

SNF-RAPPORT NR. 57/01

MELLOM TO SENGER?

**ELDRE SYKEHUSPASIENTER OG
DET KOMMUNALE PLEIE- OG OMSORGSTILBUDET**

AV

**HEIDI GAUTUN
EGIL KJERSTAD
FRODE KRISTIANSEN**

SNF-PROSJEKT NR. 2690

”Studie av konsekvenser for pleie- og omsorgstjenestene ved den registrerte og dokumenterte oppgaveendring innen den somatiske spesialisthelsetjenesten”

Prosjektet er finansiert av Sosial- og helsedepartementet

**STIFTELSEN FOR SAMFUNNS- OG NÆRINGSLIVSFORSKNING
BERGEN, DESEMBER 2001**

© Dette eksemplar er fremstilt etter avtale med KOPINOR, Stenergate 1, 0050 Oslo. Ytterligere eksemplarfremstilling uten avtale og i strid med åndsverkloven er straffbart og kan medføre erstatningsansvar.

ISBN 82-491-0181-2

ISSN 0803-4036

FORORD

Sosial- og helsedepartementet (SHD) ønsker, som en oppfølging av rapporten ”Sykehjemmenes rolle og funksjoner i fremtidens pleie- og omsorgstjeneste” (Kvaase 1999), å undersøke hvilke konsekvenser endringer i den somatiske spesialisthelsetjenesten har hatt for pleie- og omsorgstjenestene i kommunene. Departementet ønsker å få belyst følgende hovedspørsmål:

- Hvilke endringer har skjedd i den somatiske spesialisthelsetjenesten, og hvordan har endringene påvirket pleie og omsorgstjenestene?
- Hvilke utfordringer står pleie- og omsorgstjenestene overfor?
- Hvilke virkemidler kan tas i bruk for at tjenestene innen pleie- og omsorgssektoren kan utøves på en mer faglig forsvarlig måte?

Gjennomføringen av prosjektet har vært delt mellom Stiftelsen for Samfunns- og næringslivsforskning (SNF) og forskningsstiftelsen Fafo. SNF har ved hjelp av foreliggende statistikk kartlagt endringer i den somatiske spesialisthelsetjenesten, og knyttet disse til kvantitative data om forhold i kommunene, som kommunestørrelse, økonomiske ressurser, befolknings sammensetning og organisering av pleie- og omsorgstjenestene. Hovedfokuset til SNF er forholdet mellom kommunenes kapasitet i pleie- og omsorgstjenesten og liggetid i sykehus for pasientgruppen 80 år og eldre. I analysene kontrolleres det for karakteristika ved pasientene og ved sykehusene som behandler pasientene.

Fafo belyser endringer og utfordringer for pleie- og omsorgssektoren, samt virkemidler som kan tas i bruk for å styrke pleie- og omsorgstjenestene. Analysen gjøres på grunnlag av resultatene fra to undersøkelser: en dybdeintervjuundersøkelse blant personer med ansvar for utskrivningsproblematikken i 2. linjetjenesten og personer som har ansvar for mottak i 1. linja og en landsrepresentativ telefonintervjuundersøkelse blant ledere for pleie- og omsorgstjenesten i kommuner og bydeler. I tillegg koples registerdata som SNF har fremskaffet til data fra telefonintervjuundersøkelsen.

Egil Kjerstad og Frode Kristiansen fra SNF har skrevet kapitlene 1, 2 og 3, som utgjør del 1 av rapporten. Heidi Gautun fra Fafo har skrevet kapitlene 4, 5 og 6, som utgjør del 2.

