

Heidi Gautun

Når pasienten kommer først

Eksempler på godt samarbeid
mellom sykehus
og pleie-, rehabiliterings-
og omsorgstjenesten

Innledning

I de senere år har endringer i sykehussektoren, som økt bruk av dagkirurgi, færre sykehussenger og redusert liggetid, ført til flere oppgaver for kommunenes pleie-, rehabiliterings- og omsorgstjeneste. En studie av samarbeidet mellom sykehus og pleie- og omsorgstjenesten, gjennomført av Samfunns- og næringslivsforskning og Fafo i 2001, viser at flere kommuner har problemer med å ta imot utskrivningsklare pasienter fra sykehus. Enkelte pasienter blir liggende lenger enn nødvendig på sykehuset, noen utskrivinger skjer på en uverdigg måte, og ikke alle får et tilfredsstillende tilbud i kommunen. Dette rammer først og fremst eldre pasienter, kreftpasienter, psykiatriske pasienter, døende og rusmisbrukere.

Problemene bunner i dårlig økonomi, for få institusjonsplasser, for lite hjemmetjenester, og dessuten i et for dårlig samarbeid mellom kommuner og sykehus. Flere har pekt på at ressursituasjonen er viktig. At et godt samarbeid også påvirker ressursituasjonen, er imidlertid underkommunisert. Sykehus og kommuner som har utviklet en god samarbeidskultur, gir pasienter kvalitativt gode tjenester. De bruker også tilgjengelige ressurser på en god måte. Gode samarbeidsformer gir med andre ord effektive tjenester. Flere sykehus og kommuner har nylig satt i gang tiltak for å bedre samarbeidet om pasienter. I denne eksempelsamlingen vil vi løfte fram fem eksempler på godt samarbeid, og vi håper at andre kan lære av de positive erfaringene som er gjort. Til slutt vil vi oppsummere erfaringene og gi noen råd.

Eksempel 1

Gjensidig interesse for å gjøre det beste for pasienten

Det første eksemplet på et godt samarbeid som løftes fram er mellom Aust-Agder Sentralsykehus og Tvedestrand kommune. Sykehuset er et lite lokalsykehus i Helseregion Sør. Tvedestrand er en liten bykommune med om lag 6000 innbyggere. Pleie-, rehabiliterings- og omsorgstjenesten har i de senere år klart å ta imot det økte antallet pasienter som skrives ut fra sykehuset, på en verdig måte. Verken sykehuset eller kommunen har spesielt god økonomi.



En god samarbeidskultur er bygget opp fordi både sykehuset og kommunen har fokusert på pasientene og faglig oppfølging av disse, og ikke på regler eller penger. Sykehuset har i flere år jobbet med å utvikle en god kultur, både innad i sykehuset og i samarbeidet med kommunene. De har klart å komme bort fra tenkningen «mitt og ditt bord», og har skapt en forståelse av at pasienten er «vårt» ansvar. I praksis har dette blant annet ført til at leger også ser til pasienter som oppholder seg i en annen avdeling. Et annet eksempel på at pasienten har blitt et felles ansvar er at noen ganger strekker sykehuset seg for å gi en pasient et helgeopphold, andre ganger gjør kommunen det. Sykehuset og pleie-, rehabiliterings- og omsorgstjenesten har utviklet en gjensidig kultur. Begge parter strekker seg for å finne den beste løsningen.

Tvedestrand kommune har i lang tid jobbet med å utvikle en god kultur i pleie-, rehabiliterings- og omsorgstjenesten. Kommunen mottok i 2000 omsorgsprisen av sosialminister Guri Ingebrigtsen. Vurderingen baserte seg på at kommunen hadde bygget opp en helhetlig omsorgskjede med stor brukertilfredshet, god dekningsgrad, variert tjenestetilbud, vekt på brukermedvirkning, et positivt arbeidsmiljø, endringsvillig

Kilde:

Gautun, H., E. Kjerstad og F. Kristiansen (2001), *Mellom to senger? Eldre sykehuspasienter og det kommunale pleie- og omsorgstilbudet*. SNF-rapport 75/01. Stiftelsen for samfunns- og næringslivsforskning, Bergen.

bedriftskultur og en helhetlig strategi for kontinuerlig forbedringsarbeid. Både eldrerådet og rådet for funksjonshemmede i kommunen sier at de har reell innflytelse på omsorgspolitikken.

