

Samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjeneste – erfaringer fra Trondheim

Sammendrag

Det vil i de kommende årene bli en betydelig økning i antall eldre, og det er de eldre som legger beslag på de største ressursene i primærhelsetjenesten og i sykehusene. Helsepersonell og politikere hevder at samhandling mellom nivåene i helsevesenet er løsningen på problemet med overbelegg i sykehusene. Imidlertid er det få konkrete forslag til og beskrivelser av hvordan slik samhandling skal skje i en travel hverdag, preget av ressursknapphet både i kommune- og spesialisthelsetjenesten.

For å finne frem til hensiktsmessige samhandlingsmodeller har man ved St. Olavs Hospital og i Trondheim kommune de siste ti årene forsøkt å sette samhandling i system.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Helge Garåsen

helge.garasen@ntnu.no

Institutt for samfunnsmedisin

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
7491 Trondheim

og

Trondheim kommune

Roar Johnsen

Institutt for samfunnsmedisin

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Ved alle norske sykehus har det de siste årene vært et økende antall innleggelses av de eldste eldre og en betydelig synkende gjennomsnittlig liggetid i de fleste aldersgrupper, med unntak av dem over 80 år (1). Ifølge SAMDATA sykehus har ratene for bruk av sykehustjenester økt med 23 % fra 1999 til 2003 for personer over 80 år (2). Samtidig hevder kommunene at sykehusene stadig raskere definerer pasienter som utskrivningsklare. Begrepet «utskrivningsklar» er langt fra entydig – det kan være avhengig av mange forhold, så som press på den enkelte avdelings ressurser i form av sykdom blant

personalet, mange innleggelses, ulykker og liknende (3).

Antall eldre med behov for bistand i primærhelsetjenesten er også meget stort. Romøren fant at i Larvik hadde 52 % av innbyggerne over 80 år et hjelpebehov, og 14 % var meget pleietrengende (4). Etterspørselen etter helse- og omsorgstjenester kan neppe imøtekommes uten en samordning av tjenestetilbudene på tvers av nivåene. I denne artikkelen beskrives samarbeidstiltak mellom St. Olavs Hospital og Trondheim kommune over en tiårsperiode, og vi gjør rede for hvilke effekter tiltakene har hatt.

Utviklingen i Trondheim likner den i resten av landet

Tall fra årsrapportene til St. Olavs Hospital viser en økning i antall meldte utskrivningsklare pasienter fra 385 i 2001 til 515 i 2003, dvs. 33,8 % på tre år (5). Samtidig er det fra 1993 til 2003 blitt 36 % flere eldre over 80 år i Trondheim (6). I samme periode har antall plasser for heldøgns omsorg økt fra 1 189 til 1 424, dvs. 19 % (6), mens antall sykehussenger har vært uendret (5). Videre har det i denne perioden vært en økning fra 2 400 til 2 954 personer over 67 år som mottar hjemmesykepleie og praktisk bistand i eget hjem (6). Samtidig er det blitt mange flere sykehusinnleggelses blant de eldste. I 1993 var det 40,6 innleggelses per 100 personer over 80 år i opptaksområdet for St. Olavs Hospital. Dette økte til 64 per 100 i 2003 (2).

Utviklingen er fremstilt grafisk i figur 1 (2, 5–7), hvor 1993 er satt som basisår (indeks = 100). Det er verdt å merke seg at dekningsgraden for ordinære sykehjems plasser (antall senger dividert med antall eldre over 80 år) har gått ned med 11,1 % i samme periode.

Samarbeidstiltak

Stadige køer av utskrivningsklare sykehuspasienter førte til at Trondheim kommune i 1994 tilbød fylkeskommunen å betale for disse mot at det ble opprettet en geriatrisk avdeling ved sykehuset. Et annet vilkår var at slagenheten, som hadde vært et forsøksprosjekt, ikke ble nedlagt, slik det forelå planer for. Trondheim kommune og spesialisthelsetjenesten i Sør-Trøndelag innså samtidig at det var nødvendig å etablere samhandlingsarenaer og samarbeidsavtaler (tab 1) for å sikre en likeverdig dialog i etableringen av konkrete tiltak og utviklingsmodeller.