Forskergruppen vil takke Sosial- og helsedepartementets Marit G. Blom, Ellen Elster, Eli Johanne Lundemo og Kirsten Petersen for et godt samarbeid. Vi vil også takke medlemmene av referansegruppen for engasjement og verdifulle innspill. Referansegruppen bestod av følgende representanter og institusjoner:

Kommunenes Sentralforbund	Magne Hustad
Norsk Sykepleierforbund	Åsne Grønvold
Norsk Helse- og sosialforbund	Marte Baumann
Fellesorganisasjonen	Anne Bakke
Den norske Lægeforening	Eva Benedicte Liahjell
Helse- og sosiallederlaget	Harald Myrvang
Statens Helsetilsyn	Bente Smedbråten
Statens råd for funksjonsh.	Toril Jakobsen
Statens eldreråd	Lars Arne Høidal
Fylkesmannen i Hedmark	Arne Georg Larsen
Kommunelege i Ål	Øystein Lappegard
Ullevål Sykehus	Kari Skredsvik
Oslo Kommune	Marie Anbjørg Joten
Sosial- og helsedepartementet	Ellen Elster

Innhold

Sammendrag	i
1 Innledning	1
2. Beskrivende statistikk på kommune-, sykehus- og pasientnivå	5
2.1 Innledning	5
2.2 Utviklingstrekk innen pleie- og omsorgssektoren	5
2.3 Utskrevne pasienter 80 år og eldre, sett i forhold til ressursinnsats i pleie- og omsorg	15
2.3.1 Sykehjemsplasser.....	15
2.3.2 Pleierårsverk i hjemmetjenester	18
2.4 Gjennomsnittlig liggetid for pasienter 80 år og eldre	21
2.5 Oppsummering av sammenhenger på kommunenivå	25
2.6 Bearbeiding av pasient- og sykehusdata	29
2.6.1 Pasientdata – Sykehusopphold	29
2.6.2 Sykehusdata	30
2.6.3 Diagnoser over tid og som utgangspunkt for datasett	31
2.6.4 Forhold rundt innleggelse og utskriving av pasienter	34
3. Forklaring av forskjeller i liggetid ved sykehusopphold	39
3.1 Prinsipielle betraktninger	39
3.2 Analyseresultater	41
3.3 Oppsummering av resultater	47
4. Dybdeintervjuer med sentrale personer i 1. og 2. linjen	51
4.1 Hvordan beskrives samarbeidet mellom sykehus og pleie- og omsorgstjenestene?	51
4.2 Hvordan oppfattes endringer i effektivitet?	53
4.3 Er pleie- og omsorgstjenesten enig i sykehusets beslutninger om å skrive ut pasienter?	54
4.4 Hvilke pasientgrupper har pleie- og omsorgstjenesten problemer med å ta imot fra sykehusene?	54

4.5	Klarer 1. linjen å ta imot pasienter fra sykehus?	55
4.6	Hvorfor har 1. linjen problemer med å ta imot utskrivningsklare pasienter på en god måte?	55
4.7	Oppsummering	56
5.	Samarbeidet mellom 1. og 2. linjen – sett fra ledere innen pleie- og omsorgstjenestene	59
5.1	Undersøkelsen	59
	5.1.1 Utvalget	59
	5.1.2 Feilmarginer	60
5.2	Pasientgrupper som 1. linjen forteller at de har problemer med å ta imot fra sykehusene	60
5.3	Hvilke kommuner har problemer med å ta imot pasienter?	62
	5.3.1 Hvilken betydning har kommunestørrelse og landsdelstilknytning?	62
	5.3.2 Hvilken betydning har kommuneøkonomi?	64
	5.3.3 Hvilken betydning har tjenestetilbudet i kommunen?	65
	5.3.4 Hvilken betydning har geografisk avstand?	66
	5.3.5 Påvirker kjennetegn ved samarbeidet effektivitet og kvalitet? ...	67
5.4	Grunner som oppgis som årsak til at 1. linjen ikke klarer å ta imot alle utskrivningsklare pasienter	71
5.5	Oppsummering	72
6.	Virkemidler	75
6.1	Det må være tilstrekkelig med ressurser både i 1. og 2. linjen	75
6.2	Presset inn i sykehus styrer i hovedsak utskrivning	76
6.3	Samarbeidet må være klart og tydelig organisert	77
6.4	En bedre samarbeidskultur	79
6.5	Ro i utskrivningssituasjonen	80
6.6	Trenger vi et mellomliggende tilbud?	81
6.7	Kjennetegn ved sykehus og kommuner som får det til	83