Både sykehuset og kommunen er opptatt av å ha et helhetlig helsevesen, og av at pasienten skal komme først. Pleie-, rehabiliterings- og omsorgstjenesten har møtt de økte tjenestebehovene med å ha lav terskel for når tilbud skal settes inn, fordi det skaper trygghet hos pasient og pårørende. Dette tror de gir færre pasienter på lang sikt. Når kommunen raskt setter inn mye hjelp når behovet er som størst, klarer også pasienter og pårørende mer. Sykehuset har bygget ned terskler innad og mellom linjene, for å gi pasienten et best mulig tilbud. Sykehusansatte veileder kommuneansatte i sykehuset og ute i kommunen. Personale fra sykehuset bistår etter behov de kommuneansatte ute på tjenestestedene inntil de er trygge på hvordan de skal ta seg av pasientene.

Sykehuset og kommunen har utarbeidet en klar samarbeidsavtale. Samarbeidet er likevel i liten grad regelstyrt og formalisert. Kun det som er praktisk nødvendig, er formalisert. Dialogen mellom sykehuset og første-linjen er tett, og ansatte fra de to linjene møtes regelmessig for å snakke om samarbeidet. Kommunen er aldri blitt straffet med døgnbøter dersom den ikke klarer å ta imot pasienter som sykehuset vil skrive ut. Betalingsforskriften* er ikke blitt fulgt. Det er heller ikke utarbeidet en egen betalingsavtale. Pasienter blir likevel ikke liggende for lenge på sykehuset.

* Sykehus som fulgte Forskrift om betaling for ferdigbehandlede pasienter kunne, på undersøkelsestidspunktet, kreve 1400 kroner per døgn for pasienter som ble liggende på sykehuset i 14 dager etter at sykehuset hadde definert dem som utskrivningsklare.

Eksempel 2

Kompetansehevende tiltak for å bygge ned terskler

Det andre eksemplet viser at det nytter å gjennomføre kompetansehevende tiltak for å bedre samarbeidet mellom sykehus og førstelinjen. Nevrologisk avdeling ved Akershus Universitetssykehus har sammen med kommunene Rælingen og Ullensaker gjennomført et treårig prosjekt (Prosjekt nevrologisk rehabilitering) i den hensikt å bedre samarbeidet om pasienter som trenger rehabilitering. Sosial- og helsedepartementet har finansiert prosjektet, og det har vært lagt stor vekt på kompetanseheving. En rekke kompetansehevende tiltak i form av møter, kurs, undervisning, konferanser og veiledning er blitt gjennomført. Flere ansatte i pleie-, rehabiliterings- og omsorgstjenesten har i tillegg hospitert ved sykehuset for å bli kjent med sykehuspersonalet og lære mer om rehabilitering.



Akershus Universitetssykehus er et av landets største sykehus. De er lokal- og sentralsykehus for kommunene i den sørlige og østlige delen av Akershus (Follo og Romerike), og de har delt ansvar på sentralsykehusnivå i kommunene Asker og Bærum. Andel innbyggere i Akershus fylke utgjør ti prosent av landets innbyggere. Sykehuset har om lag 4200 ansatte. Antall innlagte pasienter i somatisk sektor var i 2001 cirka 35 000, og det ble samme år gjennomført cirka 120 000 polikliniske konsultasjoner. Nevrologisk avdeling gir poliklinisk behandling og har i tillegg 50 sengeplasser.

Kommunenes størrelse og organisering av tjenestene har ikke vært avgjørende for om det har vært mulig å utvikle et godt samarbeid om pasienter. Ullensaker kommune er stor, og har om lag 22 500 innbyggere, mens Rælingen er en mindre kommune med om lag 14 600 innbyggere. Måten kommunene har organisert pleie-, omsorgs- og rehabiliteringstjenestene på, er forskjellig. Ullensaker har en egen enhet for PRO-rehabilitering og forebygging med tilhørende rehabiliteringsavdeling, mens Rælingen har integrert rehabilitering i institusjons- og hjemmetjenesten.

