også. Det gjør alle. Det er jo knapt med penger overalt. Men særlig da er det jo veldig viktig med å samarbeide best mulig. Jeg tror de begynner mer og mer å se det, rett og slett. Så dette har jo vært en prosess. Jeg syns det blir stadig bedre." (Kontaktsykepleier/sykepleierkonsulent)

Kontaktsykepleierne/sykepleierkonsulentene jobber dessuten kontinuerlig med å ansvarliggjøre begge parter ved utskrivningen av pasienter. De forsøker også å ta tak i tilfellene av dårlige overføringer for å forebygge at lignende episoder skal skje i fremtiden.

Sonelederen i hjemmetjenesten nevner også nettverksgruppene i regi av spesialisthelsetjenesten som et eksempel på godt samarbeid på tvers av nivåene. Selv om det kostet en del penger å delta i disse nettverkene har de valgt å prioritere denne formen for faglig samhandling. Fastlegen/sykehjemslegen er ikke like fornøyd med samarbeidsklimaet. For eksempel opplever han det som noe merkelig å kommunisere med turnusleger i forbindelse med innleggingen av pasienter.

"(...) Jeg har da allerede bestemt meg. Og jeg har jo rett til å legge inn folk kan du si, så jeg på en måte kjører på som en bulldoser og sier at 'nå kommer fru Hansen ikke sant, en gammel dame'. Så er det en turnuskandidat på sykehuset jeg snakker med så jeg kjører bare på. Det er på en måte sånn det er, og da har jeg bestemt at den pasienten skal inn, for det er ikke noe alternativ. Og hadde det vært en annen enn turnuskandidaten som kunne si 'hør nå her, vi har ikke plass. Dere må finne en annen løsning', så hadde jeg gjerne hørt det, for da hadde jeg igjen kunne sagt til hjemmesykepleieren 'dere hører hva de sier, det er ikke plass. Dere må ordne opp selv'. (Fastlege/sykehjemslege)

Hvis det er behov for dialog ønsker fastlegen/sykehjemslegen i utgangspunktet å konsultere en overlege om pasientens tilstand. Som sitatet viser, opplever han det ikke nødvendigvis som urimelig å få en pasient avvist ved sykehuset dersom begrunnelsen er faglig god. Det gir tvert imot et sterkere incentiv til å spille ballen tilbake til den kommunale pleie- og omsorgstjenesten. Fastlegen/sykehjemslegen savner en ordning med telefontid, for eksempel en time per dag, hos sykehusoverlegene. Han tror dette kunne ført til en enklere arbeids hverdag for han og forbedret samarbeidet på tvers av nivåene. I tillegg ønsker han at spesialistene ved sykehusene i større grad hadde satt av tid til å komme innom sykehjemmene for å se til pasientene der. Han er overbevist om at dette ville bidratt til betydelige samfunnsøkonomiske besparelser samtidig som det hadde blitt mer interessant å arbeide på sykehjemmet.

Utfordringer fremover

Sonelederen og kontaktsykepleieren/sykepleierkonsulenten mener, som tidligere nevnt, at samarbeidet mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten fungerer stadig bedre. De understreker begge betydningen av å ha en god dialog og spille på lag. Utfordringene fremover blir derfor å holde ved like samarbeidet som har blitt etablert gjennom erfaringskonferansene.

Kontaktsykepleieren/sykepleierkonsulenten er spesielt opptatt av utfordringene knyttet til å få i stand en god overføring av pasientene, og en god ressursutnyttelse. Hun betrakter det også som svært viktig å tenke helhetlig og samfunnsøkonomisk. En spesielt viktig fremtidig utfordring blir, i følge henne, å se de ulike nivåenes muligheter og begrensninger, slik at oppgaver og tjenester plasseres der det er mest formålstjenelig. Avdelingslederen ved bo- og behandlingssenteret er opptatt av at de to nivåene må ha tillit til hverandre – spesielt i forhold til situasjonen rundt overføringen av pasienter. For eksempel savner hun at sykehuset kunne stole mer på henne når hun ber om to ekstra døgn for å organisere en ledig plass til en utskrivingsklar pasient. For tiden opplever hun at denne tilliten ikke er til stede. En annen viktig utfordring er i følge henne ansvarsfraskrivelsen som foregår i forhold til psykisk syke pasienter.

"Man jobber veldig vanskelig. I stedet for å få jobbe sammen med psykiatrien må vi tilkalle politi. Jeg syns etikken i dette ikke er bra! Her må det gjøres noen grep! Det må da gå an å ha tillit til hverandre, slik at man kan jobbe for pasientens beste. Om man er i første- eller andrelinjetjenesten, så må man forstå at vi sitter ikke her og ønsker å fraskrive oss ansvaret og bli kvitt noe som er brysomt. Her hos oss så har vi ikke lov til å drive med tvangstiltak. Og så har vi noe som heter Arbeidsmiljøloven for våre ansatte, og når vi har pasienter som er så utagerende, folk som blir banka, så kan vi ikke ha de." (Avdelingsleder bo- og behandlingssenter)

Avdelingslederen ønsker altså at man må bli mer opptatt av å sette pasienten i fokus, og ha større tillit til hverandre i helsetjenesten – uavhengig av om man jobber i kommunen eller ved en spesialistinstitusjon.

4 Sykehus I

Respondenter⁵:

- klinikkoverlege for fire medisinske avdelinger
- seksjonsoverlege gastromedisinsk seksjon
- klinikkoversykepleier ortopedi
- klinikkoversykepleier medisin

Dette er et sentralsykehus med alle sentralsykehusfunksjoner og har full akuttmedisinsk beredskap innenfor medisin, kirurgi og ortopedi. Sykehuset har ifølge SAMDATA Somatikk-publikasjonen for 2003 et høyt belegg. Antall innleggelse har økt mye de siste 5-10 år, spesielt ø-hjelpsinnleggelse knyttet til eldre over 80 år. Gjennomsnittlig liggetid for ø-hjelpsinnleggelse er redusert i perioden 1995-2003 og gjelder alle aldersgrupper, men mest for de yngre gruppene. I forhold til landsgjennomsnittet har området sykehuset dekker få senger per innbyggere.

Kapasitet innenfor spesialisthelsetjenesten

Samtlige respondenter rapporterer at kapasiteten i deres enhet er begrenset. Ressurssituasjonen, og særlig det lave sengetallet ved de medisinske avdelingene, fremholdes som spesielt problematisk. Både klinikkoversykepleieren og klinikkoverlegen ved den medisinske klinikken synes den dårlige sengekapasiteten nå er et så stort problem at det går ut over de faglige oppgavene de skal ivareta. Klinikkoverlegen har gjort et regnestykke som viser at den indremedisinske avdelingens sengetall per innbygger i opptaksområdet ligger betydelig lavere enn for alle andre sykehus i landet.

"Jeg har regnet ut at vi har færrest indremedisinske senger i hele landet hvis du ser på antall pasienter, eller antall innbyggere da. Så vi ligger helt på bunnen og det har vi gjort i hvertfall siden 1999. Og da kan jeg også fortelle deg at hvis jeg sammenligner oss med de sykehusene som er rundt oss i de nærmeste helseforetakene, for å komme opp på nivå med de som ligger nest nederst på listen, vi ligger nederst, så skulle vi hatt 22 senger til. Og for å komme opp på et gjennomsnitt av de fire, fem som er rundt oss, så skulle vi hatt 40 senger til for å ha det samme sengetilbudet (...) Det er klart, man har vel trodd at det å ha få senger var god økonomi. Det ser vi i dag at det er det ikke. Det går så mye ressurser med til å håndtere sengefattigheten vår at det er helt utrolig. Alle sliter med det; pleiere, leger, ambulansetjenesten, sykehuset og ikke minst så går jo dette utover pasientene." (Klinikkoverlege medisin)

Overlegen forteller videre at han, i et forsøk på å håndtere sengemangel, nå har opprettet en egen legestilling for å koordinere pasientflyten, slik at nye pasienter til enhver tid blir kanalisert dit det finnes ledige senger. Øyeblikkelig-hjelp andelen av innleggelsene ved klinikken er ca 92-93 prosent, noe som i følge overlegen gjør det ytterligere vanskelig å få til

⁵ Klinikkoversykepleierne i ortopedi og medisin ble intervjuet sammen.

god planlegging i forhold til sengekapasiteten. I tillegg har han erfart at de som bestemmer størrelsen på bevilgningene sykehuset og avdelingene skal få, befinner seg langt unna den kliniske hverdagen og har vanskelig for å forstå de indremedisinske problemstillingene. Byråkrater og politikere forstår bedre hvordan et kirurgisk inngrep og oppfølgingen av dette foregår, enn de komplekse sykdomstilfellene de medisinske avdelingene håndterer. Dette har i følge han gitt seg utslag i underfinansiering av disse avdelingene.

Kapasitet innenfor pleie og omsorg

I tillegg til å vurdere ressursituasjonen ved eget sykehus, ba vi respondentene om å beskrive hvordan de oppfatter at kapasiteten innenfor den kommunale pleie- og omsorgstjenesten er. Den medisinske klinikkoversykepleieren og overlegen ved gastromedisinsk seksjon har begge inntrykk av at knapphet på sykehjemsplasser har utviklet seg til å bli en flaskehals. Dette fører blant annet til at pasienter som etter deres oppfatning burde vært tatt hånd om ved et sykehjem etter utskrivning fra sykehuset, istedenfor blir sendt tilbake til eget hjem. Seksjonsoverlegen tror at kapasiteten innenfor hjemmetjenesten også er noe knapp, og at dette gir seg utslag i at pasientene i perioder får for få og for korte tilsynsbesøk. Oversykepleieren tilføyer at utbyggingen av omsorgsboliger ikke monner tilstrekkelig, og at slike boliger ikke kan erstatte sykehjemsplasser fullt ut. I tillegg til underkapasitet på plasser, mener hun at det ved enkelte sykehjem er kompetansemangel. For eksempel er det ikke alle institusjonene som kan ta imot pasienter med behov for intravenøs ernæring. Oversykepleieren ved ortopedisk klinikk antyder at holdningene og viljen blant de ansatte innenfor pleie- og omsorgstjenesten i kommunene er med på å bestemme hvilke pasienter de vil ta imot.

"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)

Utviklingen i bruk av spesialisthelsetjenesten

Både klinikk- og seksjonsoverlegen beskriver økningen i antallet sykehusinnleggelser de siste ti årene som enorm. Seksjonsoverlegen ser økningene i sammenheng med det stadig voksende antallet eldre. Innenfor gastromedisin har de blant annet opplevd at mage-tarmblødninger har hatt et oppsving de siste årene. Dette skyldes i følge overlegen en markant økning i bruk av medisiner for gikt og bruk av smertestillende medikamenter. På dette området vil sykehuslegen prøve å få i stand et bedre samarbeid med kommunene, ettersom det etter hans oppfatning er de som sitter med nøkkelen til å løse problemet med medisineringsrutinene.

Respondentene ved sykehus I er forsiktige med å uttale seg om unødvendige innleggelser. I utgangspunktet mener klinikkoversykepleierne at langt de fleste pasientene som legges inn er berettigede innleggelser. De opplever imidlertid, fra tid til annen, at pleiepasienter blir innlagt fordi hjemmesykepleien ikke takler oppgavene sine godt nok. De mener at denne utviklingen også må ses i sammenheng med en holdningsendring i befolkningen – mens man tidligere avventet kritiske situasjoner, er man nå raskt ute med å kontakte akuttmottaket.

"Holdningene ute i samfunnet i dag er endret. Før var det jo slik at datt ei gammel dame om, så la du henne i stabilt sideleie, og du så det nå litt an, men nå har jo alle mobiltelefon i lomma og ringer 113. Det gjør at, jeg vet ikke om man kan kalle det unødige innleggelser, men terskelen for å komme til akuttmottaket er i alle fall lavere. Og det gjør jo at det er flere pasienter innom akuttmottaket, men de har styrka legesida der, nettopp for å sørge for at de pasientene som da skal videre fra akuttmottaket og inn i sengepostene, ikke er unødvendige innleggelser. Obsposten hindrer vel at de unødvendige innleggelsene kommer opp i sengepostene." (Klinikkoversykepleier ortopedi)

Akuttmottaket og observasjonsposten fungerer dermed som et filter mot unødvendige innleggelser. Klinikroversykepleierne tror at volumet av innlagte pasienter kunne vært redusert dersom samarbeidet mellom sykehuset og kommunen hadde vært bedre. Klinikroverslegen har et inntrykk av at noen av innleggelsene fra eget hjem eller sykehjem, der lege ikke har vært inne i bildet på forhånd, er unødvendige. Ofte kunne tilstanden da ha vært stabilisert på en enkel måte ved et vanlig besøk hos fastlegen påfølgende dag. Den medisinske klinikroversykepleieren mener at en del reinnleggelser av pasienter må ses i sammenheng med kommunenes enkelte ganger uforsvarlige oppfølging av pasienter som skrives ut fra sykehuset. På erfaringskonferansen fikk de blant annet høre om eksempler der slagpasienter, som ble overført til omsorgsboliger med tilsyn fra hjemmesykepleien etter oppholdet, ikke fikk god nok oppfølging av væske- og ernæringsinntaket, og derfor ble innlagt ved sykehuset dehydrert en uke senere.

I tillegg til at det har vært en volumøkning i antallet innleggelser, har også typen innleggelser endret seg. Det har i følge klinikroversykepleieren i ortopedi skjedd en dreining fra innliggende behandling til mer dagkirurgi og poliklinisk behandling. Dermed er det kun de aller tyngste pasientene som blir innlagt ved sengpostene. Det rapporteres også å ha skjedd en klar reduksjon i liggetiden de siste ti årene, noe sitatet nedenfor illustrerer.

"Hvis du tenker på hvordan utviklingen har vært, så ser du stor forskjell hvis du går ti år tilbake. Før lå pasientene der fra de kom inn til de var ferdig behandla. I dag bruker vi ikke ordet ferdig behandla, men bruker utskrivningsklar i stedet. For nå ligger du på sykehus i den akutte fasen til behandlingen er satt i gang og til man kan overføres til et annet nivå. Når det ikke er bruk for spesialisthelsetjenestene, da flytter vi pasientene videre i systemet, og det har blitt mer og mer påkrevet etter hvert fordi bruken av sykehuset har endret seg. Det er klart at du skal ha flere gjennom systemet, og da er pasientlogistikken veldig viktig. Og så er behandlingsmetodene endret. I dag bruker vi ikke så lang tid på et hjerteinfarkt, for ikke å snakke om en hofooperert. Å få nytt hjerte i dag, da kommer du nesten tilbake dagen etterpå, satt litt på spissen. Så teknologien har også gjort sitt til at pasientlogistikken er annerledes nå enn den var tidligere." (Klinikroversykepleier medisin)

Som utdraget ovenfor viser, trenger ikke pasientene lenger å være ferdigbehandlet for å skrives ut. Når de er utskrivningsklare skal de behandles ferdig på et annet nivå i systemet. Oversykepleieren understreker også rollen ny teknologi har spilt for å kunne muliggjøre den enorme reduksjonen i liggetiden.

Fra hjemkommune til sykehus

Ved henvisningen av pasienter fra kommunen til sykehuset er informasjonen som følger med av svært varierende kvalitet. Klinikroverslegen har ikke tro på standardiserte henvisningskriv, men ønsker at henvisningsbrevet til en større grad kunne vært "konfigurert etter symptom eller sykdom". Med dette mener han at det skulle eksistert noen retningslinjer for hva innleggende lege skal ha undersøkt og samlet inn opplysninger om, avhengig av hvilke sykdommer vedkommende har mistanke om.

Seksjonsoverlegen i gastromedisin opplever fra tid til annen at pasienter legges inn, for eksempel fra sykehjem, uten at lege har vært kontaktet på forhånd. Dette oppfatter han som uheldig ettersom kontakten mellom innleggende lege og vakthavende lege ved sykehuset er viktig. Forøvrig er henvisningene han mottar ofte av svært varierende kvalitet. Generelt opplever han at fastlegene har grundigere og mye mer utfyllende henvisningsbrev enn legevaktlegene.

"Ja, det er jo veldig variabelt. Det er jo det, og det er jo litt av problemet. Er det en legevakslege som legger inn, som ikke kjenner pasienten, så er jo ofte informasjonen for dårlig. Er det fastlegen så får vi noe bedre informasjon, men det er klart at vi må vel si at stort sett så kunne vi ønsket oss en bedre informasjon ved innleggelse, særlig når det gjelder medikamenter og slikt. Det er jo ofte slik at vi må ta kontakt med pasientens pårørende eller andre for å få rede på det (...) og det er jo også et problem med å få tak i fastlegen. Det er ikke så veldig lett for de har en veldig begrenset telefontid. Så det er ikke så enkelt for oss, selv om vi har direkte-nummer til en del, så er ikke det enkelt." (Seksjonsoverlege gastromedisin)

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

Tilbake fra sykehus til hjemkommune

Sykehuset har inngått avtaler med de kommunene som de skriver ut flest pasienter til. Disse avtalene fastsetter hvor mange dager kommunene har til rådighet for å skaffe et tilbud til utskrivingsklare pasienter, samt prisen per døgn som kommunene faktureres dersom fristen overskrides. Klinikkooversykepleieren i ortopedi beskriver hvordan de vanligvis jobber i forhold til pasienter som skal tilbakeføres til kommunen.

"Måten vi gjør det på når vi får en pasient er at vi har en rutine på at vi melder et mulig behov for kommunal tjeneste i det øyeblikket pasienten kommer inn. Og så har vi selvfølgelig en jevn kommunikasjon og et skjema som vi fyller ut hvor vi angir at pasienten er utskrivningsklar. Det er den medisinske ansvarlige lege som setter dato for det (...) Og kommunene er jo veldig klar på overfor oss, at vi stadig må håndheve internt at vi ikke skal mene mye om behovet. Det er vår oppgave å beskrive situasjonen til pasienten, og melde at den har et mulig behov for kommunal tjeneste, og så er det de som må vurdere på hvilket omsorgsnivå pasienten hører hjemme. Det er jo ikke til å stikke under en stol at vi sliter oss ut med å få gjennomført det. Spesielt pleietjenesten er veldig rask til å si at den pasienten må jo på sykehjem, eller den må jo kunne klare seg hjemme. Det er ikke så lett å få alle våre mange ansatte til å forholde seg til den avtalen vi har. Men kommunene er veldig klar på det at de vil bestemme nivået, for det er de som har oversikt over hva de kan tilby." (Klinikkoversykepleier ortopedi)

Man starter altså planleggingen i forhold til utskrivningen straks pasienten legges inn. Behov for kommunale tjenester meldes derfor relativt tidlig til kommunene. Etter strenge tilbakemeldinger fra den kommunale pleie- og omsorgstjenesten har de sykehusansatte fått instruksjoner om å ikke antyde overfor pasienten hvilket omsorgsnivå de vil bli tatt hånd om på i kommunen. Avtalene som er inngått har dessuten som formål at kontaktpunktene mellom de to nivåene i forbindelse med utskrivningen av pasienter skal reduseres. Dette har blant annet blitt realisert ved at flere av kommunene har opprettet egne stillinger for kontaktpersoner som skal koordinere dette arbeidet.

Klinikkooverlegen i medisin mener at separate avtaler med de forskjellige kommunene er overflødig. Selv skulle han ønske at det ble tatt en overordnet beslutning, av for eksempel Helsedepartementet eller Helsetilsynet, om hvor mange dager utskrivingsklare pasienter skal få lov til å ligge ved sykehusene. Seksjonsoverlegen i gastromedisin mener at enkelte kommuner feilaktig har oppfattet det som at de har en rett til å ha pasientene sine liggende ved sykehuset inntil fristen utløper. Klinikkooversykepleieren i medisin deler dette inntrykket. I de nye avtalene som er inngått er det derfor satt fokus på at kommunene skal ta imot de utskrivingsklare pasientene så raskt de kan, og at sykehusene til gjengjeld ikke skal fakturere kommunene umiddelbart, og hver gang de overskrider fristen.

I tilfeller der sykehuset har svært mange korridorpatienter og samtidig får innlagt flere øyeblikkelig-hjelp pasienter, innrømmer den medisinske klinikkooversykepleieren at de sender hjem pasienter som ikke skulle vært hjemme. Dette mener hun er beklagelig sett fra sykehusets side, men hun synes kommunene må dele skylden. Et regnestykke hun har gjort viser nemlig at de ikke hadde hatt korridorpatienter i det hele tatt dersom kommunene hadde tatt imot de utskrivingsklare pasientene umiddelbart når de var klare.

Historisk sett har sykehus I hatt en del problemer med lang epikrisetid, noe som også er en kjensgjerning blant respondentene. Dette er et problem de har forsøkt å løse, blant annet ved å innføre en målsetting om at samtlige pasienter som skrives ut skal ha med seg en

kort, håndskrevet foreløpig epikrise og sykepleierapport. Den foreløpige epikrisen gir en kort sammenfatning av hva som feiler pasienter, hva slags behandling vedkommende har fått og hva slags oppfølging som foreslås videre. Hvis dette ikke følger med, har sykehuset opplevd å få pasienten i retur, forteller den ortopediske klinikkoversykepleieren. Ved ortopedisk klinikk har de etterspurt tilbakemeldinger fra kommunene i forhold til relevansen av, og kvaliteten på, dokumentasjonen som følger med pasienten ved utskrivningen. For å redusere epikrisetiden har de, i følge seksjonsoverlegen i gastromedisin desentralisert kontortjenesten, slik at hver seksjon har ansatt en person som skriver epikriser på dagtid. Dette har bidratt til at de som skrives ut i mange tilfeller kan få med seg den endelige epikrisen når de drar.

Endringer i oppgavefordeling mellom nivå

De to overlegene er begge enige om at kommunehelsetjenesten har fått stadig flere oppgaver å ivareta de siste fem til ti årene. Klinikkooverlegen i medisin mener at en viktig årsak til dette er at pasientene lever lengre med sykdommene sine nå enn tidligere, og at dette fører til at flere skal følges opp av fastlegene. I tillegg har fastlegene, i følge overlegen, blitt flinkere til å gjøre gode utredninger og til å ta seg av behandlingen av en del tilstander som sykehusene tok seg av før. Han mener at man derfor burde hatt en diskusjon i forhold til muligheten for å overføre enda flere oppgaver, som for eksempel kontroll av KOLS- og diabetespasienter, til førstelinjetjenesten.

Seksjonsoverlegen i gastromedisin får tilbakemeldinger om at kommunehelsetjenesten tar seg av pasienter med stadig dårligere helsetilstand, deriblant kronikere og respiratorpasienter som tidligere var innlagt ved sykehus. Dette må i følge han ses i sammenheng med reduksjonen i liggetiden ved sykehusene. Presset på sengene reservert for indremedisin øker hele tiden, og fører til at de må skrive ut pasientene tidligere. Når det gjelder pasienter som skrives ut uten at behandlingen er avsluttet, tror han at oppfølgingen likevel fungerer tilfredsstillende så lenge behandlingen er iverksatt på en forsvarlig måte og en adekvat behandlingsplan er lagd.

Ivaretagelse av pasienter med sammensatte behov og pasienter som krever samordnet tilbud

Respondentene forteller at flere av de eldste pasientene har sammensatte behov for både behandling og oppfølging. Dette har sykehuset forsøkt å følge opp på flere måter, blant annet ved å opprette pasientansvarlige leger som skal fungere som koordinerende instanser, ved å gjøre flere interne henvisninger, ved å opprette hjerte- og lungerehabiliteringstilbud og ved å ansette geriater som følger opp pasientene også etter utskrivning. Seksjonsoverlegen i gastromedisin er likevel ikke sikker på at oppfølgingen av pasienter med sammensatte behov fungerer på en optimal måte.

"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 geriatr 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)

Seksjonsoverlegen mener at geriaterne eller fastlegene burde fått et større koordineringsansvar i forhold til pasienter som skal følges opp av både kommune- og spesialisthelsetjenesten. Når det gjelder samordningen mener overlegen at de fortsatt har et stort forbedringspotensial. For eksempel går en del pasienter til kontroller for de samme lidelsene hos både spesialist og fastlege.

Verken ved den ortopediske eller medisinske klinikken har de kommet særlig langt i forhold til utarbeidingen av individuelle planer. Ved førstnevnte klinikk mener oversykepleieren at de kunne hatt god bruk for slike planer, for eksempel i forhold til opptreningen av eldre pasienter med hoftebrudd. Det hadde, i følge henne, også vært positivt hvis første- og andrelinjertjenesten hadde etablert kontakt på et tidligere tidspunkt i pasientforløpet i forhold til oppfølgingen av enkeltpasienter. Slik kontakt ville i følge henne bidratt til at de ansatte ved sykehuset hadde blitt flinkere til å tenke på informasjonsbehovet kommunehelsetjenesten har. Klinikroversykepleieren i medisin rapporterer at heller ikke de har kommet særlig langt i sitt arbeid med individuelle planer.

"Individuell plan var fremme her for en stund siden, så ble det på en måte lagt litt på is. Vi var invitert til [kommune D] for å prate litt mer om det, men så avlyste de det og siden har det ikke blitt noe. Men nå hadde vi kontakt for ikke så lenge siden og da skulle de gripe fatt i det igjen. Vi på sykehuset har ikke kommet langt, de færreste pasientene har en individuell plan. Vi forholder oss til en pleieplan sånn som dokumentasjons-systemet vårt er. Den individuelle planen går jo enda videre. Den kommer vel mer inn på tverrfagligheten lik-som. Men jeg har ikke inntrykk av at kommunene heller har kommet så veldig langt med det. I hvert fall ikke i [kommune D]." (Klinikkoversykepleier medisin)

Konsekvenser av nye oppgaver, tyngre pasientsammensetning og kortere liggetid i sykehus

Mens det tidligere var slik at pasientene skulle være så godt som friske før de ble utskrevet fra sykehuset, er kriteriene for å være utskrivingsklar nå at behandlingen kan fortsette på et lavere nivå. Noe av årsaken til at liggetiden har blitt redusert er, i følge seksjonsoverlegen i gastromedisin, at ny teknologi har muliggjort raskere behandling. Dette resulterer igjen i at ansvaret for pasienten tilsvarende raskt kan overføres til allmennpraktikeren. Den medisinske klinikroversykepleieren mener at pasientene de skriver ut derfor er mye mer krevende enn tidligere. For kommunene har dette ført til at sykehjemmene har overbelegg, og at en del pasienter med behov for institusjonsplass blir overført til eget hjem. Den ortopediske oversykepleieren mener at rutinene i kommunene burde vært endret til å fungere i takt med den økte utskrivingshastigheten. For eksempel synes hun ukentlige inntaksmøter i kommunene er for lite. For å få sirkulasjonen til å fungere mener hun dessuten at det krever flere korttidsplasser, øremerkede rehabiliteringsplasser, akuttplasser og langtidsplasser ved de kommunale sykehjemmene.

Samarbeidstiltak

Blant samarbeidstiltakene som har blitt iverksatt mellom kommunene og sykehuset er såkalte nettverkssamarbeid innenfor kreftomsorgen. Lignende prosjekter har blitt igangsatt innenfor geriatri og i forhold til bruk av komplisert utstyr, som for eksempel hjemmerespiratorer. De tidligere nevnte erfaringskonferansene og avtalene om utskrivingsklare pasienter har også kommet i gang for å stimulere til bedre samarbeid. Klinikroversykepleieren i medisin mener at konferansene har gjort det lettere å synliggjøre hvor de største vanskelighetene ligger, samtidig som de har bidratt til at partene har fått mer respekt for hverandre. Stort sett har imidlertid samarbeidstiltakene vært knyttet opp mot pleie- og omsorgstjenesten i kommunene, og foregått hovedsaklig mellom sykepleierne på de to nivåene. Legene deltar i mye mindre grad på erfaringskonferansene, og har i følge klinikkoverlegen i medisin, ingen felles arenaer for å avklare hvordan oppgavefordelingen mellom dem skal være. Han savner et fagråd bestående av allmennleger, privatpraktiserende spesialister og sykehusleger, lik det de hadde tidligere. Etter hans mening har dessuten fastlegene i for liten grad blitt involvert i diskusjonen omkring utskrivingsklare pasienter. Han tror at dette til en stor grad skyldes at begge nivåer sliter med ressursmangel, og at dette gjør det vanskelig å sette av tid til samarbeid. Han er imidlertid optimistisk i forhold til en samarbeidsgruppe som nylig har blitt etablert.

"(...) har vi hatt et møte med [kommune C] hvor det trekkes i gang noe som forhåpentligvis kan bli starten på et samarbeid mellom en lege og en sykepleier fra min klinikk, geriaterne, en sykepleier fra et sykehjem og en sykehjemslege, så de skal begynne å jobbe litt sammen og se på sånne ting. Også har vi noe som også er i startgropen som heter praksiskonsulent." (Klinikkoverlege medisin)

Utfordringer fremover

Klinikkoversykepleieren i medisin er opptatt av at en del små samarbeidsproblemer, som kan løses på en enkel måte, må avklares. For eksempel tror hun at anskaffelse av dosettpakke-maskin ved sykehusapoteket ville gjort det mulig for sykehuset å sende med en ukes forbruk av medisiner med pasienten ved utskriving. Dette mener hun ville forenklet hverdagen for de som arbeider i pleie- og omsorgstjenesten i kommunene. Den ortopediske klinikkoversykepleieren mener at en viktig fremtidig utfordring er knyttet til bedre samarbeid mellom sykehuslegene, sykehjemslegene og fastlegene. Innenfor de allerede etablerte samarbeidsforumene opplever hun at sykepleierne er aktive, mens legene stort sett er fraværende.

Både klinikkoverlegen i medisin og seksjonsoverlegen i gastromedisin er opptatt av utfordringene knyttet til å ta seg av det stadig voksende antallet eldre pasienter. Førstnevnte håper blant annet at geriaterne kan få en egen sengepost ved sykehuset, istedenfor at de utelukkende skal oppsøke pasienter ved avdelingen han/hun ligger på. Seksjonsoverlegen er opptatt av at man må være forberedt på det økende antallet eldre i fremtiden, og med det veksten i antallet pasienter med multiple diagnoser. Denne utviklingen gjør det viktig at pasientene får en lege som fokuserer på å ivareta helheten. I tillegg tror han at kvaliteten på det fremtidige tjenestetilbudet innenfor både kommunene og sykehusene vil bestemmes av ressursene som tilføres. Ved sykehuset har de for eksempel et stort fremtidig behov for større areal og flere senger. I kommunehelsetjenesten har han inntrykk av at antallet sykehjems plasser er for knapt.

5. Kommune D

Respondenter: 5

- Kommunelege/sykehjemslege
- Fastlege
- Soneleder pleie- og omsorg
- Avdelingsleder hjemmetjenesten
- Avdelingsleder sykehjem

Kommunen er en relativt stor bykommune og er sykehuskommune for sykehus II. Det har vært liten endring i antall innbyggere over 67 år i kommunen de siste 10 år, men økningen i antall innbyggere over 80 år har vært svært stor. Andelen eldre over 80 år er svært høy.

I forhold til Statistisk sentralbyrås indikatorer for pleie- og omsorgstilbudet i kommunene kan kommune D karakteriseres på følgende måte i forhold til landsgjennomsnittet i 2003.

- *Totalt antall årsverk innen pleie- og omsorg per 100 innbyggere over 80 år er lavt.*

Institusjonstilbudet til eldre:

- *Middels antall årsverk per 100 innbyggere eldre 80 år og over*
- *Lavt antall plasser per 100 innbygger per innbygger 80 år og over*
- *Middels antall plasser per årsverk*
- *Andel eldre innbyggere i institusjon er middels/lavt*

Hjemmetjenesten karakteriseres ifølge nasjonal statistikk av:

- *Litt over middels andel av innbyggerne fra 67-79 år og 80 år og over mottar tjenester*
- *Middels antall mottakere per årsverk*

Sykehusbruk blant eldre

- *Lavt antall innleggelser per 1000 innbygger over 80 år*

Beskrivelse av kapasiteten i kommunehelsetjenesten

Legedekning

Legedekningen i kommunen beskrives generelt sett som veldig god. Stillingene for tilsynsleger er besatt og har blitt noe utvidet. Ifølge flere av respondentene er denne tjenesten likevel ikke tilstrekkelig, selv om man har styrket legetjenesten, bla ved korttidsavdeling ved det sykehjemmet den ene respondenten er leder for. Legedekningen er styrket blant annet fordi 4 av 19 senger ved avdelingen er avsatt til palliativ omsorg. Ifølge en av respondentene (soneleder) er antallet timer til tilsyn fremdeles alt for få og framhever

at dette etter hennes oppfatning heller ikke har vært så lett å rekruttere legene til slike oppgaver.

Pleie og omsorg

Respondentene uttrykker behov for en styrking av ressursene på alle nivå og at en må se helheten i det tilbudet som gis. Alle sonene i kommunen hadde overbelegg på sykehjemmene, men noen steder skyldes dette delvis en ombyggingsfase og etablering av nye rehabiliteringsplasser som reduserer kapasiteten noe. Alle vektlegger behov for ytterligere utbygging av korttidsplasser og akutt-plasser. Disse plassene fungerer i hovedsak som avlastning for pårørende og til habilitering/ rehabilitering. Fastlegen sier det er mange pasienter som er marginalt fungerende og at det er derfor behov for mer døgnbasert tilbud:

"Det som er et hovedproblem for oss det er avlastningssteder for pleie og omsorg. Vi har det medisinske ansvaret som primærleger, men det må være en institusjon som ivaretar omsorgen for pasienten. For hjemmesykepleien greier inntil seks ganger i døgnet, men utover det blir det umulig, så avlastningsplasser er det klart behov for, det må være heldøgns omsorg. Det kan ikke være leiligheter fordi da faller den biten bort. Det må være slik at de får hjelp direkte."

Soneleder for pleie og omsorg etterlyser en mer døgnbasert hjemmetjeneste. Situasjonen i dag er at man har for dårlig bemanning på kveld og helg i forhold til å ivareta behovene til alle de som bor hjemme. Hun sier det slik:

"Vi må ha flere korttidsplasser, vi må ha en mer døgnbasert hjemmebasert, ikke sånn at majoriteten er på dagtid og så har vi veldig tynt på kveld og helg. Sånn nytter det ikke lenger.jeg har vært en svoren tilhenger av å bygge opp hjemmebasert og tror fortsatt det vil være hjemmebasert omsorg som kan redde velferds-Norge for å klare å gi tilstrekkelig til alle. Og ikke alt til noen og ingenting til andre. Men pr i dag innrømmer jeg at alle distriktene har kjempeproblemer og har overbelegg..... men vi må få flere korttids-plasser og vi må alltid ha akutt-plasser, da klarer vi oss. Og så må vi ha de stabile brukerne hjemme i hjemmetjenesten, med tilrettelagt døgntjenester der."

Hun sier videre at det ikke er nok ressurser på det laveste nivået, som er hjemmetjenestene. Hun er av den oppfatning at hvis man klarer å gi god hjemmebasert døgnomsorg på de som ikke trenger så spesialisert hjelp hjemme, vil det minske presset på institusjonsplassene. Det vil i sin tur bedre kapasiteten til å ta imot pasienter fra sykehuset.

"Og derfor så er det maktpåliggende at hjemmetjenestens ubekvemme vakter klarer å ta alt - alt det som er bygd opp de siste 10 åra på økte ressurser har jo vært der. Men likevel så øker det så enormt. Har akkurat laga meg en historikk på utviklinga fra 1996 og til nå på personell og på brukere, og det er klart at vi har jo veldig mange flere kompliserte brukere i dag enn det vi hadde først på 90-tallet. Det er totalt sett på institusjon og hjemmebasert."