Litteratur	86
Appendiks	
Vedlegg 1: Intervjuguide sykehus	88
Vedlegg 2: Intervjuguide kommune/bydel	90
Vedlegg 3: Spørreskjemaundersøkelse blant ledere for pleie- og omsorgstjenestene ...	92
Vedlegg 4: Variabeldefinisjoner	98

SAMMENDRAG

En rekke endringer i arbeidsdelingen mellom stat, fylker og primærkommuner har medført at primærkommunenes oppgaver innen pleie- og omsorg sektoren har blitt både flere og mer omfattende de siste ti - femten årene. I tillegg til at kommunenes oppgaver har økt som følge av lovendringer, har flere eldre i befolkningen og flere utskrivninger fra psykiatriske institusjoner, ført til at antallet potensielle brukere av pleie- og omsorgstjenestene også har økt. Flere eldre som bor alene, teknologisk og faglig utvikling, endringer i forventninger i befolkningen, blant fagfolk, mottakere og pårørende har også ført til et økt press på pleie- og omsorgstjenestene i kommunene. Over tid har dermed kommunene fått ansvar for viktige sider ved velferdsutviklingen til stadig flere personer.

Hovedtrekkene ved utviklingen innen sykehussektoren de siste 10 årene er økt bruk av dagkirurgi, færre sykehussenger og reduksjon i liggetid. Utviklingstrekkene kan isolert sett bidra til lavere kostnader per pasient og dermed rom for å behandle flere pasienter innenfor gitte ressursrammer. For primærkommunene kan forholdene stille seg annerledes. Vekst i antall eldre pasienter med sammensatte lidelser og personer med kreft eller andre ”pleietunge” diagnoser vil i kombinasjon med effektene omtalt over, bidrar til å skape et press mot kommunenes sykehjemsplasser og mot kapasiteten innen hjemmesykepleien. Mens sykehusene, fylkene og staten isolert sett har interesse av reduksjon i liggetid, vil kommunene ønske det motsatte for de pasientgruppene som pleie- og omsorgssektoren vil overta ansvaret for etter at de er utskrevet fra sykehus.

Et av hovedsiktemålene med denne rapporten er å undersøke om det finnes noen statistisk signifikant sammenheng mellom liggetid på sykehus og ressursene som settes inn i pleie- og omsorgssektoren i kommunene. I analysene kontrolleres det samtidig for ulike karakteristika ved pasientene, som alder, kjønn, diagnose og antall reinnleggelser, og ulike karakteristika ved sykehusene, som kapasitet, pasientsammensetning og driftsutgifter per seng. Vi finner at enkelte forhold ved pleie- og omsorgstjenestene i pasientens hjemstedskommune, i tillegg til enkelte person- og sykehuskarakteristika, påvirker liggetiden for eldre pasienter.

Det er tydelige forskjeller i det kommunale pleie- og omsorgstilbudet mellom store og små, fattige og rike kommuner. Med hensyn til å forklare variasjon i liggetid for individuelle pasienter (alt annet likt), blir disse kommunale egenskapene likevel av relativt marginal

betydning. Egenskaper ved pasienten og pasientens status i behandlingsapparatet betyr mer. F.eks. finner vi at liggetiden er lengre for pasienter som på sykehuset befinner seg i en transittilstand mellom vanlig bosted og et annet institusjonstilbud.