Kilde:

Gautun, H. og A. Grønningsæter (2002), *Kompetanseheving – en vei til bedre samarbeid? En evaluering av Prosjekt nevrologisk rehabilitering*. Fafo-rapport nr 401. Oslo: Fafo.



Samarbeidet mellom sykehuset og de to kommunene har i flere år vært regulert gjennom en god rammeavtale. I denne avtalen er ansvaret for ulike oppgaver klart definert. Det skilles mellom begrepene ferdigbehandlet og utskrivningsklar for å unngå misforståelser om oppgavefordelingen mellom sykehuset og kommunene. Siden begrepet ferdigbehandlet kan skape urealistiske forventninger i kommunene, brukes begrepet utskrivningsklar i avtaleteksten. Mange pasienter er ikke ferdigbehandlet når de skrives ut fra sykehuset. De trenger fortsatt behandling, men på et annet nivå i hjelpeapparatet. Bruk av begrepet utskrivningsklar bidrar til klarere kommunikasjon mellom de to linjene. Begrepet inviterer også til at sykehuset må si noe om hva som har skjedd, og om hva som skal skje videre med pasienter som har behov for langvarig og koordinert behandling av primær- og spesialisthelsetjenesten. Sykehuset bruker ikke betalingsordning som styringsmiddel for å få kommunene til å ta imot pasienter. Betalingspress behøver altså ikke å være et nødvendig virkemiddel for å få kommuner til å ta imot pasienter når de skal, selv om sykehuset er stort, og kommunenes innbyggere er mange.

Prosjekt nevrologisk rehabilitering har hatt en sterk brukerorientering. Hovedhensikten med å bedre samarbeidet har vært at brukere skal få den hjelp og bistand som de trenger. De skal føle seg godt ivaretatt av ett helsevesen. Tidlig i prosjektet ble det gjennomført en kartlegging som viste at sykehuset og kommunene ikke samarbeidet godt nok om brukeren. Pasienter, ansatte i sykehuset og i kommunene fortalte at mange pasienter ikke fikk den hjelp og bistand de trengte. Kartleggingen viste også at pasienter fikk for lite informasjon om sin egen sykdom og om hvilke tilbud og tjenester som finnes.

Troen på kompetanseheving som en viktig forutsetning for varig endring har vært sterk blant dem som har gjennomført prosjektet. Fafo sluttevaluerte prosjektet høsten 2002. Evalueringen konkluderer at det er startet en prosess med å bedre samarbeidet mellom nivåer og faggrupper, og at denne prosessen ikke bør stoppe opp. De kompetansehevende tiltakene har påvirket samarbeidet til å utvikle seg positivt. Samtidig viser evalueringen at ansatte i de to linjene fortsatt står overfor store utfordringer.

Ansatte i Nevrologisk avdeling forteller at tiltakene har ført til tettere og bedre samarbeid med kommunene Rælingen og Ullensaker. De skiller seg klart fra andre samarbeidende kommuner. De to kommunene er «ryddige» å forholde seg til og lette å kommunisere med. De har også økt sin kompetanse. Informanter fra sykehuset sier at ansatte i de to kommunene strekker seg for å få til løsninger, og at de finner dem fort. Kontakten mellom sykehus og kommune har blitt bedre fordi kommuneansatte har deltatt på flere møter og blitt kjent med pasientene mens disse fortsatt var sykehuspasienter. I noen tilfeller har personale fra sykehuset deltatt på møter i kommunene.

Deltakelse på felles kurs og konferanser har bidratt til at ansatte i sykehuset og i kommunene har blitt kjent. Pleiepersonalet og fysio- og ergoterapeutene som hospiterte i sykehusavdelingen, forteller at også de har blitt bedre kjent med sykehuspersonalet. Det har blitt lettere å ta kontakt. De ansatte i førstelinjen gir klart uttrykk for at hospiteringen har åpnet for bedre samarbeid og mer dialog med ansatte i Nevrologisk avdeling. Nedbygging av terskler gjennom felles kompetanseheving har også ført til en økt felles forståelse for hva rehabilitering er. En slik felles forståelse er nødvendig for å få til et godt samarbeid.