På tvers av forvaltningsnivåene

Felles psykiatriplan:

Mestring og livskvalitet

I 1994 kartla Trondheim kommune og Sør-Trøndelag psykiatriske sykehus i fellesskap behovet for og omfanget av tjenester for personer med psykiatriske lidelser (8). Arbeidet munnet ut i en felles strategisk plan, som ble politisk vedtatt av Trondheim kommune og av fylkeskommunen (9). Den viktigste effekten var at begge instanser fikk en samlet oversikt over ressurskrevende psykiatriske langtidspasienter, 507 personer i alt, ved hjelp av et felles kartleggingsverktøy (8).

Medisinsk rehabilitering

Kommunen har et basisansvar og en koordinerende funksjon for rehabilitering, men dette er samtidig et lovpålagt felles ansvar for hele helsesektoren uansett forvaltningsnivå. I 1997 laget kommune og fylkeskommune et felles plandokument med 12 anbefalinger og beskrivelse av ansvarsfordelingen mellom forvaltningsnivåene (10). Planen la grunnlaget for en felles forståelse av rehabiliteringsbegrepet og bl.a. innsats-teamene i Trondheim, og for en felles mal for individuelle planer utarbeidet av St. Olavs Hospital og kommunene i Sør-Trøndelag i 2003.

Det er vanskelig å dokumentere effekten av felles planer på tvers av forvaltningsnivåene. Imidlertid har planarbeidet sannsynligvis vært en nødvendig prosess for å skape et samarbeidsklima som har gjort det mulig å gjennomføre flere av de tiltakene som beskrives nedenfor.

Samarbeidsavtaler i Trondheim

Samarbeidsutvalg

om utskrivningsklare

Samarbeidsavtalen fra 1994 la grunnlaget for utviklingen av en felles forståelse av



Hovedbudskap

- En rekke strukturerte tiltak for samarbeid mellom St. Olavs Hospital og Trondheim kommune er satt i verk
- Flere av tiltakene er under vitenskapelig evaluering
- Bedre samhandling mellom første- og annenlinjetjenesten er påkrevd for å kunne møte morgendagens utfordringer

begrepet «utskrivningsklar pasient» og en progressiv betalingsstans for disse. Med «utskrivningsklar pasient» menes her at de medisinske problemstillinger med følgetilstander som førte til innleggelse er avklart (11). I 2001 ble det opprettet et overordnet administrativt samarbeidsutvalg og flere kliniske utvalg. Den løpende håndteringen av de utskrivningsklare pasientene ble lagt til et klinisk samarbeidsutvalg. En sentral oppgave for dette utvalget er å tydeliggjøre felles retningslinjer i prosessene ved innleggelse og utskrivning. Det er også etablert tilsvarende egne avtaler innen områdene psykiatri, rehabilitering, habilitering av barn, habilitering av voksne og akuttfunksjoner.

Det administrative samarbeidsorganet har ansvar for å godkjenne rutiner og prosedyrer vedrørende samhandling om felles pasienter og å følge opp samarbeidsavtalene samt avklare prinsipielle saker av administrativ, faglig og økonomisk karakter. Utvalget er også øverste organ for å avgjøre saker der det er uenighet. Det bestod inntil sommeren 2004 av representanter fra sykehusdirektørens stab og rådmannens fagstab i Trondheim kommune.

I løpet av vinteren 2003/04 ble det fremforhandlet en ny avtale som omfatter alle kommunene i Sør-Trøndelag og St. Olavs Hospital (12). I dette nye administrative samarbeidsutvalget møter sjeflege, samhandlingssjef og en representant fra psykiatrien ved St. Olavs Hospital samt en representant for Orkdal Sanitetsforenings Sjukhus. I tillegg er det to rådmenn fra landkommunene og to fra rådmannsnivået i Trondheim kommune. Det er vanskelig å måle effekten av samarbeidsavtalene, men vurderes resultatet etter antall utskrivningsklare pasienter, synes det som om antallet har vært lavest i de periodene samarbeidet har fungert best.

