

# Hvordan har samhandlingsreformen kommunale tilbud og pasienter

## En enquete blant kolleger på sykehjem

Et snaut år etter innføringen av samhandlingsreformen ville vi gjerne vite hvordan forandringene etter 01.01.12 fungerer rundt omkring i landet. Vi har derfor spurt noen kolleger som jobber i eller med sykehjem og omsorgstjenesten om deres syn på hvordan kommunens omsorgstjeneste fungerer etter innføring av samhandlingsreformen.

### SPØRSMÅLENE:

- 1 Er det gjort strukturelle endringer i sykehjemmet/ene i kommunen du arbeider for å klare å ta imot pasientene når de er utskrivningsklare?
- 2 Har det vært noen endring i hvor syke eller friske pasientene er når de kommer til dere?
- 3 Fungerer varslingsrutinene etter det som er avtalt, og opplever dere at dette er god nok tid?
- 4 Blir det, totalt sett, mer forflytning av pasientene (for eksempel sykehus-avdelingen deres-korttid sykehjem-hjem)?
- 5 Har dere opplevd at pårørende er mer fornøyde med å ha pasientene nærmere seg?
- 6 Tror du at ordningen sparer penger i det store og det hele (hvis man tenker både kommune og sentralt)?



### Tobias Nieber

46 år, spesialist i allmennmedisin. De siste to år i full stilling i Fjell kommune med ansvar for 50 pasienter på sykehjemmet og en intermediæravdeling, som er et samhandlingsprosjekt mellom fire kommuner med ca 60000 innbyggere vest for Bergen og HF Helse Bergen.

1 Absolutt – jeg jobber i en kommune som er foregangskommune i forhold til samhandlingsreformen, og som har vært tidlig ute med planlegging av forskjellige samhandlingsprosjekter. Flaggskipet er den intermediære avdelingen med seks senger, der vi ferdigbehandler pasienter som har fått utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten og som har behov for videre behandling før de reiser hjem. Disse pasientene er ikke «utskrivningsklare» når de kommer til oss, men forventes å være «utskrivningsklare» i løpet av ca. en uke.

Helt konkret om de strukturelle endringene: det ble inngått avtaler før 2010, en helt ny fløy i tilknytning til et eksisterende sykehjem og en terapiavdeling ble bygget i 2010. Sykepleiere og hjelpepleiere ble ansatt, en hospiteringsordning som involverte alle del-

takende kommuner og helseforetaket ble opprettet. I tillegg ble legetjenesten omstrukturert fra tre tilsynsleger i hver sin 20 prosent stilling til en lege i 100 prosent med ansvar for sykehjem og intermediæravdeling. De tre tilsynslegene gikk over i beredskapsmodus for å overta når den faste legen er på kurs, ferie eller er syk.

Etter oppstart av medisinsk strakshjelp har vi nå to leger på institusjonen, som vel helst skulle kalles for behandlingshjem, en spesialist i indremedisin og en spesialist i allmennmedisin i til sammen 160 prosent.

Den strukturelle endringen for å ta imot utskrivningsklare pasienter er at vi alltid har en sykepleier tilgjengelig på telefon som tar imot melding om disse pasientene. Kapasiteten planlegger vi slik at vi hittil uten unntak har klart å ta imot utskrivningsklare pasienter innen fristen.

Videre har vi åpnet to rom for maksimalt fire pasienter som trenger medisinsk strakshjelp men der det ikke er behov for innleggelse i annenlinjetjenesten. Fast- eller vaktlege har undersøkt pasienten og planlagt videre overvåking og behandling. Oppholdet skal ikke overskride tre døgn. Disse pasientene har legevisitt hver morgen og kveld, der legen vurderer behov for videre opphold/oppfølging.

2 Sykehjemmene har alltid tatt imot svært syke mennesker. Våre intermediære pasienter har som regel et relativt kort sykehusopphold bak seg, noen har gjennomgått hjerneslag eller hjerteinfarkt, mange er postoperative pasienter, de fleste er multimorbide. Disse er ofte sykere enn den klassiske sykehjemspasienten, men har et større rehabiliteringspotensiale.

Subjektivt opplever vi også en økning i grad av sykkelighet og hyppighet av innleggelser fra sykehus til sykehjem. Det er litt tidlig å konkludere, men det virker som om sykehusene har høyere forventninger til kommunene etter at samhandlingsreformen er kommet i gang. Og så virker det som om driften av den intermediære avdelingen har bidratt til at sykehuslegene føler seg tryggere når det gjelder overføring av syke pasienter til kommunehelsetjenesten.