Det er gjennom hele prosjektet blitt brukt mye tid på å undervise om det nye lovverket om individuell plan, samt hvordan en slik plan kan gjennomføres i praksis. Prosjektmedarbeidere har fulgt pasienter ut av sykehuset og tatt initiativ til å utarbeide individuell plan for dem. Den enkelte ansatte som har arbeidet med individuell plan har fått veiledning og støtte, og ansatte i prosjektet har påtatt seg en veiledningsrolle overfor det faste personalet rundt brukeren. Ansatte i kommunene forteller at prosjektet har ført til et stort løft i kommunenes arbeid med individuell plan. Ansatte i begge linjene forteller at arbeidet med individuell plan har skapt en sterkere brukerorientering. Ansatte i ulike faggrupper jobber i større grad sammen mot et felles mål for brukeren. Brukere som har fått utarbeidet individuell plan sier de er svært fornøyd med denne. De mener den har bidratt til at kommunen har gitt dem et samordnet tilbud, som de selv har fått være med og påvirke.

Sykehus har veiledningsplikt overfor kommunene slik at disse skal være i stand til å ta imot pasienter og videreføre påbegynt behandling. De fleste kommuner får i dag veiledning fra sykehusene, men det varierer om den kun gis i sykehuset, eller om sykehuspersonalet også går ut i kommunene. Kommuner som mottar bistand ute i kommunen, klarer i større utstrekning enn kommuner som kun mottar veiledning i sykehus å ta imot utskrivningsklare pasienter når de skal.

Eksempel 3

Ambulerende team reiser ut og bygger ned terskler

Et eksempel på at sykehusansattes bistand ute i kommunene bidrar til et bedre samarbeid mellom første- og andrelinjetjenesten, er Geriatrisk team i Nord-Trøndelag. Geriatrisk team er en del av Medisinsk avdeling i Namsos sykehus. Teamet er todelt med 1) sykehusbasert poliklinikk med urodynamisk klinikk og en liten sengeenhet, og 2) ukentlige besøksdager i seksten kommuner. Sykehuset har sentral og lokal sykehusfunksjon for fjorten kommuner i Nord-Trøndelag, én kommune i Sør-Trøndelag samt én kommune i Nordland. Teamet etablerte seg for ti år siden og besøker i dag kommunene to ganger i året for å 1) undervise og gi råd og veiledning til ansatte i førstelinjen, og 2) se til pasienter hjemme og i institusjoner. Teamets virksomhet har ført til en god faglig og kontinuerlig kontakt mellom sykehuset og praktikere i utkantkommuner. I tillegg til har førstelinjen fått kontinuerlig tilgang på veiledning.



Noen pasienter blir utredet og fulgt opp gjennom teamets besøk og slipper å reise til sykehuset. Teamets virksomhet går ut på, både i poliklinikken og i kommunene, å bedre eller opprettholde geriatriiske pasienters helse og funksjonsevne. Dette skjer gjennom helhetlig utredning og igangsetting av tiltak for å bedre eller bevare evnen til mestring og forsinke tap av funksjonsevne. Pasientene blir tverrfaglig utredet. Når pasientene skrives ut av sykehuset, følger det med en geriatriisk vurdering i en epikrise til henvisende lege.

Geriatrisk team har blitt evaluert gjennom Nasjonalt geriatriprogram 1994–99. De gjennomførte en spørreskjemaundersøkelse blant 185 pleiere og 43 leger i primærhelsetjenesten. I tillegg ble teammedarbeidere og femten leger intervjuet over telefon. Leger og pleiere i kommunehelsetjenesten ga uttrykk for at de ser svært positivt på teamets virksomhet. De forteller at

Kilde:

Narum, A.B. og T.I. Romøren (2000), *Vi har ingen tradisjon for geriatri. Førstelinjens vurdering av bruk og nytte av Geriatrisk team i Nord-Trøndelag*. Nasjonalt geriatriprogram 1994–99. Rapport nr. 1/00. Bergen: Nasjonalt formidlingscenter i geriatri.