Kommunen har ifølge de spurte ikke hatt problemer med personelltilgangen i forhold til behov for sykepleiere.

Rehabilitering

Det gis generelt ikke uttrykk for at det er store problemer i forhold til kapasitet på rehabilitering. Dette kan antakelig være basert på at kommunen har et nytt rehabiliteringssenter som forhåpentligvis vil gi bedre tilbud. Pleie- og omsorgslederen i utvalget hadde imidlertid tanker omkring prioritering innen rehabilitering. I utgangspunktet er det et umettelig behov for rehabiliteringstjenester. Hun stiller spørsmålstegn ved om det er de som trenger det mest som får det, eller om det er de som er lettest å få opp i et gitt funksjonsnivå.

"I forhold til de kanskje tunge og sammensatte som kunne ha løftet seg mye og fått et mye mer fullverdig liv og også belaste det offentlige mye mindre på sikt. Er det riktig at fysioterapi, jeg tenker også i forhold til fysioterapi hjemme, er det de som har størst behov som får fysioterapi eller er det luksusmassasje vi holder på med? Hvem er det som avgjør det? Jo det er den enkelte utøver. Jeg har jo søkere til sykehjemsplass som søker sykehjemsplass fordi de ikke får fysioterapi hjemme, for det er det ikke kapasitet til nå. Da må det være en feil. Doktoren skriver ut en rekvisisjon og så må du selv finne deg en fysioterapeut som kan utføre det. Det er privatisert ikke sant, både lege og fysioterapi er privatisert. Vi har jo fått veldig få fysioterapeuter som er tilsatt. Før hadde vi jo et par fysioterapeuter pr sykehjem. I dag, jeg sier ikke at feil, så er de fast-lønna stillingene overført mot barn og ungdom. Og det er kjempeviktig som forebyggende, men det er blitt mindre til de andre og da er det spørsmål om vi utnytter den kapasiteten som faktisk brukeren har til å løfte seg. Alle må jo ikke ha et rehabiliteringssentertilbud, mange kan løfte seg med å få hjelp hjemme, og at personalet som er rundt den, enten på sykehjemmet eller hjemmetjenesten eller familien, bistår i forhold til å følge opp."

Samarbeid mellom ulike tjenesteytere i kommunen

Kommunen har fire soner med egne ledere for pleie og omsorg og hver sone har underliggende distrikter hvor det er en leder for hjemmetjenestene og en for institusjonstjenesten. Lederen for hjemmetjenestene styrer både vedtak om hjemmesykepleie og praktisk bistand. I hver sone finnes et inntaksteam for døgnomsoversorgen, hvor både soneleder og ledere for hjemmetjenester og institusjonstjenestene sitter. Sonelederne sitter også i inntaksteam til det nye rehabiliteringssenteret. Senteret har fått deler av sine ressurser fra PLO (pleie og omsorgstjenesten) og man ønsker å sikre helhet i forhold til resten av det kommunale tilbudet. Ifølge en av sonelederne i kommunen har man arbeidet aktivt med samspillet mellom tjenesteytere og saksbehandlingen rundt brukerne, noe som har gitt gode resultater.

I en av sonene har man etter en lang planleggingsfase samordnet tilbudet i hjemmetjenesten og institusjonsomsorgen ytterligere. Avdelingsleder i det enkelte distrikt har ansvar for brukere som mottar hjemmetjenester også når disse er inne på korttidsopphold i institusjon. Dette er ifølge en soneleder vi intervjuet hensiktsmessig når tjenesten utvikler seg i retning av større fleksibilitet, med f.eks større bruk av korttidsplasser, og kan medvirke til at brukeren kan bo lenger i egen bolig. Dette er ifølge soneleder også en direkte oppfølging av statlige føringer som ønsker å skille hus og hender. Denne ordningen hadde på intervjuetidspunktet eksistert i kun 3 måneder og tidligere leder for den aktuelle sonen sier det er tidlig å si noe om resultater, men:

"Det har hatt en kjempetrang fødsel, det kan du godt si. Det er noe vi har jobba med i fem år nå. Det vaklet litt de første ukene, men per i dag sier de (de ansatte) at de har fått en mye bedre hverdag og brukerne er veldig fornøyd."

Hun innrømmer at det har vært en tøff prosess å etablere den nye organiseringen og at det ikke er lett å få med seg hele personalgruppa, men framhever at man må ha is i magen og tørre å stå løpet ut. Avdelingsleder i gjeldende distrikt synes å være fornøyd med ordningen og framhever at det gir større trygghet og mer helhetlig tjenester til beste for pasienten:

"Om vi har en inne på institusjon på et rom hvor han føler seg trygg eller reiser hjem til han, det er akkurat det samme. Nå har vi en kjempeunik sjanse, vi får både utnyttet kompetansen og vi får utnyttet ressursene til pasienten bedre. Vi sender inn folk på sykehjem, og der er det kjente folk, sånn at de foreksempel ikke begynner å stelle på en pasient som egentlig har stelt seg selv."

I tillegg til samarbeid internt i PLO, er samspillet med fastlegene noe flere av respondentene fra PLO vektlegger. Samarbeidet med fastlegene beskrives generelt ikke som dårlig, men respondentene mener det i mange tilfeller kunne vært langt bedre. Det framheves også at det er relativt store individuelle forskjeller mellom fastlegene i deres engasjement i forhold til å ta på seg kommunale oppgaver, men også i oppfølgingen av den enkelte pasient og samarbeidet med PLO.

"Jeg mener at vi kunne hindre en del innleggelse ved å ha bedre samspill innad i kommunen. ... man har ikke tid til å dra hjem til den gamle pasienten, man har ikke tid til den å dra på hjemmebesøk, eller bruke litt tid til å se litt mer enn det pasienten bestilte time for. Fordi det er satt av et kvarter til deg. Og når de har sammensatte behov eller er kroniske så må de ha mer tid. Og da ser legen ikke helheten og så legger man inn, så det bare forsterker seg. ...den som er litt vant til selv å ta vare på og vurdere hva som er bestillinga, den får nok en bedre kommunehelsetjeneste i dag, men kronikeren får ikke det. Justering av medisiner og utredninger som kunne vært gjort hjemme, legges for fort inn. Det er mye sjeldnere at hjemmetjenesten og primærlegen snakker sammen nå enn det var før. Og brukerne har blitt tyngre så det i seg selv syns jeg er veldig tankevekkende." (soneleder PLO)

Avdelingsleder i hjemmetjenesten mener fastlegene ofte ikke har forståelse for situasjonen i hjemmetjenesten og lett blir advokater for enkeltpasienter i forhold til hvilket tilbud de skal få av PLO.

"Hvis en skal nevne eksempel, så er det søknad om omsorgsbolig for hver pasient. Det kan komme brev fra legen som forteller at pasienten må ha en omsorgsbolig. Og når legen sier sånt, så er det lov. Og så treffer du jo folk hele veien, og det er hundre andre som også på en måte er i samme situasjon og du vet at det ønsket når ikke opp, på lenge enda. Å forklare sånne ting., og de da går til lege og sier at jeg får ikke noe omsorgsbolig, og han sier, men det må du ha. Da blir det enda mer.... Og det synes jeg er vanskelig."

Sykehjemslegen/kommunelegen er opptatt av demenspasienter som en viktig gruppe som trenger tverrfaglig tilnærming. Internt i kommunen prøver man å lage et system som skal ivareta disse pasienter bedre. Dette gjøres ved å koble faggrupper innen PLO med fastlegen og bruke et skjema utviklet av nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens. Faggrupper i kommunen består for eksempel av geriatrikisk hjelpepleier, sykepleier og ergoterapeut som kartlegger situasjonen, spesielt i forhold til omsorgsnivå, inkludert i dette er MMS-test⁶. Etterpå kontaktes legen for medisinsk utredning. Til slutt gjøres en samlet vurdering. Å få til gode systemer rundt dette er ifølge legen viktig forebygging og utsetter behovet for sykehjems plass. Det understrekes likevel at det er en stor utfordring å få til et godt samarbeid, spesielt rundt hjemmeboende dårlige pasienter, fordi pleietjenesten og fastlegene jobber svært atskilt. Det finnes tverrfaglige team innen psykiatri og palliativ omsorg tilgjengelig.

Endringer i kommunehelsetjenestens oppgaver (pleie- og omsorgstjenesten og fastlege)

Alle respondentene beskriver en utvikling i retning av mer komplekse og ressurskrevende brukere både på sykehjem og i hjemmetjenesten enn for ti år siden. Dette forklares delvis med endringer i demografien med flere svært gamle og derav flere brukere med et sammensatt sykdomsbilde. Hjemmetjenestene håndterer i dag flere pasienter som er ustabile i forhold til funksjonsnivå og helsemessig status. Samtidig med flere syke gamle, får vi også flere friske gamle

"Det er blitt flere eldre og at den gruppen som fungerer marginalt, som bor hjemme og er avhengig av mer hjelp enn det de får fra helsetjenesten, den vil bli nok mer og mer synbar, det tror jeg. Så nå kan vi se hvordan vi håndterer det. Det vi må se er jo at folk blir eldre, ikke bare det at de blir eldre, men de er friskere i den tiden, en 70 åring i dag er mye friskere enn 70 åringen for en del år siden, har et helt annet aktivitetsnivå. Man oppfatter ikke en 70 åring som gammel ikke sant. Så det er glidende begrep med hvem som klarer seg." (Fastlege)

⁶ MMS-test: minimal mental status

Endringer i brukersammensetning innen pleie og omsorg påvirkes av flere forhold. Vi spurte respondenten spesifikt om de erfarte nedgang i liggetid ved sykehusene og hvilke konsekvenser dette eventuelt har for deres arbeidssituasjon. Vi var også interessert i få fram en del konkrete oppgaver respondentene mente ble utført i pleie- og omsorg i dag i forhold til for 5-10 år siden. I det følgende kommer et resymé av utvalgets beskrivelser.

Soneleder i pleie- og omsorgstjenesten

Sonelederen mener pasientene i dag er veldig mye dårligere enn for en del år siden. De kommer hjem med masse krav til behandling. Hun illustrerer dette med å si at man i dag behandler mer kompliserte ting både i hjemmetjenesten og på sykehjem enn hun gjorde på lokalsykehuset når hun var nyutdannet.

"Det er det jo ikke tvil om at det har skjedd en oppgaveforskyvning ut i kommunene, men det er jo en villet utvikling fra Staten, og da er det på en måte akseptert. Men det viktige er jo å finne balansen her, sånn at pasienten blir ivaretatt. Og i forhold til å se et helt menneske så syns jeg sykehuset har blitt veldig mye dårligere. Kom du inn på et sykehus tidligere med diagnose og det ikke var det, så undersøkte de på andre hånd, men det gjør de ikke i dag."

Intervjuer: Syns du situasjonen har gått så langt at kommunen nå behandler pasienter som ideelt sett burde vært på sykehus?

"Ja, med de myndigheter kommunen har til å ha tilstrekkelig fagkompetanse, altså det være seg både doktorene og fysioterapeuter, kanskje også like mye og også tilstrekkelig med annet personell, så syns jeg det. Det er ikke gått opp noen grensegang her på hva kommunen må ta. (dårlig lyd) men da må de kanskje ha noen? hospitalet da, så må de kanskje ha noen spesialiserte avdelinger så må det føres over penger til det. Hvis ikke så blir det jo ingen ting igjen til de gamle som trenger hjelp til personlig hygiene eller husvask."

I tillegg til mangel på nok ressurser til fagkompetanse, mener sonelederen at kommunen antakelig kunne håndtert enda flere oppgaver hvis samspillet mellom pleie- og omsorg og legene i kommunen hadde vært bedre. Hun nevner i den forbindelse håndtering av enkle infeksjoner og en god del justering av medisiner. Hun mener videre at antall reinnleggelser på sykehus antakelig hadde økt på grunn av at pasienter skrives ut kort tid etter igangsatt behandling.

Denne respondenten var også opptatt av at det hadde skjedd en endring i oppgavefordelingen mellom hjelpemiddelsentralen og kommunene. Hun formulerer det slik:

"Det har skjedd en underlig utvikling. Fra å være noe så veldig på offensiven i forhold til å tilrettelegge og gjøre en masse på henvendelser, og vi søkte og hadde god dialog og fikk det til. I dag så har jo hjelpemiddelsentralen definert seg så, altså de leverer hjelpemidlene, men all jobbinga og vedlikehold og alt rundt det er nå kommunens. Alt vedlikeholdet, det er nå overført til kommunene. Og hvorfor de har gjort det, det må jo være at de heller ikke klarer å gjøre alle oppgavene som de har etterspørsel etter. Og så er det jo fristende for alle det å sende fra seg det som er mest problematisk. Og gjøre det som gir uttelling og antall ? det har skjedd en radikal endring de 2 siste årene."

Kommunen har også formelt fått et større ansvar, ved at de skal foreta utredning av alt på synshjelpemidler og vedlikehold.

"..og har fått beskjed om at sånn er det. Så skal brukerne få hjelpemidler så må vi bare gjøre det, hvis ikke så får de det ikke. Jeg syns det har blitt veldig tungvint og veldig stor oppgaveforskyvning. Jeg skjønner når jeg ser hvor lett det er å få hjelpemidler i dag, så burde det kanskje vært skille mer på behov for i dag gis det ut enorme..."

Sykehjemslege/kommunelege

Sykehjemslegen beskriver en situasjon hvor sykehuset i mindre grad har tid til å observere pasienten etter behandling og innføring av ny medisiner. Ifølge henne blir mange pasienter for tidlig skrevet ut av sykehuset, kanskje til en korttidsavdeling på sykehjem, og at mange ikke tåler for mye flytting når de er dårlige.

“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 geriatrik sengpost, 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 liksom ikke gjort det du skal med dem, for de blir så forvirret, så hadde en hatt en egen geriatrik sengpost 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.”

Men hun mener også at sykehjemmet i mange tilfeller er en bedre plass å være for pasienten enn i sykehus. Det gjelder når pasientene er ferdig behandlet og bare trenger pleie og omsorg. Er pasienten bare halvferdig utredet tror hun ikke dette er ønskelig.

“Da er det bedre å på en måte ha en helhetlig vurdering for eksempel i geriatrik sengpost da, de er ikke så problemfokuseret. Men det må jo nok også bygges opp mere sykepleiefaglig og kanskje bedre medisinsk tilbud også for eksempel på sykehjemmet for å kunne ta imot mere, ha hyppigere tilsyn. Det er klart at det er veldig stor nivåforskjell mellom sykehus og sykehjem.”

Når det gjelder nye oppgaver uttrykker denne legen at kommunehelsetjenesten kan håndtere svært mange faglige oppgaver. Forutsetningen er at man har tilgang på medisinsk-teknisk utstyr og ikke minst nok helsepersonell med kompetanse

“Du må ha en kjerne der da, for å kunne også observere det medisinske. Og når du føler at den er god, så synes du det kan være forsvarlig å overta en pasient. Men systemet er sånn, det er begrenset hva du kan følge opp når du tar imot pasienten. Det er jo to ting det handler om; det er legetilgjengelighet, men kanskje enda mer sykepleiefaglig tilgjengelighet.”

Når det gjelder sykehjemmene framhever hun kompetanse i forhold til demens, da dette angår fra 70 til 80 prosent av sykehjemspasientene. Samtidig understrekes behovet for bistand fra annenlinjen når det er nødvendig. Hun nevner flere oppgaver som i enda større grad kan håndteres av primærhelsetjenesten, gitt nok kompetanse. Det gjelder en god del justering av medikamenter, en del utredning av f eks demens, ukomplisert Alzheimer ol.

Leder sykehjem

Sykehjemslederen vi intervjuet mener sykehjemmene etter hvert gjør mer og mer utredning og behandling og at dette både er positivt og negativt. Hun rapporterer at det tas mye røntgen og ulike typer målinger for å avdekke f eks betennelser og infeksjoner. Hun tror utviklingen er til glede for mange, men ikke for alle. Hun henviser til at det i enkelt tilfelle skjer en overbehandling av pasienter, hvor man i for liten grad evner å se helheten i situasjon. Det kan gjelde svært syke og døende pasienter og pasienter som trenger en mer helhetlig utredning av bakenforliggende årsaker til symptomer.

Avdelingsleder hjemmetjenesten

Hjemmetjenesten merker godt nedgangen i liggetid ved sykehusene. Konsekvensene er ikke bare negative. Denne sykepleieren sier det samtidig er *“utfordrende og litt spennende å få litt mer aktive tjenester enn bare stell og pleie”*. Hun opplever at hun får brukt mer av sin kunnskap og kompetanse.

"Altså du må lære deg å ha en som ligger i respirator i hjemmet. Det er ikke noen selvfølge at cancerpasienter skal ligge på sykehuset og dø lenger, og tidligere, så ville jo alle det også på en måte, tror jeg. Jeg vet ikke, men det var ofte at de ville hjem, hjem til familien, vil være hjemme. Sånn at vi får mye mer utfordrende og krevende oppgaver enn vi har hatt før, og det er jo spennende. Det gjør jo at folk blir tilfredsstilte og det at de kanskje også tar seg jobb i kommunehelsetjenesten."

Samtidig er hun forundret over at staten bare kan forlange at kommunene skal ta over oppgaver og at den som står i enden av behandlingsskjeden får merke dette mest.

"Og det føler jeg vel også litt i kommunehelsetjenesten, og spesielt i hjemmesykepleien, du har aldri anledning til å si stopp, du må bare ta imot. For det er ofte en hører fra sykehuset at vi har overbelegg og vi ligger over sånn og sånn, og det er greit nok det liksom, men det er sånne ting som vi aldri kan få lov og si."

Fastlege

Også fastlegen erfarer en stor endring i arbeidsfordelingen mellom allmennlegen og sykehuset. Han mener fastlegen i dag i det store og hele driver utstrakt indremedisinsk praksis. Dette er mulig fordi det i dag er bedre utstyr tilgjengelig og kompetansen er økt. En stor del av pasientene er i følge denne legen langt på vei ferdig utredet når de kommer til sykehuset. Han opplever det som morsomt og interessant å drive med utredning og mener det også er best for pasienten at allmennlegen kan gjøre mye. Han mener dagens leger er privilegerte i forhold til hva de var før gjennom å disponere mye mere diagnostisk utstyr for å stille diagnoser og at man gjennom det i større grad er mer målrettet i den man driver med. Mange av de tradisjonelle såkalte svingdørspasientene mener han allmennlegen i dag følger opp. Pasienter som før nesten utelukkende ble behandlet og fulgt opp av spesialister i indremedisin. Han trodde det var relativt avklart og akseptert av alle parter at utviklingen går den veien.

"Jeg tror ikke, aldri hørt at det er noe problem. For å si det sånn, sykehuslegene er glade for alt vi kan ta for de, så lenge det gjøres riktig legepraksis, og jeg har ikke inntrykk av at det er noen profesjonsstrid. Sykehuslegene har mer enn nok å gjøre, men det er klart at vi bruker jo de og. Vi bruker jo spesialistene, vi ringer jo og rådfører oss osv, det gjør vi. Ringer også litt på alle nivåer, ikke sant, alt ettersom hvor det er riktig å spørre."

Tilgjengeligheten til spesialist å rådføre seg med var ifølge denne legen god og at også spesialistene kunne ta kontakt andre veien. Både fastlegen og sykehjems/kommunelegen var opptatt av at kortere opphold på sykehus stiller enda større krav til god informasjonsflyt mellom de som har det medisinske og pleiemessige ansvar for pasientene.

"Konsekvensen av kortere liggetid er jo at pasientene kommer veldig raskt ut, og vi er ikke oppdatert, ikke sant. Pasienten er jo ikke inneliggende mer enn høyst nødvendig tiltrengende medisinsk behandling, så kommer pasienten ut, og i gode gamle dager var man x dager på sykehus, i dag er det tre dager hvis skjønner du hva jeg mener. Da er det veldig viktig at når vi overtar behandling da så blir pasienten så godt behandlet over så lang tid som det burde, at pasienten er stabil. Og vi må ha beskjed med en gang pasienten, i det pasienten reiser ut fra sykehuset."

Kortere liggetid medfører kanskje også at det er blitt mer hjemmebesøk, noe legen mente var hans oppgave å ivareta. Men han var usikker på om det var blitt så mye mer av det. Han var også usikker på om han opplevde at antallet reinnleggelser generelt økte. Men han trodde det var en økning i innleggelseshyppigheten for en del enkeltpasienter. Dette gjelder i først og fremst pasienter som er marginalt fungerende hjemme og med et dårlig nettverk rundt seg.

Betydning av pårørende/familiestruktur

Familiestrukturen og deltakelsen i yrkeslivet har endret seg over tid. De vi intervjuet i denne kommunen merker at dette har endret seg og får betydning for hvilken rolle de nærmeste kan innta i forhold til syke og pleietrengende foreldre og slektninger. Både fastlegen og representanter for PLO mener de pårørende fortsatt spiller en rolle og at det derfor er viktig for helsetjenesten å ha et godt forhold til dem. Fastlegen sier både legen og hjemmetjenesten må være veldig tilgjengelige for de pårørende og stille opp raskt når det blir vanskelig. Han opplever stadig oftere at pårørende ikke orker belastningen, det er derfor svært viktig å ha god kommunikasjon. Sonelederen mener også at PLO er avhengig av godt samspill med de pårørende, de må føle seg trygge. Hun understreker imidlertid at brukerens ønske går foran de pårørendes ønsker. Hun mener brukermedvirkning er bra, men advarer samtidig mot altfor sterk vektlegging av dette, spesielt med tanke på de svakeste gruppene som ikke klarer å formulere sine ønsker. Ifølge avdelingsleder i hjemmetjenesten er dagens samfunn kjennetegnet av mer arbeid og travelhet. Hun mener det er forskjell om vi går bare 10-12 år tilbake i tid. Å være foreldre og fulltidsarbeidende er en stor jobb og mange har lite tid. Dessuten har de fleste i dag veldig god greie på hvilke rettigheter man har. Sonelederen tror det blir viktig å tilrettelegge enda mer for et engasjert nærmiljø, hvor frivillige kommer mer inn i bildet. Hun forteller en fin historie om hvordan man blant annet kan bygge bro mellom generasjoner.

"Vi gikk i samarbeid med en ungdomsskole, i biblioteket i utgangspunktet hvor vi fikk noe statlige penger i forhold til prøveprosjekter. Hvor ungdomsskoleeleven driver dataopplæringa på eldresenteret... det er altså så gøy. Og nå er det 3 år siden jeg prata med han? lederen for det eldreprosjektet. Men jeg traff han på torsdag, og da sa han at nå er det mer enn 90 stykker som er aktive i dataklubben. Og det er jo ikke bare at de får dataopplæring og internettopplæring, men du skaper jo samkvem mellom ulike generasjoner og veldig mange av de som har valgt data som tilleggsfag er de som ikke har så veldig lyst til å drive skole i direkte tradisjonelle teorifaga på skolen. Så dette har utvikla seg til et kjempegodt samhold mellom aldersgrupper. Og de elevene kommer jo hjem og setter opp maskinene og hjelper de å rigge til der. Og det er jo så viktig og forebyggende. Og også å finne fram selv i den verden vi nå er i, som de eldre slett ikke klarer å følge med på, den dataverden som vi krever."

Utvikling i bruken av spesialisthelsetjenester

De fleste respondentene har en umiddelbar oppfatning om at antall innleggelser blant eldre har økt de siste ti år selv om de ikke har sett konkrete tall på det. Det er også en oppfatning om at dette i stor grad er knyttet opp mot øyeblikkelig hjelp. Fastlegen tror ikke dette er et uttrykk for at ting ikke fungerer. Det er naturlig at øyeblikkelig hjelp øker så lenge det blir flere eldre. At hyppigheten øker mener han også skyldes at pasientene i dag ikke legges inn før det er absolutt nødvendig, mens det før var mer vanlig å henvise pasienter til utredning når legen ante et problem. I dag skjer dette, ifølge denne legen, svært sjelden. En av avdelingslederne for hjemmetjenesten i kommunen belyser et kvalitetsmessig aspekt ved en slik utvikling:

"Når folk blir lagt inn på sykehus nå så er det, hvis ikke det er en operasjon eller et eller annet sånt noe, så er det liksom akutt stort sett hele veien. Jeg synes liksom det er sjeldnere og sjeldnere folk blir lagt inn, for eksempel de med diabetes- kunne sagt at ok, nå legger vi deg inn en tre fire dager, i stedet for at du skal være syk når du kommer inn, og klarer ikke å ta imot det som blir sagt og sånne ting, at det er litt mer sånn planlagte kontroller da. Den damen som har hjertesvikt og diabetes og har nysesvikt sånn og sånn, blitt lagt inn ett døgn kanskje, for å se - hvordan går det egentlig med deg nå -, for å utrede, se at det er greit liksom. Jeg tror det kunne hjulpet litt, å kunne vurdere, se at de blir tatt vare på, og at en kanskje kunne forhindret litt sånn akutte ting." (Avdelingsleder hjemmetjenesten)

Pasienter med KOLS (kronisk obstruktiv lungesykdom) og annen lungesykdom, hjertepasienter og kreftpasienter nevnes av soneleder i PLO, som grupper hvor hun antar det er blitt flere innleggelser blant eldre. Noe av dette tilskriver hun økt spesialisering ved sykehusene fordi de i større grad driver nisebehandling.

Lederen på sykehjemmet som vi intervjuet mener det er ytterligere forklaringsfaktorer på økt behandling og flere innleggelser. Hun sier:

"Jeg synes at den som er den sterkeste pådriveren er legen, og det er fordi at jeg tror de etter hvert har blitt veldig redde for at de skal komme i, at de ikke har gjort nok, fare for at det kan komme etterspill, at det skal bli noe rusk inn i bildet her. Det har medført at de er veldig redde. Og selvfølgelig så er det et etisk- moralsk spørsmål, det er veldig, veldig vanskelige ting. Men jeg har tatt det opp med tilsynslegen som er hos meg, og hun er kommunelege, og sagt at jeg ønsker at vi skal ta det opp, alle sykepleierne, vernepleierne og legene som er hos oss, at vi tar det opp til en diskusjon, gå litt gjennom den tematikken, for den er så alvorlig, og fordi jeg synes vi skal ha en holdning i forhold til det. Hun ble veldig sånn overrasket når jeg tok det opp med henne, men hun er helt enig. Jeg tror ikke det er så mange steder hvor de tar akkurat den der. Jeg tror det er kjempeviktig at en mener noe om det. Og det alle mine sykepleiere og vernepleiere gjør, det er at med en gang det er noe med en av brukerne, så ringer de til legen for å fortelle situasjonen, og så kjører de på med en annen behandling. Det er nesten uansett. Veldig, veldig mye av det. Og sykehuset, og jeg synes personlig at vi bruker sykehuset mer enn vi egentlig burde. Hvis en ser ut fra situasjon til den brukeren og kanskje få lov til å dø i fred og ro uten å mase noe mer med det."

Her kommer vi altså inn på en vanskelig problemstilling knyttet til når man skal stoppe å gi behandling. Når det gjelder omfanget av behandling generelt i befolkningen er det blant leger også et viktig moment at folk selv er blitt mer kravstore, noe vi får understreket av fastlegen vi intervjuet i denne kommunen:

"I det store og hele så synes jeg det fungerer bra, jeg synes det, vi kan ikke si at har et dårlig helsevesen. Vi er ikke dårlige, tvert imot, fordi vi blir jo kravstore, det er helt klart. Folk forlanger mye mer, finner seg ikke i å vente, altså det er et helt annet folk, så det skal man ikke glemme. Folk maser jo ikke sant. Det er jo vi som får trøkket. De skulle vært behandlet og operert, og det skulle vært gjort i morgen og helst i går. Når vi får fritt sykehusvalg så kan jo pasienten kjøpe tjenester, ikke kjøpe, det vil si at ting går mye kjappere. For mange er det litt for tregt, og for atter andre så er det litt vanskelig å forholde seg og klare å gjøre seg nytte av de tilbudene som er.... Det som er greien i dag, det er den demografiske forandringen i forhold til at folk er eldre, og mye større krav. De finner seg ikke i å vente, de skal ha behandling."(Fastlege)

Forekommer unødvendige innleggelser?

Vi spurte respondentene om de mente det forekom innleggelser som ikke var medisinsk indikert og som ofte blir betraktet som unødvendige innleggelser (inappropriate admissions). Inntrykket er at dette forekommer, men at det dette forekommer i mye mindre grad i dag enn for bare noen år siden.

"For noen år tilbake så var dette mer vanlig. Da var det sånn at hvis man ikke visste hva en skulle gjøre i en akutt oppstått situasjon, av sosiale eller pleiemessige årsaker, så ble de innlagt. I dag så kjenner jeg meg ikke så igjen i den - at vi får folk inn i sykehuset hvis de ikke har rent medisinsk indikert. Det kan godt være at doktoren ikke vet hva han skal gjøre, men altså det er da rent medisinsk indikert, blir ikke lagt inn noen på sosiale grunner som jeg kjenner til i dag. Da får de enten økt tjeneste hjemme, eller komme inn på akutt-plass i sykehjem. Men som sagt så kjenner jeg meg igjen hvis man går 5-6 år tilbake i tid, men ikke i dag. Det at det har endret seg, tror jeg, har noe med helsepersonellens opplæring og å følge med hva sykehuset skal brukes til. At hvis vi fyller opp med andre ting så får du ikke gjort de hovedoppgavene på sykehuset, men også fordi at pleie og omsorgstjenesten i kommunene er utbygd, for det er jo en ganske massiv endring i forhold til hvem som får tjenester hjemme. Hjelp til husfunksjoner i hjemmet, det har jo fått en stor reduksjon sammenlignet med det medisinske i kommunen."

Det er altså muligheter for å legge pasienter akutt inn på sykehjem, og respondentene er klare på at dette dreier seg om rent pleiemessige eller sosiale indikasjoner, og at plassene ikke brukes til observasjon av akutt oppståtte medisinske tilstander. Akutt-plassene på sykehjem disponeres av hjemmesykepleien og plasser tildeles av et inntaksteam ledet av omsorgsleder. Ifølge sykehjemslegen har det betydning for vurdering av behov for omsorgsnivå om det sitter lege i inntaksteamet eller ikke, noe som varierer i sonene.

"Jeg har opplevd det litt utrygt av og til også, hvis på en måte hjemmesykepleien legger inn på akutt plass uten at fastlegen ser ut til å ha vært inne og vurdert medisinsk før innleggelsen. Fordi hvis det blir en sånn akutt pleiesituasjon så kan det ofte ligge noe medisinsk under der, og hvis de da drar rett inn på sykehjem og det går en uke før de får medisinsk tilsyn så kan det bli et vakum... Det er forskjell, det er lege i det teamet jeg er med i, tiltaksteam, her i vår sone, men det er andre soner som ikke har det.... Sykehjemmene er lavt bemannet av sykepleiere og legetilsyn er bare en gang i uka og telefontilgjengelighet innimellom." (Kommunelege/sykehjemslege)

Denne legen har tidligere arbeidet i et annet fylke hvor hun opplevde en helt annen integrering av pleie- og omsorgstjenester og legetjenester. Mindre forhold og det faktum at alle tjenester var i samme bygg gjorde mulighetene for samarbeid mye enklere. Vi spurte fastlegen om han ofte tok kontakt med sykehuset for råd i akutte situasjoner hvor han vurderer å legge inn. Til det sier han:

"Ikke akkurat i akutsituasjon, for da har jeg gjort meg opp en mening om den pasienten må inn, og den vurderingen er det ingen som..., altså de må ta inn pasienten, og så kan de selvfølgelig revurdere det, om pasienten skal sendes hjem igjen. Men det er aldri noen som kan virkelig kan nekte oss innleggelse hvis vi mener at det er grunn til det, så det er klart at de kan omgjøre vår innleggelse når pasienten kommer inn. Det er ikke min erfaring, at det blir gjort altså. Jeg har ikke hørt noen si at det er et stort problem."

Utskriving fra sykehus

Ved utskrivning fra sykehus har kommunen en lokal avtale med sykehusene som i utgangspunktet legger føringer på kommunikasjonen mellom sykehuset og PLO. Avtalen var nettopp blitt revidert på intervjudispunktet. I avtalen står det at sykehuset avgjør når en pasient er utskrivningsklar. Sykehuset skal da gi skriftlig beskjed i god tid og kommunen har da et visst antall dager for å tilrettelegge mottak av pasienten. I avtalen er det spesifisert hvilke krav sykehuset skal ha oppfylt før utskrivning. Dette inkluderer krav til dokumentasjon med redegjørelse for diagnose, eventuelle komplikasjoner, eventuell endring av funksjonsnivå. Det skal gjøres rede for hvorfor noe av dette eventuelt ikke kan oppfylles. Det skal medfølge fullstendig legeepikrise ved overføring til døgninstitusjon. Sykehuset skal også etablere kontakt mot annen spesialisthelsetjeneste hvis det er behov for det og plan for oppfølging skal beskrives. Det er kommunen som skal ta stilling til hvilket tilbud som skal gis etter utskrivning. Både sykehuset og kommunen skal ha faste kontaktpersoner.

Kommunelegen vi intervjuet antar at avtalen ble revidert fordi sykehusene er presset kapasitetsmessig og at mange pasienter blir liggende i sykehuset etter de er regnet som utskrivningsklare, noe som gir mange korridorpatienter. Samtidig er det sterkt press på sykehjemsplasser i kommunen, med overbelegg der også. Dette fører lett til en situasjon der man prøver å skyve litt over på hverandre.

Prosessen rundt utskrivning av pasienter avhenger ifølge kommunelegen/ sykehjemslegen i ofte av funksjonsnivået til pasienten

"En får jo meldt behovet fra sykehuset hvis de har fått inn en pasient som de ser vil trenge pleie og omsorgsoppgaver eller tilbud etter utskrivelsen, så melder de jo fra om det ganske tidlig, eller skal gjøre det. Også det kommer litt an på om de har tjenester fra før. Har de hjemmetjenester fra før, at de mener pasienten kan bo hjemme, så skjer nok de utskrivelsene mer sånn kjapt altså. Når de er ferdigbehandlet så drar de ut igjen, men hvis vi ser at her trengs det mer tjenester enn pasienten har hatt før innleggelsen så er jo den der avtalen om utskrivningsklare pasienter, sånn at da meldes, når pasienten er utskrivningsklar fra sykehuset så har jo kommunen 10-11 dager på seg til å finne en plass."

Til sykehjemmene skjer meldingen skriftlig, mens det til hjemmetjenesten oftest er telefonisk kontakt. Det hender man har møter med sykehuset, noe representantene for kommunen mente var viktig. Men dette blir, sett fra kommunens side, ikke prioritert nok av sykehuset.