3 Varslingsrutinene fungerer som avtalt. Tiden er knapp. Informasjonsflyten rundt pasientene har vært og er fortsatt til dels klanderverdigg. Epikrisene er av svært varierende kvalitet, til dels glimrende, til dels med manglende opplysninger og skrevet av siste avdeling etter at pasienten har vært på flere avdelinger. Viktig pasientinformasjon fra fastlegen mangler ofte. Sykepleier- og legeressurser (mis)brukes en god del til sekretærarbeid. Her er det et åpenbart behov for merkantile oppgaver i både spesialist- og kommunehelsetjenesten.

4 I teorien kan det selvfølgelig bli et ekstra ledd i pasientforløpet, altså til intermediær avdeling eller sykehjem istedenfor rett hjem. I praksis er det også slik for noen pasienter. Vi er overbevist om at det store flertallet profiterer på det «nye» leddet i og med at det er et supplement i forløpet som ikke har eksistert slik tidligere, og som bidrar til bedre og hurtigere helbredelse.

5 Det har vi – mange av de pårørende setter pris på kort besøksvei til deres syke pårørende. Pasientene selv er nesten utelukkende fornøyde med oppfølging både nær bostedet, og ikke minst i roligere omgivelser utenfor en hektisk spesialisthelsetjeneste.

6 Et viktig spørsmål. Enda viktigere er spørsmålet om kvalitet. Blir kvaliteten på tjenester i kommunen like bra som i spesialisthelsetjenesten? Etter min vurdering et klart JA forutsatt at to viktige kriterier er oppfylt:

# Reformen påvirket utfordringene?



**Thor Asbjørn Løken**

fastlege i Moss for 950 innbyggere og 40 prosent stilling på rehabiliteringsavdelingen på Peer Gynt Helsehus (tidligere sykehjem) siden 1994. Tidligere kommunelege i Alvdal i 10 år.

En må ha gode seleksjonskriterier/sorteringsrutiner for pasienter: Noen tilstander trenger sykehusbehandling, andre kan få behandling på legevakt, på sykehjem eller hjemme med hjelp av hjemmesykepleie. Punkt to er godt samordnede tjenester innad i kommunen og mellom kommunene og helseforetaket. Gode rutiner, en god dialog basert på forståelse for de andre tjenester må være tilstede for at samhandling skal fungere i praksis.

Om en til syvende og sist sparer penger på samhandlingsreformen? Det har jeg ikke kompetanse til å svare på. «Samhandlingsreform» er jo et klassisk politikerslagord. Greit nok det – jeg tror at reformen er et riktig valg i retning av et pasientnært helsetilbud her i landet. Men da må en ta vare på og utbygge fastlegenes og ikke minst sykehjemsmedisinsens rolle videre. Og det koster. Forhåpentlig og sannsynligvis mindre enn en stadig voksende spesialisthelsetjeneste med dessverre voksende tendens til subspecialisering.



**Rebecca Setsaas Skage**

kommuneoverlege i full stilling i enhet helse i Sarpsborg kommune, Østfolds nest største kommune med ca 53 000 innbyggere. Enhet helse har ansvaret for å planlegge og utvikle tjenester i samhandlingsreformen.

1 Sarpsborg kommune har etablert totalt 19 nye korttidsplasser det siste året. Vi ønsker å stå godt rustet til å ta imot de utskrivningsklare pasientene fra Sykehuset Østfold og gi korttidsopphold for hjemmeboende som er i behov av det. Det har vært en styrking av helsefaglig kompetanse, og større bemanning av både sykepleiere og leger i avdelingen som ligger i Helsehuset vårt.

2 Det oppleves som om det er noe mer sykere pasienter nå. Det har vært en stor økning i pasienter som får utvidet behandling i form av intravenøs behandling, og pasienter med avansert utstyr med PEG sonde, CVK, respiratorer eller pasienter på sondeernæring.