Tiltak iverksatt ved St. Olavs Hospital

Hukommelsespoliklinikk, fallpoliklinikk og geriatrisk team

Utfordringene knyttet til de eldre pasientene har hele tiden vært et sentralt tema. Sykehuset har derfor opprettet flere tilbud ved geriatrisk avdeling/poliklinikk som er skreddersydd de behov som første- og annenlinjetjenesten i fellesskap har beskrevet. Ved hukommelsespoliklinikken vurderes personer med spørsmål om kognitiv svikt der primærhelsetjenesten har behov for en annenhåndsvurdering om diagnostikk og behandling, eller der problemstillingene sorterer inn under spesialisthelsetjenesten. Fallpoliklinikken primære målgruppe er hjemmeboende gamle med falltendens av uklar ikke-utredet årsak, men også sykehus- og sykehjemsinnlagte eldre er aktuelle. Dette er det første tiltaket av sitt slag i Norge, og det forutsetter et nært samarbeid med fastlegene og med kommunenes eget fallteam (ergoterapeut og fysioterapeut).

Målgruppen for geriatrisk team er eldre sykehuspasienter som skal hjem eller til kommunal institusjon, eldre innlagt i andre institusjoner enn sykehuset og hjemmeboende eldre med behov for tverrfaglig utredning. Bakgrunnen for etablering av tiltakene i 2003 var kliniske erfaringer og litteraturstudier som viser at denne type tiltak kan redusere behovet for institusjonsplasser. Nyten av og kostnadene forbundet med tiltakene ved geriatrisk avdeling og poliklinikk er under evaluering gjennom pågående studier.

Felles tiltak – Trondheim kommune og St. Olavs Hospital

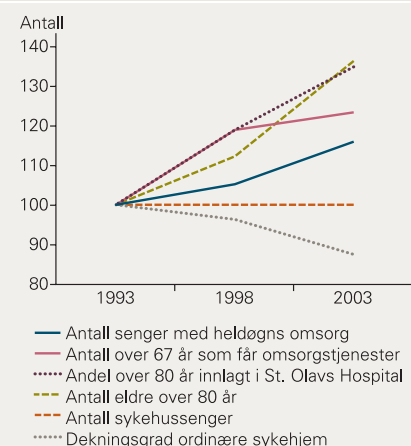
Samlokalisering av legevakt og skadepoliklinikk

Allmennlegevakten har fra 1992 ligget vegg i vegg med skadeseksjonen, med felles mottak for registrering av pasienter, felles venterom og felles sykepleiere som jobber vekselvis ved skadeseksjonen og ved allmennlegevakten. Legevakten har samme tilgang til røntgen- og laboratorietjenester i sykehuset som sykehusets øvrige avdelinger. Disse to enhetene vil bli slått sammen til én kommunal enhet i løpet av 2005, men fortsatt opprettholdes en rekke fellesfunksjoner når det gjelder bruk av sykepleiere og samlokalisering med sykehusets akuttmottak og den nye bruddseksjonen ved sykehuset. Den viktigste effekten av samlokaliseringen er at det for publikum er én dør ved akutt nød, skade eller sykdom. Unødvendig tidsspille pga. usikkerhet om hvem som skal vurdere pasienten først unngås.

Intermediære plasser ved Søbstad sykehjem

Intermediærenheten ved Søbstad sykehjem er en kommunal spesialavdeling med 20 senger. Avdelingen mottar pasienter over 60 år fra sykehuset til sluttbehandling for akutt oppstått sykdom eller forverring av en kronisk lidelse. Intermediæravdelingen ble startet opp januar 2003 som et samarbeidsprosjekt, det gjelder både fagutvikling og finansiering. I 2003 ble 275 pasienter behandlet ved enheten. Intermediæravdelingen vurderes for tiden

Figur 1



Endringer i bruk av helse- og omsorgstjenester i Trondheim sammenliknet med økningen i antall eldre over 80 år i perioden 1993–2003 (2, 5–7)

i en kontrollert studie hvor 150 pasienter randomiseres til enten sluttbehandling ved St. Olavs Hospital eller til behandling ved intermediæravdelingen på Søbstad.