"Tidligere hadde vi jo faste avtaler på sykehuset som var forberedt og vi så til pasienten og det hele, men det er ikke vært ønskelig at vi gjør, sånn at nå får vi en telefon eller vi henvender oss og spør om hvordan det går med den og den. Og så får vi beskjed om når det er meningen at den skal skrives ut. Vi prøver å avlegge et besøk for å ta en prat- vi vet hvor viktig det er i forhold til tryggheten, men som regel så går det veldig mye på telefon dette her....Sykehuset var redd det tok mye lengre tid. De klarte ikke å stille med personell som kjente pasienten, vi hadde fast møtedag, og altså [x] leger i [byen] på [X] innbyggere altså 10000 på hver og vi syns det var god investering å ha en time hver mandag. Men sykehuset kunne ikke avse folk som hadde oversikt over pasientene til å stille opp på det tidspunktet. Vi fikk nok lite ut av det også etter hvert, i alle fall for min side, for det var ikke folk som kjente pasienten som var å finne. Så det har blitt en veldig forringelse spør du meg. Jeg er overbevist om utfra min praksis både inne og ute hvor viktig det er å avklare ting og få lagt gode planer før vi tar pasienten hjem." (soneleder PLO)

Avdelingsleder for hjemmetjenesten synes det er rart at det nå er mye sjeldnere møter med sykehuset enn før, all den tid det nå oftere er komplekse pasienter. Selv om det generelt uttrykkes et ønske om at pasientene kan ligge lenger i sykehuset, er det ifølge sykehjemslegen/ kommunelege samtidig fordelaktig at enkelte pasienter ikke blir liggende for lenge.

"Det er klart det er todelt det der. Noen kunne vi ønske vi kunne ta imot tidligere, fordi vi ser at sykehuset er fokusert på medisinsk utredning og medisinsk teknisk sykepleie, sånn at det må jo være gamle pasienter som blir der for lenge, rett og slett, mange får liggesår, de får ikke den aktiviseringen som de trenger, så de taper funksjonsnivå ved å være i en travel sykehusavdeling mot å komme tidligere hit, hvor pleie og omsorg er mer det sentrale, og det medisinske er mindre biter. Så det er dette her med at nivåene har hver sin spesialfunksjoner og jeg tror kommunehelsetjenestene er bedre på å forebygge den biten enn sykehuset viser seg å være pr. i dag. Det har jeg skjönt. Vi har hatt noen lagtidspasienter, og klart å holde noen pasienter unna liggesåret - tre uker på sykehuset og de kommer hjem fulle av sår."

Kriteriene for å regnes som utskrivingsklar er for PLO ikke alltid like klare og det kan ifølge flere av respondentene være noe tilfeldig fra pasient til pasient hvor lenge de får bli i sykehuset. Hvor samarbeidsvillige sykehuset er, kan også variere. Generelt gir respondentenes beskrivelser uttrykk for at det er for mye stress rundt utskrivings situasjonen til mange pasienter. Og kommunen har problemer med å skaffe tilpasset institusjonsplass på kort tid.

"Jeg føler på en måte at sykehuset er enerådende. Det er de som bestemmer og det er greit med samarbeid så lenge du har akkurat det de ønsker seg der og da, og hvis ikke vi har det, så bare skjærer de gjennom også. Det kan være en som de sier skal ha sykehjemsplass og hvis ikke du klarer å skaffe det på dagen, så plutselig trenger en ikke sykehjemsplass allikevel dagen etterpå skal en skrives ut. Hadde vi bare fått noen dager på oss til å hente inn noen hjelpemidler og sånn, så kunne også sånne ting vært mere smidigere for pasienten når en ble utskrevet fra sykehus, og kanskje sluppet mange av de re-innleggelsene. Når ikke vi klarer å få gjort det ferdig før de kommer.... Jeg føler at vi får noen ganger litt for kort tid på oss, og når jeg mener kort tid så er det liksom fra en ettermiddag til neste dag eller fredag ettermiddag....Når pasienten kommer hjem for eksempel til en kveldsvakt da og det er nye medisiner og de må få sendt hjem medisiner og hente inn hjelpemidler, kanskje det trengs en seng, ikke sant. Vi klarer ikke å frakte en seng og det er ikke bestandig det står klart heller. Og pårørende, hvordan de opplever mye av det der kavet og maset, både fra oss og fra sykehuset, og pasienten ikke er fornøyd og sånt noe, så blir de jo fort dårlig igjen, i stedet for at de kanskje kunne fått en dag eller to til å, ja.... De blir sendt hjem med injeksjonen i handa ikke sant. Det føles ut som det er litt å kaste de ut noen ganger" (avdelingsleder hjemmetjenesten).

Av og til klarer ikke kommunen ta imot utskrivingsklare pasienter

"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 PLO)

Sykehusenes ivaretagelse av pasienter med et sammensatt sykdomsbilde

Det er tildels varierende holdninger til om spesialisthelsetjenesten ivaretar behovet til pasienter med et sammensatt sykdomsbilde. Representantene fra PLO var relativt samstemte i sin oppfatning om at sykehusene ikke evner å se helheten i pasientens sykdomsbilde og behov, eller at de ikke evner å ivareta helheten. Fastlegen på sin side framhevet at det stort sett fungerer greit. Det er på den ene side en forståelse for at situasjonen på sykehuset er presset, men noen av respondentene uttrykker en svært negativ holdning til utviklingen i sykehusene med tanke på å sette pasienten i sentrum og ivareta helheten rundt pasientenes situasjon. Avdelingslederen på sykehjem var mest uforsonlig i sin kritikk.

”Det er helt tydelig at vi ser på brukeren med helt forskjellige øyne. Jeg opplever nok at vi ser på brukerne i et mye mer helhetlig perspektiv enn det sykehuset gjør. De er veldig opptatt av den tingen de er på sykehuset for, og kanskje det er helt naturlig, for hvis det er hoftebrudd, så er det det de er fiksert på, og de bryr seg overhodet ikke noen ting om resten. Altså selvfølgelig kan det være det når det gjelder noe, men mange, mange ganger er det sånn. Det er en veldig produksjonsbedrift blitt. Det ser jeg kjempestor forskjell på fra da jeg jobbet der til nå. Jeg synes kanskje særlig fra, hvis vi går en 6-7 år tilbake har det skjedd en ekstrem forandring der. Jeg synes det er i forhold til holdninger til pasientene de har.”

Hun mener denne utviklingen mange ganger går ut over brukeren. Det gjelder spesielt svært alvorlig syke og døende pasienter som kanskje blir sendt hjem når sykehuset ikke skal gjøre mer med dem. Ved sykehjemmet der hun er leder har de tatt tak i dette og prøvd å gjøre noe med det.

”.. for jeg føler at sykehuset har blitt sånn at det er en medisinsk bedrift, og så er pleietiden ikke verdt noen tingen. Den sykepleiefaglige delen har blitt helt borte fra sykehuset. Og jeg synes jo sykepleierne som jobber der, jeg sier det, det er veldig sterke ord, men jeg står for det, men de må selge sjelen sin skal de jobbe der, de må selge sykepleiesjelen sin, fordi det vi er egentlig lært opp til, i alle fall den gangen jeg gikk på skolen, og jeg tror ikke egentlig det er så forskjellig i dag, det å være på en måte pasientens advokat, for det synes jeg er veldig mye av sykepleierens oppgave, det og være der for, gjøre for, når de ikke er i stand til selv, så er det vi som skal gjøre det for de, bidra, der ikke det er evne og vilje så skal vi være der. Det kan ikke sykepleierne på sykehuset gjøre, fordi det hele tiden kræsjer med den medisinske behandlingen. Når de er ferdigbehandlet så er det ut, selv om det er behov for omsorg, pleie, å se på det mer helhetlige i forhold til hvordan er det med pårørende, hvordan det er hjemme, hvordan er det tilrettelagt i hjemmet, i forhold til hjelpemidler. Det er en del ting der som bare skyves helt vekk, og det er et problem. Men saken er at vi ikke blir kontaktet på et tidspunkt hvor vi kan få gjort noe med det. Pasienten kommer hjem, og ting er ikke tilrettelagt før etterpå. Det er mange re-innleggelser, og at det skyldes for dårlig planlegging, det tror jeg helt klart går på sykepleiebiten. De har ikke sjans til å være sykepleiere.” (Avdelingsleder sykehjem)

Også avdelingsleder i hjemmetjenestene opplever at behandlingsforløpet ofte er for oppstykket for eldre pasienter. Hun tror denne utviklingen kan skyldes en stadig sterkere spesialisering på sykehusene.

”De ser ikke sammenhenger mange ganger synes jeg, vi blir forundret over at du får igjen en pasient som på en måte har vært innlagt for det og det, så har hun/han andre kjente problemer, og så har de ikke en gang sett på det. Og det er ganske syke folk som blir innkalt poliklinisk, det er ikke noe samarbeid, tirsdag er det på cancer poliklinikken, onsdag skal de inn og ta marevantest, torsdag skal de inn på røntgen for det her. Nei, jeg synes at de ser den ene tingen, akkurat den tingen de er innlagt for, og ikke noe annet.” (Avdelingsleder hjemmetjenesten).

Dokumentasjon ved utskriving

Ved utskriving til pleie- og omsorgstjenesten medfølger som regel en sykepleiedokumentasjon og en forløpig epikrise. Dette er ifølge soneleder relativt nytt. Kvaliteten på dokumentasjonen kan være noe variabel. Av og til er medisinlisten skrevet på sykepleieskrivet og kommer ikke direkte fra doktor. Med tanke på disse dagers fokus på medisinbehandling og feilmedisinering synes sonelederen dette ikke er veldig trygt og kvalitetssikret.

Når pasienten skrives ut til sykehjem er sykehusene mer nøye med å sende med endelig epikrise. Forsinkelsene er mest i forhold til pasienter som skrives ut til hjemmetjenesten. Kommunelegen/sykehjemslegen savner av og til at sykehuset gjør en vurdering av forventet sykdomsforløp hos svært syke og kanskje døende pasienter for om mulig å forhindre unødvendige reinnleggelser og for mye flytting av pasienten. Hun har observert at dette med kommunikasjonsproblemer mellom nivåene er et problem, spesielt for dette fylket.

“Sånn at det å få systemer som gjør at medisinske opplysninger følger pasienten ved innleggelse inn i sykehus og ved utskriving. Det svikter en del, og det var litt overraskende når jeg kom fra [fylke i Nord-Norge], hvor de hadde de geografiske utfordringene, med kjempestore geografiske avstander, men hvor det kommunikasjonssystemet fungerte mye bedre mellom sykehuset og kommunehelsetjenesten og de hadde de medisinske opplysningene samlet.” (kommunelege)

Fastlegene er lite involvert i forhold til utskriving av pasienter generelt sett. Legen vi intervjuet i denne kommunen mente kommunikasjonen mot allmennlegene var altfor dårlig, sett i forhold til at de har det medisinske ansvaret for pasientene etter utskriving. Dette var et tema de skulle diskutere i legerådet, der de vil kreve at utskrivende lege fakser epikrise før pasienten er ute av døra, slik at de var de første til å bli informert. Det kunne ifølge han, ta en par-tre uker før han fikk epikrise fra sykehuset, noe han mente var svært kritikkverdig. For noen pasientgrupper var dette svært viktig.

“Den gruppen eldre som ikke klarer seg selv, og som står for eksempel på et multidose-prosjekt på medikamenter, har hjemmesykepleien inne. Det er jo veldig sårbart, de som er medisinert med flere medikamenter, og som har liksom flere sykdommer som gjør at de fungerer marginalt kort sagt, og det kan være at de står fortsatt på noen medikamenter også blir de utstyrt med nye også blir informasjonen litt uklart, vi vet ikke om pasientene utskrevet ikke engang kanskje at pasienter er innlagt ikke sant. For vi vet jo det egentlig først når vi får epikrisen, rettere sagt hva som er gjort. Og hvis den kommer en uke etter at pasienter er utskrevet så kan jo pasienten allerede ha vært død i 14 dager, hvis man setter det helt ekstremt.” (Fastlege)

Om samarbeidstiltak med spesialisthelsetjenesten

Samarbeidsavtalen

Samarbeidsavtalen mellom kommunene og helseforetaket var nettopp blir reforhandlet da disse intervjuene ble gjennomført. En stor utfordring i forhold til avtalen er ifølge respondentene fra kommunen å få gjort den godt nok kjent ned i avdelingen. Det er stor frustrasjon over at sykehuset ofte ikke overholder sine forpliktelser i forhold til avtalen. Soneleder i PLO sier det slik:

“Kommunen har jo en avtale i tillegg til forskriften. Vi skal prøve å få til smidighet (...) fordi at papiret er ikke verdt det det er skrevet på i det hele tatt. Vi må få til en samhandling der, det er det dette dreier seg om. Hvis sykehuset mener at pasienten er ferdigbehandla skriver de han ut uavhengig av avtalen. (...) hvis de sier den er ferdigbehandla, ja så er han ferdigbehandlet. I en periode så var det veldig sånn 11 dager og det var det. Og så har det begynt å utvide seg, så har sykehuset, når det kommer en lårhals eller slag så er det ferdigbehandla. Det skrives ferdigbehandlingsskjema i mottakelsen, det er sikkert det klassiske over alt. Og hvis vi ikke er i stand til å ta imot da eller at man ikke prioriterer det, så kommer de hit uansett, selv om det er gått bare 3 dager hvis de finner ut at de må ha plassen.” (Soneleder PLO)

Samarbeidsmøter

Vurderingsmøter mellom PLO og sykehuset anses som en svært viktig arena for kommunikasjon og samarbeid. Som nevnt tidligere har disse møtene blitt færre de siste årene. Avdelingsleder i hjemmetjenesten synes man må satse på inntaksmøtene. Hun har en formening det nå er spesialisthelsetjenesten som bestemmer, at de er enerådende. Hun føler det ikke er noen toveiskommunikasjon. Soneleder (PLO) rapporterer at de nå har fått til en avtale med medisinsk avdeling om minst 4 samarbeidsmøter i året.

Fastlegen sier også at det er blitt slutt med faglige møter mellom fastlegene og sykehuset. Han sier fastlegene etterlyser mer ansvar for ting, spesielt i forhold til indremedisin. Han sier videre at det ikke er noen spesielle samarbeidstiltak mellom fastlegen og spesialisthelsetjenesten.

Kommunelegen nevner at det snart skal være et møte med lokalsykehuset for å se på hva som kan gjøres for å bedre kommunikasjonen i forhold til utskriving, oversikt over medikamentene ol. Hun synes en utfordring er å vite hvilket nivå man skal/bør kommunisere på.

"På hvilket nivå skal du kommunisere? Det er jo gjerne de som står i den praktiske hverdagen vi egentlig må få det til i forhold til. Vi tar opp det på et møte med klinikkjef, medisiner og sånn så tenker jeg det at det er sikkert ikke så veldig effektivt. Det må på en måte inn mot de som er på bunnen." (kommunelege/ sykehjemlege)

Dette poenget understrekes også tydelig av soneleder (PLO) som mener det ikke holder å man har møter på oversykepleier- klinikkleder- omsorgsledernivå. Det må inn i organisasjonen. Hun tror det hadde vært hensiktsmessig å drive fellesopplæring gjennom gjensidig hospitering. Ifølge henne vil de sykehusansatte ha veldig godt av å se at utfordringene er store også ute i kommunene, for det har de liten greie på. Problemet er å få dette til i praksis.

"Så hospiteringsordninger tror jeg veldig på. Men det er noe med at vi ikke klarer å få det til, fordi at da må personene erstattes i den operative turnusen, og så stopper det der. Og det går på penger."

Veiledning og hospitering

Ifølge soneleder i PLO er sykehuset svært flinke til å bistå i forhold til faglig veiledning og opplæring og at dette er noe som har bedret seg mye de siste årene. Det har i stor grad vært relatert til kreftpasienter, men også andre pasientgruppe, f eks pasienter med hjemmerespirator. Sykehuset er velvillige i forhold til hospitering for folk fra kommunen, og det gjøres innimellom.

Ambulerende team

Spesialisthelsetjenesten har et rehabiliteringsteam og et alderspsykiatrisk team som bidrar både med veiledning/opplæring og bistår i arbeidet med enkeltpasienter. Dette anses som svært positivt, men flere etterlyser team også på andre områder. Kommunelegen sier man lenge har ønsket seg et geriatrik ambulerende team.

Pasienter med særskilt behov for samordnet oppfølging - bruk av individuell plan

Pasienter som har behov for hjelp fra ulike tjenesteytere og på ulike nivå i helsetjenesten har rett til å få utarbeidet en individuell plan. Soneleder i PLO mener den i dag brukes for lite, men at man samtidig må fokusere på de som har størst behov for dette og unngå for mye byråkrati rundt de som ikke har behovet. Hun hevder at sykehuset er for lite oppdatert i forhold til slike planer og at kommunen har prøvd å få dem mer på banen. Hun innser at kommunen har det grunnleggende ansvaret, men at sykehuset skal bidra og ta initiativ. Det er viktig at kommunen og sykehuset framstår som en helhet og at man ikke bare stiller

diagnosen på pasienten, og så blir hun en kasteball i systemet. Det er samarbeidsmøter med sykehuset, men det gjelder svært få pasienter. Det uttrykkes fra flere i PLO forhåpninger om at arbeidet rundt individuelle planer blir bedre etter hvert, nå som dette er rettighetsfestet og har høy prioritet.

Samarbeid i psykiatrien en stor utfordring

Psykiatriske pasienter er en stor gruppe som representerer en utfordring i forhold til å etablere et helhetlig tjenestetilbud. Soneleder i PLO sier det hele veien kreves at psykiatriavdelingene i kommunen samarbeider godt med hjemmetjenesten og sykehjemmet for å ivareta helheten. Kommunen har i følge henne kommet ganske langt i å oppfylle sine forpliktelser i forhold til opptrappingsplanen for psykiatri.

"I tillegg har vi en overgripende døgnavdeling for ferdigbehandlet pasienter i sykehuset. Og der gjorde kommunen masse, kanskje mer enn det de måtte, etter psykiatireformen. Men de har tatt ut veldig mange fra det gamle psykiatriske sykehjemmet. Sånn at vi etablerte boliger og sykehjemsplasser organisert som en avdeling. Og jeg vet at i alle fall i her i fylket så er det helt unikt, vi har gått mye lenger enn de andre og brukes som et godt eksempel.... Vi har jobba mye med samhandling, spesielt opplæring. På veiledning og på behandling og etterbehandling og den biten der, det har variert litt, men akkurat nå er vi inne i en veldig god fase hvor de tar sitt ansvar og bistår i forhold til behandling og ettervern og den biten. Men det er store utfordringer, og det er viktig for pasienten. Jeg må jo si at økonomien har jo ikke akkurat, selv om det er psykiatritilskudd, så har ikke det på langt nær så det dekker de utfordringene som kommunen har fått med dette he.r"

Det finnes et alderspsykiatrisk team i fylket som drar ut til sykehjemmene og snakker med pleiere og pårørende. Teamet er tilknyttet et kompetansesenter for aldersdemens, som også gir kurs og veiledning angående utageringsproblematikk o.l. Sykehjemslegen mener det overføres en god del tunge psykiatriske pasienter (ikke bare demens) til korttidsavdeling ved sykehjem som etter hennes oppfatning ikke er ferdigbehandlet eller utskrivingsklar fra spesialisthelsetjenesten. Sett fra kommunens side er det for dårlig kapasitet i spesialisthelsetjenesten, spesielt i forhold til å ta imot akutt-tilfeller i psykiatrien.

"Der er det alt for vanskelig å komme inn igjen. Og hvis du kommer inn så er det ut igjen dagen etter, fordi du ikke er innlagt på paragraf og sånn. Og det er kanskje den største utfordringen." (Soneleder)

Sykehjemslederen vi intervjuet gir et eksempel på hvordan oppfølgingen kan svikte.

"Har ikke de kapasitet, mener de likevel at de har gjort jobben sin. Jeg har et eksempel fra forrige uke, en dame, dette er psykiatri da, ikke sykehuset men det er jo mot spesialisttjenesten. En dame som over tid nå har vært lagt inn hos oss på akutt plass, altså for noen dager flere ganger. Familien var utslitt, hun har paranoide vrangforestillinger. Og har ikke hatt det godt med seg selv, og har det til dags dato ikke godt med seg selv. Vi har hatt inn primærlege for å se på saken. Vi har bedt institusjonen som hører til DPS her, se på det. Det vi fikk tilbud om da, ikke vi, for det er ikke oss, men det er jo pasienten eller brukeren som fikk tilbud, om å komme da på poliklinikken på DPS for å sjekke henne, og fordi hun satt i en rullestol så kunne de ikke ta henne inn da, så det var en konsultasjon i bilen på ti minutter. Det var det tilbudet hun fikk fra psykiatrien. Hun har krabbet rundt på gulvet, gjort fra seg, hun er jo ikke ved det vanlige. Hun har slått sine nærmeste, helt fjern. Dette er en medisinsk oppgave, dette kan ikke jeg som sykepleier løse. Klarer jo ikke gjøre noe med det. Ingen tar ansvaret, og jeg tror mye av dette her også er, hun er over 80 år, så er det på en måte, delen??-sjekk på de er så liten i forhold til at du snakker om en 50, 60 åring altså. Og det er, du kan si at da blir ballen kastet tilbake, vi er landets store søppelkasse. Vi vrir jo oss mang en gang for å få løst det."

Sykehjemslederen mener psykiatriske pasienter generelt er en stor utfordring. Psykiatireformen har etter hennes oppfatning vært til glede for mange, men det er også her brukere/pasienter som ikke har det godt. Det gjelder ifølge henne spesielt langtidsbrukere som ble utskrevet fra institusjon til hjemkommunen. Det er folk som kommer i en gråson

og som "lider fryktelig". Kommunen har vanskelig for å håndtere dette. De prøvde først at disse pasientene skulle følges opp av et psykiatriteam som ligger under hjemmetjenesten. Men det var snakk om meget syke mennesker, helt ned i 20-30 årene, og man ble nødt til å bemanne opp døgnet rundt. Det er derfor blitt opprettet en egen sengeenhet ved et sykehjem og i tillegg er det etablert psykiatriske boliger med døgnbemanning. Mange av brukerne er veldig syke og de blir ifølge sykepleieren ofte kasteballer i systemet, med stadige innleggelses og utskrivinger i spesialisthelsetjenesten.

Kommunelegen/sykehjemslegen understreker at skal tilbudet til tunge psykiatriske pasienter i kommunen bli bedre må det satses mye mer på samarbeid og planlegging rundt disse pasientene, blant annet for å unngå mye reinnleggelses. Legen sier videre at det største hinder for bedre samarbeid i begge sektorer er at systemet er stort og komplekst, at det lett blir organisatoriske avstander, selv innen primærhelsetjenesten. Hun sammenligner med sin erfaring fra et fylke i Nord-Norge hvor alt var mer oversiktlig, med færre aktører. I denne her kommunen er det til forskjell svært mange fastleger og mange avdelinger ved sykehuset å forholde seg til. Utfordringen er derfor, ifølge kommunelegen, kommunikasjonen mellom tjenesteyterne og at denne ikke må bli værende på ledernivå, men at den kommer ned i systemene.

Utfordringer framover

Det at man opererer på to ulike forvaltningsnivå anses som en viktig utfordring for det videre arbeidet. Det er viktig å huske at brukeren er den samme uansett hvilket nivå man er på.

"brukeren er den samme og bør i mye mindre grad bli kasteball mellom de nivåene. Vi må kunne klare å få til en måte å behandle brukere så det går mer smidig i mellom. Og ikke bli motparter som det i ofte kan se ut til å bli. Slippe å ta imot eller gå, slippe å behandle .. altså det er det brukeren opplever, og det syns jeg ikke verdig for helsevesenet i dag. Der er vi nødt til å finne en bedre ordning. Og du kan ha mange forskrifter og mye ordninger du bare vil, men vi er nødt til å ha kommunikasjon og forstå hverandre." (Soneleder PLO)

Det framheves av flere at utfordringene krever helhetlig tenking og at både kommunen og sykehuset vil tjene på bedre samhandling. Kommunen kan ta mange oppgaver, men det forutsetter en sykepleiefaglig opprustning og en styrking av legetilsyn i sykehjemmene. Ansatte i kommunen er opptatt av å bygge opp tilstrekkelig kompetanse, men samtidig minnet en av respondentene på om at man ikke skal bygge opp en ny spesialisthelsetjeneste. Samhandling og gjensidig forståelse anses som helt nødvendig i tiden framover. Det skinner imidlertid igjennom fra de ansatte i pleie- og omsorgstjenesten at de anser deres kunnskap om sykehuset som å være bedre enn sykehusets kunnskap om kommunen.

"Sykehuset må først forstå det som skjer i kommunen. De fleste som jobber i kommunehelsetjenesten har vært innom sykehus på et eller annet tidspunkt. Skulle ønske også legene visste mer om kommunen."

Som hindringer for samarbeid oppgis ikke uventet mangel på ressurser. Andre ting som nevnes er finansieringssystemet i sykehusene og at man opererer innenfor et komplekst system med mange aktører.

I denne gjennomgangen har representantene for denne kommunen vært inne på flere forslag til samarbeidstiltak. Det er en positiv holdning til gjensidige hospiteringsordninger og det signaliseres et ønske om flere ambulante team. Det etterlyses også flere samarbeidsmøter med sykehuset. I forhold til psykiatri foreslo kommunelegen at psykiatrisk sykepleier kan følge pasienten på tvers av nivåene for å bidra til bedre planlegging ved skifte av omsorgsnivå.

Utdanningsorganisasjonene innen sykepleie er ifølge sonelederen veldig innrettet mot sykehusene i sin kunnskapsformidling. Det foregår nå en dialog med høgskolen i dette fylket for om mulig å få etablert en videreutdanning i kommunehelsetjeneste. Dette kan bidra til å heve statusen til det å arbeide i kommunen.

Fastlegen mener man ikke bør være ensidig negativ til strukturelle endringer i spesialisthelsetjenesten. Forandringene gir ikke nødvendigvis et dårligere tilbud til pasientene. Men han mener det nå er på tide å satse mer på primærhelsetjenesten. Det er viktig å sette inn ressurser forebyggende for å fange opp problemene før de er så store at spesialisthelsetjenesten kommer inn i bildet.

Sykehjemslederen mener helsevesenet trenger ro og gode fagsterke ledere.

"Jeg mener at en av de store utfordringene, det er at omvendningene som de tror kan gi så voldsomt med resultater i positiv forstand, ikke gir så mange positive resultater allikevel. Jeg tror helsesektoren trenger ro, og det gjelder hele fjøla, både psykiatri, sykehus, kommune, den har behov for ro, og den har behov for å få gode ledere, og da tenker jeg på, ikke nødvendigvis gode økonomiske ledere, men de trenger gode, faglige og personalledere, for uten gode personalledere så kommer vi ingen vei."

Intervjuer: Hva slags kvalifikasjoner, hva vil dere ha som de ikke... ? Du sier jo på en måte indirekte at lederne ikke er bra nok i dag, at det mangler noe ?

"Ja, jeg mener at det er for mye fokus på den økonomiske siden. Vi har en del ledere som ikke er fagledere, altså de har annen bakgrunn da, de øverste lederne, og jeg tror ikke kanskje det er så heldig. I lengden, er jeg ikke sikker på det. Jeg tror du har vanskelighet for å forstå viktige, altså jeg vet ikke hvordan jeg skal forklare det. Det er, det høres så snevert ut, på en måte, at jeg vil at det skal være, hva skal jeg si, fagfolk som har med pasienter til daglig å gjøre, som skal være leder av disse her fabrikkene våre for å si det sånn. Jeg vil at det skal være det. Jeg synes ikke en bankdirektør har noe inni der å gjøre. Jeg synes det blir helt feil, for jeg tror nemlig det at en lege eller en sykepleier eller en sosionom for den saks skyld som har med pasienter å gjøre i det daglige kan blir en veldig god økonomisk leder. Altså det er ikke der vi har noe å hente, og så må vi fokusere på personal, og den biten som vi må fokusere på der, det er å skape ro i organisasjonen og nå tenker jeg på hele helsevesenet i Norge."

6. Sykehus II

2 respondenter

- 1 overlege indremedisin
- 1 avdelingssykepleier kirurgisk avdeling

Sykehuset er et akutt sykehus med akuttberedskap både innen medisin og kirurgi. I tillegg driver sykehuset med planlagte operasjoner og poliklinisk virksomhet. En ny fellesovervåkingsavdeling er etablert og i samarbeid med kommunen har sykehuset etablert et "felles akuttmottak", hvor både pasienter som skal til legevakta og pasienter som skal til sykehuset henvender seg. Sykehuset er administrativt underlagt et større HF (hvor sykehus I inngår) og har gjennomgått endringer med reduksjoner i sengetallet innen kirurgi, mens de har fått større opptaksområde for øyeblikkelig hjelp (både kirurgi og medisin).

Flere legges inn

Eldrebolgen merkes ifølge respondentene godt, ved at det er flere innleggelses og flere pasienter med flere sykdommer, mange pasienter er svært gamle og skrøpelige. Legen ved medisinsk avdeling nevner spesielt pasienter med KOLS (kronisk obstruktiv lungesykdom) som en voksende pasientgruppe ved sykehuset. Ellers er det også flere slagpasienter, men disse går til sentralsykehuset. Ved kirurgisk avdeling har de fått noe flere elektive pasienter, også på grunn av fritt sykehusvalg. Avdelingssykepleieren ved kirurgisk avdeling mener kommunehelsetjenesten kunne hindret en del innleggelses, men pasientene greier seg ofte ikke selv og er avhengig av at de har et nettverk eller annet tilsyn. En del pasienter som kommer inn som øyeblikkelig hjelp og har falt, trenger stabilisering, men ikke behandling. Hun sier også at økningen i pasientvolum ikke bare skyldes økningen i antall eldre, men at man behandler stadig eldre pasienter med kirurgi. I dag kan en 90-åring få innsatt hofteprotese og de som opereres trenger ofte lengre sykehusopphold. Før det ble vanlig med tilbud om hofteproteser var det ifølge henne ingen venteliste på ortopedi.

Avdelingsoverlegen ved medisinsk avdeling mener flere eldre pasienter med komplekst og sammensatt sykdomsbilde representerer en utfordring for sykehuset og at disse ofte faller mellom alle stoler i systemet. Dette tilskrives en stadig økende subspecialisering.

"Altså, du kan si trenden nå innenfor indremedisinsk faget det er jo en spesialisering, sub spesialisering. Det er jo blitt veldig tydelig de siste årene at legene er sub spesialister stort sett. Og alle spesialister har gjerne en sånn organ, kardiologer, hjertespesialister, lungespesialister, fordøyelsesspesialister, hormonspesialist. Det er klart at de sjeler jo mye til sin spesialitet. Det er ikke til å komme forbi. Og vi har jo sånn seksjonerte poster eller avdelinger også hvor vi har, vi prøver og legge pasienter med spesielle diagnoser, altså hjertepasientene legges på et sted og lungepasientene et annet sted, så det blir en litt sånn fokusering på hovedproblemet....Så jeg tror nok at særlig eldre da med flere sykdommer, de faller nok ofte litt mellom flere stoler tror jeg man kan si. Det er liksom at den ene organsykdommen er såpass dominerende så der hvor det er mer snakk om ja, diffuse plager kanskje, av sånn som ofte eldre, men kanskje ernæringsproblemer, demens, generell alltakling, det blir sånne problemer så tror jeg det blir mindre interesse av andre emner. Så tror jeg nok at geriatriske spesialitet kan være på sin plass og hjelpe. De vil nok mere ta seg av den typen pasienter. Så vi har jo litt tro på fremtiden her, at det skal bli bedre da. At den gruppen der skal få et bedre tilbud. De har ikke et godt nok tilbud i dag altså."

Denne legen har en antakelse om at spesialistene kanskje føler seg inkompetente når de kommer inn på andre felt, derfor er det viktig å jobbe sammen. For en del av de eldste og skrøpeligste pasientene er det ifølge avdelingsoverlegen en kontinuerlig vurdering av om behandling skal settes i gang eller ikke, og at det kommer inn et etisk aspekt ved dette.

Det forekommer innleggelse som respondentene på sykehuset mener kan betraktes som unødvendige ut fra medisinske kriterier. Avdelingssykepleieren på kirurgisk avdeling mener å se en trend med stadig flere pasienter som kommer inn med vondt i magen og er obstiperte. Denne utviklingen kan ifølge henne skyldes at ingen følger godt nok med om vedkommende får i seg nok væske og ernæring. En del kommer inn dehydrerte. Hun antyder at dette er vanskeligere å følge opp med en så sterk vridning mot hjemmebasert omsorg i kommunen. Legen ved medisinsk avdeling mener det faktisk også er en del unødvendige innleggelse fra sykehjem. Selv om det ikke er noen "stor plage", er det mer av det enn før. Forklaringer på dette tror han er at sykepleierne kan ha liten erfaring og at pårørende presser på mer enn før. Respondenten ved kirurgisk avdeling nevner også de pårørende. Hun tror mange pårørende ikke makter å følge opp, og at de ikke klarer å ta den gamle hjem til seg. Dette oppleves som kjempevanskelig og sykehuset er ikke i stand til å løse slike problemer. Mange innleggelse kommer via legevakten, hvor det ifølge legen ved medisin er en lavere terskel for å legge inn enn hos fastlegene. Han mener også at det ofte ikke er det beste for pasienten å bli lagt inn på sykehus. Sykehuset har ingen observasjonspost, men har noen få observasjonssenger som brukes mye. Det vanlige er at henvisende lege ikke tar kontakt før pasienten henvises til innleggelse.

Økende press på sykehuset

Avdelingsoverlegen mener også det har blitt et større press i sektoren generelt, noe som virker uheldig på koordineringen av tjenestetilbudet og fører til lavere henvisningsterskel. Det er en gradvis nedbygging av sykehusets sengeplasser, noe som skaper stort press på avdelingene. Det er samtidig en sterk dreining mot poliklinisk oppfølging, men vurderinger med hensyn til omsorgsnivå er også avhengig av ventetiden på poliklinikken. Lang ventetid medfører at man oftere velger å legge inn pasientene. Dette gjelder ifølge avdelingsoverlegen også i stor grad de eldste pasientene.

Tidligere hadde sykehuset både bedre tid, bedre plass og færre svært gamle. Problemet nå er at avdelingene har overbelegg og derav større press på å få pasientene ut. Det er lite plass til kontorer og tilstrekkelig undersøkelsesrom. Sykehuset har også måttet være buffer for sentralsykehuset i forhold til å håndtere korridorproblematikken der

"I fjor fikk sentralsykehuset pålegg om å fjerne korridorpasienter av arbeidstilsynet faktisk, og det var jo trusler om dagbøter som gjorde at det ble action. Da åpnet de mellom 15 og 20 nye medisinske senger i [sykehuskommunens navn]. I løpet av et par måneder så var det nedlagt en kirurgisk avdeling, og åpnet en medisinsk post, for å få unna korridorpatientene ved sentralsykehuset. Det har jo ikke lyktes, men det har i alle fall redusert en del, da. Men det er klart. Jeg har jo følt at vi har fått flere korridorpasienter her da."

Det er ifølge de to vi intervjuet, mangel på en del utstyr og enkelte typer spesialister, spesielt røntgenleger. Avdelingsoverlegen tror mange ansatte anser sykehuset som en utrygg arbeidsplass for framtida. Samtidig framheves fordelene med å arbeide på et relativt lite sykehus ved at man kjenner hverandre, det er greie samarbeidsforhold og korte avstander. Det blir mer dessuten mer uformelt og man trenger i mindre grad være så formelle i forhold til interne henvisninger ol., noe som gjør den interne ventetiden kortere enn ved store sykehus.

En konsekvens av større pasientpågang og færre senger er et stadig press på liggetidene. Samtidig er det ifølge avdelingsoverlegen på medisinsk avdeling flere kompliserte pasienter som krever relativt lang liggetid. Han tror reduksjonen i liggetid de siste årene har ført til flere reinnleggelse. Han mener dette ofte er i tilfeller hvor man har hatt for dårlig tid og ikke fått avklart problemene godt nok.