både de selv og pasientene har hatt stor nytte av teamet. Legene sier at hjelp og råd fra teamet gir dem trygghet og støtte i et vanskelig arbeid. Utredningsarbeidet til teamet har ført til at eldre pasienter får riktigere diagnose og medisiner. Teamets vurdering av pasienter fører ofte til redusert medisinmengde, og til at pasientene blir i bedre form. Ansatte i førstelinjen forteller at de mange ganger opplever at enkle råd fra teamet fører til store positive endringer for pasientene. Både leger og pleiepersonell blir anbefalt å lese epikrisen som følger pasienten ut av sykehuset. Legene forteller at de lærer mye av epikrisene. Besøkene i kommunene har gjort det lettere for leger og pleiere i førstelinjen å ta kontakt med ansatte i sykehuset for å spørre om råd. Ansatte i førstelinjen forteller også at deres tenke- og handlemåte overfor geriatriske pasienter er blitt påvirket av teamets arbeid. De har endret sitt syn på muligheten til å hjelpe de gamle med deres problemer. Videre viser evalueringen at teamets arbeid har ført til at leger i kommunehelsetjenesten oftere henviser eldre med sammensatte problemer til spesialisthelsetjenesten, noe som øker muligheten til å bedre eller opprettholde helsen og funksjonsevnen. I tillegg til å styrke rehabiliterende holdninger, det vil si å øke troen på at det nytter å rehabilitere eldre mennesker med kompliserte og sammensatte problemer, bidrar teamets undervisning til økt geriatrisk kunnskap blant pleiepersonalet i kommunene.



Hvor mye kommunene får ut av det geriatriske teamet, avhenger også av dem selv. Teamet tilbyr ikke en ferdig pakke, men underviser i det kommunene selv etterspør. Pleie- og omsorgstjenesten har i tillegg anledning til å diskutere pasienter med teamet. Det geriatriske teamet er med på konsultasjoner i pasienters hjem, på legekontor og i aldersinstitusjoner. Vurderinger av pasienter på legekontor skjer sammen med kommunelegen, og ved konsultasjoner i pasienters hjem er som regel hjemmesykepleier til stede. Som oftest skjer pasientkonsultasjonene i en aldersinstitusjon. De vanligste problemstillingene som tas opp i disse konsultasjonene



er vanskelig atferd, medisiner og eventuelle behov for ytterligere utredning. Ofte er teamets oppgave først og fremst å gjøre personalet trygge på at de utfører arbeidet sitt på en faglig forsvarlig måte – eller å støtte dem i vanskelige avgjørelser.

Sykehusteamet får også mer kunnskap om geriatrike pasienter gjennom besøkene i førstelinjen, fordi de ser hvordan pasientene fungerer før og etter sykehusoppholdet. Samtidig får de oversikt over hvilke ressurser og tjenester kommunene har.

Det geriatrike teamet har fått til mye, samtidig viser evalueringen at det fortsatt er en vei å gå. Henvisningspraksisen til geriatrik team oppfattes som å være for lav. Dessuten er ikke alltid den kommunale oppfølgingen av pasienter tilfredsstillende. Et tredje problem det pekes på er at kommunikasjonen om utredete pasienter fortsatt er mangelfull innad i primærhelsetjenesten.

Eksempel 4

Små kommuner kan også ta initiativ

Økningen i antallet kreftsyke mennesker har i de senere år ført til større behov for behandling og omsorg både i sykehus og i pleie- og omsorgstjenesten i kommunene. Mange pasienter sendes hjem til lokalmiljøet når de er ferdigbehandlet i sykehus. Ikke alle overlever sykdommen, og stadig flere avslutter livet enten i et sykehjem eller i sitt eget hjem. Denne utviklingen stiller store krav til pleie- og omsorgstjenesten og til samarbeidet med sykehusene. Her vil vi framheve en liten kommune, Øvre Eiker kommune, med om lag 15 000 innbyggere, som nylig har startet opp et prosjekt for å bedre tilbudet til pasienter som kommer hjem til sitt lokalmiljø med en alvorlig sykdom, og som forventes å dø innen få måneder. Avdeling Lindrende behandling ved Eikertun sykehjem ble åpnet den 11. desember 2001, og de har som målsetting å:

gi et godt tilbud til pasienten og familien i den siste fasen av livet,

utvikle kompetanse om lindrende behandling, som kan spres til andre,

bedre samhandlingen med sykehusene, og
ta i bruk individuell plan.