Intermediære palliative plasser ved Havstein sykehjem

Trondheim har et integrert palliativt behandlingstilbud for kreftpasienter. En del pasienter kan ikke være hjemme, men behøver heller ikke innleggelse i sykehus. For å gi disse et optimalt tilbud den siste tiden er det etablert en intermediær palliativ enhet med 12 senger ved Havstein sykehjem. I 2003 ble 79 pasienter behandlet der. Gjennomsnittlig liggetid var 45,5 dager. Nytteeffekten er under evaluering.

Tiltak iverksatt i Trondheim kommune

Tildeling av sykehjems- og rehabiliteringsplasser

Det er et byomfattende inntak for alle personer som trenger sykehjemsplass, rehabilite-

Tabell 1 Tiltak som har vært iverksatt som ledd i samarbeidet mellom St. Olavs Hospital og Trondheim kommune

Felles planer og samarbeidsavtaler	Felles psykiatriplan: Mestring og livskvalitet Medisinsk rehabilitering Administrativt samarbeidsutvalg Kliniske samarbeidsutvalg
Tiltak iverksatt ved St. Olavs Hospital	Hukommelses- og fallpoliklinikk Geriatrisk team
Tiltak iverksatt i Trondheim	Transittavdelingen, Persaunet Innsatsteam Demenssenter Byovergripende tildelingsteam for sykehjem
Felles tiltak (sykehus og kommune)	Samlokalisering av legevakt og skadepoliklinikk Intermediære plasser ved Søbstad sykehjem Hospice ved Havstein sykehjem

ring eller omsorgsbolig, for å få bedre kapasitetsutnyttelse og flere valgmuligheter når det gjelder plassering av den enkelte. Kommunen har egen prosjektmedarbeider, med arbeidssted ved St. Olavs Hospital, som i hovedsak har oppgaver knyttet til utskrivningsklare pasienter. Vedkommende er med i inn-taksgruppene for sykehjem, rehabiliteringsplasser og omsorgsboliger med heldøgns omsorg.

Transittavdelingen ved Persaunet sykehjem

Transittavdelingen ble opprettet i februar 2002 for å kunne ta imot pasienter som ved sykehuset er blitt vurdert til å ha behov for sykehjemsplass. Hovedintensjonen var å gi et tilbud i en kommunal institusjon fremfor i et overfylt sykehjem. I tillegg lå det en erkjennelse av at eldre pasienter trenger lang tid på å restituere seg etter akutt sykdom. Erfaringer etter to års drift viser at ca. 20 % av pasientene kan reise tilbake til eget hjem etter noen uker i transittavdelingen. De fleste forblir da hjemme i lengre tid (13).

Innsatsteam, trygghetsavdelingen og demenssenteret

Tre innsatsteam (rehabiliteringsteam) ble opprettet i 2002. De består av 3–4 årsverk hver – fysioterapeut, ergoterapeut, sykepleier og hjelpepleier eller aktivtør – og skal sikre rask og samordnet innsats i overgangsfasen mellom sykehjem og hjem. Trygghetsavdelingen er et lavterskeltilbud hvor eldre tar kontakt når de selv føler at de har behov for å være noen dager i en institusjon. Demenssenteret skal sikre at kommunalt ansatte, alle hjemmeboende demente og deres pårørende får råd og veiledning. Det blir nå utarbeidet en rapport som vil belyse effektene av disse tiltakene i perioden 2002–04.

Diskusjon

En av de viktigste hindringene for godt samarbeid har vist seg å være ulik oppfatning blant toppledere og klinikere om hva som er de mest hensiktsmessige tiltakene på kort og på lang sikt. I stor grad preges fortsatt beslutninger av generaliserte antakelser basert på enkeltpersoners og enkeltmiljøers observasjoner av enkelttilfeller. Mange tiltak har bl.a. av denne grunn hatt kortvarig effekt.

Forventet økning i antall sykehusinlagte personer over 65 år er i samme størrelsesorden som prognosene for fremtidig sykdomsforekomst (14). Denne økningen samsvarer ikke med planlagt reduksjon i antall senger ved flere sykehjem, samtidig som omfanget av hjemmesykepleie og antall sykehjemsplasser ikke følger den demografiske utviklingen i befolkningen. Det vil derfor i fremtiden være nødvendig å se på helt andre og mer robuste alternativer. Iverksatte og planlagte tiltak bør suppleres med å kanalisere langt flere pasienter til omsorgs- og behandlingstilbud i eget hjem. For å kunne lykkes med dette er det nødvendig å styrke tilbude-

ne om periodevis avlastning i sykehjem, å skape sikkerhet for at hjelp mottas til de tider som er avtalt og å sørge for at behandlingstilbudene er av høy faglig standard både i kommune- og spesialisthelsetjenesten.