"Pasienten blir kanskje skrevet ut fordi det er så fullt da. Så tar man sjansen og håper det går bra å skrive dem ut til hjemmet eller til sykehjemmet og regner med at det blir fulgt opp der da. Så det er nok en del tilfeller hvor man kunne ønske pasienten var bedre, hadde holdt litt lenger. Det er helt sikkert."

Legen beskriver situasjonen som en helt annen for en del år siden.

"De kunne liksom være den tiden de trengte på sykehus. Folk lå jo ofte lenge og. Det var jo magesårbehandlede behandlet man jo med kurer og hjerteinnfarkt lå jo i 14 dager, og nå er det ute etter fire dager på hjerteinnfarkt, og magesår er jo ikke innlagt lenger, så det har jo endret seg. Likevel var det plasser nok."

Tilbake til kommunen etter sykehusopphold

Kapasiteten for liten i kommunene

Begge representantene for dette sykehuset mente kommunene hadde alt for liten kapasitet på sykehjems plasser og dette blir delvis forklart med at satsingen i kommunene nesten utelukkende har vært tilknyttet hjemmebasert omsorg. De tror også det er for lite ressurser generelt. Det utvises forståelse for at kapasiteten er presset i kommunene - "kommunen sliter sikkert helsa av seg" sier sykepleieren. Avdelingsoverlegen har inntrykk av at mange pårørende er misfornøyd med hjemmetjenesten, at det blir litt harelabb og korte besøk. Men han har likevel en oppfatning av at det vanlige er at brukerne får brukbar oppfølging. Han mener likevel den veldige økningen i gamle og skrøpelige mennesker vanskelig kan møtes med så ensidig fokusering på hjemmebasert omsorg, og at det må kreve veldig mye sykepleierressurser. Den kommunen som har gått lengst i den retning har også størst problemer med å ta imot utskrivingsklare pasienter, sier denne legen. Men han understreker at det alltid har vært problemer med kapasiteten i kommunene, selv om det kanskje er blitt noe verre. Avdelingssykepleieren kunne ønske det var et bedre tilbud i overgangsfasene pasienten gjennomgår, for å skape en mer glidende overgang fra sykehuset til hjemmet.

"Vi trenger hjemmebasert omsorg og vi trenger omsorgsleiligheter, alders og pleiehjem, og sykeavdelinger. Og jeg savner mer glidende overgang når pasienter fra dag til dag trenger et annet omsorgsnivå, at ikke de da kommer inn på sykehus og blir da liggende her i ganske mange dager, hvor de egentlig kunne ha kommet på en sykeavdeling på et aldershjem."

Hun har inntrykk av at akutt plassene i sykehjem er belagt til enhver. Hun savner et tidligere tilbud ved et aldershjem som ble brukt til rehabilitering hvor pasientene kunne komme seg etter et sykehusopphold. Et slikt sted er bedre enn å komme på sykehjem med svært mange demente. Skal pasientene til andre rehabiliteringssentre kreves det ofte at pasienten er selvstående, noe svært mange ikke er.

Det varierer fra kommune til kommune i hvilken grad de evner å ta imot pasienter som er utskrivingsklare. Enkelte kommuner, og distrikter innen kommunene sliter en del. Men avdelingsoverlegen ved medisinsk avdeling mener det som oftest går greit, selv om store steder har større problemer enn de små. Kommunene har sterkt press på seg, i og med at de må betale etter et visst antall dager. I forhold til for en del år siden er det en stor forandring ved at det er helt slutt på å ha pleiepasienter liggende i sykehuset et år ol. På kirurgisk avdeling er det ofte pasienter med lårhalsbrudd som ikke kan komme direkte hjem som er problemet. Og det er sykehjems plass de fleste venter på, men av og til kan det også være venting på hjelpemidler. Sykepleieren antyder at mange pårørende trenger hjelp for å finne løsninger som gjør at vedkommende pasienten kan komme hjem.

"Men jeg føler at jeg må være en pådriver for å komme med gode forslag, ikke overfor kommunen, men ofte for pårørende, for de sier: Mamma kan jo ikke hjem, hun har jo soverom i annen etasje. Da må man vurdere, har hun bad i samme etasje som kjøkken og stue, kan man flytte en seng til stua i denne perioden, at hun ikke trenger trapper, så der opplever jeg at vi må komme med en del sånne spørsmål og med forslag til praktiske løsninger for det er mange som ikke kommer på det sjøl."

Om en pasient er utskrivingsklar bestemmes i samarbeid av lege på post og alle ansvarlige leger. Det er hele tiden et spørsmål om plasskapasiteten i avdelingene og i mye større grad enn før. Ifølge legen på medisinsk avdeling blir det bare de som er klart medisinske be-
grunnet som får være der. Se sitat

"mange spør om å få være en dag eller to lenger, men vi må ofte si nei, vi har for lite senger."

Avdelingssykepleieren mener det på kirurgisk avdeling ikke bare er legen som bestemmer når pasienten er utskrivingsklar fordi de er avhengige av innspill fra sykepleierne. Det kan være store forskjeller alt etter hvilke diagnoser det er snakk om.

"For en kirurg er visitten nesten et nødvendig onde- de vil helst operere mest mulig- stor forskjell fra medisin hvor de er mye i avdelingen..."

Sykehuset vektlegger å gi beskjed så tidlig som mulig til kommunen om når pasienten er utskrivingsklar.

Det er kommunen som skal sørge for tilbud til pasienten etter utskrivning, noe avdelings-
sykepleieren synes fungerer greit. Hun er imponert over hva kommunen kan stille opp med av hjelp. Det forventes heller ikke at kommunen skal stille med et tilbud på dagen, men et problem er at kommunen bare har inntaksmøte på mandager, noe som medfører ut-
fordringer ved utskrivninger mot helg. Hun har forståelse for at presset i kommunen er høyt og at de trenger noe tid på å etablere gode tilbud til pasientene. Hun er også klar på at syke-
huset ikke skal si noe til pasienten om hva de kan forvente av kommunen.

Intervjuer: Men hender det at dere skriver ut pasienter som du føler ikke får et godt nok tilbud i kommunen?

*"Ja, det er det. Et eksempel så var det en sykepleier nå i forrige uke som sa til meg, fordi vi skal jo ikke si hva slags nivå pasienten skal på, verken si det til pasienten eller pårørende. At vi mener at det er kommunen som skal deg skaffe sykehjemsplass, det har vi ikke lov å si. Og det synes jeg egentlig er greit, fordi at det er pasient, pårørende og kommunen som på en måte vurderer det helhetlige, på lik linje med at kommunen blander seg ikke opp i hvor pasienten blir lagt hen på sykehus heller. Det er vi enig i. Det ble endra for en del år siden og det synes jeg er helt greit. Veldig lett vint og forholde seg til. Jeg har jo ikke peiling på hva kommunen har å tilby de forskjellige, og hva de har av plasser å sånn, og noen ganger så må de improvisere å gjøre sånne ting, men da i forrige uke da syke-
pleieren sa: "Jeg må jo si til den fra kommunen som kommer", for de hadde tenkt å sende hjem vedkommende pasient, "dette blir helt feil, denne dama kan ikke være alene de fleste timer i døgnet." Og jeg opplever jo at det er kronglete, det er nok mange som får mindre hjelp enn det de føler de har behov for, og sikkert trenger også. Og at kommunen er veldig hardt pressa."*

Legen på medisin sier de aldri skriver ut pasienter som ikke kan ta vare på seg selv.

Dokumentasjon ved utskrivning

Det sendes med sykepleiedokumentasjon og epikrise når pasienten skrives ut. På medisinsk avdeling har man egen postsekretær slik at epikrisen kan skrives samme dag som pasienten reiser. Det har vært et prosjekt som man har svært gode erfaringer med. Det fungerer også greit fordi systemet er relativt lite og oversiktlig. Men det hender det bare er med en fore-
løpig epikrise med oversikt over medikamenter. Av og til er det uklartheter i etterkant, hvor kommunen tar kontakt f.eks. på grunn av at medisinene ikke stemmer overens med det de hadde før, og de vil forsikre seg om at det er riktig. Det er planer om å forbedre kommunika-
sjonen rundt dette ved å fakse kopi av epikrisen til et spesielt nummer slik at opplysningene kan sammenholdes. Legen mener de bør bli flinkere til å dokumentere endringer i pasien-
tenes medisiner, at det ikke alltid blir tatt like nøye. Initiativet ble tatt fra kommunen som ønsker å gå over til et system med ferdigpakking av medisiner (multidoseprosjekt). Det er da svært viktig at de har en helt riktig medikamentliste.

Det er ikke alltid sykehuset får god nok informasjon om medisinerings når pasienten kommer inn. Ofte må sykehuset forhøre seg med pårørende om hva pasienten står på. Det er selvfølgelig bedre når pasienten er henvist fra egen lege, men i akutte tilfeller er det ofte legevakt som legger inn og som ikke har tilstrekkelig oversikt over dette.

Avdelingssykepleieren understreker at det enorme kravet til dokumentasjon man har i dag, både til leger og ikke minst til sykepleiere er ressurskrevende og det er en konstant underdekning i forhold til kapasitet på den biten.

Endring i oppgavefordeling og ansvarsfordeling?

Avdelingsoverlegen nevner flere pasientgrupper som tidligere ble behandlet ved sykehuset og som i dag i stor grad ivaretas av allmennpraktikere. Her nevnes diabetikere, magesår-pasienter og astma og allergipasienter. Disse blir sjelden innlagt i dag, mye også på grunn av bedre forebyggende tiltak. Men det er enkelte pasientgrupper som kommer litt i gråsonen og hvor ansvaret for oppfølging ikke er helt god. Diabetespasienter, som er en raskt voksende pasientgruppe nevnes her. Hvem skal kontrolleres og hvor ofte skal de kontrolleres på sykehus og behandles? Det er ikke helt avklart. Han mener det generelt sett at arbeidsfordelingen har blitt bedre enn det var for en del år siden, da mange pasienter som burde vært i allmennpraksis ble kontrollert av sykehuset. I dag fungerer poliklinikken mye mer som en vurderingsinstans som avklarer situasjonen og rapporterer til allmennpraktiker som kan følge opp. Dette kom ifølge legen delvis som et krav fra allmennpraktikerne selv for ca 10 år siden, ved at allmennpraktikerne fikk en egen spesialitet og ville ha større yrkesstolthet. I tillegg nevner han refusjonsordningen som viktig, da det er slik at man nå ikke får refusjon ved poliklinikken hvis pasientene ikke har henvisning fra allmennpraksis. Fastlegeordningen bidrar også til at fastlegene har fått et større eierforhold til pasientene, at de skal være primærleger i ordets beste betydning og ha rollen som koordinator for pasienten.

Avdelingssykepleieren på kirurgisk avdeling vektlegger oppgaveforskyving som følge av kortere liggetid, mer poliklinikk og dagbehandling. Når pasienten kommer hjem tidligere gir dette flere oppgaver og pasientene er tyngre, har større pleiebehov, enn tidligere. Ansvarsfordelingen er ikke alltid gjensidig avklart og akseptert når det gjelder utskrivingsklare pasienter. Det går mye på samarbeid, som kan variere fra kommune til kommune eller distrikt. Hun framhever en bykommune som de samarbeider svært godt med og hvor de har bare ett nummer sykehuset skal ringe i forhold til kommunikasjon rundt pasientene. Men samarbeidet kunne vært enda bedre.

"Det hender jo vi får inn noen pasienter som har hatt sår og leggsår ganske lenge, som er behandlet i kommunen over lengre tid. Og vi har også hatt noen som da har blitt her over tid fordi vi har sett at det kommunale behandlingstilbudet ikke har vært godt nok i den sammenhengen. Og som jeg sa, vi kunne gjerne hatt litt bedre samarbeid med kommunen på dette."

Når det gjelder konkrete oppgaver nevner avdelingssykepleieren at ledelsen i kommunen har signalisert at kommunen i større grad kan gi intravenøs væske og antibiotika. Men sykehuset opplever i praksis at dette ikke alltid lar seg gjennomføre.

"Noe svikter, jeg nevnte så vidt at våre klinikkoversykepleiere har vært i kommunene og i forhold til dette med å reforhandle dette med utskrivingsklare pasienter og sånn, og hvor de har da fått tilbakemeldinger fra kommunen om at sykehuset er alt for rask til å skrive ut og kommunene egentlig kan komme med flere tilbud enn det de kan. Det er ikke noe problem å gi intravenøst oppvæsking på sykehjemmene og antibiotika, det har de sagt fra ledelsen i kommunen, og vi opplever det motsatte. For det sier de da lengre ned når vi sender det til kommunen, nei det kan vi ikke, nei skal de ha intravenøst, nei det får vi ikke lov til. Så der er det forskjell fra hva de sier i kommunen og hva som er praksis."

Det har fra sykehusets side vært gitt opplæring i kommunen i forhold til intravenøs ernæring, bruk av CDK og sondeernæring. Og i helt konkrete enkelt- tilfeller har sykehuset

hatt personell fra kommunen inne for samarbeid og opplæring. Det har ifølge denne sykepleieren fungert bra. Det trenges ifølge henne mer samarbeid fordi det er bedre for pasienten.

"Vi har hatt noen med infeksjoner i hofter som har vært her veldig veldig lenge. Altså har du hatt en totalprotese og fått en infeksjon, så er jo det måneder, det er ikke bra å være på sykehus så lenge, hvor vi har i en kommune, en ganske ung pasient, veldig trivelig å sånn, men bor et stykke herifra, fikk da antibiotikaen sin på sykehjemmet.. for et par andre har vi betalt drosje for at de skal komme seg hjem på permisjon."

Mer om samarbeid med kommunehelsetjenesten

Pasienter med behov for samordnet oppfølging

Ved kirurgisk avdeling praktiseres en ordning med åpen retur for kreftpasienter. For disse er det viktig å ha et nært samarbeid med kommunen. Også stomipasienter følges i etterkant. Avdelingssykepleieren mener det fungerer godt, men det kunne vært enda bedre og gå i bølger. Det er generelt for liten tid til å følge godt nok opp fordi ressursene er skjært ned til beinet. Kunne trukket inn kommunen, familien og andre oftere. Avdelingen er involvert i utvikling av individuelle planer, men det er ikke så ofte. Det gjelder f.eks. multitraumepasienter og kreftpasienter.

Når det gjelder medisinsk avdeling mener legen vi intervjuet det ikke er nok rutiner for å følge opp. Sykehuset praktiserer pasientansvarlig lege. Dette er spesielt viktig for pasienter med kroniske sykdommer. Ordningen er bra for pasienten og pårørende, men svært vanskelig å gjennomføre i praksis pga av diskontinuitet i hvem som er tilstede. Dette er en hodepine for sykehuset, ifølge denne legen og mener det nok ikke fungerer etter Stortingets intensjoner.

På spørsmål om individuell plan henviser avdelingsoverlegen til sykehusets egen plan for pasienten etter innleggelse, men nevner ikke utarbeidelse av individuell plan med andre tjenesteytere i f eks kommunen.

Spesifikke samarbeidstiltak

Sykepleieren fra kirurgisk avdeling og legen fra medisinsks avdeling nevnte følgende tiltak mot kommunehelsetjenesten.

- Ambulerende team:

Palliativt team for kreftbehandling, men det er ikke leger tilknyttet. Geriatrik team ved sentralsykehuset, og det trengs ifølge avdelingsoverlegen i høyeste grad.

- Hospitering

Leger hospiterte i forbindelse med å bli spesialister i allmennmedisin- da var det obligatorisk. Avdelingsoverlegen tror det fungerte bra.

Sykepleieren sier det gis muligheter for hospitering for sykepleiere, men at dette utnyttet lite.

- Faglige møter

Før hadde legene fra sykehuset og kommunen kveldsmøter. Det er det slutt på og avdelingsoverlege på medisin savner dette litt. Praksiskonsulenter hadde han ikke hørt om.

Avdelingsoverlegen opplever at det er ganske tette skott mellom sykehuset og allmennpraksis og kommunikasjon skjer mest via brev. Det fungerer greit, men han mener det hadde vært hensiktsmessig med et forum hvor de kunne møtes av og til. *"Kanskje vet vi for lite om*

hverandre?" Alle har en travel hverdag, men han tror mange kunne tenkt seg mer samarbeid.

- Erfaringskonferanser

Avdelingssykepleieren ved kirurgisk avdeling nevner erfaringskonferanser mellom kommunen og sykehuset som svært positivt. Dette har vart i flere år. Hun opplever stort sett god dialog med kommunehelsetjenesten, men sier viljen er større enn evnen. Hun viser da til at kommunen har for dårlig kapasitet på plasser i døgnomsorgen.

Om rehabiliteringstilbud

Legen kjenner mest til hjerterehabilitering og der er det bra kapasitet.

Avdelingssykepleier: Institusjonen som tidligere tok imot pasienter i kommunen med rehabiliteringsbehov og som ikke klarte seg selv ble nedlagt. Det er kommet et nytt rehabiliteringssenter i en av de større kommunene. Hun mener det er bra tilbud til dem som klarer seg selv, men for få kommunale rehabiliteringsplasser beregnet på pasienter som ikke er så funksjonsdyktige.

Utfordringer framover

Eldrebolgen er en utfordring sykehuset ikke har gjort så mange grep i forhold til ifølge avdelingsoverlegen. Man prøver å ta unna etter hvert som det kommer. Satsing på geriatrisk team begynner å komme på plass og er et viktig tilbud i forhold til flere eldre. Det framheves at det viktig å satse enda mer i forhold til eldre og at det må tenkes helhetlig og langsiktig. I forhold til samarbeid mellom nivåene er det et spørsmål om tid og ressurser. Avdelingsoverlegen er skeptisk til utviklingen i helsetjenesten, spesielt i forhold til ivaretagelse av de eldste pasientene. Han sier følgende:

"Men jeg vil kanskje si det viktigste er tid og personalressurser og sørge for å ha en godt utdannet gruppe med helsearbeidere, at ikke det blir så snaut at budsjettene blir så trange at man bare får råd til det aller mest nødvendige. Det er jeg litt redd for altså. At det blir helsevesenets fremtid. Vi ser jo en tendens til det nå at det skjæres ned unødvendige stillinger og hele tiden så er det spørsmål om hva trenger vi og hva kan vi greie oss uten. Det blir ikke så mye overskudd. Det blir sånn effektivitetsjag hele tiden, jeg tror er litt uheldig da. Jeg er ikke absolutt motstander av effektivitet og økonomi, absolutt ikke, men det blir litt mye fokus på økonomi og lønnsomhet hele tiden altså. Det tror jeg ikke de eldre er tjent med heller. Jeg tror de trives dårlig i et miljø hvor det bare er snakk om å spare og effektivisere og økonomisere hele tiden altså. Det tror jeg. Gamle mennesker, de trenger ofte tid på seg, og trenger at vi er til stede og har tid til dem. Vi kan bruke litt tid på visittene, ikke bare må bruke fem- ti minutter, men kanskje kan bruke litt lenger tid, prate litt, utveksle litt, betydelig greit. Det er det lite tid til altså. Det føles at man bruker tiden litt unødvendig hvis en er så ineffektiv."

"Jeg skulle kanskje ønske det at man kunne styrket sykehjemmene, de burde styrkes bedre. Det synes jeg hadde vært fint. Vi ser jo litt tendensen til at sykehjemmene kanskje tar litt mer behandlingsmessig ansvar da, at de kan gjøre litt mer for pasienter enn de gjorde før. Før var det mer pleie og den funksjonen som ble fokusert på. Nå kan vi i alle fall sende pasienten over til sykehjemmet og la de få væskebehandling og litt antibiotika kanskje, hvis de er på sykehjemmet. Før var det helt umulig liksom. Jeg skulle ønske at de kunne styrke, ha bedre legetjeneste på sykehjemmet også. Men jeg har først og fremst ønske om det, at de skal få bedre legedekning på sykehjemmene. Det synes jeg måtte være veldig fint. Slik at vi ikke opplever at pasienter innlegges på sykehjem som unødvendig innleggelse. Det synes jeg er leit altså. Det er en del sånne tilfeller hvor de absolutt ikke skulle vært lagt inn. Kanskje blir de dårlig på kvelden også blir de lagt inn på sykehus mens de egentlig burde vært på sykehjem og fått litt stell og fått litt medikamenter og litt sånn behandling, litt smertestillende, surstoff, i stedet for å bli sendt i en ambulans i hui og hast. Det har vært et par stygge tilfeller av det synes jeg. For det blir stress rundt det. Og da tror jeg faktisk man hadde hatt en bedre legetjeneste med tilgjengelige sykehjemsleger da som kanskje er i beredskap, kanskje kunne forhindre sånne ting da, så tror jeg de kanskje ville... jeg skal ikke gå inn på sykehjemmet for jeg vet ikke så

mye om hva som foregår på sykehjem jeg bare innbiller meg at det er litt knapt med tilsyn og sånn da. Men det er ikke akkurat mitt ansvar og si det."

7. Kommune E

Respondenter: 6

- leder sykehjem
- gruppeleder sykehjem
- leder hjemmetjenesten
- gruppeleder hjemmetjenesten
- to fastleger med delt kommunelegestilling

Kommunen er en liten distriktskommune. Avstanden til nærmeste sykehus er relativt lang og krever ferjeforbindelse. Det har vært en liten økning i antall innbyggere over 67 år siste ti år og antallet over 80 år er uendret. Andelen over 80 år i befolkningen er derimot økende og totalt sett er denne andelen høy.

Kommunen har et helt nytt helsesenter med sykehjemsdel, omsorgsboliger som er tett knyttet opp mot funksjonene ved helsesenteret og et nytt aktivitetssenter. I tillegg vil det i løpet av året etableres nye lokaler til kommunens rehabiliteringstjeneste i senteret. Avdelingsledere og administrativt personale innen sektor helse og sosial er samlokalisert i det nye senteret. Sykehjemsavdelingen er inndelt i fire grupper med fast personale. Det finnes en skjermet enhet for senil demente og en enhet med som skal fungere som korttidsplasser, rehabiliteringsplasser og plasser til omsorg ved livets slutt. De andre to enhetene/ gruppene er ordinære sykehjems plasser til pleie og omsorg. Sykehjemmet har tilsyn av lege to ganger i uken og det er ergoterapeut og fysioterapeut tilknyttet sykehjemmet. Inntak til sykehjemmet vurderes av inntaksteam en gang i uken. Antallet omsorgsboliger har økt betydelig de siste årene og dekningsgraden er ifølge informantene svært høy. Legesenteret ligger på samme område som helsesenteret i bygda.

Det finnes en ambulerende spesialistpoliklinikk i distriktet som tilbyr tjenester innen en rekke fagområder. Kommunen har i tillegg tilgang på privat onkolog i distriktet, en kreftpoliklinikk som fungerer som en mellomstasjon mellom primærkommune og sykehuset. Denne brukes blant annet til cellegiftbehandling. Dette sparer pasientene for mye reising.

I forhold til Statistisk sentralbyrås indikatorer for pleie- og omsorgstilbudet i kommunene kan kommune E karakteriseres på følgende måte i forhold til landsgjennomsnittet i 2003.

- *Totalt antall årsverk innen pleie- og omsorg per 100 innbyggere over 80 år er høyt.*

Institusjonstilbudet til eldre:

- *Lavt antall årsverk per 100 innbyggere eldre 80 år og over*
- *Lavt antall plasser per 100 innbygger per innbygger 80 år og over*
- *Middels plasser per årsverk*
- *Andel eldre innbyggere i institusjon er middels*

Hjemmetjenesten karakteriseres ifølge nasjonal statistikk av:

- *Høy andel av innbyggerne mottar tjenester, spesielt høyt for aldersgruppen 67-79 år i forhold til landsgjennomsnittet*
- *Svært høyt antall mottakere per årsverk*

Sykehusbruk for eldre

- *Antall ø-hjelpsinnleggelses per 1000 innbygger over 80 år er midt på treet, men lavt for elektive innleggelses.*

Vurdering av kapasitet i kommunehelsetjenesten

Kommunen har god legedekning og de siste årene har den vært stabil. Ustabil legedekning var tidligere, på 1980 og 1990-tallet, et problem. En konsekvens av dette var at pleie- og omsorgstjenesten søkte støtte i sykehustjenesten heller enn hos den lokale legetjenesten, spesielt i forhold til håndtering av komplekse problemstillinger hos enkeltpasienter.

I forhold til antallet sykehjemsplasser gis det uttrykk for at det enda går sånn akkurat. Det er et ønske om å få mer stabil tilgang på korttidsplasser. Det er satt av plasser til dette, men disse blir ofte brukt til andre pasienter, selv om man prøver å skjerme disse så godt som mulig. Korttidsplasser ses på som en mulighet til større fleksibilitet i forholdet mellom å bo hjemme og på institusjon. Sykehjemmet har også ett rom som man prøver å ha stående tomt for å ha mulighet til å ta imot pasienter med mer akutte behov. Det gis muligheter for inntil tre dagers observasjon ved sykehjemmet. Kommunen disponerer noen omsorgsboliger som man prøver å holde av til korttidsopphold, i tillegg til plassene ved sykehjemmet. Disse kan blant annet brukes når det er behov for sykehjemsplass, men det ikke er noe ledig. I mellomtiden kan brukeren bo i omsorgsbolig ved helsesentret og gis døgnbasert oppfølging med ekstra ressurser der. Sykehjemmet har legetilsyn to ganger i uken.

Kapasiteten i hjemmetjenesten kunne ifølge dem selv vært bedre, men det uttrykkes aksept for at man har et budsjett som skal holdes. Det nevnes at pårørende av og til klager på at det er for få besøk. Kommunen har ingen problemer med å anskaffe tilstrekkelig sykepleiere, og hjelpepleiestillinger har fortløpende blitt omgjort til sykepleiestillinger. Det gis uttrykk for stor stabilitet blant personalet innen PLO.

Rehabilitering er et satsingsområde for pleie og omsorgstjenesten i 2004 og nye lokaler til dette vil komme i drift i løpet av året. En utfordring er å som nevnt å kunne skjerme rehabiliteringssengene til rehabiliteringspasienter. Kommunen har to hjelpepleiere, fast ansatte, som tar videregående utdanning innen rehabilitering, noe de spurte i PLO så på som en svært velkommen ressurs når de er tilbake.

Endringer i oppgaver og forskyving av oppgaver?

Både respondentene fra hjemmetjenesten og sykehjemstjenesten opplever at det har vært en betydelig endring i brukersammensetningen innen pleie og omsorg. Volumet totalt sett har økt og antallet svært gamle har økt, noe som medfører flere brukere med demens og et sammensatt sykdomsbilde. En økning i omfanget av kreftpasienter og flere brukere med psykiatrisk diagnose ble også framhevet. Det er flere dårlige pasienter, flere pasienter som har behov for observasjon og det foregår mer i hjemmet til brukeren. At kreftomsorgen er blitt mer hjemmebasert anses som naturlig, men at dette stiller krav til godt samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Behovet for mer spesialisthjelp er ifølge representantene for PLO spesielt viktig for ivaretagelsen av brukere med habiliteringsbehov og psykiatriske pasienter, som det er blitt flere av i kommunen. Det er generelt et større behov for samarbeid, både mellom tjenesteyterne i kommunen, inn mot spesialisthelsetjenesten og på tvers av fag.

Av oppgaver det er blitt mer av de siste ti år nevner representantene for PLO sondenæring, intravenøs væsketilførsel og smertebehandling. Sykehjemmet har en blodprøvestasjon, noe de trodde ikke var så vanlig andre steder.

Kortere liggetid og mer dagbehandling i sykehusene har ikke bare konsekvenser i forhold til ivaretagelse av eldre. For hjemmetjenesten merkes det at også yngre mennesker, som for eksempel er operert, trenger sårskift, hjelp med tekniske hjelpemidler o.l. Ifølge dem selv går mer og mer til hjemmetjenesten over tid, både i forhold til yngre og eldre.

Sykehjemmet merker et økende press på grunn av kortere liggetid i sykehuset, men de har vært forberedt på denne utviklingen. Lederen på sykehjemmet tror liggetidstrenden vil fortsette. Det gir større arbeidsbyrde og mer utfordringer. Samtidig får de brukt mer av det de har lært som sykepleiere. Det arbeides veldig bevisst med å heve kompetansen til de ansatte. Sykehjemslederen framhever at de er klare på hva de kan håndtere og ikke, og må samarbeide tettere med legene. Utviklingen krever ifølge de spurte mer faglig samarbeid mot sykehuset. Det mest krevende er de som krever tekniske prosedyrer, selv om det angis at dette ikke er i så stor skala ennå. Kommunen sender ansatte til sykehuset for opplæring rundt enkeltpasienter som krever spesiell kompetanse. Endringene krever altså mye kompetanse og det gir ifølge sykehjemslederen utfordringer i forhold til prioriteringer, for det er alltid et spørsmål om ressurser.

Lederen på sykehjemmet er usikker på bruken av begrepet oppgaveforskyving om utviklingen de siste 10 årene.

"Men direkte oppgaveforskyvning sånn at vi føler at vi har fått et langt større ansvar for, altså vi vet jo at vi har et stort ansvar i forhold til kommunen sine innbyggere og vi vet hvor sykehuset sitt ansvar stopper, så fordelingen og oversikten på det, den er helt klinkende klar, men jeg vet ikke direkte at jeg kan si det at vi har fått type oppgaver fra sykehus som vi føler på en måte er på grensen til hva vi tåler, eller på hva vi makter, ikke enda. Men mulig kanskje at det blir, jeg vet ikke. Vi har det med oss i planleggingen og forberedelsene." (Leder sykehjem)

En annen representant for sykehjemmet er også nyansert i forhold til hva som forklarer større utfordringer innen PLO

"En ting er at folk blir jo gamlere og gamlere selvfølgelig, og en skal jo hjelpe og hjelpe og hjelpe. Er du syk så skal du ha hjelp. Og det er liksom ikke den naturlige avgangen i den grad lenger. Det er jo ofte sånn at vi kan hjelpe til med det meste. Og det er jo flere og flere eldre selvfølgelig og, å fordele de her ressursene på. Og sykehusene blir vel nødt til å effektivisere for å ta unna mest mulig de og. Og der blir det jo sånn at en må spesialiseres litt ut i felten for å ta i mot trykket da." (Gruppeleder sykehjem)

De spurte fra PLO i har en positiv holdning til å ta på seg nye oppgaver, og de kunne kanskje gjort enda mer. For at det skal kunne realiseres sier flere av de spurte at det kreves enda tettere samarbeid med spesialistene for å kunne kvalitetssikre arbeidet som gjøres. Kommunen er en utkantkommune med lang reiseavstand til sykehus. En representant fra pleie- og omsorgstjenesten synes pasientene ofte reiser langt for relativt enkle ting.

"Jeg tenker på kontroll, øyekontroller, vi sender jo masse eldre folk til private øyeleger, hver tredje måned for å kontrollere trykket på øynene. Det er jo vanvittig. Det koster samfunnet en masse penger, det her med førerkontroller, det her med diagnose av demente, altså få satt en diagnose på demente. I psykiatri sikkert mye mer, ble jo bygd ned en institusjon her, som kanskje ikke var så heldig da."

Ellers nevner representanter for PLO at kommunen nok kunne tatt på seg mer i forhold til blant annet kreftpasienter og kanskje tatt mer røntgenundersøkelser.

Et generelt hinder i forhold til å ta på seg flere oppgaver er ifølge de vi spurte nok ressurser. Det vil kreve mer personell på grunn av flere pasienter med kompleks sykdomstilstand. Kommunen klarer eksempelvis ikke å håndtere komplekse brukere som trafikkskadde ung-

dommer, brukere som ikke hører hjemme på et sykehjem, understreker lederen for sykehjemmet.

Også fastlegene mener de har fått flere oppgaver, med større grad av utredning og mer medisinsk behandling som kan håndteres av dem. Dette gjelder blant annet pasienter med stoffskiftelidelser, sukkersyke og hjertesyke pasienter. I tillegg skriver de ut mer psykotika og antidepressiva, de medisinene som er av den litt mindre farlige sorten.

"Så gjennom tidene har vi fått flere oppgaver og flere behandlingsmuligheter. Det er altså flere ting vi kan behandle selv. I gamle dager, når det var en som hadde for høyt stoffskifte lå de jo i fjorten dager på en indremedisinsk avdeling, og det gjør de jo ikke i dag. De blir jo nesten ferdig diagnostisert hos oss, og satt i behandling, ikke sant" (Fastlege).

Kortere liggetid i sykehusene synes å påvirke fastlegenes arbeidssituasjonen både positivt og negativt. På den ene side får fastlegen delvis administrative oppgaver som spesialistene i større grad tok hånd om selv tidligere, som sykemeldinger, reseptskrivinger og enn del etterkontroller. Samtidig er det ifølge legene greit å få oppgaver som er faglig interessante: *"reelle problemer er alltid morsomme"* sier den ene legen. Økningen i dagkirurgi angis å gi mer oppgaver knyttet til bla smertebehandling, blødningskomplikasjoner og infeksjoner.

Legene synes ikke spesialisthelsetjenesten er spesielt flinke til å ivareta pasienter med sammensatt sykdomsbilde, de har *"for smale briller"*. Det hender de får tilbake pasienter som skal henvises videre, noe som skaper irritasjon. Det skjer likevel ikke så ofte, og gjelder spesielt røntgenavdelingen. Men de mener sykehuset ellers ofte henviser internt. Representanter fra hjemmetjenesten og sykehjemmet synes ut fra sitt ståsted at sykehuset delvis er blitt flinkere til å ivareta pasienter med spesielle behov og referer blant annet til samarbeid rundt respiratorpasienter og kreftpasienter. Samtidig gis det uttrykk for at sykehuset ikke alltid ser eller ivaretar helheten i pasientens sykdomsbilde.

"Om en er utskrivningsklar, det vil jo være skjønnsmessig her da, for vi opplever jo ofte at en vurdering, helhetsvurderingen av brukeren er ikke der. Når du kommer inn og har brukket en fot og du er helt dement og helt forvirret i hodet og du har en urinveisinfeksjon så er det ikke ofte at den blir oppdaget, du kan komme med et høyt, veldig høyt blodtrykk som ikke er oppdaget. Ja, sånn at du blir behandlet for det du kommer inn for, og så er du ferdig behandlet, og så er du ut, så må du komme inn igjen hvis du er nødt til å behandles på sykehus for andre ting." (Leder hjemmetjeneste)

Hun er også opptatt av det økende kravet til effektivitet i sykehusene og kortere liggetid er en utfordring både for de som skal ivareta informasjonsbehov og trygghet hos pasienten.

"Så jeg tror nok at det stilles veldig store krav til oss med å hjelpe brukerne til å bli informert om ting som har skjedd, altså jeg tror de er enda mer forvirret etter at de har vært på et sykehus, på "hva skjer?" Og vi opplever jo og angsten deres, usikkerheten deres, både når det gjelder pasient og pårørende, i mange tilfeller. Mange avdelinger har det travelt, de har masse innleggelse og det går litt over stakk og stein noen ganger, tror jeg. De har høy sykemeldings statistikk, og kanskje mye gjennomtrekk. Fordi de klarer ikke, i alle fall hvis man skal ha det kvalitetsmessig veldig godt, så er det klart at da kreves det mye av den enkelte." (Leder hjemmetjeneste)

Utvikling i bruken av spesialisthelsetjenester – økende press

Det var stor enighet blant respondentene i denne kommunen om at det hadde vært en økning i antall innleggelse på sykehus den siste fem-tiårsperioden. Det angis flere forklaringer på dette. Flere svært gamle og økende behandlingsmuligheter vil i seg selv vil gi flere innleggelse. En forklaring som ble spesielt vektlagt var imidlertid et økende press fra pasienter og pårørende om utredning og behandling av spesialister. Dette ble spesielt understreket av legene som uttrykte frykt for klager til helsetilsyn og mediaoppslag. De mente det største presset i hovedsak kommer fra den yngre delen av befolkningen, men at disse i mange tilfeller er verge eller pårørende til eldre pasienter. En respondent fra PLO uttrykte et

ønske om enda sterkere innsats fra legene i forhold å holde tilbake og informere om at man i en del tilfeller ikke vil få noen annen behandling i sykehus og at kontakten mot andrelinja er veldig god. Vedkommende konkluderer slik:

" De tørr ikke stå for det- de er redde for klager fra fylkesmannen."