Prosjektet går over tre år, og det støttes økonomisk av Sosial- og helsedepartementet, som ønsker å prøve ut og få beskrevet ulike modeller for samhandling mellom første- og andrelinjetjenesten. Avdelingen for lindrende behandling er opprettet med stor innsats fra frivillige ildsjeler og med økonomisk støtte fra frivillige organisasjoner. Avdelingen har fem sengeplasser. Den er bemannet med et tverrfaglig personale, samtidig som frivillige supplerer med praktisk hjelp, kontakt og sosiale arrangementer. Den frivillige innsatsen har stor betydning, fordi kommunen gir tjenester til denne pasientgruppen innenfor trange økonomiske rammer. I hovedsak skal avdelingen ta imot kreftpasienter med kort forventet

Kilder:

- 1) Prosjektbeskrivelse og søknad til Sosial- og helsedepartementet om midler til prosjekt «Leg og lærd – hånd i hånd» med utgangspunkt i Seksjon lindrende behandling, 20.04.01.
- 2) Informasjons- og samarbeidsmøte mellom Avdeling Lindrende Behandling på Eikertun i Øvre Eiker kommune og sykehusene; Ringerike sykehus og Buskerud sentralsykehus 21. mai 2002.

levetid, men de tar også imot noen pasienter med alvorlige nevrologiske lidelser. Tre typer opphold gis:

1) Opphold for pasienter fra første- og andrelinjetjenesten som trenger å få justert symptomlindrende behandling, 2) avlastningsopphold for pasienter og pårørende, og 3) opphold der pasienten vil dø i avdelingen.



For å lykkes i sine målsettinger er avdelingen helt avhengig av et godt samarbeid med sykehusene de får pasienter fra. Alvorlig syke og døende befinner seg, som noen andre pasientgrupper, i et gråsoneområde fordi de trenger tjenester både fra sykehus og fra pleie- og omsorgstjenesten. En viktig målsetting i prosjektet er at alvorlig syke og døende skal få rett hjelp til rett tid, uansett hvilket forvaltningsnivå hun eller han befinner seg på, og at flytting mellom nivåer ikke skal bli en belastning for pasienten. Avdelingen ønsker kontakt inn i sykehusene, slik at pasientene kjenner til dem før de skrives ut. Å komme tidlig inn i sykehuset mener de vil gi pasienten trygghet. For å skape et godt samarbeid med sykehusene har de som jobber med prosjektet invitert ansatte i de to sykehusene, Ringerike sykehus og Buskerud sentralsykehus, til avdelingen for omvisning, informasjon og meningsutveksling. Interessen fra sykehusene er stor, og ansatte fra flere avdelinger i de to sykehusene har besøkt dem. Ansatte i sykehusene er blitt informert om hvordan sykehusene skal gå fram for å få plass til pasienter i avdelingen, og de er invitert til å fungere som kontaktpersoner. I tillegg ønsker avdelingen at det skal være personale fra sykehusene til stede i inn- og utskrivningsmøtene. Videre arbeider de for å knytte prosjektet med lindrende behandling til to pågående sykehusprosjekter. Disse to prosjektene går ut på å bedre planleggingen omkring utskrivningen av den enkelte pasient fra sykehus til hjemmet eller institusjon i hjemkommunen, samt å overføre kompetanse fra sykehus til pleie- og omsorgstjenesten. Sykepleiere fra kommunen kommer inn i sykehuset og deltar i denne planleggingen. Sykepleiere fra sykehuset reiser óg ut i kommunen for å se til at oppfølgingen av pasientene kommer i gang.

Eksempel 5

Store sykehus og store bykommuner

Det siste eksemplet viser at også store sykehus og store bykommuner kan utvikle et godt samarbeid om pasienter som skrives ut fra sykehus. Seksjon for geriatri, som er en del av Medisinsk avdeling ved St. Olavs Hospital, Universitetssykehuset i Trondheim, har klart å utvikle et godt samarbeid med Trondheim kommune. Sykehuset har regionsansvar for Helseregion Midt-Norge, som består av fylkene Møre og Romsdal, Sør-Trøndelag og Nord-Trøndelag med til sammen 630 000 innbyggere. Sykehuset har cirka 5500 ansatte i 4270 stillinger. St. Olavs Hospital har 939 senger, og cirka 44 000 pasienter er innlagt i sykehuset hvert år. Om lag 270 000 pasienter behandles årlig ved sykehusets poliklinikker.