Det andre hovedfokuset i denne rapporten er å beskrive samarbeidet mellom 1. og 2. linjetjenestene, samt drøfte muligheter til forbedringer av samhandlingen mellom linjetjenestene. Tidligere studier tyder på at flere kommuner har problemer med å ta imot utskrivningsklare pasienter fra sykehus, dvs. at pasienter som burde vært skrevet ut fra sykehus blir liggende lengre enn nødvendig sett fra sykehusenes side. I tillegg uttrykkes det bekymring for at pasienter, spesielt eldre pasienter, kreftpasienter og døende, ikke får et tilfredsstillende tilbud etter at de er skrevet ut fra sykehus. Det er imidlertid forsket lite på hvordan samarbeidet mellom 1. og 2. linjen fungerer, og hvordan samarbeidet påvirker kvalitet og effektivitet i helsetilbudet, bredt definert. Våre resultater bekrefter funnene i tidligere studier. Forøvrig samsvarer forklaringene av kommunenes vanskeligheter med å ta imot pasienter, med de kommunefaktorene som ble funnet for variasjon i liggetid.

I tillegg viser vi at gode samarbeidsformer mellom 1. og 2. linjetjenestene ikke nødvendigvis står og faller på god økonomi, men også på formelle og uformelle samarbeidskanaler.

1. INNLEDNING

En rekke endringer i arbeidsdelingen mellom stat, fylker og primærkommuner tyder på at primærkommunenes oppgaver innen pleie- og omsorg sektoren har blitt både flere og mer omfattende de siste ti - femten årene. Siden 1984, da Lov om helsetjenester trådte i kraft, har kommunene hatt ansvaret for pleie- og omsorgstjenester til mennesker som er svært syke og sterkt pleietrengende. Kommunenes ansvar omfatter mennesker med psykisk utviklingshemming, fysisk funksjonshemmede, eldre med fysisk og/eller mental svikt, dvs. aldersdemens og psykiatriske pasienter.

Kommunene fikk ansvaret for somatiske sykehjem i 1988. Kommunen hadde også tidligere hatt ansvar for sykehjemmene, men i forbindelse med den nye sykehusloven som kom i 1970, ble disse skilt ut som egne medisinske institusjoner, og overført til fylkene. Sykehusloven i 1970 utløste statstilskudd, som førte til en sterk utbygging av sykehjem på 1970-tallet (Daatland 1997). Da kommunene fikk tilbakeført ansvaret for sykehjem i 1988, hadde antallet institusjoner økt betydelig i forhold til situasjonen på 60-tallet.

I tillegg til at kommunenes oppgaver har økt som følge av lovendringer, har flere eldre i befolkningen og flere utskrivninger fra psykiatriske institusjoner, ført til at antallet potensielle brukere av pleie- og omsorgstjenestene også har økt. Flere eldre som bor alene, teknologisk og faglig utvikling, endringer i forventninger i befolkningen, blant fagfolk, mottakere og pårørende har også ført til et økt press på pleie- og omsorgstjenestene i kommunene (St. meld. Nr. 28. Innhold og kvalitet i omsorgstjenestene, 2000). Over tid har dermed kommunene fått ansvar for viktige sider ved velferdsutviklingen til stadig flere personer.

Hovedtrekkene ved utviklingen innen sykehussektoren de siste 10 årene er økt bruk av dagkirurgi, færre sykehussenger og reduksjon i liggetid. Utviklingstrekkene kan isolert sett bidra til lavere kostnader per pasient og dermed rom for å behandle flere pasienter innenfor gitte ressursrammer. Betraktes de statlige aktivitetsbaserte overføringene til fylkene som ”stykkpriser”, vil fylkene og sykehusene kunne ha motivasjon nettopp til å korte ned på liggetiden. Sett fra statlige myndigheters side er dette en positiv utvikling, gitt at kvaliteten på behandlingen ikke reduseres.

For primærkommunene kan forholdene stille seg annerledes. Vekst i antall eldre pasienter med sammensatte lidelser og personer med kreft eller andre "pleietunge" diagnoser vil i kombinasjon med effektene omtalt over, bidrar til å skape et press mot kommunenes sykehjemsplasser og mot kapasiteten innen hjemmesykepleien. Mens sykehusene, fylkene og staten isolert sett har interesse av reduksjon i liggetid, vil kommunene ønske det motsatte for de pasientgruppene som pleie- og omsorgssektoren vil overta ansvaret for etter at de er utskrevet fra sykehus.