3 Varslingsrutinene fungerer i hovedsak godt. Det er et godt samarbeid mellom kommuner

og sykehus i Østfold. En utfordring er at sykehuset i mange tilfeller varsler for sent, og dette gir kommunen dårligere tid til å planlegge. Både kommuner i Østfold og sykehuset jobber med å forbedre rutinene begge veier. For å kunne ta i mot og kommunisere godt rundt de utskrivningsklare pasientene er det ansatt en kommunal pasientkoordinator i full stilling. Hun er tilstede på sykehuset og møter alle innlagte pasienter som har behov for kommunale tjenester. Målet med dette er å skape trygghet, gjøre forventningsavklaringer og gi riktig informasjon om kommunens tilbud og oppfølging. 60 prosent av pasientene reiser hjem med eller uten tjenester og 40 prosent av pasientene drar til en korttidsplass.

Noen få pasienter har behov for direkte langtidsplass. Det er få reinnleggelser både fra sykehjem og korttid, og de fleste pasientene er eldre og skrøpelige med mange sykdommer.

4 I hovedsak blir det ikke mer forflytning av pasientene nå enn tidligere. Pasientene drar enten fra sykehuset til en korttidsplass, eller direkte hjem. Noen vil ha direkte behov for langtidsplass og får det, andre vil kunne trenge ytterligere opphold i korttidsavdelingen eller allikevel ha behov for en langtidsplass, men dette er de samme rutinene som det også var før samhandlingsreformen.

5 Vi opplever at både pasientene og pårørende er fornøyde med vårt helsehus og at pasientene er der på korttidsopphold. Flere uttrykker at det er enklere å få oversikt på helsehuset, at det er færre personell å forholde seg til, at miljøet er roligere og at kommunikasjonen blir bedre i et mer oversiktlig miljø.

6 Synes det er for tidlig å mene noe om ennå. Men vi i kommunen opplever at det er usikkerhet rundt finansieringen både når det gjelder de utskrivningsklare og med medfinansieringen. Vår kommune som de fleste andre kommuner ligger an til merforbruk når det gjelder medfinansieringen. Det oppleves at vi hverken har noen reell påvirkningskraft på eller kontrollmulighet av. Vi har satt i gang mange ulike tiltak for å forebygge sykehusinnleggelser, men dette synes ikke på tallene. Det er vanskelig å finne noen gode svar på hvorfor det er slik.

1 Det er gjort endringer på sykehjemmet som tar imot utskrivningsklare pasienter. Det er det samme huset jeg jobber i. Her er det opprettet tre vurderingssenger som kun er til dette formålet. Disse er rimelig godt bemannet både på sykepleier og legesiden. I Moss er også det ambulante rehabiliteringsteamet styrket, så flere får hjelp hjemme.

2 Mitt klare inntrykk er at pasientene er blitt vesentlig sykere. På min avdeling ser jeg at pasienter sendes raskere ut fra sykehuset både etter operasjoner og hjerneslag. Det er f.eks. ikke sjelden at vi må fortsette intravenøs behandling som er påbegynt på sykehuset. Litt rart er det at også før kunne vi ta imot pasienter den dagen de var utskrivningsklare, men disse var jevnt over mindre syke enn de som kommer nå.

3 Jeg har inntrykk av at varslingsrutinene fungerer rimelig greit etter at en koordinator er ansatt som både er på sykehjemmet og i sykehuset. Et tilbakevendende problem er seine eller mangelfulle epikriser. Det samme opplever jeg på min avdeling som har samme oppgave for pasienter med rehabiliteringspotensiale. Dette er ikke noe nytt og ikke blitt bedre med årene.

4 Jeg tror det i en del tilfeller blir noe mer forflytning av pasienter nå enn tidligere. Før ble nok flere skrevet direkte hjem. Jeg er ikke sikker på om det er så galt. På våre avdelinger er det mye roligere tempo, færre mennesker å forholde seg til og mer nærhet mellom pasienter og pleiere/leger. Mange er glad for mellomstasjonen hos oss. Selv om det er korte avstander i Østfold, er det for mange godt å komme «hjem», selv om det ikke er til hjemmet.

5 Jeg har opplevd at pårørende er glade for å ha sine nærmere seg. En del har ikke bil og vegrer seg mot buss og tog til Fredrikstad. Noe stort poeng er dette neppe hos oss.

6 Jeg tror ikke det sparer landet for penger. For kommunen er det en ekstra utgift. Noe som er fint oppi det hele er økt kompetanse på helsehuset og et større faglig miljø. Det blir et mer spennende sted å jobbe for alle profesjoner, og vi er bedre rustet til å få det lokalmedisinske senteret opp og gå.