Legene mente det ofte er de pårørende som har mest urealistiske forventninger og ikke de eldre selv. En strategi for å unngå problemer er å gi noe etter for presset, ettersom de antok vil øke i årene framover. En av legene mente presset var størst i forhold til utredning:

"Jeg merker det ikke ekstra godt på innleggelse kanskje, men på henvisning til spesialist eller billedundersøkelser eller andre undersøkelser. Det er jo ingen hemninger da, folk vil undersøkes. Og de her nye undersøkelsene som er kommet, det er klart de vil ha MR av hele kroppen hvis det er mulig."

Kommunen har tilgang til bruk av akutt plass i sykehjemmet for tre dagers observasjon med tilsyn av lege, og blir ifølge respondentene brukt en god del. Dette tilbudet kan bidra til å hindre unødvendige innleggelse og skåne pasientene for reise til sykehuset. Men kapasiteten kunne ifølge legene vært enda bedre, da alternativet ofte er å sende pasienten til sykehus. Respondent fra PLO beskrev kommunikasjonen mellom fastlegen og dem som svært god i forhold til vurderinger om innleggelse. Det er ifølge dem god mulighet for å ha en diskusjon med sykehuset i tvilstilfeller, enten ved at en sykepleier ringer etter samråd med legen, eller at legen selv gjør den henvendelsen. Sykehuset blir av PLO berømmet for sin imøtekommenhet i forhold til behov for rådgiving, spesielt rundt kreftpasienter, og at det skaper en viktig trygghet for sykepleierne i kommunen. Den ene legen var relativt nyutdannet og mente han av og til var i tvil om han skulle henvise til innleggelse og derfor tok kontakt med sykehuset. Den andre legen med lengre fartstid mente han sjelden var i tvil og behøvde rådgiving. Han mente slike dialogprosesser var problematiske fordi sykehuset ofte vil sende ballen tilbake:

".. hvis man har en pasient som egentlig er en pleiepasient og det er ikke ledige plasser og pårørende forventer at det skal skje noe så kan du godt ringe sykehuset og rådføre deg med dem, men de skyver jo ballen tilbake ikke sant. Også står du der som, ja du får ingen hjelp fra sykehuset, og du har ikke noe hjelp på helsesenteret, så hvis man legger merke til at det er opptrinn til det så tror jeg mange leger kontakter sykehuset, så sier man bare det at den diagnosen gjør at jeg må gjøre sånn og sånn. Og der kan man overkjøre systemet for å få fred, for ellers blir det flere timer med uhensiktsmessige telefoner, frem og tilbake ikke sant. Jeg kan gi deg et eksempel her fra helsesenteret, det var en annen lege som, hvor det var en 90 åring som lå på, hun kom her og hadde et eller annet med brystkassen og det var bare et ribbeinsbrudd eller kanskje bare litt trykk, og pårørende var veldig aggressiv og ville ha henne innlagt. Som jeg sa før er det ofte et slikt press, han mente det var mest beleilig å få henne innlagt her et par dager til behandling. Helsesenteret hadde ikke plass og ville vel heller ikke ha henne inn, også ringte han sykehuset at det var en kommunal oppgave, og samtidig hadde han i bakgrunnen disse her sinte pårørende. Det endte med at de likevel fant en gang plass her, så skjer det at hun dør et par dager etter så har pårørende klaget over hele forløpet ikke sant.. til fylkeslegen. Klaget over sykepleierne, klaget over legen og sykehuset og så videre. Det kommer ikke mye ut av det, men det er slike ting, som når du har opplevd det flere ganger så har du i bakhodet at du gjør en preventiv innsats for å unngå alt for mye styr av den slags, og det kommer til å smitte av på din terskel for innleggelse, eller hvordan du formulerer ting, eller legger prosedyrene, ikke sant. Om du i det hele tatt kontakter sykehuset... Ja, som sagt, folk klager jo i vei. Du ser klagene går bare opp, for hver dag kommer det flere klager" (Fastlege/kommunelege)

En representant for hjemmetjenesten mener det samtidig er større rom for grensesetting av behandling på eldre døende pasienter

"Noen ganger synes jeg at det kanskje kan være tvilstilfeller, og da er det godt at vi i dag har en stor brukerpåvirkning, rett og slett at pasienten selv hvis de er i stand til det kan få lov til å si la meg være hjemme eller at kona kan si at " tåler han reisen, tåler han å bli fraktet til sykehuset ". At kanskje både lege

og sykepleier og hjelpepleier er flinkere å si at kanskje det er tid for at han kan få lov til å dø her. Det synes jeg det er mer rom for i dag, det synes jeg. Det med at de har noe å si selv." (gruppeleder hjemmetjenesten)

Tilbake fra sykehus til hjemkommune

I forhold til utskriving av pasienter fra sykehuset er fastlegene utgangspunktet lite involvert. Utfordringer rundt dette ser ut til å være mest synlig for PLO. Den ene legen sier:

"Det betyr vel bare at vi sjelden har noen umiddelbart oppfølgingsansvar, ansvar har vi, men det er ikke noe behov. Behovet er at de får hjelp til stell kanskje, og vi drar ikke rundt og vasker folk. Det å bytte på sår, det gjør jo hjemmesykepleien. De kan kontakte oss telefonisk eller fysisk hvis de har problemer, der spørsmålet er legefaglig karakter...Jeg har daglig telefonkonsultasjon med sykepleiere fra pasienter som er utskrevet, og de rådfører seg nettopp om problemer med, det kan være nye medisiner eller blodprøver eller andre ting. Så jeg tror de får en ganske bra oppfølging med den tror jeg."

Ifølge PLO er det sykehuset som avgjør om pasienten er utskrivingsklar. Stort sett framstår sykehusene denne kommunen er i kontakt med (et større og ett mindre) som flinke til å melde tidlig nok at pasienten snart blir klar for utskriving. Men det er store variasjoner, alt avhengig av hvilken avdeling ved sykehuset det gjelder. Problemene er ifølge de spurte stort sett relatert til det største sykehuset.

Kommunen krever at sykehuset sender skriftlig søknad med påført utskrivingsklar-dato til inntaksteamet i kommunen hvis pasienten har behov for pleie- og omsorgstjenester. Pasienter som allerede mottar slike tjenester og ikke trenger mer enn det de hadde før kan bare meldes. Alle andre skal vurderes av inntaksteamet hvor både hjemmetjenesten og sykehjemmet er representert. Sykehuset er opptatt av at kommunen skal kunne ta imot pasienten så raskt som mulig etter at hun er utskrivingsklar. Kommunen har derfor muntlig kommunikasjon med sykehuset kort tid etter innleggelse hvor det varsles når pasienten kan antas å kunne skrives ut, og med redegjørelse av hva som blir gjort på sykehuset. Hjemmetjenesten synes det kan være vanskelig å forholde seg til dette så tidlig, hva de skal svare sykehuset.

Det framheves av respondentene fra PLO at vurderingen av omsorgsnivå er svært nøye og mye strengere enn før. De som får sykehjemsplass er de som virkelig trenger det og absolutt ikke kan klare seg med oppfølging av hjemmetjenesten. For sykehuset kan det, ifølge ansatte i PLO, være vanskelig å vurdere dette fordi de ikke kjenner godt nok til hvilken oppfølging som faktisk kan gis av kommunen. Av og til har sykehuset allerede gitt pasientene forventninger om tjenester fra kommunen, noe respondentene fra PLO mislikte, fordi det kan skape forvirring og irritasjon hos pasienter og pårørende. Det etterlyses et bedre system i forhold til hva sykehuset skal ha vurdert før utskriving.

"Vi kartlegger da og snakker sammen om hvorvidt de har vært i kontakt med hjemmebasert omsorg eller om de har vurdert omsorgsnivået før de blir utskrevet. Det opplever jeg ikke alltid er like godt gjennomført ved [det største sykehuset]. Vi får vel følelsen av at forholdene er relativt større, og kanskje ikke fokuset er så godt på akkurat den her biten da. Det varierer veldig, det er veldig personavhengig og, på hvordan det her blir lagt frem. Mange ganger må jeg jo si at jeg har blitt ganske overrasket og til dels ganske irritert over måten vi blir snakket til på faktisk, for vi har samme problematikken som både sykehuset har og som andre plasser har. Har vi ikke plass så har vi ikke plass, og vi har et problem vi må løse. Og for vårt vedkommende må vi ha muligheten til å kunne løse det sammen. Jeg liker dårlig når jeg blir møtt med holdning som tilsier at jeg gir egentlig blanke blaffen i om du løser det eller ikke. Men stort sett så går det her bra. Så det som er viktig for oss det er jo å finne det rette omsorgsnivået for brukeren, og vi opplever vel kanskje litt ofte spesielt fra [det største sykehuset] at de forholder seg på en måte til sykehjemmet som en slags form for instans som skal løse problemet med utskrivningen, altså ta imot pasienten, så får dere vurdere det videre. Og det synes jeg ikke er rett, fordi de ofte har et tilbud innenfor hjemmebasert omsorg."

Tidspunkt for utskriving er viktig for kommunen. En representant for hjemmetjenesten mener de ikke er en akutt tjeneste og at det trengs tid til å orientere seg i situasjonen. Raske eller plutselige utskrivninger til fredag er ikke populært. De ønsker primært å få pasienten hjem mandag, tirsdag eller onsdag for å ha muligheten til å ta et hjemmebesøk og ta oppfølgingen mens det enda hverdag. På helg kjøres det med mindre bemanning, og "høyst, høyst nødvendig pleie".

Dokumentasjon ved utskriving

Sykehuset sender med pasienten sykepleiedokumentasjon og foreløpig kortfattet epikrise ved utskriving til hjemmetjenesten eller sykehjem. Innholdet i dette er stort sett greit, men det er ganske vanlig at PLO må kontakte sykehuset og kanskje fastlegen for å kvalitetssikre medisinalisten. Det kan også være et problem at sykehuset ikke sender med resepter og at legen ikke vil skrive ut medisiner han ikke har dokumentasjon på fordi han ikke har fått epikrise

"da mener jo jeg at det er fastlegen sitt ansvar og ta kontakt med den innleggende lege, men ofte må vi ordne opp, og få den utskrivende lege til å skrive resept og sende. Så egentlig så er vi denne koordinatoren i sånne ting noen ganger. At vi kjenner systemene så godt er med å gjøre at kvaliteten øker, og at vi har en tjeneste hvor de er vant til å ta et ganske stort ansvar. Altså, de godtar ikke at det ikke er ordnet opp, de godtar ikke, våre ansatte, at når en kommer i hjemmet, at en ikke har med seg resept og bare drar hjem og sier at det må du ordne. Altså, en ordner det opp, sånn det skal være. Så det her med den enkeltes ansvarsfølelse i forhold til sykepleietjenesten er stor i kommunen. Det tror jeg det er i sånne små kommuner. For det er du som blir sett i kortene, ikke legen på sykehuset som har slurvet." (sykepleier hjemmetjenesten)

Tilgjengeligheten til å få tak i legen på sykehuset kan ifølge hjemmetjenesten være litt vanskelig og noe varierende med hvilken avdeling det gjelder. Men det tilføyes at legene er veldig hyggelige og imøtekommende i forhold til spørsmål når de først er på tråden. Noen leger på sykehuset tar også av og til kontakt med PLO, blant annet ved geriatrik avdeling og hjerteavdelingen.

En av representantene for hjemmetjenesten mener dokumentasjonen er bedre i dag enn for 5-10 år siden, at innholdet før var mer mangelfullt og det gikk mye lenger tid før de fikk noe dokumentasjon, kanskje opptil to uker.

Hvor lang tid det går før epikrisen kommer til fastlegene varierer ifølge de spurte legene med hvilken avdeling den kommer fra. De har inntrykk av at det går litt fortere hvis pasienten må følges opp raskt.

"Men som regel er det hjemmesykepleien som ringer og sier at nå har vi fått pasienten og der er følgende medisiner, også har de en liste som vi ikke har, som vi vil få en uke eller to senere. Det er et problem fordi de har masse spørsmål, hva står det i dine papirer ikke sant. Der står det noe, så mangler en resepten, så må du skrive ut på den tillit du har til sykepleier. Da kan en heller ikke se hva de har gjort på sykehuset før om en uke eller to. Det blir vanskelig og sette opp noen kontroller eller videre behandling." (Fastlege)

Fastlegene understreker at det spesielt er epikriser fra psykiatrien som kommer altfor sent, det går litt raskere ved somatiske sykehus.

Samarbeid intern i kommunen

Respondentene uttrykker tydelig at det er et utstrakt og godt samarbeid på tvers av tjenestnivå og faggrenser innen pleie og omsorgstjenesten. Fordelene av at dette er en liten og oversiktlig kommune kommer fram i mange sammenhenger, både i forhold til brukerne, i forhold til organisering og administrasjon av tjenestene og muligheter for informasjonsutveksling og samarbeid.

Den nye organiseringen med det nye helsesenteret har ifølge PLO betydd mye for samarbeidet internt. Det har blant annet medført større samordning av tjenestene ute i hjemmetjenesten og inne på institusjon. De siste fire årene har man arbeidet aktivt med å utvikle kontakten mellom institusjons- og hjemmetjenester for å skape en felles forståelse og bedre tjenesten. Det har blant annet resultert i at de kan praktisere delvis jobbrotasjon mellom de to omsorgsnivåene.

“På kreftomsorg så har vi bygd opp en gruppe som består av to fra institusjon og to fra hjemmetjenesten som har en merkunnskap sammen med ergo, fysioterapeut om kreftomsorg. Men den skal fungere mer som en sånn veiledende gruppe opp mot de andre ansatte. Sånn at de alltid er noen som er topp, har den der topp kunnskapen som kan veilede andre når de er ute i en vanskelig situasjon. Det er jo ikke bare en gruppe som skal behandle en kreftpasient, det er jo en hel tjeneste, for det vil jo være døgnkontinuerlig, det har vi på kreftomsorg, det har vi på demensomsorg, det vil vi ha på sårbehandling og det må vi ha på rehabilitering. Og da jobber institusjon og hjemmetjenester tett sammen med ansatte fra begge.” (Leder hjemmetjeneste)

Kommunehelsetjenesten har ansvar for mange pasienter som har behov for hjelp fra flere tjenesteytere, både internt i kommunen og inn mot spesialisthelsetjenesten. Slike pasienter har krav på en individuell plan som skal sikre en helhetlig oppfølging. Kommunen arbeidet også tidligere med individuelle planer, men dette har blitt enda mer fokusert den siste tiden. Samarbeidet rundt dette synes bra, men kunne ifølge noen vært enda bedre. Dette er noe kommunen har arbeidet aktivt med og det har gitt resultater. En viktig samarbeidsarena er lederteamet innen pleie- og omsorgssektoren. Det bygges opp ansvarsgrupper rundt brukeren og det understrekes at brukerens egne preferanser teller tungt. Pasienten får utnevnt en primærkontakt. Det varierer i kommunen hvem som tar initiativ til å lage en individuell plan. Det er svært viktig at alle involverte er godt informert og at alle drar i samme retning. Kommunen prioriterer opplæring, både generelt og i forhold til enkeltpasienter med spesielle behov. En av gevinstene med å få til et godt opplegg for pasienten i hjemmkommunen er ifølge PLO at brukerne/pasientene slipper å reise så mye.

Slagpasienter, unge funksjonshemmede og kreftpasienter er ifølge PLO grupper som har spesielt behov for samordnet oppfølging. Legen mener psykiatrien trenger samordning, men legene blir sjelden kontaktet. Psykiatrisk sykepleier og distriktpspsykiatrien tar seg av dette. De mener det har vært en del vanskelige saker som fungerer dårlig.

Fastlegen hadde tidligere løpende møter med PLO, men situasjonen var såpass stabil, så man fikk ifølge den ene legen ikke særlig utbytte av det. Mye av kontakten går via telefon, noe som legene synes fungerer greit.

Samarbeidstiltak med sykehuset

Samarbeidsavtalen

Samarbeidsavtalen med sykehuset regulerer noe, men det savnes faglige avtaler på tvers av linjene.

Hospitering

Kommunen benytter seg av muligheten til å komme til sykehuset på hospitering. De satser spesielt på det når de bygger opp et nytt satsingsområde. Det gjelder blant annet hospitering ved kreftavdelingen (seksjon for lindrende behandling) og rehabiliteringsavdeling. I tillegg får sykepleierne komme for opplæring i forbindelse med enkeltpasienter som krever spesielt utstyr ol.

Ønske om mer samarbeid fra PLO

Endringer over tid på grunn av at sykehuset skriver ut tidligere gjør at det kreves mer samarbeid og det synes som om kommunen (PLO) selv er veldig aktiv i forhold til å holde kontakten med spesialisthelsetjenesten.

"Vi er snare til å ta kontakt med sykehuset for å få veiledning i ulike spesielle ting, altså dialyse, hjemmedia-lyse. Ting som ikke vi er vant til å være borte i hver dag, som de er på en spesiell avdeling. I forhold til kreftomsorg så er det masse behandling som skjer i nærmiljøet og hvor vi bruker en spesialist [her i distriktet], en kreftlege som vi har, hvor da vedkommende behandles og hvor vi har masse henvendelser i forhold til våre kreftpasienter, spesielt da i hjemmetjenesten. Der har vi en kjempekontakt. Han er [her i distriktet] og jobber og på sykehuset i tillegg." (Leder hjemmetjenesten)

Leder for sykehjemmet ser for seg at det i framtida må satses enda mer på samarbeid og kompetansehevede tiltak fra sykehusenes side, ut mot kommunene. Hun har forhåpninger om at It-utviklingen vil bidra til å lette kontakten mellom nivåene. Det skjer allerede noe på den fronten ved at kommuneansatte får faglig påfyll via nettbasert undervisning fra geriatrik avdeling på sykehuset. Temaene er oppgitt på forhånd og etter undervisningen er det anledning til å stille spørsmål. Dette var et tilbud PLO var meget fornøyd med.

En representant fra hjemmetjenesten sier det er mye mer samarbeid generelt nå enn for ti år siden og at fokuset har flyttet seg.

"At vi i dag ser på at vi setter mye mer pasienten i sentrum, litt mer fokus på hva kan gagne denne her brukeren, og vi kjører ikke så mye generelt. "-Vi gjorde det sånn til herr Hansen, da gjør vi det og sånn til Olsen."- Vi gjør mer individuelle ting. Som er artig og som gjør at vi skaper engasjement og."

Legene kjente til få samarbeidstiltak med spesialisthelsetjenesten. De hadde deltatt på møter om en eventuell opprettelse av et distriktsmedisinsk senter og de har hatt invitasjoner til hospitering på lokalsykehuset, men har ikke prioritert det på grunn av lite tid. Det har også vært invitasjoner til faglige møter der, men det har heller ikke blitt prioritert. De henviser til at kommunens kontakt mot sykehusene først og fremst er av sykepleiefaglig karakter. Den ene av legene var ikke sikker på utbyttet av mer kommunikasjon.

Den ene sykepleieren i hjemmetjenesten mente det i enkelte tilfeller var uklar ansvarsfordeling mellom nivåene. Det går både på det økonomiske ansvaret og det kompetansesmessige ansvaret. Dette gjelder blant annet dialysebehandling og mange andre behandlingsformer som er veldig kostbare og som tidligere ble behandlet på sykehus.

"De sier jo at vi kan komme og lære det, men det med, altså skrevet ned hvem som har ansvaret for å gi opplæringen eller at vi må spørre om opplæringen. 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 forholder vi oss mest med sykehuset for det var der vi fikk opplæringen 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."

Betydning av pårørende og familiestruktur

Pårørende har enda en stor betydning for ivaretakelsen av eldre mennesker med hjelpebehov i denne kommunen. Fordelene ved at kommunen er liten og oversiktlig kommer igjen fram i respondentenes beskrivelser. Og ikke bare familie er viktige. "Naboen har fortsatt en betydning her" sier den ene sykepleieren. Men de er forberedt på at en ny generasjon er på vei inn og at endringer i familiestrukturen vil komme enda sterkere fram med årene og at vil

stilles enda større krav. En av sykepleierne i hjemmetjenesten mener å se endringer bare det siste tiåret på dette. Det understrekes at familieomsorgen selvsagt er sterkt til stede, men antyder at dette i stadig større grad vil være på det sosiale plan. Etter hvert regnes det meste som offentlige oppgaver og flere av de spurte hadde tanker omkring hvor grensene for offentlig ansvar skal gå. Nå blir man kanskje mer overrasket når noen virkelig stiller opp.

"Vi hadde et tilfelle nå, det beundret jeg nesten. Da var det faktisk en nevø som hadde, det viste seg når vi kom inn i bildet at han hadde vært og lagt en tante av seg i lang, lang tid. Hjulpet henne fysisk sett, fått lagt henne om kvelden, og hjulpet henne opp om morgenen, hjulpet henne med klærne og det var litt rørende. Og det er sånn, oj." (sykepleier hjemmetjenesten)

Mangel på pårørende og gode nettverk kan være problematisk for hjemmesykepleien i situasjoner hvor de bare er inne i en overgangsfase. Besøkene kan for enkelte personer være en viktig kilde for sosial kontakt. Det hender at hjemmetjenesten prøver å løse dette ved å kontakte for eksempel frivillighetssentralen. Hjemmesykepleien er veldig klare på at de er fagpersoner og at det er lite ressurser, men det kan være tøft fordi man ser det helhetlige behovet, at man har med mennesker å gjøre. Går man 10 år tilbake i tid var det ifølge hjemmetjenesten ganske vanlig å ha hyppige tilsynsbesøk hos brukerne. Nå er det bare fokus på konkrete oppgaver, det er medisinopplegging og veldig mye pleie, understreker en av de spurte. Et annet forhold som på en positiv måte påvirker tilsynsmulighet og sosial kontakt, er etableringen av omsorgsboliger i tilknytning til helsesenteret. Ansatte i PLO er ofte overrasket over hvor bra det går for svært gamle mennesker å flytte fra sitt eget hjem og til en mer tilrettelagt bolig.

Utfordringer framover

Kommunene har et nytt helsesenter og det har vært en sterk utbygging av omsorgsboliger. Ifølge legene er det likevel kanskje ikke tatt god nok høyde for den store eldrebolgen som kommer. Den ene legen sier det er satset mye ressurser på ombygging fra dobbelt- til enkeltrom ved sykehjemmet og stiller spørsmålsteget ved om dette kanskje vil forandre seg for å møte utfordringene med enda flere eldre og større behov.

Lederen for sykehjemmet tror man må bli mer klar på hva det offentlige skal ta seg av i framtida, at prioritering blir viktig.

"Så tror jeg at det offentlige kan ikke ta ansvar for alt. Jeg tror at denne her generasjonen blir nødt til å finne seg egne løsninger og. Og de begynner å bli nødt til å gjøre det. Det der med hjemmehjelp for eksempel, kanskje er det ikke så mye innenfor sykehjem, men hjemmebasert omsorg tror jeg kan merke det her. Langt mer, å se det at de synes de får for lite hjemmehjelp, og ordner seg privat. Privat synes jeg jo kanskje at det er ikke det verste det, så får vi jo gi den hjelpen som folk på en måte er nødt til å ha innenfor det offentlige. Vi har vært raus tidligere, det mener jeg, både innenfor sykehjem og helse-Norge generelt så har vi vært ganske raus, og jeg skjønner jo det at det er det som strammes inn."

Et gjennomgangstema i samtalene med representantene for PLO i denne kommunen var betydningen av kompetanseheving. På spørsmål om hva som blir viktig å fokusere på framover flagges enda mer lokal kompetanse og enda mer kommunikasjon både innad og ut mot spesialisthelsetjenesten. "Vi må forbedre i alle ledd". Klargjøring av hva som er den enkeltes ansvar nevnes i den sammenheng også som viktig. Flere nevner forventninger til hva et nasjonalt helsenett i framtida kan gi av muligheter. Leder for hjemmetjenesten mener likevel den største utfordringen er det økonomiske grunnlaget, da hun ser at det stadig strammes inn.

"Vi må gjøre det attraktivt å jobbe i kommunen" er en viktig melding fra denne distriktskommunen.

8. Kommune F

Respondenter 6:

- soneleder hjemmetjenesten
- leder sykehjem
- to fastleger med kommunelegestilling
- koordinator for plassering av personer med vedtak om sykehjemsplass eller rehabiliteringsplass
- representant for et servicekontor for helse og velferdstjenester

Dette er en stor bykommune og har et større sykehus beliggende i kommunen. Det har i perioden fra 1993-2003 vært en svak reduksjon i antall innbyggere over 67 år, men antallet over 80 år har økt svært mye. Andel av befolkningen som er over 80 år ligger litt under landsgjennomsnittet og har sammenheng med at dette er en tilflyttingskommune.

Byen er forvaltningsmessig inndelt i større bydeler med hvert sitt for helse og velferdstjenester. Bydelene er videre inndelt i soner. Servicekontoret i hver bydel er kommunens bestiller av tjenester blant annet til personer med behov for et tilbud fra pleie- og omsorgstjenesten. er vedtar hvem som får innvilget tjenester og hvilken type tjenester som skal gis. Det er et byovergripende inntak til plass på sykehjem og rehabiliterings-tjenester som innvilges av et inntaksteam. Fordeling av plasser til personer som har fått innvilget tilbud skjer via en kommunalt ansatt koordinator. Kommunen har et differensiert tilbud innen pleie og omsorg.

Plasser til heldøgns pleie og omsorg

- Sykehjemsplasser: Kommunen har i hovedsak kommunale sykehjem, men det er noen private med driftsavtale. I underkant av 20 prosent av plassene er spesielt tilrettelagt for demenspasienter
- Kommunen har ett sykehjem med hospitsenhet for palliativ behandling og pleie.
- Omsorgsboliger.
- Korttidsavdelinger ved sykehjem som brukes til utskrivingsklare pasienter: Plassene er beregnet på pasienter med uavklart tjenestebehov. Disse plassene har litt ekstra bemanning og har et nært samarbeid med rehabiliteringsteam i kommunen.
- Sykehjemsplasser med styrket legebemanning og sykepleiebemanning: Etablert i samarbeid med sykehuset og kan ta imot pasienter som ikke er ferdig behandlet og som er vurdert til å kunne overføres til hjemmet etter endt behandling.

Rehabiliteringstilbud

- Døgnbasert rehabilitering ved to rehabiliteringssenter og ved to sykehjem.

- Dagtilbud på rehabilitering: Først og fremst ved det ene rehabiliteringssenteret
- Hver bydel har et rehabiliteringsteam bestående av fysioterapeut, sykepleier, ergoterapeut, og hjelpepleier eller aktivitør. Teamet kan mobiliseres på kort varsel, og er spesielt egnet for tjenester til personer som trenger oppfølging etter opphold ved sykehus, eller hjemmeboende personer som opplever utfordringer på grunn av nye funksjonstap

I forhold til Statistisk sentralbyrås indikatorer for pleie- og omsorgstilbudet i kommunene kan kommune F karakteriseres på følgende måte i forhold til landsgjennomsnittet i 2003.

- *Middels antall årsverk innen pleie- og omsorg per 100 innbyggere over 80 år*

Institusjonstilbudet til eldre:

- *Lavt antall årsverk per 100 innbyggere eldre 80 år og over*
- *Middels antall plasser per 100 innbygger per innbygger 80år og over*
- *Middels antall plasser per årsverk*
- *Andel eldre innbyggere i institusjon er høy for aldersgruppen 67-79 år*
- *Andel 80 år og over i institusjon er middels*

Hjemmetjenesten karakteriseres ifølge nasjonal statistikk av:

- *Lav andel av eldre innbyggere som mottar tjenester*
- *Svært lavt antall mottakere per årsverk*

Sykehusbruk for eldre

- *Antall ø-hjelpsinnleggelses per 1000 innbygger over 80 år er svært høyt, men lavt for elektive innleggelses.*

Utvalgets vurdering av kapasiteten innen PLO (pleie- og omsorgstjenesten) og legetjenesten

Hovedutfordringen i denne kommunen ligger ifølge de spurte innen pleie- og omsorgssektoren. Inntrykket er at kapasitetsproblemer spesielt gjelder antall sykehjems plasser. Dette fremheves ikke bare av representantene for PLO, men også av kommuneleiene/fastlegene og koordinator for plassering av pasienter sykehjem og rehabilitering i kommunen.

“Kommunen har jo dårlig råd, hele tida så kniper vi inn på ressursene, som bemanningssituasjonen- antall hender, det er jo marginalt.” (koordinator fordeling av sykehjems- og rehab-plasser)

Både ordinære sykehjems plasser og spesielt flere avlastningsplasser savnes. Samtidig kommer det fram fra hjemmetjenestens side at forholdet mellom behovet for sykehjems plasser og hjemmetjeneste ikke er gitt, og at det ofte går an å tenke alternative løsninger.

“Jeg tror at behovet for sykehjems plasser, altså brukernes egendefinerte behov, det er nok større enn det vi greier å bygge per i dag. Men det finnes jo, som jeg sier, hva handler det om, at de bare ser det som et eneste alternativ, eller vet de ikke om- at vi ikke har vært gode nok på å fronte hva som finnes av andre muligheter. Jeg føler at vi har et pedagogisk problem i forhold til at vi må synliggjøre hva vi har av tilbud.” (Soneleder hjemmetjenesten)

Det finnes i liten grad akutt plasser ved sykehjemmene, noe det var mer av tidligere. Dette savnes av og til av respondenten fra hjemmetjenesten, som mener dette ville vært et alternativ til innleggelse mange ganger. Men det fordrer at det er tilstrekkelig legetilsyn i sykehjemmet. Sykehjemslederen vi intervjuet mente det ikke er hensiktsmessig å ha et slikt

tilbud, da sykehjemmene per i dag ikke har kompetanse til å drive diagnostisering. Pasientene bør ifølge henne være utredet medisinsk før de legges inn på sykehjemmet.

Det er tildels ulike oppfatninger om kapasiteten er tilstrekkelig i hjemmetjenesten. Representanten for servicekontoret, gir uttrykk for at kapasiteten synes god nok, da hjemmetjenesten utfører de tjenester de blir bedt om å gjøre. Den intervjuede soneleder for hjemmetjenesten klagde ikke på kapasiteten og viste til at de ikke har lov til å avvise pasienter på grunn av kapasitetsproblemer.

" De får tilbud ut fra standardene som politikerne har satt, og det er klart vi kan være uenig eller enig i det. Men standardene er nå satt, så vi som utøver, gjør det i forhold til vedtakene. Vedtakene er fattet på bakgrunn av standardene, så vi forholder oss lojale til det som er fattet. Så kan vi jo som fagpersoner kanskje se at dette kunne vært en litt bedre standard på, og faglig skjønnsmessig vurderer vi daglig. Og hvis vi ser at dette her kan vi faktisk ikke gå ifra, da er det viktig at en fagperson tar en skjønnsmessig vurdering og så står han for den. Men ikke at vi legger oss på en standard som er videre utover det som er satt, for da gir vi falske forventninger til brukerne våre og det blir feil igjen. Vi ligger på et brukbart nivå i [kommunenavn] syns jeg, men ut fra et faglig perspektiv så kanskje vi kunne ligget enda et hakk bedre." (Soneleder hjemmetjenesten).

Den ene av kommunelegene sier han tror hjemmesykepleien stort sett har nok kapasitet i forhold til hjemmesykepleie. Han har inntrykk av at de får ganske mye når man først går inn. Den andre kommunelegen nyanserer inntrykket noe ved å framheve høyt press i hjemmetjenesten.

"Hvis du spør om hjemmesykepleien, så er jo de ganske kjørt. Og det er på grunn av økende gjennomsnittsalder i befolkningen, så blir det flere eldre syke, og flere kompliserte syke. Så hjemmesykepleien har det travelt, og har mye å håndtere. Problemet er jo da også ressurstilgangen til hjemmesykepleien, og ressurstilgangen på velkvalifisert hjelp, det er et problem for kommunehelsetjenesten." (Kommunelege /fastlege)

Også representanten fra servicekontoret uttrykker at det er høyt tempo for de som arbeider i hjemmetjenestene.

"Vi opplever jo i det store og hele at hjemmesykepleien utfører det vi ber om. Vi får vel tilbakemeldinger fra publikum om at de synes de skynder seg for mye. De savner at folk tar seg litt god tid. Så jeg opplever vel sånn i det store og hele så blir de praktiske oppgavene som vi fatter vedtak på løst, men at de som mottar hjelp synes det er synd at de som kommer har det så travelt. Så det er også, blir litt sånn politisk spørsmål på hvor nivået skal ligge egentlig. Jeg vet ikke om jeg skal si noe om hva jeg synes om det. Jeg tror at publikum ønsker seg mere hjelp, og så er det et politisk spørsmål på hvor mye man skal bruke på det. Men det er klart at i og med at vi opplever at det kan være, altså vi ønsker å hjelpe folk best mulig hjemme, så blir jo det at hjemmesykepleien, at folk opplever at hjemmetjenestene er litt knappe. Det blir jo et problem når vi skal selge hjemmetjenester til folk som ønsker seg sykehjem. Så det er et dilemma."

Kapasiteten på fastleger i byen beskrives av respondentene som god. En av legene ønsker seg mer legetilsyn i sykehjem og omsorgsboliger. Kommunen har omsorgskompleks hvor det kan være inntil 30 brukere, som kan ha forskjellige fastleger. Legens oppfatning er at det burde være en egen tilsynsavdeling i slike tilfeller, men tror ikke det blir noen løsning på det før det kommer nasjonale føringer om dette. I kommunelegenes plan er det, basert på nasjonale normer, lagt inn en bemanningsnorm for legetilsyn i sykehjem, som legen håper politikerne vil ta til etterretning.

Utvalgets beskrivelse av rehabiliteringstilbudet i kommunen

Vi var også interessert i om respondentene hadde en oppfatning av rehabiliteringstilbudet i kommunen. Det har vært en satsing på rehabilitering og det er utarbeidet en egen rehabiliteringsplan. Flere av de spurte uttrykker en positiv utvikling med etablering av et mer differensiert tilbud. Dette inkluderer både institusjonsbasert rehabilitering, dagrehabilitering, oppsøkende fysio/ergoterapeut, dagsenter hvor det også kan være vedtak i forhold til rehabilitering og innsatsteamene som går hjem til brukerne eller kommer til korttidsavdeling ved sykehjem om det trengs trenger intensiv innsats.

Representanten fra servicekontoret mener rehabiliteringstilbudet har blitt mye bedre de siste ti år. Det er blitt flere plasser og tilbudet er mer differensiert. Dette støttes av kommunens koordinator for fordeling av plasser, men hun påpeker utfordringer i forhold til hvordan plassene brukes.