Pasientene kan med andre ord bli en brikke i et penge- og ressursbasert spill mellom fylkene og kommunene. Statlig overtakelse av sykehusene vil for øvrig ikke uten videre endre på motsetningen mellom kommunene og sykehuseier. For pasientene er det viktig at tjenestene er så "sømfrie" som mulig, dvs. at behandling, pleie og omsorg blir gitt i det omfang, av den kvalitet og til den tid som er til det beste for pasienten. Selv om ansvaret er spredt, er det selvfølgelig meningen at eldre med behov for behandling skal motta korrekt og rask behandling ved fylkeskommunale (snart statlige) sykehus. Det er imidlertid ikke utenkelig at forvaltningsnivåenes arbeidsdeling kan føre til interessekonflikter og mangel på samarbeid, med svekket tjenestetilbud til pasienten som resultat.

To harde realiteter er at hjemstedskommunen kan ha begrenset antall sykehjemsplasser i forhold til behovet og at det nærmeste sykehuset har manglende kapasitet til å ta seg av pasientgruppen vi studerer her. Begge forhold kan oppfattes som lavere prioriteringer av pasientgruppen enn hva behovet tilsier. En slik situasjon gjør at interessekonfliktene mellom forvaltningsnivåene kan bli tydeligere sammenlignet med en situasjon der hjemstedskommunens og -fylkets økonomi eller prioriteringer tillot å ha ledig sykehjemskapasitet og sykehuskapasitet i påvente av behandlingstrengende eldre. Interessekonfliktene kan naturligvis svekkes ved god organisering av hjemmetjenestene og av sykehusdriften samt godt samarbeid mellom institusjoner på tvers av forvaltningsnivåene. Uavhengig av økonomisk situasjon - god eller dårlig - vil god organisering kunne bidra til "sømfri" behandlingstilbud sett fra den eldres og de pårørendes side. "Sømfrie" tjenester er da også en sentral målsetting for sentrale helsemyndigheter. Det er grunn til å tro at verken sømfrie tjenester eller nok kapasitet er det som preger eldreomsorgen, bredt definert, i Norge i dag.

Et av hovedsiktemålene med denne rapporten er å undersøke om det finnes noen statistisk signifikant sammenheng mellom liggetid på sykehus og ressursene som settes inn i pleie- og omsorgssektoren i kommunene. I analysene kontrolleres det samtidig for ulike karakteristika ved pasientene, som alder, kjønn, diagnose og antall reinnleggelser, og ulike karakteristika ved sykehusene, som kapasitet, pasientsammensetning, og driftsutgifter per seng. Vi finner at enkelte forhold ved pleie- og omsorgstjenestene i pasientens hjemstedskommune, i tillegg til enkelte person- og sykehuskarakteristika, påvirker liggetiden.

Det andre hovedfokuset i denne rapporten er å beskrive samarbeidet mellom 1. og 2. linjetjenestene, samt drøfte muligheter til forbedringer av samhandlingen mellom linjetjenestene. Tidligere studier tyder på at flere kommuner har problemer med å ta imot utskrivningsklare pasienter fra sykehus, dvs. at pasienter som burde vært skrevet ut fra sykehus blir liggende lengre enn nødvendig sett fra sykehusenes side. I tillegg uttrykkes det bekymring for at pasienter, spesielt eldre pasienter, kreftpasienter og døende, ikke får et tilfredsstillende tilbud etter at de er skrevet ut fra sykehus. Det er imidlertid forsket lite på hvordan samarbeidet mellom 1. og 2. linjen fungerer, og hvordan samarbeidet påvirker kvalitet og effektivitet i helsetilbudet er bredt definert. Våre resultater bekrefter funnene i tidligere studier. I tillegg viser vi at gode samarbeidsformer mellom 1. og 2. linjetjenestene ikke nødvendigvis står og faller på god økonomi, men på formelle og uformelle samarbeidskanaler.