For å oppnå en effektiv pasientflyt kan man bl.a. tenke seg følgende tilnærminger:

- Etablere en ny og mer entydig definering av begrepet utskrivningsklar
- Skape en tydeligere felles forståelse mellom sykehus og kommuner for hva som er sykehusenes ansvar og hva som er kommunenes ansvar
- Effektivisere informasjonsflyten ved bruk av meldingsutveksling i helsenettet mellom alle helsepersonellgrupper
- Følge opp erfaringene fra slagbehandlingskjeden, og bruke innsatsteamene til flere pasientgrupper

Samarbeidsavtaler og samhandlingsarenaer på klinisk og administrativt nivå er nødvendig for å oppnå en dialog mellom første- og annenlinjetjenesten, slik at man skaper felles forståelse for hva som er utfordringene, og ikke minst for å skape løsningsbaserte tilnærminger som sikrer at pasientene får behandling til riktig tid og på riktig omsorgsnivå. Imidlertid har det vært lite forskning som belyser helhetlige pasientforløp og hvilke problemer som kjennetegner de hjemmeboende omsorgskrevende pasientene. Det må genereres systematisk kunnskap om hvilke tiltak som skal til for at disse skal kunne bli boende i eget hjem lengst mulig og kunne beholde livskvalitet og verdighet. Dette betyr at både første- og annenlinjetjenesten må legge vekt på pasientens

funksjonsnivå og mestringsevne i tillegg til å ivareta selve sykdomsbehandlingen. Da må det skapes aksept for og gis tillatelse til å følge pasientforløp på individnivå. Uten slik kunnskap blir det fortsatt vanskelig å legge til rette for rasjonelle og gode tiltaks-kjeder.

Litteratur

1. Pasientstatistikk. Utskrivninger og liggedager, etter kjønn og alder 2000–2002. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 2003.
2. SINTEF Helse. SAMDATA Somatikk 2003. Trondheim: SINTEF Helse, 2004.
3. Statens offentlige utredningar. Döden angår oss alla – värdig vård vid livets slut. SOU 2000: 6. Stockholm: Socialdepartementet, 1999: 177–92.
4. Romøren T. Den fjerde alderen. Oslo: Gyldendal, 2001.
5. Årsrapporter 1993, 1997, 2001 og 2003. Trondheim: Regionsykehuset i Trondheim og St. Olavs Hospital, 1994, 1999, 2002, 2004.
6. Befolkningsstatistikk 2000. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 2001.
7. Årsstatistikk 1993, 1997, 2003. Trondheim: Trondheim kommune, 1994, 1999, 2004.
8. Åm T, Riaunet Å. Psykiatriplan på tvers av forvaltningsnivåer. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 1759–62.
9. Mestring og livskvalitet. Felles psykiatriplan. Plan-dokument. Trondheim: Trondheim kommune og Sør-Trøndelag fylkeskommune, 1997.
10. Medisinsk rehabilitering – et kommunalt og fylkeskommunalt ansvar. Rapport. Trondheim: KS Sør-Trøndelag, 1997.
11. Sletvold O. Utskrivningsklare pasienter. Faglig grunnlag for samarbeid. Rapport. Trondheim: Regionsykehuset i Trondheim, 1994.
12. Forslag til ny samarbeidsavtale mellom kommunene i Sør-Trøndelag og St. Olavs Hospital HF. Brev. Trondheim: KS Sør-Trøndelag, 2004.
13. Årsrapport for Transittavdelingen 2003. Trondheim: Trondheim kommune, 2004.
14. Scenario 2030. Sykdomsutviklingen for eldre fram til 2030. IK-2696. Statens helsetilsyns utredningsserie. Oslo: Statens helsetilsyn, 2000.