Sykehuset og primærhelsetjenesten i Trondheim kommune hadde på begynnelsen av 1990-tallet store samarbeidsproblemer. Kompetente ildsjeler i sykehuset har imidlertid over flere år klart å bygge opp et samarbeid som i dag er basert på gjensidig tillit og respekt.



På begynnelsen av 1990-tallet startet en langvarig prosess i sykehuset for å opprette en geriatrikisk spesialisttjeneste. Bakgrunnen var store konflikter med primærhelsetjenesten i bykommunen om pasienter som var ferdigbehandlet i sykehuset. Mange utskrivningsklare pasienter ble liggende for lenge i sykehuset. Da skandaleoppslag i pressen avdekket tilfeller av uverdig utskrivning av eldre pasienter, ble det ved hjelp av omstillingsmidler fra Sosial- og helsedepartementet satt i gang prosjekter for å styrke det geriatriiske tilbudet i sykehuset. En geriatrikisk seksjon og en slagenhet ble opprettet. Problemene med utskrivningsklare pasienter påvirket i stor grad planleggingen av seksjonen og slagenheten. For å få til en god samarbeidsavtale mellom sykehuset og kommunen, ble det opprettet et utvalg med representanter på høyeste nivå fra begge parter. Utvalget laget en faglig solid avtale, som etterpå ble gjort gjeldende også for andre kommuner med tilknytning til sykehuset. Avtalen fungerte godt i to år.

Antallet utskrivningsklare pasienter som ble liggende i sykehuset gikk kraftig ned, men så begynte det å øke igjen, fordi antallet eldre pasienter ble stadig flere. Samarbeidsavtalen ble derfor utviklet videre, med nye tiltak. Prosessen for å bedre samarbeidet oppfattes ennå ikke som avsluttet. Nye tiltak planlegges og iverksettes løpende for å møte det økende antallet eldre pasienter som behandles i sykehuset, og som skrives ut til primærhelsetjenesten.

Per 10.juni 2002 var det besluttet å styrke det geriatriiske tilbudet ved å opprette en fallpoliklinikk, en hukommelsespoliklinikk og et geriatriisk team. Kommunale representanter er involvert i planleggingen, og tilbudene blir tilpasset både innad i sykehuset og ute i kommunene. Satsingen skal dekkes av sykehuset. En videre satsing planlegges fra 2005–2006, da det skal opprettes en egen geriatriisk avdeling. Antall senger vil økes fra ni til 40.

Årsaken til at sykehuset har lykket med å opprette et geriatriisk tilbud som både har ført til redusert dødelighet blant eldre pasienter og et bedre samarbeid med primærhelsetjenesten, er kompetente ildsjeler i sykehuset. Personalet er faglig dyktige. Svært mange har tatt videreutdanning innen geriatri, og i tillegg er det blitt utdannet geriater. En annen viktig grunn til at de har lykket, er at satsingen har vært langvarig. En ildsjel sier, «vi høster sju år etter at vi har sådd». En tredje viktig grunn er at sykehuset har sett det som viktig å finne ut hva primærhelsetjenesten har behov for. Kommunenes behov er blitt kartlagt, og primærhelsetjenesten er blitt invitert med og har deltatt i prosessen både med hensyn til å designe og å praktisere. Arbeidsdelingen mellom sykehuset og primærhelsetjenesten har blitt tilpasset og tydeliggjort. Samarbeidet har ført til at forholdet mellom sykehuset og bykommunen var helt annerledes i 2002 enn på begynnelsen av 1990-tallet. Selv om det fortsatt er et problem at pasienter blir liggende lenger enn de skal i sykehuset, er klimaet bedre, frontene bygget ned og samarbeidet i dag basert på gjensidig tillit og respekt. Ingen føler seg viktigere enn de andre.

Noen råd til slutt

Økonomi er viktig, men ikke det eneste som betyr noe for hvor godt pasienter blir ivaretatt når de skrives ut fra sykehus til pleie-, rehabiliterings- og omsorgstjenesten. Det finnes eksempler på at sykehus og kommuner sammen klarer å gi gode tjenester til pasienter, til tross for at de ikke har en spesielt god økonomi. Disse sykehusene og kommunene ser ut til å lykkes fordi de først og fremst er opptatt av brukeren i samhandlingen, og ikke av hva som er mest lønnsomt for deres eget tjenestenivå. Når brukeren settes i sentrum, brukes tilgjengelige ressurser effektivt.