I kapittel 2 gis det en nærmere beskrivelse av utviklingen innen spesialisthelsetjenesten fra 1995 til 1999. Det er lagt vekt på å få frem endringer knyttet til pasientgruppen 80 år og eldre. Utviklingen innen pleie- og omsorgssektoren i primærkommunene belyses ved å fokusere på sentrale nøkkelvariabler, som for eksempel antall utskrevne pasienter 80 år og eldre, antall sykehjemsplasser per innbyggere 80 år og eldre og antall årsverk innen hjemmetjenestene per innbygger 80 år og eldre.

I kapittel 3 følger en presentasjon og diskusjon av resultatene fra analysene som tester om det er noen signifikant sammenheng mellom pasientenes liggetid på sykehus og hjemstedskommunens kapasitet innen pleie- og omsorgstjenestene. Forhold ved sykehuset som behandler pasientene trekkes inn i analysen, likeså forhold ved pasienten selv.

I kapittel 4 redegjøres det for resultatene fra intervjuene med et mindre utvalg sentrale personer som arbeider innen 1. og 2. linjetjenestene. Noen av hovedtemaene: samarbeidet mellom sykehus og pleie- og omsorgstjenestene, om endringer i effektivitet over tid og om primærkommunene har problemer med å ta i mot pasienter fra sykehusene eller ikke.

Resultatene fra den større anlagte telefoniske intervjuundersøkelsen presenteres i kapittel 5. Et landsrepresentativt utvalg ledere fra pleie- og omsorgstjenestene i 300 kommuner og bydeler ble intervjuet, med sikte på å få frem deres synspunkter på om de har problemer med å ta imot utskrivingsklare pasienter. I kapittel 5 drøftes det også hvilke forhold som kan påvirke kommunenes evne til å ta imot utskrivingsklare pasienter.

På grunnlag av funnene i denne studien og andre studier, avsluttes rapporten med å drøfte hvilke virkemidler som kan iverksettes for at 1. linjetjenestene bedre skal kunne skjøtte sine oppgaver i forhold til eldre pasienter med behov for oppfølging av hjemstedskommunen. Kapittel 6 inneholder avslutningsvis en beskrivelse av de kommunene som synes å ha fått samhandlingen mellom 1. linjen og 2. linjen til å fungere.

2. BESKRIVENDE STATISTIKK PÅ KOMMUNE-, SYKEHUS- OG PASIENTNIVÅ

2.1 Innledning

I denne studien anvender vi samfunnsvitenskaplige kvantitative metoder for å undersøke om det er forhold ved kommunene som påvirker hvor lenge eldre pasienter (og særlig pasienter med spesielle oppfølgingsbehov) blir liggende på somatiske sykehus. Med ”forhold ved kommunene” mener vi i første rekke kommunenes kapasitet innen hjemmesykepleien og sykehjemsomsorgen. Indikatorer på kapasitet kan være antall sykehjemsplasser per innbygger over 80 år; andel mottagere av hjemmetjenester i samme aldersgruppe og antall sykepleierårsverk knyttet til henholdsvis institusjonsomsorgen og hjemmeomsorgen.

Selv om disse sektorspesifikke kapasitets- og ressursstørrelser er mest interessante, kan også andre, mer grunnleggende forhold i kommunene vise seg å ha effekt. Inkluderer man ikke sentrale, objektive karakteristika som befolkningsstørrelse og inntektsnivå, kan forklaringsmodellene bli feilspesifiserte.