“Det er et godt differensiert rehabiliteringstilbud, men utfordringa er å få brukt det godt nok for oss. Og her er det noen som ender opp med å trenge et annet tilbud, fordi at vi har kø inn til sykehjemmene, så blir det liggende sykehjemspasienter i rehabiliteringsinstitusjon, som gjør at vi får ikke tatt ut fra sykehuset så fort som vi vil eller evt tatt hjemmefra. Det er vel langt flere fra sykehus som går til rehabiliteringsopphold ved institusjon enn hjemmeboende. Og hvorfor, skal ikke jeg spekulere så mye i, men det er nå sånn bildet er.”
(koordinator fordeling av sykehjems- og rehab-plasser)

Det er altså et problem at mange må vente på rehabilitering. Representanten for et er usikker på hva som er årsaken til dette. Om det er et kapasitetsproblem totalt sett i kommunen og på sykehuset, eller om det er for dårlig behovsvurderinger i forkant av tildeling av plass som ligger til grunn, er hun usikker på. I mange tilfeller er man ifølge henne mer opptatt av å skaffe et tilbud raskt, enn å sikre at pasientene er hensiktsmessig fordelt. Feilplassering av pasienter kan lett føre til køer, hvis man ikke får pasientene ut fra rehabilitering på grunn av manglende tilbud andre steder. Det gis fra flere uttrykk for at bruken av rehabilitering på ulike nivå har vært litt tilfeldig og at man er i ferd med å rydde opp i oppgavefordeling og kartlegging av kapasitet.

“Det jeg kan si er at det er vel en større bevissthet nå i alle fall om hvilken rehabilitering som hører hjemme hvor. Sykehuset har jo sin egen rehabilitering [institusjonsnavn]. Og bruken av disse her har vært ganske tilfeldige, altså sykehusavdelingene har fått lov til å velge liksom fritt hvorvidt de skal prøve å få inn folk på kommunens avdelingsplasser eller på [sykehusets plasser] eller på et annet privat tilbud. Akkurat nå sitter jeg i et utvalg som skal systematisere det enda mer. Og hvorvidt kompetansen har endret seg, i disse rehabiliteringsinstitusjonene, det er litt vanskelig for meg å si noe om. Jeg tror jo kanskje at man har blitt dyktigere på det. Det som bekymrer meg, er at man nå planlegger et nytt sykehus hvor en rehabiliteringsavdeling ikke er planlagt. Enten om det er uteglemt eller sabotert det vet ikke jeg, men i alle fall finnes det ingen rehabiliteringsavdeling.... det er en skandale etter mitt skjønn.” (Fastlege/kommunelege)

Beskrivelse av endring i brukersammensetning og oppgaver

Ikke uventet beskriver respondentene en utvikling med en stadig mer sammensatt og tung brukersammensetning, både i hjemmesykepleien og på sykehjem, brukerne blir både mer ressurskrevende og de er flere. Som forklaringsfaktorer på dette nevnes flere eldre, lengre levetid, delvis på grunn av den medisinsk-tekniske utvikling, og kortere liggetid på sykehuset. Den betydelige endringen i brukersammensetning har medført endrede krav til kompetanse og ressurser i kommunehelsetjenesten. Alle de spurte har en klar oppfatning av at det har skjedd endringer i oppgavefordelingen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. På spørsmål om dette, er noen mer og noen mindre klare på hvilke konkrete oppgaver dette gjelder, men alle har en oppfatning av hvilke konsekvenser dette har.

Sykehjemslederen vi intervjuet erfarte en tydelig endring i brukersammensetningen

" Merker at brukerne, eller det har vi nesten sluttet å si- fordi det er pasienter, er eldre og har mer sammensatt problematikk. Det er også en villet utvikling, med satsing på hjemmebasert omsorg. Har vært en formidabel endring i pasientsammensetning på 10-15 år. Gir store utfordringer til sykepleierne, noe som også er stimulerende." (Leder sykehjem)

Hun sier videre at pasientene har 3-4 diagnoser i gjennomsnitt og at den "tyngre" brukersammensetningen krever mer kompetanse og utstyr. Det gis mer sondenæring, intravenøs behandling og oksygenbehandling, i tillegg til mye mer medikamentell behandling.

Koordinatoren fra kommunen sier den økende kompleksiteten både er knyttet til fysisk og mental sykkelighet, og at brukerne gjerne har flere diagnoser som kan være en blanding av dette. Noe av utviklingen i pasientsammensetning kan ifølge henne også knyttes til en sterk medisinsk-faglig utvikling og bedre pleie, som medfører mer overlevelse og derav lenger levetid for pasienter som for en del år siden ville vært døde på et langt tidligere tidspunkt. Dette stiller også pleie- og omsorgstjenesten ovenfor store faglige utfordringer

"Det et 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 fordeling av sykehjems- og rehab-plasser)

Også hjemmetjenesten erfarer at brukergruppen er blitt eldre og mer sammensatt, noe som gir økt hjelpebehov og stiller andre krav til sammensetningen av personell. Sonelederen 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. Og der kjører vi en veldig striks linje. Jeg har hatt farmasøytene på tilsyn som er veldig fornøyd med den måten at vi kjører så strengt på det. For dette her er jo kvalitetssikring, vesentlig i forhold til medisiner og det skalter og valter vi ikke med altså. Det skal være minimalisert avvik på det. Så det har fått noen konsekvenser for hvordan jeg har satt sammen gruppa mi av ansatte." (Soneleder hjemmetjenester)

Konsekvenser av kortere liggetid for PLO

En viktig grunn til mange nye utfordringer og tyngre brukersammensetning i pleie og omsorg knyttes til den klare nedgangen i liggetid ved sykehusene. For pleie- og omsorgssektoren framheves at det generelt kreves en tettere oppfølging av pasientene etter utskrivning som følge av kortere liggetid på sykehuset. Mange av pasientene er derfor i mindre grad ferdigbehandlet i forhold til tidligere, selv om de ifølge sykehuset er utskrivingsklare.

"I dag er de utskrivningsklar i det øyeblikket de ikke er i aktiv behandling lenger, men den der rekreasjonsfasen, den sier helseforetaket nå er kommunens skål. Jeg oppfatter det sånn, men det er også en personlig mening." (Representant fra kommunens servicekontor/bestiller)

Sykehjemslederen understreker at kortere liggetid ikke er noe problem så lenge man har god sykepleierdekning, men det er man avhengig av hvis dette skal være forsvarlig.

Når pasientene som kommer fra sykehuset er "sykere" fører det til et større behov for kommunale tjenester og mer differensierte tjenester. I det enkelte tilfelle må kommunen vurdere om pasienter kan få et tilbud hjemme, ha et midlertidig opphold på korttids plass med heldøgns omsorg, legges inn på sykehjemsavdeling som har forsterket medisinsk tilsyn, eller trenger en permanent sykehjemsplass.

Kommunen har ifølge respondentene i stor grad fått etablert ulike tilbud tilpasset nye pasientgrupper

"Jeg syns det er store komplekse tilfeller vi skal overta på kort varsel. Og for denne byen sin del er det kanskje ikke det verste, for man har i alle fall hatt en bra dekning og god kompetanse på mange områder. Når man er stor har man flere å spille på. Men for mange småkommuner så må det virkelig være problematisk å skulle få hjem for eksempel et barn i respirator eller pasienter med store krevende psykoser. Bare det å ha alvorlig kreftsyke eller døende pasienter hjemme med mye tekniske finesser og slike ting." (Representant fra kommunens servicekontor/bestiller)

Selv om det ofte er et veldig press på utskrivning fra sykehuset generelt sett, trekkes geriatrisk avdeling og slagenheten fram som svært samarbeidsvillige og forståelsesfulle i forhold til behov for en rekreasjonsfase og at kommunen trenger noe tid til å tilrettelegge et godt individuelt tilbud til pasientene.

Det viktige spørsmålet er hvorvidt kommunen har kapasitet og kompetanse til å ivareta pasienter som ikke er ferdig behandlet eller kan være ustabile.

Soneleder i hjemmetjenesten belyser dette. Han sier kortere liggetid har blitt merkbart, spesielt de siste 2-3 årene. God kommunikasjon og gjensidig avklarte forventninger blir ifølge han enda viktigere enn før. Videre sier han:

"Vi må sikre oss at servicekontoret er kontaktet ved endret funksjonsnivå. Vi må kreve det av sykehuset, det er avtalen. Men ved sykehuset er det svært vanskelig å nå fram til alle. Men det har blitt bedre. Hender vi får hjem pasienter som nesten ikke kan stå på egne bein. Vi kjører ganske hardt på å gi tilbakemelding om slike hendelser." (Soneleder hjemmetjenesten)

Et annet interessant spørsmål er om de spurte i kommunen tror kortere liggetid har ført til flere reinnleggelser blant de eldre. Ikke alle var like sikre på dette, men et flertall trodde det.

Representanten for servicekontoret tror det forekommer en del reinnleggelser fordi en del pasienter skrives ut for tidlig. Men hun understreker at hun ikke kan dokumentere at det er slik. Hun erfarer at en del ikke klarer å få i seg tilstrekkelig mat og drikke, at de er dårligere enn både de og sykehuset antok. Men hun opplever mest at reinnleggelser forekommer når servicekontoret ikke har vært inne i bildet, der sykehuset har vært i direkte kontakt med institusjon eller hjemmetjeneste om utskrivningen.

Allmennlegenes beskrivelse av endringer

Nedgangen i liggetid ved sykehusene tror den ene kommunelegen vil fortsette og at sykehjemmene blir en slags B-sykehus etter hvert. Ifølge han trenger ikke det være negativt for pasientene, så sant ressursene er der. Han antar at kortere liggetid for pasienter med komplisert sykdomsbilde og flere sykdommer gir flere svingdørspasienter, men han er usikker på om det er et stort problem.

"Hvis de da ikke er skikkelig behandlet og behandlingen ikke blir fulgt opp like godt når en blir skrevet ut, så er det jo fort at etter to, tre dager så er det inn på sykehus igjen. Det har jeg vært med på å oppleve. Det er klart, men der er vi tilbake til diskusjonen, er vedkommende ferdigbehandlet eller ikke. Det gjelder jo da hjertesvikt, og kan du si kroniske lungesykdommer, sånne ting. Og er ikke pasientene stabile, så blir de fort ustabile når de kommer ut, og så er det inn igjen da. Det er jo et uttrykk ofte for sånne svingdørspasienter, at de er ikke stabile i den fasen de skrives ut." (Fastlege/kommunelege)

Selv om kortere liggetid kan være en utfordring i forhold til de dårligste pasientene, framhever den ene kommunelegen/fastlegen at en generell nedgang i liggetid har flere positive sider, også for de eldre. Nye behandlingsmetoder muliggjør at pasienten kan opereres dagkirurgisk, mens man for noen tiår siden ble liggende kanskje 8-10 dager på sykehuset for en brokkoperasjon. Svært bra er at man kommer raskt i bevegelse og ikke blir liggende i sengen, men fare for blodpropp. Men også denne legen påpeker at kortere liggetid for kompliserte pasienter med flere sykdommer, det er et annet tema. Da kommer problematikken rundt svingdørspasienter inn i bildet.

Allmennlegetjenesten har ifølge legene i denne kommunen erfart ganske store endringer i oppgavefordelingen. Dette gjelder både utredning, behandling og kontroll. Den ene legen i vårt utvalg sier:

"Ting som før var opplagt skulle håndteres av sykehuspoliklinikker, det dyttes nå ut i almenmedisinen, 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."

Han nevner sykdomsgrupper som diabetes type I, tung astmaproblematikk og også relativt alvorlige sykdommer som lupus erythematosus⁷. Årsaker til at oppgaver overføres til andre tror han generelt er dårlig økonomi på sykehuset og at man derfor må konsentrere seg om de tyngste pasientene. Han forundrer seg over at sykehusene ikke klarer å tjene penger på det som private klinikker tjener "fett" på ute i byen fordi sykehuset ikke har kapasitet. Endringene i oppgavefordeling ser ikke ut til bare å relateres til utredning, behandling og kontroll, men også et større administrativt ansvar i forhold til henvisninger, resepskriving o.l., og det uttrykkes bekymring for den generelle utviklingen i sykehusene.

"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, og gjøre det og det". Altså det vil si, hvis det skal taes et røntgenbilde og en videre utredning, ganske enkle ting, så sender vi det tilbake til primærlegen og så må jeg gjøre en jobb til, sende tilbake til sykehuset i stedet for at de kunne gjøre en ganske grei henvisning til en nabospesialist på sykehuset for å si det sann, 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, også skal jeg henvise på nytt fordi at, sykehus spesialistene 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 ikke den 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 tror utviklingen kan relateres til to forhold. For det første et generasjonsskifte blant legene som medfører en endret i holdning til sin egen jobb- "eierskap til jobben og engasjement". For det andre vil en økende spesialisering påvirke dette. Vi kommer litt tilbake til dette i neste avsnitt.

Oppfatninger om spesialisthelsetjenestens evne til håndtering av pasienter med sammensatt sykdomsbilde

Ut fra de intervjuedes beskrivelser danner det seg et bilde av den svært gamle pasienten med et sammensatt sykdomsbilde, i en potensielt ustabil tilstand, som den største utfordringen i overgangen fra sykehuset tilbake til kommunen. I forlengelsen av dette er det

⁷ Lupus er en sykdom som innebærer forandringer i aktivitetsnivået i kroppens immunforsvar. Pasienten danner overskudd av spesielle antistoffer i blodet. Antistoffene angriper cellekjerner i kroppens vev.

interessant å høre utvalgets betraktninger rundt spesialisthelsetjenestens generelle evne til å ivareta pasienter med flere medisinske problemstillinger. Ikke alle uttalte seg direkte om dette, men flere hadde en klar formening om at dette er et problem og at det er et forbedringspotensiale i forhold til dette.

"Årsaken til at noe skjedde blir ikke gjort noe med. Det klassiske er jo en gammel, kanskje glemsk dame, som kommer inn med beinbrudd. De lapper i sammen beinet, men å gjøre noe i forhold til hvorfor dama datt, prøve å finne ut av det, det anser ikke ortopedisk avdeling som å være deres ansvar og problem. De går ikke inn i noen utredning bakom- om det er noe med hjerte/blodkar, om det har noe med ernæringssituasjonen å gjøre, om det er demens. I avtalen står det faktisk at de også skal gjøre noe i forhold til bakenforliggende årsak. Nå er det vel i økende grad en tendens til at man henviser til geriatrik avdeling hvis man har en formening om at her kan det være noe mer enn et fall, ikke sant. Altså hvorfor ramlar gamle mor. Geriatrik får vel også pasienter direkte fra mottakelsen, det gjorde de ikke før. Da fikk de dem fra andre avdelinger." (koordinator fordeling av sykehjems- og rehab-plasser)

Den ene av legene vi intervjuet ga klart uttrykk for at spesialiseringen ved sykehusene i enkelte tilfeller går for langt.

"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. På ortopedien hvor jeg jobber nå, jeg skjønnte jo ikke det før jeg begynte å jobbe som praksiskonsulent, at hvis jeg henviste en pasient til ortopedisk poliklinikk med vondt i en skulder og jeg også så et kneproblem hos pasienten, og regnet med at han fikk sett på begge deler, så måtte jeg vite at det var to forskjellige doktorer som ser på kne og skulder på ortopedisk poliklinikk. Det må jo være to forskjellige timer. Ja, det blir helt absurd for meg." (Kommunelege/fastlege)

Men han mener også denne utviklingen i noen grad skyldes prosessen rundt allmennlegenes etablering av spesialitet i allmennmedisin.

"Og det fører igjen da til at også har vi selv gravd vår egen grav litt på området da vi lagde spesialiteten i allmennmedisin for 15-20 år siden. Det var veldig firkantet, det var nødvendig kanskje, å markere at vi sitter på en egen kompetanse som ingen andre har, nemlig generalisten, at vi skal ha oversikt over alt, ha litt kunnskap om alt, og det er det ingen andre som har innenfor helsevesenet på våre områder, på de områdene her. Så vi ville ha kreditt for det, og vi ville ha en egen spesialitet som het allmenn medisin, og det fikk vi jo. Men i den fasen der så var det ganske tilspisset. Sykehuskollegene ville ikke innrømme oss noen spesialkompetanse. I den fasen sa vi at vi vil ha slutt på den her internhenvisningen på sykehuset. Hvis vi henviser noe til en spesialist på sykehuset og han mente at dette er ikke mitt domene, denne burde en halslege kikke på, så syntes vi ofte det var dumt, for det hadde vi som allmennpraktikere kunnskap til å løse mente vi, og da forsvant pasienten for oss og ble gående i en sirkel innenfor sykehuset. Ja, nå slår det tilbake, for nå er de blitt ekstreme på det der. Nå kommer det tilbake til oss, også som rent sekretær arbeid. Hvis en sykehusspesialist mener at her burde det taes en røntgen av en fot, så kommer det tilbake til oss, hvor vi liksom skal skrive den røntgenhenvisningen da. Og vi skal lage den henvisningen til spesialisten på sykehuset igjen, istedenfor at de kan henvise en direkte. Fordi problemet nå er at det tar sånn tid. Plutselig skal vi vente på at den epikrisen her som er skrevet på sykehuset kommer ut til oss. Vi skal få tid til å lese den, vi skal få tid til å sette oss ned og lage nye henvisninger, så er det ny ventetid. Det er jo farlig hvis en driver en utrednings-situasjon, og du bommer på den første henvisningen, og du bommer kanskje på den andre og. Den tredje gangen pasienten skal henvises, så har det jo gått måneder altså. Og så kan det være er det cancer, så vi kan ikke ha det sånn. I alle fall må vi ha en ordning hvor, og det har jeg proklamert en del for, hvis vi skal ha et system som er som det der, da må vi som allmennmedisinere ute tilbys den samme tjenesten som sykehus medisinen har på poliklinikkene. Ha samme kanalene inn til MR, CT, røntgen, laboratorietjenester, EEG, you name it. Må også kunne få bestille et utredningsforløp hvor disse datoene, undersøkelsene er koordinert, skjønner du?"(Fastlege/kommunelege)

Utvikling i bruk av spesialisthelsetjenester

Vurdering av utvikling i antall innleggelser

De fleste spurte hadde en relativt samstemt oppfatning av at antall innleggelser på sykehus har økt de siste 5-10 årene. Dette forklares i stor grad med demografiske endringer som medfører et større volum av eldre, men også utviklingen i medisinsk teknologi og tilgjengelighet til tjenester er med å forklare dette.

En av kommunelegene erfarte ikke mer innleggelser, men at presset på primærlegen øker.

"Jeg kan ikke si antall innleggelser har økt. Jeg kan ikke skjønne egentlig hvorfor det, nei. Fordi at vi behandler jo mer ute enn vi gjorde i gamle dager. Jeg har jo jobbet i 30 år snart, 29 år, og jeg synes vi gjør mere ute nå enn vi gjorde før.... Opplever ikke verre press fra pasientene heller, ikke verre enn før, synes jeg. Ikke at de må legges inn på sykehus mer enn før nei, men de vil ha mer undersøkelser enn før. Kravet om mere sofistikerte undersøkelser er jo formidabelt. Det er en svær økning, og tilbudet er jo mye større, MR, CT. Så det er blitt en selvfølge liksom at pasientene kommer og sier at de gjerne vil ha en MR, CT.... Jeg er jo satt til å forvalte samfunnets penger og. Men det der er en veldig vanskelig rolle, og skal bekle, fordi samfunnet, politikerne har jo interessert seg ganske lite for det så langt. De har ikke tatt diskusjonen om hva skal man prioritere. Fordi vi som jobber ute ser jo at det eksploderer jo dette her, altså det er jo ikke mer enn tre, fire, fem år siden vi fikk lov til å ta MR i det hele tatt som allmennpraktikere. Det var forbeholdt sykehusedoktorene, og forbeholdt veldig få egentlig der og, og så kommer MR på den ene og andre plassen i byen, så blir det konkurranse og nå er det nesten sånn at du får ikke undersøkt et kne på ortopedisk avdeling med mindre det følger med en MR beskrivelse." (Fastlege/kommunelege)

Forekomst av unødvendige innleggelser?

Representantene fra kommunen mener det forekommer såkalt "unødvendige innleggelser" eller innleggelser på sosial indikasjon, men de fleste trodde ikke dette har økt noe vesentlig i omfang over tid. Det gis uttrykk for at dette alltid vil forekomme. Representanten fra hjemmetjenesten tror det muligens kan forekomme noe hyppigere i perioder hvor det er stort sykefravær i tjenesten. Men dette påvirkes av en rekke faktorer som kan være vanskelige å forutse. Sykehjemskoordinatoren sier dette om denne typen innleggelser:

"Vi ser at det er en tendens til at også de blir lagt inn på sosiale indikasjoner fordi at det kommer til et punkt hjemme og så går det ikke lenger. Det trenger ikke engang ha skjedd noe spesielt, men det har bare blitt nok, for pårørende eller for brukeren eller noen annen ser at det er så nedverdiggende eller helsefarlig at de er hjemme. Har ikke noe tall på det, men jeg ser tendensen." (koordinator fordeling av sykehjems- og rehab-plasser)

Kommunen prøver å bruke korttids plasser hvis det er noe ledig, eller de kan prøve å be- manne opp ekstra i hjemmet. Problemet er at det ikke alltid er muligheter for å få dette til i en akutt situasjon bla av ressursmessige årsaker.

"Unødvendige innleggelser? det blir gjerne litt eldre pasienter som får seg en lungebetennelse eller får seg en nyre bekken betennelse, men som blir så dårlige at de på en måte ikke klarer å ta hånd om seg selv, men hvor behandlingen i seg selv ikke er så veldig komplisert. Men der er mer behov for pleie, så man kunne jo hatt en avdeling på litt lavere omsorgsnivå hvor jeg kunne legge inn mine gamle pasienter og at de kunne få pleie i den perioden de er dårlige, og så er det hjem igjen. Vi har nok prøvd det litt på sykehjemmene, men sykehjemmene er ikke, har ikke de ressursene som man på en måte burde ha, for å kunne ta imot." (Fastlege/kommunelege)

Begrepet unødvendig innleggelse er et normativt begrep og det vil være ulikt hva som legges inn i dette. Representanten fra servicekontoret sier sykehuset og kommunen kan ha noe ulik oppfatning av dette, for eksempel i tilfeller hvor et eldre menneske er plaget av svimmelhet og ofte faller. Fra kommunens side ønsker man kanskje at dette utredes nærmere, men at sykehuset ikke vurderer det slik. Nå er det opprettet en fallpoliklinikk ved sykehuset i

kommunen hvor slike tilfeller utredes. Det kan også fra allmennlegens side være vanskelig å bedømme symptomer som i etterkant kanskje viste seg å ikke være noe alvorlig. Vurdering av innleggelse kan derfor være vanskelig.

"Ellers synes jeg det der med inappropriate, altså jeg var jo på et kurs laget for kirurgi, basert på praksiskonsulent ordningen, og der fikk jeg den spennende opplysningen at 30 og opp til 40 % av de som legges inn med akutt abdomen, med uklar magelidelse kommer ut av sykehuset igjen uten diagnose, en eksakt diagnose, og det sier jo noe om den ekle følelsen vi allmennpraktikere har når vi legger inn sånne, og ikke kan si gallestein eller nyrestein eller blindtarmbetennelse eller noe sånn, de kan vi bare kvitte oss med. Det er diffust, de har vondt i magen. Budskapet fra kirurgene, det finnes ikke nesten en inappropriate innleggelse for akutt abdomen, er det noe uklart med abdomen så skal en legge dem inn." (Fastlege/kommunelege)

Kontakt med sykehuset før innleggelse?

Begge legene vi intervjuet i denne kommunen tar av og til kontakt med spesialisthelsetjenesten, enten for å rådføre seg om innleggelse eller for å få vurdert andre alternativer. Det siste gjaldt i første rekke i forhold til psykiatriske pasienter.

"Jeg gjør det for rådgivning ofte, og jeg kan gjøre det hvis jeg er i tvil om en skal legges inn, så kan jeg få andre opplegg. Det er jo det vi forsøker å få til i forhold til psykiatrien også, at vi skal kunne henvise til det og få alternative løsninger, altså hvis vi kan få alternativer til innleggelse, f.eks. at de kan få et tilbud på poliklinikken dagen etterpå, eller at en får time på DPS, eller at en blir lagt inn på en DPS dagen etterpå. Den typen løsninger står vi overfor i et sånn, bak en sånn dør. Det ene mottaket må kunne gi en sånn løsning, og være forpliktet til det. Innenfor sykehuset her så, er de i alle fall veldig forekommende og greie når du først får dem på tale, det er ikke noe surmulning over at jeg avbryter det de holder på. De er kjempehyggelig sånn altså." (Fastlege/kommunelege)

Et generelt hinder er imidlertid at det kan ta en del tid å få tak i rette vedkommende, eller som den ene legen formulerte det : " det blir lett syvende far i huset- episoder". I forhold til hjertepasienter var det opprettet et tilbud ved sykehuset som ble vurdert som svært positivt. Det er en akutt hjerte-poliklinikk.

" den bruker vi hvis man har hjertepasienter på kontoret, og er litt usikker. Skal jeg legge inn pasienten eller kan problemstillingen min avklares ved en konsultasjon hos en spesialist med litt mer utstyr som kan avklare problemstillingen nærmere. Og der tror jeg man har noe å spare, for eksempel det med brystmerter som er et veldig ukarakteristisk symptom, kan man da avklare det poliklinisk, så er jo det veldig greit, både for pasient og for sykehus og for helseressurser. Så det er også veldig bra, vi er kanskje ikke nok flinke til å bruke det, men det går jo litt på oss primærleger." (Fastlege/kommunelege)

Utskriving fra sykehus

Har kommunen problemer med å ta imot utskrivingsklare pasienter?

Kommunen har problemer med å ta imot pasienter som sykehuset definerer som utskrivingsklare. Dette kan vi se at tall fra Norsk pasientregister⁸ og bekreftes av de vi intervjuet i kommunen. Sykehuset har slitt i mange år med mye korridorpatienter. Problemet har vært satt ettertrykkelig på dagsorden de siste årene og situasjonen er blitt noe bedre. Det er likevel, som ved mange andre sykehus, et stadig tilbakevendende problem. Det er satt i verk flere tiltak for å avhjelpe denne situasjonen, deriblant tiltak spesifikt rettet mot utskrivingsklare pasienter. Samarbeidsavtalen mellom kommunen og helseforetaket er styrende for samspillet mellom sykehuset og kommunen ved utskrivning av pasienter som har behov for oppfølging av pleie- og omsorgstjenesten i kommunen. Avtalen stiller krav som må oppfylles,

⁸ Norsk pasientregister (NPR) innhenter pasientdata fra alle sykehus i Norge, hvor det bla er registrert dato for utskrivingsklar.

både ved sykehus og kommune og beskriver hva som skal være avklart før pasienten kan regnes som utskrivingsklar.

Det er ifølge vårt utvalg spesielt pasienter med behov for døgnomsorg som er det største problemet, de pasientene det tar tid å få etablert et tilbud/en plass til. Det gjelder psykiatriske pasienter, pasienter som ikke ta vare på seg selv og ofte har en kognitiv svikt, pasienter man vet sikkert må ha permanent heldøgnsomsorg.

"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."

Rutiner rundt utskriving

Når pasienten anses som utskrivingsklar/ eller når sykehuset kan angi en dato for når pasienten forventes å være det, blir dette meldt til et. Representanter herfra drar da til sykehuset på vurderingsbesøk ved behov. Ved store forandringer i funksjonsnivå kan det også være behov for å ta med pasientens primærkontakt i hjemmetjenesten eller en annen fra sonen. Vurderingsbesøket skal skje innen tre dager. Det er ikke alltid nødvendig med et vurderingsbesøk hvis det er avklart med pasienten at hun ønsker faglig vurdering fra sykehusets side om at det for eksempel er et behov for rehabilitering. Da kan den beslutningen tas på telefonen. Etter vurderingsbesøket har kommunen et visst antall dager på seg til å tilrettelegge et tilbud i kommunen. Sykehjemmet er ikke involvert i kontakten mot sykehuset.

Sykehuset vet erfaringsvis hvilke tjenester kommunen trenger lang tid på å etablere og vil derfor melde slike behov så tidlig som mulig:

"Det er klart, at hvis de ser at det er det behov for bolig for eksempel, hvis man ser det veldig fort, så er de snare til å ta kontakt med oss, for det er ting som de vet tar tid. Hvis det er snakk om hjemmetjenester så er det ganske fort å få i stand." (Representant fra kommunens servicekontor/bestiller)

Hvordan fungerer samarbeidet?

En utfordring som nevnes i forhold til samarbeidsavtalen er at den er for lite kjent på avdelingsnivå og ute i kommunen og at det er få som kjenner den i detalj. Lite kjennskap til avtalen kan føre til unødvendig uenighet om pasienten er utskrivingsklar eller ikke.

"Og så skal det gjøres et arbeid i forhold til å være tydeligere på hva definisjon 04 (utskrivingsklar) er. For da kan du gå inn å si at denne pasienten er ikke utskrivingsklar. Og faktisk arrestere i forhold til dette- at det er brudd på avtalen. For det opplever vi veldig ofte; at en pasient blir innlagt for en ting og så blir det gjort noe i forhold til det. Årsaken til at noe skjedde blir ikke gjort noe med. Det klassiske er jo et benbrudd, gammel kanskje glemsk dame kommer inn med beinbrudd, de lapper i sammen beinet, men å gjøre noe i forhold til hvorfor dama datt, prøve å finne ut av det, det anser ikke ortopedisk avdeling å være deres ansvar og problem. De går ikke inn i noen utredning bakom, om det har noe med hjerte/blodkar, om det har noe med ernærings situasjonen, om det ligger noe demens. I avtalen står det faktisk at de skal gjøre noe i forhold til bakenforliggende årsak." (koordinator fordeling av sykehjems- og rehab.plasser)

Et annet forhold som flere av de intervjuede fra kommunen understreker er at det er svært uheldig når andre enn de som har myndighet til å vedta et tjenestetilbud til pasienten skaper forventninger som kanskje ikke kan innfris. Det gjelder ofte ønske om sykehjemsplass, men også i forhold til nivået på hjemmetjenestene

"Pasienter sier: "Ja, men sykehuset lovte oss sånn og sånn." Ja vel, det har ikke vi hørt om, så da blir vi veldig usikker. Og vi vil heller ikke sverte samarbeidspartene våre.... men som regel så løser ting seg. Det er noe vi selvfølgelig prøver å jobbe med oss selv med vi også, i forhold til hvordan vi forholder oss til sam-

arbeidspartnerne våre. Men jeg tror pårørende kanskje innimellom får noe litt falske forhåpninger sådd inn i seg i forhold til hva hjemmetjenesten virkelig kan bidra med på så kort varsel.” (Soneleder hjemmetjenesten)

Av samarbeidsavtalen framgår at det er kommunen som skal avgjøre hvilket tilbud pasienten skal få, men igjen kan dette forklares med for dårlig kjennskap til detaljene i avtalen ute i avdelingene. Servicekontorets representant mener det har skjedd en forbedring på dette.

Det er glidende overganger i forhold til når spesialisthelsetjenestens ansvar slutter og kommunen overtar det medisinske ansvaret. Grenseoppgangen her er ikke absolutt og definert og mange faktorer har betydning for kommunenes evne til å imøtekomme forventninger om tjenestetilbud. Det er derfor ikke uventet at det i situasjoner med kapasitetsproblemer på begge nivå kan oppstå uenighet om når pasienten er klar for utskriving. Samarbeidsavtalen bidrar til å avklare noe av dette og respondenter fra kommunen mener den bidrar positivt.

”Pasientene er ikke så ferdigbehandlet som de var i gamle dager. Og så har vi fått disse samarbeidsavtalene og det må jo sannsynligvis føre til en effektivisering. Det var jo en veldig berikelse å få disse avtalene, fått hengt bjellen på katten og sagt hvem sitt ansvar det er på et hvert tidspunkt. Og så har vi gjennom samarbeidet opprettet en god del gode ordninger med den intermedieæravdelingen og vi samarbeider om pasienter før de er utskrivingsklare. Selv om resten av behandlingen foregår på et lavere omsorgsnivå, så jeg synes klimaet har vært veldig mye bedre etter at man fikk disse samarbeidsavtalene.” (Fastlege/kommunelege)

”I møter på sykehuset blir kommune og sykehus enig om en dato for utskriving, det ligger i avtalen. Det er ikke sykehuset som skal definere om du er utskrivingsklar. De kan definere at du er ferdigbehandlet, for det har de kompetanse til å si noen om, men det å være ferdigbehandla betyr ikke at du er utskrivingsklar for det er visse ting som må på plass. Men i det vurderingsmøte så blir sykehus og kommune enig om at de er utskrivingsklar. Og det er ganske spesielt for[kommunens navn], sånn er det ikke for andre kommuner, der er det sykehuset som sier at nå er du utskrivingsklar.” (koordinator fordeling av sykehjems- og rehab-plasser)

Om utskrivingsmøter

Den ene kommunelegen forteller at det i mange år var slik at de gjensidige forventningene mellom sykehus og kommune ikke ble innfridd. Så det endte opp med litt krangling og folk *”grudde seg for å gå på sånne møter og hatt magevondt i timevis”*. Den ene av praksiskonsulentene ved sykehuset tok fatt i dette og laget et skjema som skulle kvalitetssikre det som skulle skje fra servicekontorets side. Gjennom dette kunne de forberede hva de skulle ha svar på i slike møter. Siden har man tatt utgangspunkt i dette skjemaet og laget et tilsvarende for sykepleierne på sykehuset. Dette var nå under implementering ved flere avdelinger.

Hva når man er uenig?

Hvis det oppstår uenighet om hvorvidt en pasient er utskrivingsklar skal det skrives en uenighetsprotokoll. Ved sykehuset er det opprettet en egen enhet for samhandling som administrerer disse og hvor sakene drøftes i felleskap med kommunen. Det er i den sammenheng opprettet flere kliniske samarbeidsutvalg bestående av representanter fra kommunen og sykehuset. Dette er et forum som diskuterer forhold på systemnivå, men som også tar opp konkrete uenighetssaker.

”Der er det vel en løpende diskusjon, når er en pasient ferdigbehandlet. Stort sett så går det greit, men man skulle jo ikke tro at det var nødvendig, men det er faktisk nødvendig med en sånn komité som består av kommunalt ansatte helsearbeidere, og sykehusets helsearbeidere som skal diskutere hvis det er uenighet om pasienten er ferdigbehandlet eller ikke. Men det er klart at det er en løpende og en glidende overgang. Sykehusene er jo sterkt presset økonomisk i våre dager. De har et krav til økt produksjon, og snakker jo nå om produksjon på å produsere helsetjenester, i stedet for å kanskje snakke så mye om pasienter. Så avklaringen er nok flytende og spesialisthelsetjenesten vil nok hele tiden forsøke å flytte grenser, tidligere utskriving. Og det betyr at det blir en økt belastning på primærhelsetjenesten.”

En slik utvikling er ifølge denne legen ikke nødvendigvis uheldig, sett fra pasientenes side, så lenge ressursene er tilstede, og mener det er det store spørsmålet.

Koordinatoren fra kommunen opplever at samhandlingen og samarbeidet rundt utskriving går mye bedre jo mer man er i dialog med hverandre. Jo mer den andre vet om motparten, hvorfor det tar tid og hvorfor det er vanskelig. Det er når de aldri får vite noe om hvor saken står, at gnisninger og ufred oppstår. Dette støttes av soneleder for hjemmetjenesten som mener det som regel går greit så lenge man kommuniserer med hverandre, at det er det som skal til for at et problem skal løse seg. Han understreker at det viktigste er at pasienten ikke blir en kasteball og at man hele tiden betrakter hverandre som samarbeidspartnere og ikke som motparter. Han viser også stor forståelse for at sykehuset er under stort press, men at det samtidig kan være uheldig for pasientene. Spesielt når det går mot helg og ved høytider er utskrivingspraksisen skjerpet.