Brukerperspektivet fremmer et godt og effektivt samarbeid

Når begge parter er opptatt av at «de andre» prøver å utnytte systemet, skapes et dårlig samarbeidsklima. For stor vekt på økonomi skaper mistillit og konflikter. Døgnbotsystemet, som seks av ti kommuner fulgte i 2001, er ikke noe godt virkemiddel for å bedre samarbeid. Et system som belønner kommuner som klarer å ta imot pasienter kan være mer hensiktsmessig.

Belønning fungerer bedre enn straff

Flere ansatte i sykehus og i pleie-, rehabiliterings- og omsorgstjenesten har i undersøkelser gitt uttrykk for at det eksisterer uklarhet og uenighet om pasienter som skrives ut fra sykehus. De er uenige både om når pasienter er klare for utskrivning, og om hvilket tjenestetilbud pasientene skal få i kommunene.

Det er viktig å definere oppgavefordelingen, klargjøre ansvarsforholdet og tydeliggjøre hvem henvendelser skal gå til, både i sykehus og i pleie-, rehabiliterings- og omsorgstjenesten. Gode rutiner er bra, men å legge for stor vekt på regler kan gå utover hva som er best og mest fornuftig for pasienten.

Samarbeidet bør være klart og tydelig organisert

Nesten tre av ti kommuner oppgir at de har problemer med å ta imot pasienter når sykehus vil skrive dem ut. Problemene oppstår ikke fordi de mottar flere pasienter fra sykehus enn andre kommuner. Pasienter skrives heller ikke raskere ut enn i andre kommuner. Tvert imot er gjennomsnittlig liggetid lengst i flere av de kommunene som oppgir at de ikke klarer å ta imot pasienter når de skal. Det ser altså ikke ut som det er antall døgn pasienter blir liggende på sykehus som betyr mest for om kommunene klarer å ta imot pasienter. Utskrivningssituasjonen ser derimot ut til å ha betydning.

Ro i utskrivningssituasjonen skaper trygghet for pasient, pårørende og ansatte i kommunene

Stor innsats fra sykehusene i utskrivningssituasjonen ser ut til å skape et mindre samlet behov for sykehusets tjenester, og fører til færre pasienter på lengre sikt. Når sykehuset sier fra tidlig og bidrar med nødvendig veiledning, får ansatte i kommunene tid til å forberede seg og tilrettelegge et godt tilbud.

Det nytter å sette i gang tiltak for å bedre samarbeidet mellom første- og andrelinjetjenesten.

Prosjekter og tiltak for å bedre samarbeid nytter

Flere sykehus og kommuner har vært avhengig av økonomisk støtte fra sentrale helsemyndigheter for å gjennomføre prosjekter og tiltak for å bedre samarbeidet. Det ville vært vanskelig å ta denne typen

løft innenfor de ordinære økonomiske rammer. Derfor er det fornuftig at:



Sentrale helsemyndigheter gir økonomisk støtte til samarbeidsprosjekter

Når prosjektene avsluttes, er det viktig at prosessene blir videreført i sykehuset og førstelinjen. Et godt samarbeid blir aldri et ferdig produkt, men er en prosess som går ut på både å vedlikeholde og videreutvikle den felles plattformen som er etablert.



Å få til et godt samarbeid er en prosess

En studie av samarbeid mellom sykehus og pleie- og omsorgstjenesten, gjennomført av Samfunns- og Næringslivsforskning og Fafo i 2001, viser at flere kommuner har problemer med å ta imot utskrivningsklare pasienter. Flere sykehus og kommuner har i de senere år satt i gang tiltak for å bedre samarbeidet. Sosial- og helsedirektoratet har bedt Fafo om å beskrive noen av disse i denne brosjyren, i håp om at andre sykehus og kommuner kan bli inspirert og lære av de positive erfaringene som er gjort. Fem eksempler på godt samarbeid er løftet fram. Tilslutt gis noen råd.



Fafo

Forskningsstiftelsen Fafo

Postboks 2947 Tøyen

0608 Oslo

Tlf: 22 08 86 60 Faks: 22 08 87 00

www.fafo.no