“Men det er viktig at vi da er tydelig på å spørre litt om hvordan vedkommende fungerer, spørre om funksjonsnivået, hvis de ikke foter seg, er de da egentlig ferdigbehandlet? Sånn som vi definerer det er de ikke det. Er de ferdig med en kur og burde observeres eller er det ting som vi bør observere videre i hjemmet. Så sånne ting må vi selvfølgelig spørre om, sånn at vi ikke står midt oppi noe som vi får veldig problemer eller store utfordringer med i på helg. Og så får vi diskusjon med pårørende, hvorfor er de sendt hjem, de skulle jo vært på sykehuset lengre. Men det er klart at det er mange som trykker på her, kommunen selvfølgelig ønsker heller ikke å betale ekstra liggedøgn hvis det ikke behøves, og sykehuset vil ikke ha de liggende der for de vil ha mulighet til å ta inn nye. Så vi skjønner den, men vi kan ikke gå så langt at det går utover brukeren, at brukeren blir som en kasteball i mellom. Så vi har valgt å stille en del spørsmål da kontrollspørsmål, og det handler ikke om at vi ikke stoler på dem, men vi har noen erfaringer også som tilsier at vi bør spørre.” (Soneleder hjemmetjenesten)

Det er heller ikke alltid sykehuset har alt klart for utskriving når det er definert:

“Vi opplever gang på gang at- “nei, vi får ikke skrevet epikrisen sånn at pasienten kan ikke reise ut likevel”. Og kan de reise med en gang så kommer ikke epikrisen allikevel. Den foreløpige epikrisen greier de å få til hvis vi presser på litt. Men sykehuset har ikke den rutinen at de har – det ligger ikke noe der som du kan trykke på en knapp og så får du i alle fall med deg det som er skrevet. Det er sikkert der, det må jo være skrevet ett eller annet hvis du har hatt et langt opphold. Men som meg bekjent ikke rutiner for at du kan ta utskrift fra det du har for å sende med og legge med en foreløpig epikrise for de siste dagene med oppdaterte medisiner. Det er virkelig tungvint på den måten.” (koordinator fordeling av sykehjems- og rehab.plasser)

Usikkerhet ved informasjonsoverføring, men flere tiltak på gang

I en situasjon hvor det er stor gjennomstrømning av pasienter er det en utfordring å sikre en god informasjonsflyt mellom nivåene. Dette gjelder begge veier. Her presenteres kommunens perspektiv på dette, og de er naturlig nok svært opptatt av kommunikasjon og dokumentasjon ved overføring fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten. I den forbindelse er også fastlegens rolle interessant.

Pasientene får vanligvis med seg en pleierapport og en foreløpig epikrise. Sykehjemslederen vi intervjuet i kommunen hadde inntrykk av at kommunikasjonen rundt dette går greit, basert på at det ikke har vært klager på dette til henne. Representanten for hjemmetjenesten rapporterte at den største utfordringen er oppdatering av medisiner og at fastlegen ofte ikke får endelig epikrise før tre uker etter utskriving, eller i verste fall enda lenger tid. Dette prøver de å løse ved at hjemmetjenesten gir informasjon til legen.

“Vi har et prosjekt i forhold til samarbeid med legene. Når det har vært innleggelse og utskriving så kommer ikke informasjon til dem. Vi er de første som får sykepleiedokumentasjon og en epikrise som brukeren har med seg hjem. Og vi kommer dit på kveldsbesøket som regel, og da får vi med papirene og tar kopi av det og bringer det tilbake. For problemet er at legene ikke får den informasjonen før tidligst 3 uker etterpå og det er for dårlig. Derfor så har vi avtale med det nærmeste legesenteret. Vi tar kopi av epikrisen og bringer den dit.

Vi har egen posthulle der vi. Og det samarbeidet med dem fungerer utrolig bra. Men det betinger at mine sykepleiere sjekker epikrisen, om det er medisiner som er avglemt, om det er store endringer som det bør ringe en bjelle på. Og så fall tar vi kontakt med primærlegen og sier at vedkommende har kommet hjem, er satt på marevan for eksempel, aldri vært før, skal vi stole på dette – det er tatt bort vanndrivende, skal vi stole på det, sånn at primærlegen er veldig avhengig av oss, at vi er veldig skjerpa." (soneleder hjemmetjenesten)

Hjemmetjenesten har også et datasystem tilgjengelig hvor alle primærkontakter og fastleger er lagt inn. Primærlegene har et hemmelig nummer hvor de kan nås ganske raskt. Til tross for dette er det en utfordring å holde kvalitetssikringen rundt medisinbehandling på et "brukbart nivå" ifølge sonelederen

"Jeg må si brukbart nivå, for det er klart det blir noen ting imellom, nesten rart at det ikke skjer mer avvik, derfor er det viktig at vi har kvalifiserte folk som kjenner systemet, ikke minst, og som er veldig obs på å tørre å ta kontakt å sjekke. Selv om det er en overlege som har skrevet ut så må det sjekkes. Det kan hende – vi har oppdaga at ringer vi [sykehuset] og så sier de at: "oj det har vi glemt av, beklager." Derfor så kanskje at når vi sender med skrevet ved innleggelse så ser de i alle fall hvilke medisiner har vedkommende stått på fast fram til nå, i alle fall et forsøk på å gjør dette bedre. Og AMK kan ringe oss opp og kontakte oss hvis det er ting de lurer på. Så prøver vi å svare så godt vi kan."

Servicekontorets representant mente det ofte bare er sykepleiedokumentasjon med ved utskriving, og ikke legeskriv, slik at medisinlisten kun er underskrevet av sykepleier, og ikke av lege. Dette mener hun ikke er godt nok. Hun tar forbehold om at dette kan ha bedret seg helt i det siste. Spørsmål er da hvem som da har ansvaret hvis det skjer feil.

Noen fastleger i denne kommunen får epikrisen elektronisk. Den ene legen vi intervjuet var koblet til dette, og mente det var en "kjempfordel". Han er da som regel oppdatert når pasienten kommer og kanskje ikke har fått med seg alt som har foregått på sykehuset. Mange kommer med spørsmål til fastlegen i etterkant. Legen er opptatt av at det er mange aktører involvert i de samme pasientene og at det derfor er en utfordring å være sikker på at informasjonen er oppdatert og fullstendig.

"Men så er det veldig mange aktører på markedet, på pasientmarkedet. Du har legevakt, innleggelser i sykehus, så husker ikke pasienten helt hva han bruker, også har ikke pasienten medikamentkort, og hvis det da for eksempel er en pasient som blir syk som bruker medisiner, hvor det kommer et legevaktbesøk så havner vedkommende på sykehus, legevaktlegen får ikke helt oversikt over hva pasienten bruker, sykehuset får da enda mindre oversikt over hva pasienten bruker. Det er neste ledd. Så foregår en behandling på sykehuset, og så finner man ut at pasienten skal ha nye medisiner, og så kommer det tilbake til meg igjen i en epikrise, så jeg burde jo egentlig få en grei oppdatering på det. Men så når jeg sammenlikner listen fra sykehuset og min så ser jeg at det er kommet nye medisiner til, også mangler det noen som står på min liste, og da vet ikke jeg om sykehuset har glemt å skrive på den eller om de har sluttet med det. Det vet jeg ikke. Og dette, som dere skjønner, så blir dette en ganske komplisert affære når det er så mange aktører inn på markedet." (Fastlege/kommunelege)

Kommunen prøver nå ut et nytt system for pasienter som har hjemmesykepleie. Det skal til enhver tid ligge en oppdatert medisinliste på et spesielt sted i kjøkkenet hjemme hos pasienten. Når pasienten legges inn på sykehus skal denne listen følge med og sykehuset skal oppdatere på det samme papiret. Ved hjelp at dette hjemmejournalssystemet blir hjemmetjenesten oppdatert om endringer. Dette er den ene av legenes hovedansvarliggende i stillingen som praksiskonsulent. Det pågår også et arbeid i regi av kommunen som skal bidra til at kommunenes medarbeidere følger de kommunale forskriftene for legemiddelbehandling. Utfordringene rundt oppdatering på faste medisiner er spesielt viktige med tanke på at en stor andel av pasientene i dag har flere kroniske sykdommer samtidig.

"Vi har pasienter som har sukkersyke, som har kronisk bronkitt, som har hatt, og som har hjertesykdom, ikke sant. En ganske vanlig kombinasjon." (Fastlege/kommunelege)

Når det gjelder innholdet i epikrisen som kommer fra sykehuset er den ifølge den ene fastlegen/kommunelegen tilpasset sykehusets bruk.

".. så en av oppgavene til oss praksiskonsulenter, og som danske praksiskonsulenter har jobbet med i årevis, det er å få laget epikriser som svarer til vårt behov. Vi trenger ikke en detaljert operasjonsbeskrivelse som regel. Vi kan bare få en kortversjon eller kanskje ingen, men for oss blir det viktigere, hva vil et normalforløp være når en kommer ut, hva kan vi forvente oss, hvem følger hva i dette forløpet? Og eventuelt ved komplikasjoner hvor skal pasienten henvende seg?" (Fastlege/kommunelege)

Mer om samarbeidet internt i kommunen

Hjemmetjenesten og sykehjemmene ser ut til å arbeide relativt atskilt. Leder for sykehjemmet sier dette spesielt gjelder etter innføringer av bestiller-utfører systemet. Koblingen mellom dem skjer via servicekontoret som har all myndighet i forhold til hvor, og hvilke tjenester den enkelte skal ha. Hjemmetjenesten og sykehjemmene er i den sammenhengen kun utførere og i liten grad skal involvert i behovsvurderinger.

"Et såkalt vurderingsbesøk er det servicekontoret som gjør. Hvis det er veldig komplekse ting, så ber de kanskje om bistand fra sonen, at primærkontakt derifra blir med nedover på vurderingsbesøket." (soneleder hjemmesykepleien)

Legene skulle i mange tilfeller ønske å bli mer involvert utskrivingsprosessen basert på et ønske om å få oppdatert informasjon om pasientene.

"Samarbeidet i kommunen etter utskrivning er ikke god. Det må jeg dessverre si. Fastlegene blir for eksempel sjelden innkalt til utskrivingsmøte på sykehuset. Hjemmesykepleien blir innkalt hvis det er en pasient som skal ha sammensatte tiltak etterpå. Det hender vel nesten aldri at allmennlegen blir innkalt. Derimot, servicekontoret i kommunen blir jo innkalt da for å bestemme hva slags nivå tjenesten skal være på."

Ønsket om å inkluderes er spesielt knyttet til komplekse pasienter og der hvor mange tjenesteytere og instanser er inne i bildet. Allmennlegen har ofte legeomsorgen for hele familier og den ene fastlegen/kommunelegen sier han kan være en ressursperson for familien i slike situasjoner. Han vedgår at han ikke bare skal skyldes på kommunen eller sykehuset for manglende involvering. Fastlegene kan ofte være vanskelige å få på banen, delvis på grunn av kort varsel i en travel hverdag. Men han synes generelt samarbeidet innen kommunen er for dårlig mellom fastlegene og ene, fysioterapeutene osv, at de er for dårlige til å samarbeide om pasienter med sammensatte behov. Han foreslår mer bruk av samarbeidsmøter mellom ulike instanser og han mener servicekontoret 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 dårligere eldre og demente.

Servicekontorets representant bekrefter at det ikke alltid er lett å få legene på banen og mener de av og til må bruke "overformynderiet". Hun mener det er store individuell forskjeller på legene i hvordan de involverer seg. Det gjelder også viljen til å dra på hjemmebesøk. Hun er usikker på om dette skyldes prioriteringsproblemer eller den enkeltes innstilling. Den andre fastlegen/kommunelegen vi intervjuet mente også samarbeidet med kommunen var veldig personavhengig. Han trekker fram at han har svært godt samarbeid med hjemmetjenesten og at de har et stort engasjement i forhold til sine pasienter.

Kommunen har innført et bestiller-utfører system innen pleie og omsorg. Den kommunale koordinatoren som har ansvaret for effektivt vedtak om plass på institusjon opplever av og til at systemet kan bidra til at problemene skyves over til neste ledd.

"Forvaltningskontret de har kjempeoversikt over sine beboere som har behov for plass og de prioriterer i henhold til sine, som de har ansvaret for. Men enda er det 3 som har de samme prioriteringene på sine

brukere. Så du får løfta det litt opp og så får du sett med litt sånn fugleperspektiv på, og så har du en plass å plassere ansvar, det er både fornuftig og ufornuftig, fordi at det fører til at andre ikke eier problemet. Så saksbehandleren sier " OK, greit, du har et behov jeg sender det videre"-, og så har du ryggen fri og så kan du ikke å gå videre i det å avdekke behov. Og det er jo sånn bestiller/utfører er tenkt, men det blir kanskje litt lettvent med det at du faktisk bare kan plassere bort problemet og så har du ikke noe mer med det å gjøre. Du er fremdeles saksbehandler for den brukeren." (koordinator fordeling av sykehjems- og rehab.plasser)

Samarbeid med spesialisthelsetjenesten; bra, men aldri godt nok

I denne kommunen er det de siste årene satt i verk en lang rekke samarbeidstiltak for å bedre kommunikasjonen, informasjonsflyt og pasientflyt mellom nivåene i helsetjenesten. Målet er selvsagt at dette skal bedre effektivitet, kvalitet og skape et mer helhetlig tjenestetilbud for pasienter og brukere. Som nevnt innledningsvis har kommunen i mange år slitt med underdekning i kommunehelsetjenesten.

Samarbeidstiltak

- Samarbeidsavtaler mellom kommunen og helseforetaket

Kommunen har hatt en avtale om utskrivingsklare pasienter i mange år. Avtalen ble revidert for få år siden. Det er nå utviklet en ny rammeavtale som skal gjelde alle sykehusene og alle kommunene i regionen og det er underavtaler for spesifikke pasientgrupper. Avtalene har som mål å sikre både forpliktelse og forutsibarhet som grunnlag for å utvikle gode samarbeidsrelasjoner. Disse avtalene er etter hvert godt etablert og kjent på ledernivå, men som nevnt tidligere er det flere som mener det tar lang tid å få avtalenes innhold og budskap kjent og praktisert godt nok ute i alle operative enheter. Dette gjelder begge nivå.

- Et administrativt og flere kliniske samarbeidsutvalg

Har funksjoner knyttet til samarbeid om utskrivingsklare pasienter og annet faglig og administrativt samarbeid

- Styrket sykehjemsavdeling - samarbeid mellom kommunen og sykehuset

Pasientene kommer til sykehuset som øyeblikkelig hjelp hvor de utredes og diagnose fastsettes. Behandlingsopplegget fullføres ved sykehjemsavdelingen og det er sykehuset som har innleggelsesmyndighet dit. De er planlagt å skulle tilbake til hjemmet når de er ferdig behandlet. Sykepleietjenesten og legetjenesten er styrket i forhold til et vanlig sykehjem. Enheten har eksistert i snart to år. Sykehjemmet, hvor avdelingen er plassert, har gjennom et nasjonalt prosjekt status som undervisningssykehjem og driver forskning og fagutvikling. De kommuneansatte som ble intervjuet var svært positive til erfaringene med avdelingen. Lederen for sykehjemmet framhevet den samfunnsøkonomiske gevinsten ved å kunne gi et tilbud som er langt billigere enn å la disse pasientene ligge i sykehuset og mener dette må være en viktig modell for framtida. Hun berømmer samarbeidet med sykehuset og mener en helt avgjørende suksessfaktor var at sykehuset gikk inn i prosjektet med en person som var dedikert i forhold til oppgaven og tok ansvar. Samarbeidet er fortsatt svært godt. Det nevnes også at eksistens av en slik avdeling har også betydning for resten av sykehjemmet og gir større fokus på kompetanseheving.

- Praksiskonsulentordning

Praksiskonsulentordningen er ganske ny i kommunen og består av noen 10- prosent stillinger, hvor leger eller andre med helsefaglig utdanning arbeider med samarbeid mellom kommune og sykehus. Praksiskonsulentene skal initiere gode samarbeidsrutiner og rela-

sjoner mellom sykehus og kommune. Av prosjekter det arbeides med ble disse nevnt av de som ble intervjuet i kommunen:

- *Hjemmejournal for pasienter med hjemmesykepleie: Journalen skal ligge et bestemt sted på kjøkkenet i hjemmet og skal medbringes ved overføring til andre deler av helsetjenesten. Dette har gradvis blitt innført og gjelder snart alle.*
- *Medisin håndtering i kommunehelsetjenesten: Samarbeid mellom hjemmetjeneste, primærleger og rådmannskontoret. Formålet er å bedre rutinene i forhold til hvordan man formidler informasjon i forhold til endring av medikamenter, epikrisen som kommer fra sykehuset ol. Holder på å utvikle et dataverktøy som muliggjør ajourføring av medisinlister for alle aktører involvert.*
- *Planlegging av inn- og utskriving ved sykehus: utarbeiding av standardiserte skjema for kommune og sykehus*
- *Kurs for allmennelegere for å høyne kvaliteten på det arbeidet de gjør i forhold til spesifikke fagområder-*
- *Utvikling av prosedyrer som kan løse pasienten forbi poliklinikken direkte til dagkirurgi hvis allmennelegen følger prosedyren. Dette sparer pasienten for lang ventetid på poliklinikken og sparer allmennelegen for puring mot sykehuset. Omfatter foreløpig fem diagnoser.*

- Samarbeid mot avdelinger i sykehus
 - Geriatrik avdeling
 - *Ambulerende team*
 - *Poliklinikk som utfører utredning av pasienter med falltendens og demens*
 - Slagenheten
 - *Ambulerende team*
 - Kreftavdelingen
 - *Ambulerende team*
 - *Samarbeid om avdeling for palliativ behandling og pleie ved et sykehjem*
 - Hospitering: muligheter for gjensidig hospitering
 - Psykiogeriatrisk team ved psykiatrisk sykehus

- Annet
 - Sykehuset arrangerer sykepleiefaglig Work-shop for å øke kompetansen hos pleie- og omsorgstjenesten. For eksempel i bruk av medisinsk-teknisk utstyr
 - AMK- prosjekt: AMK mottar alarmtelefoner og trygghetsalarmene for hjemmetjenesten. Nå er det en egen enhet som tar seg av alle alarmene. Før var det sonene som hadde dette ansvaret i tillegg til planlagte besøk. Det skal være god tilgjengelighet mellom AMK og hjemmetjenesten.
 - Samarbeid rundt utvikling av individuell plan for personer som skal ha oppfølging av flere tjenesteytere. Kommunen har konkludert med at arbeidet rundt dette bør bli bedre. Det er satt i gang et eget forbedringsprosjekt på dette hvor det er utarbeidet retningslinjer for hva som skal gjøres og at det skal utpekes en ressursperson ved et i forhold til bruker, kolleger og publikum. Det opprettes en kontaktperson når det er gjort vedtak om individuell plan. Denne skal administrere ansvarsgruppemøter og møter med bruker og samarbeidspartnere, sette mål og tiltak og sette et tidspunkt for evaluering. Allmennelegene ga inntrykk av å være lite involvert i utarbeidelse og bruk av individuelle planer. Begge legene trodde psykisk utviklingshemmede ikke får god nok oppfølging, spesielt ved skifte av omsorgsnivå på grunn av alder.

Vurderinger av samarbeid generelt

Som oversikten ovenfor viser er det mange igangsatte samarbeidstiltak i denne kommunen. Inntrykket er at respondentene generelt er positive til utstrakt samarbeid og etter hvert har begge nivåer en erkjennelse av at samarbeid er til gjensidig nytte for både kommunen og spesialisthelsetjenesten. Sonelederen i hjemmetjenesten anser evnen til samarbeid som en forutsetning i framtida

“Det har vært mange småprosjekter i byen, 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 nå, 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.”

Selv om det formidles at samarbeidet på mange områder er blitt bedre over tid, er det ifølge flere alltid rom for forbedringer. Det kommer fram at samarbeidsklimaet rundt utskriving av pasienter svinger med presset på begge sider. Enkelte framhever at det alltid vil være noe personavhengig hvor god kommunikasjonen er. Geriatrik avdeling og slagenheten på sykehuset blir framhevet som gode samarbeidspartnere som tenker helhetlig rundt pasientene. Representanten fra servicekontoret mener de andre avdelingene, sammenlignet med disse, har et stykke å gå i forhold til samarbeid. I tillegg nevnes at kommunen har et godt samarbeid med kreftavdelingens seksjon for lindrende medisin. Alle disse avdelingene har ambulante team knyttet til seg. Den ene fastlegene/kommunelegen ønske seg enda mer utadrettet arbeid fra teamene ved sykehuset, at de også kommer inn i bildet før innleggelse og ikke bare etter utskriving.

“Til spørsmål om unødige innleggelse så ville jeg gjerne hatt det ambulerende (geriatrike) teamet også ut, når jeg føler at pasienten begynner å nærme seg en innleggelse, så kunne jeg tenke meg og hatt ambulerende teamet ut, til å gjøre en vurdering og kanskje da fatte noen tiltak som kan gjøre at man slipper å legge pasientene inn på sykehuset. Og da ha en god dialog med primærlegen, altså fastlegen. Det er det ene teamet jeg kjenner til. Så har jo seksjon lindrende behandling også et ambulerende team som går ut til terminalt syke kreftpasienter, og veileder primærhelsetjenesten, og støtter opp primærhelsetjenesten under behandling, og det er fantastisk, kjempe bra. Så jeg tror at visse sykdomsgrupper og aldersgrupper så er dette veldig bra, og visse fagområder da.”

Sykehjemslederen sier hun har lite kontakt med de ambulerende teamene. De tar av og til kontakt med psykiatrik team ved det psykiatriske sykehuset i forbindelse med utagerende pasienter. Dette fungerer svært bra. De kommer på kort varsel om det er nødvendig. Den ene kommunelegen/fastlegen tror generelt det ville være mye ressurser å spare på en enda bedre dialog mellom nivåene. I dag foregår mye dobbeltarbeid.

“Det er jo mye dobbelt arbeid som foregår i helsevesenet generelt. Det vil si at når jeg henviser en pasient til sykehuset så er ikke sykehuset veldig opptatt av hvilke undersøkelser har jeg gjort, i alle fall tidligere. Hvordan det er nå, det tørr jeg ikke si. Men i alle fall, da tar de nye prøver, man tar nye røntgenbilder, man bygger ikke på det som allerede er kunnskap om pasienten, veldig ofte.”

Planer om framtidige samarbeidstiltak

Ifølge servicekontoret er det under utredning hvorvidt man skal etablere en intermedieæravdeling for habilitering, beregnet på de som venter på rehabilitering. Det kan være hensiktsmessig at disse kan være på en egen enhet isteden for å vente i sykehuset. Det er foreslått lignende finansiering og administrasjon som på den andre intermedieæravdelingen. Dette er også et samarbeidsprosjekt.

Tanker om framtida?

Soneleder i hjemmetjenesten mener at ting er blitt satt mer i system mer med årene, at det har vært en positiv endring i forhold til samarbeid. Han er opptatt av at det er en pedagogisk utfordring å avklare forventninger og plikter. "Vi blir ikke bedre enn den dårligste av oss"-sier han. Det er nok med en uheldig hendelse med en samarbeidspartner, så kan det lage små bølger i f eks hjemmetjenesten.

"Jeg brenner for hjemmetjenesten det gjør jeg absolutt, og jeg synes vi er inne på et veldig riktig spor i forhold til satsing. Det er en tøff satsing og det er riktig satsing. En ting som har vært etterspurt i masse år, og nå er det noen som tør å ta det steget å gjøre noe med det. Og da syns jeg det er en forpliktelse å være lojal mot og følge opp og være romslig i forhold til samarbeidspartnerne, samtidig så er vi veldig på at vi følger det vi er enige om, for da har vi mulighet til å lykkes. Sånn er det med alt da, som jeg sier - nå er vi på så god gli. Alt er selvfølgelig ikke et glansbilde, det er det ikke. Noe sliter vi med hele tiden, men vi er på riktig vei. Og det er en stor framgang. Bare vi greier internt å få jobba med ansatte så de greier å utsondre det her til brukerne våre så har vi jo lyktes da."

Sykehjemslederen vi intervjuet var opptatt av at man har virkelig har fått til noe i denne byen som er ganske unikt. Det viktige er ifølge henne å komme på hverandres arenaer. Fokuset bør være å få til noe, ikke hvem som betaler. Hun synes det er viktig å få opp statusen til det å arbeide på sykehjem, det er faktisk veldig faglig krevende og interessant. Da kan man ifølge henne ikke bare klage over hvor fælt det er i eldreomsorgen. Isteden for å bare klage over for lite ressurser, må man heller se hva man får til for de ressursene som er tilgjengelig. Den største utfordringen i kommunehelsetjenesten blir ifølge henne å ta unna eldrebølgen på en god måte og å ha nok kvalifisert personale til å gjøre jobbe. Likeledes at andrelinjetjenesten har en forståelse av dette og at man kan samarbeide om en del pasienter som ikke "passer" inn noen steder i systemet.

Koordinatorer i kommunen ser det som en viktig utfordring å få intensjonene om samarbeid nedover i systemene:

"Det jeg ser på som den største utfordringen det er å få det implementert innover i systemene. For vi som sitter over bordet og samhandler, er kjempeenig om hvor nyttig det er og vi er stolt av å kunne presentere hva de andre får til, og vi er flinke til å si noe om at dette har vi fått til sammen. Veldig godt klima og veldig mye positivt som skjer, men den største utfordringen er å få dette nedover til å bli en del av alle. Så ikke det blir "dem". Det er den største utfordringen." (Uttakskoodinator)

Representanten fra servicekontoret tror kapasiteten fortsatt blir en stor utfordring framover:

"Utfordringene blir jo at begge parter ser behov som vi ikke kan dekke. Det er et kapasitetsproblem på begge sider av bordet, og da havner vi veldig fort i en sånn situasjon at vi har lyst til å skyve ansvaret på hverandre, og det er veldig lite konstruktivt da. Så det synes jeg er en kjempeutfordring. Og det viser jo, alt det jeg har sagt viser jo det. Det er sånne gråsoner som vi dytter over på hverandre."

Også den ene kommunelegen/fastlegen er opptatt av ressursituasjonen, men tror det er mer å hente også innenfor dagens rammebetingelser.

"Det som det hele ender opp i ofte, det er jo spørsmål om ressurser, så er det spørsmål om man benytter seg av ressursene på en måte som alle kan ha glede av, hvor begge omsorgsnivåer kan utnytte hverandre, så tror jeg at det fortsatt er mye man kan hente ut av god helsetjeneste. Selv om man ikke nødvendigvis bruker så veldig mye mer penger." (kommunelege/fastlege)

Den andre kommunelegen/fastlegen sier man må prioritere samarbeidet innenfor psykiatri og rus, fordi man der er kommet langt kortere enn innenfor somatikk.

Spesielt om rusomsorg og psykiatri

I samtalene med representantene fra kommunen kommer det fram at tilbudet til og samordningen av pasienter med innen rusomsorg og psykiatri er spesielt utfordrende.

Det er etablert et formelt samarbeid mellom helseforetaket og kommunen. Det er etablert et administrativt samarbeidsutvalg med representanter fra den administrative ledelsen i kommunen og psykisk helsevern. I tillegg er det etablert et klinisk samarbeidsutvalg rettet mot bostedsløse med rus og psykiske problemer. Utvalget har utarbeidet retningslinjer som skal bedre kontakten mellom 1. og 2. linjen, som blant annet går på veiledning og hospitering.

Den ene kommunelegen vi intervjuet er involvert i psykiatriplanlegging i kommunen, og representanten fra servicekontoret er også involvert i de forvaltningsmessige prosesser mot psykiatrien. Begge disse har en formening om at samarbeidet med psykiatrien har blitt bedre hvis vi sammenligner med for 10 år siden. Likevel opplever de at samarbeidet er langt bedre innenfor somatikken. Kommunen ønsker å drive samme type forvaltningsarbeid mot spesialisthelsetjenesten innenfor psykiatri som innenfor somatikken.

"Sånn at vi har vurderingsmøter og sånn. Men vi opplever vel der, vi er vel i psykiatrien der vi var i somatikken for noen år siden da, at de bestiller en tjeneste, de i mye større grad ringer til oss og sier at denne personen har behov for samtaler med psykiatrisk sykepleie. For de bestiller det som er kjent og det som de er vant til å bestille fra før. Litt sånn som sykehuset før ringte og sa at denne pasienten har behov for sykehjem, og det gjør de noen ganger enda og. Vi jobber på en måte med å få lov til å komme inn litt bredere da. Få lov å komme inn litt tidligere og være med på å gjøre en litt bredere vurdering av hva som egentlig er behovet for oppfølging etter sykehuset liksom."

Grenseoppgangen mellom første- og andrelinjetjenesten oppleves som vanskeligere innen psykiatri enn i somatikken. Hva er kommunenes ansvar og hva er spesialisthelsetjenestens sitt? Både kommunelegen og servicekontoret 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 et 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, behandling, at de har krav på behandling i Helse [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, hvor vi må kjøpe institusjonsplasser, eller ha heldøgns omsorg for de mens de venter på behandling, så det er en kjempe utgift og veldig viktig ting altså."

Kommunelegen bekrefter denne situasjonen 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.

I forhold til psykiatri var det tidligere en soneinndeling i byen som bestemte hvilken institusjon som skulle ta imot pasienten. Kommunelegen sier det i tidligere år var et stort problem at det ble mye skyving av ansvar mellom sonene og i tillegg til mellom kommunen og andrelinjen. Dette ble veldig tidkrevende for allmennlegen som skulle henvise pasienten, ingen tok ansvar. Slik er det ikke lenger. Denne kommunelegen har i sitt arbeid med psykiatriplanlegging i byen vært opptatt av to hovedsaker. Det første var å etablere "en dør" inn til psykiatrien for å få systemet til å ta ansvar istedenfor at dette skal være allmennlegens problem. Dette mener han mange er enig om at de har fått til. For det andre er han opptatt av å involvere privatpraktiserende psykiatere og psykologer i forhold til halv-øyeblikkelig hjelp. Dette er blitt brakt opp på høyeste nivå i helseregionen. Ifølge kommunelegen bør det stilles krav til at denne gruppen spesialister må ha forpliktelse i forhold til halv-øyeblikkelig hjelp på samme måte som andre yrkesgrupper som mottar driftstilskudd fra helseforetaket.

9. Sykehus III

Antall respondenter 5

- Kirurgisk avdeling: Fellesintervju med avdelingsleder (lege) og pasientkoordinator (sykepleier).
- Medisinsk avdeling: Fellesintervju med avdelingsleder (lege) og driftsansvarlig sykepleier.
- Ortopedisk avdeling: Fagansvarlig sykepleier.

Sykehuset er et stort spesialisert sykehus. Beleggsprosenten er svært høy. Korridorpasienter og utskrivingsklare pasienter har vært et problem i mange år. Antall ø-hjelpsinnleggelses har økt svært mye de siste 5-10 år (NPR-data). Gjennomsnittlig liggetid for ø-hjelpspasienter er redusert for alle aldersgrupper i samme periode.

Endring i antall innleggelser over tid

Alle de tre avdelingene vi hadde intervju med har opplevd en økning i pasientvolumet den siste 5-10-årsperioden. En felles forklaring på dette er demografiske endringer med flere eldre og lengre levetid. Dess eldre folk blir, dess mer og flere sykdommer trenger behandling på sykehus. Samtidig er det en utvikling i sykdomsinsidens og behandlingstilbud. For indremedisin er demografiske endringer ifølge avdelingsoverlegen hovedårsaken til endringer i pasientvolum og pasientsammensetning. Det blir mer kreftproblematikk og flere med aldersspesifikke sykdommer. Kirurgisk avdeling merker at det blir en stadig større andel kreftpasienter hos dem og det er viktig at disse må prioriteres. Men det går ut over kapasiteten til å ta inn en del andre mindre prioriterte pasientgrupper. Også ved ortopedisk avdeling øker pasienttilstrømmingen, både av elektive pasienter og øyeblikkelig hjelp, spesielt for de eldre. Økningen kan ifølge fagansvarlig sykepleier ved avdelingen tilskrives både økt antall eldre i befolkningen og lavere terskel for å operere pasienter med høy alder.

Endringer i medisinsk teknologi de siste ti årene som har betydning for avdelingene.

Ved kirurgisk avdeling har innføringen av minimal invasiv kirurgi (kikkhullskirurgi) hatt stor betydning for kapasiteten. Denne metoden benyttes så og si for alle fagområdene innen kirurgi og betraktes som et stort framskritt. Behandlingen er langt mer skånsom for pasientene og flere får tilbud om behandling.

"Vi kan øke tilbudet til stadig flere pasienter som får gleden av å få behandling, både syke pasienter og eldre pasienter, som før ikke fikk tilbudet." (Avdelingssjef kirurgi)

Utviklingen påvirker pasientsammensetningen ved avdelingen på flere måter. Pasientene blir kortere tid inne, og mange flere behandles dagkirurgisk. Behandlingsresultatene er også bedre ifølge respondentene, ved at det er færre komplikasjoner og lavere dødelighet.

Avdelingsleder ved medisinsk avdeling mener det har skjedd mindre revolusjonerende endringer i indremedisin enn innen kirurgi. Men det har vært et betydelig framskritt med ikke-operativ behandling av hjertesykdommer. Viktig for indremedisinen er også bedringen i billeddiagnostikk, spesielt innen medisinsk kreftbehandling.

Fagansvarlig sykepleier på ortopedisk avdeling sier behandlingsmetodene og anestesiene innen ortopedi er en helt annen enn den var for en del år siden. I dag er det sikrere å operere, noe som medfører lavere terskel for å operere svært gamle mennesker. Men risiko knyttet til operasjoner er jo fortsatt å tilstede, selv om den er mindre. For de aller eldste vil det derfor være en vurdering av risiko versus økt livskvalitet. Det kreves at man gjør en helhetsvurdering og ikke bare opererer utelukkende basert på medisinsk indikasjon. Ifølge denne sykepleieren gir utviklingen også større utfordringer til kommunehelsetjenesten som skal følge opp pasientene etter utskriving.

Unødvendige innleggelser?

Alle avdelingene har ifølge de spurte en del innleggelser hvor pasienten ut fra rent medisinske kriterier ikke trenger sykehusets spesialiserte behandlingstilbud. Ifølge sykepleieren på ortopedisk avdeling gjelder dette ofte hjemmeboende eldre med en ustabil helsetilstand og som ofte har hjemmesykepleie mange ganger i døgnet.

"Alle vet at før eller siden så skjer det noe som gjør at de må på sykehjem, men da føler vi det, og hvorvidt det er tilfellet eller ikke, er ikke vi de rette til å svare på, men vi føler at når du da faller eller brekker, eller verden ikke fungerer hjemme, så blir de lagt inn på sykehuset. Vi har jo noen tilfeller hvor det direkte står at pasienten legges inn på sykehus og trenger omsorg og pleie, og ikke noen behandling. Vi har pasienter som kommer inn til mobilisering som ikke har noe brudd. Vi har pasienter som kommer inn fordi de ramler og faller og ikke får den oppfølgingen de trenger. De trenger ikke være på sykehus, men kan komme på sykehus for å ta et røntgenbilde for å se om noe er brekt. Men jeg vil tro at kommunelegen eller fastlegen kunne vel så godt startet en smertebehandling, hvis de hadde hatt tilbud i kommunen."

Også de to respondentene ved medisinsk avdeling ga uttrykk for at tilbudet i kommunen ideelt sett kunne vært bedre. Avdelingslederen mente et bedre legetilsyn ved sykehjemmene i kommunene (bedre sykehjemsmedisin) eller et intermedieært tilbud er ønskelig og ville medført færre innleggelser. Men han ga klart uttrykk for at de fleste innleggelser ved avdelingen var nødvendige ut fra dagens situasjon og at dette med unødvendige innleggelser er av marginal betydning i forhold til de store utfordringene knyttet til de demografiske endringene over tid.

"Det er klart at det er vel sikkert en del innappropriate innleggelser, men igjen så er det toppen av et isfjell, eller det er marginaldeler av de som innlegges, så man må ikke gjøre det til et problem. Altså, man løser ikke helsevesenets indremedisinske avdelingers overbeleggsproblemer med å ta bort de såkalte innappropriate admissions altså." (Avdelingsleder medisin)

Avdelingslederen på kirurgisk avdeling sier at en del innleggelser ved denne avdelingen også definisjonsmessig er unødvendige (inappropriate), men at det på en annen side er nødvendig at pasienten observeres av en spesialist i kirurgi for å avgjøre at de ikke skulle opereres. I slike tilfeller vil det være vanskeligere å bedømme dette i forkant. Han gir inntrykk av at unødvendige innleggelser ikke er noe viktig problem for dem.

Det er ikke tradisjon for at henvisende lege ringer vakthavende lege før innleggelse i denne byen. Avdelingsleder ved medisinsk avdeling tror ikke det ville forhindret så mange innleggelser, men ville tatt mye tid. Han skulle ønske de hadde hatt kapasitet til å ha spesialist tilgjengelig poliklinisk, for å kunne ta en vurdering av en del ø-hjelpspasienter samme dag eller dagen etterpå. I dag vil man ofte legge inn fordi man er usikker. Avdelingsleder ved kirurgisk avdeling bekrefter at det er liten kontakt før innleggelse, men han tror heller ikke dette ville forhindret mange innleggelser. Pasientkoordinatoren på kirurgisk avdeling sier

imidlertid at hun innimellom mottar telefoner fra primærleger som hun formidler videre til spesialist. Det understrekes at legene ved sykehuset er tilgjengelige for rådgiving når det er ønskelig.

Informasjon som følger med henvisning

Henvisningsskrivet som følger pasienten ved innleggelse er av svært ulik kvalitet ifølge de spurte ved sykehuset.

"Høyst variabel, høyst variabel. Noen er sånn at du kan være sterkt i tvil om det har vært en doktor der i det hele tatt. Mens andre er jo selvfølgelig veldig gode. Noen ser det hvis de tror, synes eller mener at pasienten burde legges inn så har en liksom gjort jobben sin, og skriver bare "vondt i magen, legges inn." (Avdelingsleder kirurgi)

Avdelingsleder på medisin mener det burde være et krav til nøyaktig medikamentliste i henvisningen. Videre synes han det burde vært opplysning om hvem som er pasientens fastlege, og hvordan hjemmesituasjonen er. Avdelingen kontakter sjelden henvisende lege i etterkant, men forsøker å få de viktigste opplysningene fra pårørende. Det vises til at en praksiskonsulent arbeider for å då til et bedre system for medikamentoversikter.

Vurdering av kapasiteten

I tillegg til en generell økning i pasienttilstrømmingen skjer det en sentralisering av funksjoner innenfor kirurgi. Dette er i hovedsak en ønsket utvikling for å sikre gode fagmiljø med høy kvalitet på behandlingen. Utfordringen for kirurgisk avdeling er at kapasiteten blir presset, da tilføring av ressurser og nødvendige fasiliteter ikke følger med en økende oppgavemengde. Effektiviteten øker, antall leger har lenge vært det samme, og til tross for mer dagkirurgi og stadig kortere liggetid fylles sengene momentant. Resultatet av for lite ressurser er, ifølge avdelingslederen, at lokalsykehusfunksjonen blir svekket. Mange pasienter må henvises til andre, gjerne private sykehus og ofte også til andre regioner. Ortopedisk avdeling har også kapasitetsproblemer med økende ventelister. Løsningen for dem er også å overføre en del oppgaver til andre avdelinger/sykehus i eget helseforetak. Et viktig problem for avdelingen er utskrivingsklare pasienter som blir liggende på grunn av manglende tilbud i kommunen(e).

"Det er klart at når du har fylt en halv avdeling med ferdigutskrevne pasienter, så synes vi at vi har veldig trykk på at vi skal operere flest mulig, fordi vi skal ha ned ventelistene. Så det blir jo et veldig trykk på sengepostene og at du vil mest sannsynlig få høyere sykefravær fordi belastningen er veldig stor for pleiebetjeningen, og i perioder, av og til må vi si at vi kan ikke ta inn elektive pasienter, fordi det er for fullt, vi har ikke fysisk plass her" (sykepleier ortopedisk avdeling).

Som vi vil komme tilbake til, er det de siste årene satt i verk en del tiltak for å bedre situasjonen. Avdelingslederen på medisinsk avdeling mener sykehusets totale kapasitet antakelig er god nok, men at den er feil fordelt innad. Noen avdelinger har et belegg på 60-70 prosent, mens andre ligger på 120. Han vedgår at det ikke er så enkelt å bare overføre senger

"Det er ikke bare å omrokkere senger og personer. Så du kan si at den enorme veksten som har vært i indremedisin, den har sprengt kapasiteten. Det vil si at det er underkapasitet på indremedisinske senger, det tror jeg en kan si, eller underkapasitet på areal i alle fall. Det er mulig vi hadde hatt mange nok senger nå hvis vi hadde hatt litt mer plass for undersøkelsesrom og samtalerom, og at vi i tillegg hadde fått ut 04 pasientene med en gang de er registrert som 04, da tror jeg vi skulle klart oss brukbart med unntak av de periodene på året der vi har influensa epidemier for eksempel. Så burde vi hatt større poliklinikk kapasitet".

I den lange perioden denne legen har vært ansatt på sykehuset har det disponible arealet for avdelingen vært det samme, mens antall innleggelses har økt med 40 %. Han tror grensen for nedgang i liggetid snart er nådd.

"Det er veldige forventninger om at liggetiden på sykehus skal ned. Men altså der er det grenser etter mitt syn. En eller annen plass så går det en grense. Og det gjelder spesielt de gamle, når en person som er gammel blir innlagt, med for eksempel lungebetennelse eller hjertesvikt eller hva som helst, så kreves det noen døgn på sykehuset for at vedkommende skal klare seg. Det at andelen eldre øker, det gjør at man også må forvente at liggetiden, om ikke øker, så kan en ikke i alle fall ikke forvente en betydelig nedgang i liggetid, slik forventningene er."

Kirurgisk avdeling opplever også et enormt press på liggetiden. De ligger med et overbelegg på 106, 107 prosent i gjennomsnitt og det betyr at halvparten av året er det overbelegg. Den eneste måten de kan få færrest mulig i korridoren på, er å få ned liggetiden, så lenge sengetallet ikke økes.

Vi spurte om endringer i liggetid fikk betydning for kommunehelsetjenesten.

Ved kirurgisk avdeling tror man endringer i sykehuset har betydning for kommunen først og fremst i form av økt volum av pasienter fra sykehuset, men avdelingslederen tror ikke det har medført en "tyngre" pasientsammensetning for kommunen. Men i forbindelse med at kreftpasienter i mye større utstrekning bor hjemme i dag ble det understreket at kravet til kompetanse i kommunen er større ved at de må håndtere medisinsk-teknisk utstyr, for eksempel i forbindelse med smertebehandling av kreftpasienter. Dette er også en annen type pasienter ved at de også kan være yngre mennesker. Sykepleieren ved ortopedisk avdeling mener kortere liggetid medfører flere oppgaver for kommunehelsetjenesten ved at flere pasienter må observeres etter utskriving.

På nasjonalt nivå har vi sett en utvikling med et økende antall øyeblikkelig hjelp- reinnleggelses for eldre. Hvorvidt dette gjelder for dette sykehuset syntes de spurte det var vanskelig å bedømme. Flere tror det kanskje er slik, men er usikre på årsakene. De tror ikke dette er relatert til den medisinske behandlingen ved sykehuset, men det antydes at enkelte pasienter ikke klarer seg i hjemmet og egentlig burde fått et tilbud med heldøgns omsorg i kommunen.

Ivaretar sykehuset pasienter med sammensatt sykdomsbilde godt nok?

I relativt nær framtida vil det bli langt flere gamle mennesker med et sammensatt sykdomsbilde. Er det en utfordring for sykehuset å ivareta behovene til disse og andre med sammensatte behov i dag? Avdelingsleder på medisin uttrykk for at dette ennå ikke er et stort problem, men at det kan bli en større utfordring framover.

"Jeg vil ikke si at det er noe stor, altså det er en stor utfordring, men det er ikke noe uoverkommelig utfordring, for alle indre medisinere er heldigvis enn så lenge generelle indremedisiner i tillegg. Det er vel dessverre krefter som jobber mot det da, men vi får håpe de ikke vinner for da blir det enda mer spesialisering og enda mindre generelle kunnskaper og da kan det jo gå riktig ille." (Avdelingsleder medisinisk avdeling)

Sykepleieren ved ortopedisk avdeling mener de ikke er dyktige nok til å ta vare på pasienter med sammensatt sykdomsbilde. Men hovedproblemet er at alle avdelingene i sykehuset er presset.

"Hvis det hadde vært litt mer slakke i systemet så kunne vi sendt pasienten litt mer mellom oss eller at legen fra de forskjellige avdelingene hadde kommet ned og gjort sine ting, men da hele sykehuset her er presset på at vi skal få flest mulig gjennom så har de fleste fullt, sånn at vi sender jo en del henvisninger til geriatrisk seksjon for henvisning, eller for vurdering, men det er veldig sjelden at de har mulighet til å ta over pasientene. Fordi de har også fullt, og sånn er det med de andre. Vi får ofte en vurdering, men oppfølgingen kan bli

at de får en time på poliklinikken, så det er klart at for gammelt folk og først ut og inn, det er ikke noe heldig, men da må det være mer slakke i systemet for å få tid til de eventuelle tiltakene som skal til."

Når det er snakk om sykdommer/tilstander som i og for seg ikke er relatert til hverandre blir fastlegens rolle framhevet av avdelingsleder for kirurgi.

"Det kan nok være det, at vi stiller krav til fastlegen som koordinator mellom spesialister, så det finner jeg jo rimelig. Altså hvis vi har operert en brystcancer og pasienten også har en øyesykdom og vondt i en fot så tror jeg ikke vi uten videre påtar oss det koordineringsansvaret, det anser vi som et fastlegeansvar".

Er det pasienter som ikke får et godt nok tilbud i dag?

Avdelingsleder ved medisinsk avdeling mener de indremedisinske pasientene generelt sett har et dårligere tilbud enn kirurgiske. Det brukes ifølge han mye mer ressurser i samfunnet på å løse ventelisteproblemer enn å løse korridorproblemer. Årsaken tror han skyldes at ventelistepasienten ofte representerer en større pressgruppe. Men også innenfor kirurgi er det ifølge kirurgisk avdeling pasientgrupper som ikke får et godt nok tilbud. Dette gjelder ofte pasienter som trenger relativt enkle inngrep, men er lavt prioritert. En del av disse pasientene kan få et tilbud gjennom fritt sykehusvalg, men mange eldre mennesker makter ikke, eller vil ikke, reise til et annet sykehus. I slike tilfeller er det et stort problem at kapasiteten er så dårlig. Avdelingslederen mener også det har betydning i hvilken grad det står en sterk pasientorganisasjon bak pasientene.

Hvem er det som snakker for åreknutepasienter? De blir stort sett latterliggjort pga kosmetikk og sånn. Det går rundt en mengde folk som har daglige plager av åreknuter, som plages i hverdagen, har nedsatt livskvalitet, nedsatt aktivitetsmuligheter pga åreknuter, og det er ingen som hjelper dem. Og nå skulle jeg ikke egentlig ha nevnt noen, for det er mange andre lignende grupper.(Avdelingsleder kirurgisk avdeling)

Mannlig sterilisering nevnes også som et eksempel på en svært lavt prioritert gruppe. For disse pasientene er det innført en egenandel som er så høy at det i praksis er få som vil velge å få det gjort. Det er også pasienter som ifølge denne legen ikke har vært så høyt prioritert, men som egentlig har en relativt alvorlig tilstand.

"Men sånn apositas, altså ekstrem fedme, det har jo vi strevet med i alle de år. Altså folk som vi har sett burde ha fått behandling. Det er jo en sykdom med en leveutsikt som er i nærheten av en kreftsykdom, men det har jo vært umulig altså. Men nå i år har vi fått det styringsdokumentet, da har det vært på rett plass til rett tid, og det er en diagnose. De har ikke vært noe slagkraftig politisk som har hjulpet denne gruppen.

Utskriving fra sykehuset

Utskrivingsklar

Avgjørelsen om at en pasient er utskrivingsklar avgjøres i samarbeid mellom sykepleietjenesten, legene og kommunen. Men formelt sett er det en lege som har ansvaret. Kriteriet for utskrivingsklar forklares slik:

"Det er jo når pasienten har behov for det som ikke vi som spesialisthelsetjeneste kan tilby dem da, hvis det er noe spesielt de trenger i forhold til spesialutstyr og sånne ting, når det ikke er der lenger, så er det samarbeid, og erklærer man pasienten for ferdig behandlet." (Sykepleier kirurgisk avdeling)

Respondentene trodde ikke vurderingene av om pasienten er utskrivingsklar har endret seg de siste årene. For pasienter som antas å ha behov for oppfølging av pleie og omsorg skal registreringen av utskrivingsklar ikke skje før man i samråd med kommunen er blitt enig om en dato. Dett gjelder pasienter fra sykehuskommunen og er regulert av retningslinjer i samarbeidsavtalen. I henhold til denne skal kommunen komme på vurderingsmøte innen tre

dager etter at de er varslet. Som regel blir man enig, men av og til blir man ikke enig og da skal det skrives en uenighetsprotokoll. Det blir ofte et spørsmål om datoer, da det for kommunen har betydning for betaling for lengre liggetid enn nødvendig. Sykepleieren ved ortopedisk avdeling sier de begynner å tenke på utskriving med det samme pasienten kommer inn fordi kommunen trenger sine dager til å forberede et tilbud til pasienten. Hun tror utskrivningene ville vært lettere å gjennomføre hvis kommunen hadde hatt bedre økonomi. Sykehuset opplever også at det kan være vanskelig å få tak i rette vedkommende fra kommunen som skal gjennomføre vurderingsbesøk.

"Det er ikke alltid like enkelt å få tak i de det gjelder sånn at de har vel litt sånne diskusjoner noen ganger da i praksis på enighet om det at pasienten er ferdigbehandlet og, når de kommer og vurderer. Men det skal jo være en gjensidighet i det, man skal jo komme frem til en løsning for pasienten sammen og pasienten skal være til stede når de kommer hit." (Sykepleier kirurgisk avdeling)

Problemet med utskrivingsklare pasienter er ifølge avdelingsleder på kirurgisk avdeling langt mindre hos dem enn ved medisinsk avdeling og det har bedret seg over tid. Ifølge sykepleieren på ortopedisk avdeling har problemet med utskrivingsklare pasienter blitt mindre også der.

"For noen år siden var det jo sånn at pasientene kunne være her et år, da følte vi vel ikke at det var så mange, men de som vi hadde lå her veldig lenge, de lå her på månedsvis og noen på årsvis, ikke på årsvis da, men på opp til litt over et år i alle fall. Men nå er det en hurtigere gjennomstrømming, og det er fordi kommunen har gjort noe. De som ligger på sykehjemmene er mye dårligere enn det de var tidligere, for før var det jo mye mer aldershjem og du flyttet dit når du syntes at verden begynte å gå deg i mot, og ville ha litt hjelp. Nå er det jo ikke mulig å flytte inn noen plass når du synes du er ensom og trenger litt hjelp. Nå må du jo være veldig dårlig." (Sykepleier ortopedisk avdeling)

Hun mener fokuset på korridorpasienter ble spesielt sterkt etter sykehusreformen. Ved medisinsk avdeling tror de ikke at antallet pleiepasienter har endret seg så veldig over tid, men det er store variasjoner gjennom året.

Kapasiteten i kommunen

Det er først og fremst sykehuskommunen som har store problemer med å ta imot pasienter som trenger oppfølging. Ifølge de spurte ved sykehuset er det sykehjemsplasser og tildels rehabiliteringsplasser som er utfordringen for kommunen. Det er gjerne plasser til pasienter med demens og som er urolige som blir liggende lenge på medisinsk avdeling- de som trenger individuelt tilpassede tilbud på f eks demensavdeling. Disse pasientene er det heller ikke gunstig å flytte for mye på, så de blir gjerne liggende. Ved ortopedisk avdeling er det pasienter med lårhalsbrudd som har mest behov for oppfølging etter utskriving. Bruddet er ofte en stor påkjenning for kroppen og dødeligheten etter en slik hendelse er relativt høy. Når det gjelder rehabiliteringsplasser er det ifølge ortopedisk avdeling kapasiteten på kommunale rehabiliteringsplasser som er problemet. Det er plasser hvor man kan ta imot pasienter som ikke er selvhjulpne, slik de må være for å komme til andre typer rehabilitering. For andre pasientgrupper gis det både fra medisinsk og kirurgisk avdeling uttrykk for at det ikke er spesielle problemer i forhold til rehabiliteringsplasser. Tilbudet er bedret over tid og medisinsk avdeling henviser spesielt til tilbudet for slagpasienter.

For pasienter som har hjemmesykepleie er det som regel ikke så mye venting på utskriving, men at det kan være noe problemer når det nærmer seg helg. Noen erfarer imidlertid at det av og til kan være problemer å få ut pasienter fordi personellsituasjonen i hjemmetjenesten ikke er god nok, selv om funksjonsnivået ikke er endret hos pasienten.

Representantene for sykehuset mener de sjelden skriver ut pasienter som etter deres syn ikke får et godt nok tilbud i etterkant. Dette er også kommunens ansvar.

"Det vi kanskje opplever enkelte ganger er at vi mener at pasienten med x antall hjemmesykepleiebesøk vil klare seg, men at det beste hadde vært noe annet, men på grunn av at situasjonen er sånn som den er, så ja. Men vi prøver å unngå det, for vi liker det ikke. Men det er klart at av og til sender vi dem hjem og neste dag så er de her igjen, fordi de har ramlet på nytt igjen. Så har vi jo noen som vil hjem da, og som vi ikke mener burde dratt da, vi har jo de også altså." (Sykepleier ortopedisk avdeling)

Dokumentasjon som sendes med pasienten ved utskriving

Når pasienten skrives ut følger det normalt med en sykepleiesammenfatning og oversikt fra legen over medikamenter. Om endelig epikrise sendes med avhenger noe av hvem som overtar ansvaret for pasienten.

"Det kommer an på hva det er du sender pasienten ut til, sånn helt foreliggende epikrise. Hvis du sender pasienten videre til en primærhelsetjeneste hvor man umiddelbart skal komme inn i bildet, da kan det hende noen ganger at man sender med en pleierapport og ettersender en epikrise. Vi prøver å ha epikrisen klar altså, så sender vi pasienten til et sykehjem for eksempel, så bør jo epikrisen være med pasienten, helt klart." (Sykepleier kirurgisk avdeling)

Det kan ta noe tid før epikrisen sendes til fastlege, men dette har ifølge respondentene bedret seg. Fastlegene etterlyser av og til epikriser, men det ifølge avdelingen sjeldnere nå enn før. Ved medisinsk avdeling anslår man at nå det går omtrent en uke før endelig epikrise sendes. Avdelingsleder ved kirurgisk avdeling viser til den enorme mengde epikriser som skal skrives (ca 30000 i året) og at de er sårbare for sykefravær i skrivetjenesten.

Oppfatninger om endringer i oppgavefordeling

Det er tildels ulike og usikre oppfatninger ved de ulike avdelingene omkring spørsmål om endring i oppgavefordeling mellom sykehuset og kommunehelsetjenesten. Kirurgisk avdeling ga imidlertid ganske klart uttrykk for at det har skjedd en dreining i forhold til legefaglige oppgaver. Pasienter blir ikke lenger innlagt for utredning ved kirurgisk avdeling. Det foregår ifølge avdelingslederen en diskusjon med primærhelsetjenesten omkring hvilke oppgaver de kan ta, som prøvetaking, undersøkelser ol. En praksiskonsulent ved avdelingen arbeider med denne problemstillingen. Man er svært positive til at man slipper å rekvirere masse nye undersøkelser etter å ha fått henvisningen. Det sparer sykehuset tid på, og pasienten slipper et besøk på poliklinikken. Og det er ifølge avdelingslederen mye mer å hente i forhold til dette, både i forhold til diagnostikk og enklere kirurgiske inngrep. Dette er nå under videre vurdering. Grensen går ved bruk av narkose, sier avdelingslederen på kirurgisk avdeling. Han mener fastlegene er positive til utviklingen, men at det selvsagt er et kapasitetsspørsmål også for dem. Har man kapasitet, er det kompetanse og samarbeid som skal til. Han roser allmennlegene for positiv innstilling:

"Det har det skjedd store ting i samarbeid med allmennlegene i byen her og rundt omkring. Og de har stilt opp og tatt nye kontroll og oppfølgingsoppgaver."

På enkelte områder har kompetansen i kommunen endret seg ifølge informantene, som for eksempel kompetanse til å følge opp kreftpasienter som ligger hjemme.

Ved medisinsk avdeling er de vi intervjuet mer usikre på om det har skjedd en endring i oppgavefordeling, og avdelingsjefen sier dette blir "synsing". Han har inntrykk av at fastlegene har senket terskelen for å henvise til spesialist, at det er blitt flere henvisninger. Vi spurte hva han trodde var årsaken til dette.

"Det har jeg ikke noen formening om. Eller jeg har jo en formening om det, men jeg vet ikke hva som er riktig. Det er farlig å mene noe om andre sin arbeidssituasjon. Men det er klart at primærlegene er vel veldig presset med sosiale problemer for tiden, vil jeg tippe. Samfunnet er jo blitt slik at det er masse sosiale problemer som kommer til doktoren, psykososiale problemer. Og det er jo ganske slitsom praksis altså. Pluss

at kanskje de kontrollerer litt, altså det er enklere å ta kontroll -pasienter for eksempel av typen høyt blodtrykk, det er en enklere pasientgruppe enn å gå i gang med også utrede nye problemer... Ikke minst det er veldig viktig altså, at pasientene nå forlanger nærmest å bli undersøkt av spesialist for symptomer som de har. Befolkningen proppes jo fra Dagbladet og andre populære organ om alle symptomer som kan være kreft ikke sant. Alle er jo redde for kreft og ender opp hos spesialistene."

Når det gjelder pasienter som skrives ut til oppfølging av pleie- og omsorgstjenesten nevner sykepleieren ved medisinsk avdeling at kommunen ideelt sett kunne tatt flere pasienter som trenger intravenøs væskebehandling og intravenøs antibiotikabehandling. Dette er vanskelig fordi sykehuskommunen ikke har tilstrekkelig med sykepleiere til å håndtere dette. Også allmennlegen kunne gjort flere oppgaver ifølge avdelingslederen, og det er hele tiden et kompetansespørsmål.

Sykepleieren ved ortopedisk avdeling viser til at pasientene er blitt "dårligere" både på sengeavdelingene i sykehuset og på sykehjemmene. Grensen er flyttet i forhold til aktiv behandling og flere lever lenger med sin sykdom. Dette slår inn på alle nivå. Dette er i stor grad til det beste for pasienten, men denne sykepleieren mener det også gir etiske utfordringer:

"Klart mest til det bedre for pasienten, men jeg vil sette spørsmålsteget på en del, som jeg sa i stad- de på 86 år som er sykehjemspasient og som da har en liten skavank skal absolutt opereres fordi det finnes et tilbud. Det har noe med hvor setter vi grensene hen, når skal pasienter få lov til å dø uten at de skal bli behandlet ihjel først. Men det er et etisk dilemma, og yrkesetiske retningslinjer som er kjempe vanskelig å ta opp i media og diskutere. For det handler om "min mor" eller "min far" eller et eller annet. Så det er en kjempe varm potet som er vanskelig".

Slik situasjonen er i dag mener denne sykepleieren kompetansen i kommunen kunne vært bedre, tatt i betraktning tilstanden til enkelte pasienter som kommer fra sykehuset. Presset på sykehuset øker med økende pasientvolum og lange ventelister. Hun mener kommunens muligheter til å øke sin kompetanse ene og alene er et pengespørsmål. Som nevnt også fra medisinsk avdeling, er det ønskelig å kunne sende ut pasienter som trenger intravenøs væsketilførsel og pasienter som går på intravenøs antibiotika, men dette viser seg vanskelig på grunn av mangel på sykepleiere i kommunen. Dette handler om "prioritering, kapasitet og ressurser", sier sykepleieren ved ortopedisk avdeling.

Samarbeidstiltak med kommunene

Samarbeidet rundt utskriving av pasienter styres i stor grad av samarbeidsavtalen. Sykehuset arbeider med å få denne kjent ute i avdelingene og det er utarbeidet et skjema som skal være utfyllt før sykehuset tar kontakt med kommunen. Utfordringene rundt utskriving er nesten utelukkende relatert til sykehuskommunen. Det arbeides med å klargjøre rutinene for når sykehuset skal kontakte kommunen. Disse er ulike for ulike typer pasienter. Det bør ifølge sykepleieren ved ortopedisk avdeling arbeides enda mer for å bedre rutinene rundt vurderingsbesøk. Av og til kan prosessene virke vel byråkratiske og hun tror avgjørelser rundt en del av pasientene som er relativt greie kunne vært gjort telefonisk. Det antydes at vurderingen av pasienter kan være noe forskjellig, men at det er viktig å arbeide for at begge parter skal kunne forstå hverandres ståsted. Innføring av rutiner som avklarer gjensidige forventninger og letter kommunikasjonen har vært viktig og bør videreutvikles.

Men det kan røyne på av og til.

"Har vi veldig fullt, så blir samarbeidet av og til kanskje litt tilspisset, fordi vi er så ivrig etter å få dem ut, for at du må ha mer plass. Jeg tror nok at på det jevne så går det greit, men at det av og til kan tilspisse seg, hvor vi synes kommunen er ubrukelig og håpløs, det skjer. Det er ofte når det er topper her, så er det sannsynligvis topper i kommunen også, for det henger jo sammen da."

Intervjuer: *Får dere noen tilbakemelding fra kommunen hva de synes om dere?*

"Ja, de synes at vi av og til sender med for lite papirer og er storkjeftet i telefonen og er bedrevitere, omtrent det samme som vi kan si om dem av og til. Men stort sett er samarbeidet bra, men sånn av og til glipper vi og av og til glipper de, og da skaper det en del frustrasjoner som er unødvendige og uheldige for samarbeidet." (Sykepleier ortopedisk avdeling).

Sykehuset har praksiskonsulenter ved flere avdelinger. Disse delstillingene besittes av leger, sykepleiere eller annet helsepersonell fra kommunen som skal bidra til samarbeidsfremmende tiltak. Selv om stillingsandelene er beskjedne har ordningen på relativt kort tid bidratt til iverksettelse av mange ulike samarbeidstiltak som bidrar til faglig utvikling og utprøving av rutiner for å bedre kommunikasjonsprosessene rundt inn- og utskrivning av pasienter. Her kan blant annet nevnes

- etablering av hjemmejournal for pasienter som har hjemmesykepleie. Denne sendes med ved innleggelse
- etablering av standardiserte skjema beregnet på henholdsvis kommunen og sykehuset ved utskrivning av pasienter
- kurs innen en rekke fagområder og faglige temamøter for allmennleger og leger ved sykehuset
- utvikling av kommunikasjonsverktøy for å bedre informasjon og oppdatering av medisinalister i kommunen og mot sykehuset

Ordningen med praksiskonsulenter omtales positivt av alle som ble intervjuet og flere mente stillingene burde utvides. Avdelingsleder ved kirurgisk avdeling understreket viktigheten av samarbeid for å unngå dobbeltarbeid og bedre logistikken. Det bidrar til større effektivitet og er til beste for pasientene.

Sykehuset har etablert en poliklinikk for å utrede eldre mennesker med falltendens og demens. Dette har kommet i stand i samarbeid med kommunen. Videre er det etablert en intermediæravdeling ved et sykehjem i kommunen med forsterket medisinsk og sykepleiefaglig kompetanse. Pasientene som kommer hit er eldre som er planlagt å komme hjem etter ferdig behandling. Så langt meldes det om svært positive erfaringer også for dette tiltaket.

De siste årene har det vært gjennomført en god del kompetansehevende tiltak for sykepleiere, men disse er ikke alltid på fast basis eller formaliserte. Blant annet har det vært, og er, muligheter for hospitering for kommunalt ansatte ved flere avdelinger, men dette synes ikke å være formalisert. Erfaringene er positive og flere nevner det burde vært mer hospitering, ikke bare at personell i kommunen kommer til sykehuset, men også andre veien. Det gjennomføres temadager og Work-shop's for å heve kompetansen til sykepleiere i kommunen, blant annet opplæring i bruk av medisinsk-teknisk utstyr. I tillegg er det innen flere områder muligheter for opplæring rundt individuelle pasienter hvor sykepleier fra kommunen er sammen med pasienten på sengeavdeling eller poliklinikk. Eksempelvis sårbehandling ved kroniske sår, smertebehandling av kreftpasienter mm)

Geriatrisk avdeling bidrar til kompetanseøking og nettverksbygging mot kommunene i fylket gjennom bruk av telefonkonferanse via Telenor. Målsetningen er økt kvalitet, mer lik praksis og bedre samhandling i eldreomsorgen. Deltakerne i de enkelte kommuner og deltakere fra Seksjon for geriatri sitter foran sin pc/ videokanon og kjører PowerPoint-presentasjon lokalt. Deltakere er samtidig koblet til telefonkonferanse.

Urologisk seksjon ved Kirurgisk avdeling deltar også i et telemedisinsk prosjekt mot kommuner i distriktet hvor man skal kunne kommunisere med sykehuset mens pasienten er på legekontoret.

Ambulante team

Geriatrisk avdeling har et tverrfaglig ambulant team som driver oppsøkende virksomhet. Teamet har eksistert et par år og ble opprettet primært for å hindre reinnleggelser i sykehuset, men også for å redusere antall liggedøgn. Teamets oppgave er å forsøke å gjøre tiden rett etter utskrivelse tryggere og mer oversiktlig og tilrettelagt for pasientene.

Sykehuset har en egen slagenhet med et ambulerende team som består av ergoterapeut, sykepleier og to fysioterapeuter.

Kreftavdelingen samarbeider med kommunen i forbindelse med oppfølging av kreftpasienter i hjemmet og er involvert i driften av en avdeling for døende pasienter ved et sykehjem i byen.

Pasienter som krever samordnet oppfølging- individuell plan

Ved de tre avdelingene vi foretok intervju er det ifølge respondentene ikke så mange pasienter som har behov for individuell plan. Ved kirurgisk avdeling er det så vidt få det gjelder at de har vanskelig for å få etablert gode rutiner. For mange av pasientene er behovet fanget opp før eller det kommer etterpå. Det samme gjelder for ortopedisk avdeling. For noen pasienter prøver avdelingen å gi de viktige innspillene til kommunen, selv om de ikke kaller det en individuell plan. Ved medisinsk avdeling henviser de til at det på sykehusnivå er utarbeidet et forslag til hvordan individuelle planer skal være, men at de ikke har gjort så mye i forhold til dette på avdelingsnivå.

"Pasienter med kroniske sykdommer har jo det (behov for plan), men igjen så er det jo slik at i epikrisen som skrives til primærlegen så blir det jo lagt en plan for hva som skal gjøres for pasienten, og hvis pasienten går til kontroll her, inn stadig, altså repeterte kontroller her så er det jo på en måte en plan i det, og på medisinsk avdeling har vi jo nesten alltid vil jeg si en bestemt doktor som følger opp pasienten, altså pasienten treffer samme lege nesten hele tiden. Det er ikke sånn at du skifter doktor hver gang du kommer til en poliklinisk kontroll altså."

Hindringer for mer samarbeid

Mangel på tid og ressurser angis av alle vi spurte som de viktigste hinder for samarbeid. En av respondentene nevnte også ulike forvaltningsnivå som et hinder, da dette gjør det vanskeligere å tenke helhetlig og prioritere helhetlig.

Utfordringer framover

Kirurgisk avdeling:

"De tendensene vi ser med kortere liggetid, og mer dagkirurgi, det går liksom ikke hånd i hånd med den eldre, svake pasienten som har flere sykdommer. En eller annen plass der så skjærer det seg. Og det er veldig komplisert å ta hensyn til."

Intervjuer: *Har dere noen strategi i forhold til å møte den problematikken? Sykehuset har ikke noen ferdig strategi for å møte de problemene?*

"Det er et ressurspørsmål det altså. Det er to tendenser som går mot hverandre, det at vi kan gjøre mer og mer med korttidsopphold med dagkirurgi og kortere liggetider, samtidig så har vi de motsatte tendensene at den økende andel av pasientene vi snakker om er eldre, og passer ikke inn i det mønsteret, får det ikke til. Hvor vi havner hen der er veldig vanskelig å beregne altså... Ja, altså de som sitter på ressursene vil jo gjerne dra ut den der dagkirurgi, kortbehandling så langt som mulig for den er jo så billig i forhold til det andre, mens vi vet jo også at det der med den store eldregruppen som kommer nå ikke nødvendigvis lar seg innpasse i det der opplegget, og har vi da de ressurser nok til å ta oss av også dem."

Satsing på mer dagkirurgi/dagbehandling følges av utbygging av pasienthotell. Men også disse er beregnet på pasienter som i stor grad skal klare seg selv. Sykepleieren på kirurgisk avdeling mener dette likevel kan være hensiktsmessig, da det vil frigjøre plass på sengeavdelingen.

Når det gjelder forholdet til kommunehelsetjenesten er det antall sykehjemsplasser som blir utfordringen ifølge lederen på kirurgisk avdeling. De kunne ønske at situasjonen ble mer forutsigbar.

"Får vi inn en som vi vet er utskrivingsklar etter fem dager, så kunne vi planlagt en ny pasient til å komme inn den dagen, men da blir han liggende lengre han der. Så opplever vi jo at den vi hadde planlagt å operere den dagen da vedkommende skal reise ut da, at han blir strøket og ikke får komme inn, også har du hele. Også er det med samarbeid på det rent medisinske faglige, både remisser og epikriser. Det tror jeg nok kan forbedres." (Avdelingsleder kirurgisk avdeling)

Medisinsk avdeling:

"Største utfordringen, det tror jeg faktisk er at dette her med å få nok pleieplasser for eldre, det er jo egentlig ikke noen utfordring, det er jo enkelt. Det er jo bare snakk om penger og ressurser, men det som er utfordringen det er jo at alle kan alle ledd i systemet, kan jobben sin. Det er det som er utfordringen, og det hjelper jo ikke hvis bare noen ledd kan jobben sin, mens andre ledd ikke kan jobben sin. Jeg tenker på dette her med henvisninger da for eksempel. Det å få gode henvisningsskriv, det er også viktig, så alle ledd må kunne jobben sin. Da går det veldig glatt."