Liggetiden for en individuell pasient vil imidlertid også kunne påvirkes av forhold ved selve sykehuset som behandler pasienten, som kapasitetsutnyttelsen; antall syke- og hjelpepleiere per sengeplass; antall pasienter på venteliste mv. Vi ønsker med andre ord også å kontrollere for slike forhold i analysen. Sist, men ikke minst, vi ønsker å kontrollere for den mulige betydningen pasientspesifikke variabler som alder, kjønn og diagnose kan ha for liggetiden. Hovedhypotesen er at det er en sammenheng mellom liggetiden og kommunenes kapasitet innenfor hjemmetjenestene og sykehjemsplasser spesielt. Ved å kontrollere også for sykehusspesifikke og pasientspesifikke forhold vil analysen kunne svare på om sider ved kommunenes ressursdisponering innen pleie- og omsorgssektoren har en selvstendig virkning på liggetiden og/eller om det er andre variabler som betyr mer.

2.2 Utviklingstrekk innen pleie- og omsorgssektoren

Under følger en presentasjon av utviklingstrekk innen pleie- og omsorgssektoren samt nøkkelvariabler som blir brukt i analysen. Datakilde er i hovedsak Statistisk Sentralsbyrås (SSBs) Hjulet, en samling av statistikk på kommunenivå som årlig utarbeides for SHD. SNF har lagt betydelig arbeid ned i å samkjøre de ulike årgangene og variablene i Hjulet til en

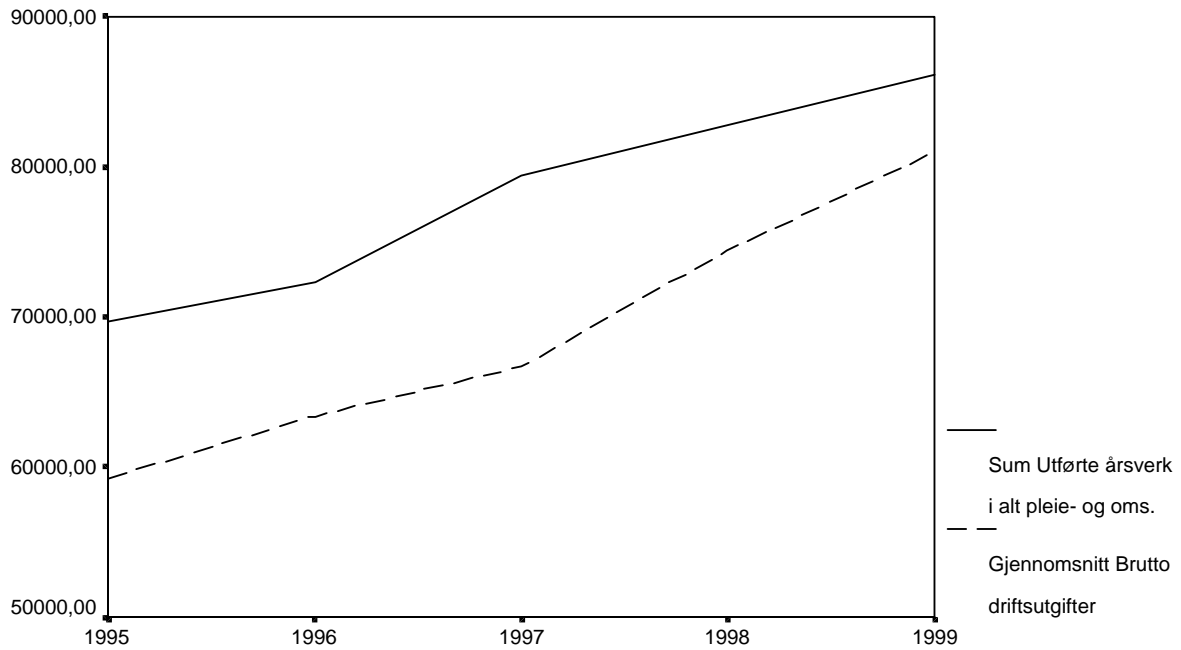
samlet analysefil. I tillegg er enkelte tallserier fra Pleie- og omsorgstatistikk hentet fra Kommunedatabasen ved Norsk Samfunnsvitenskaplige Datatjeneste (NSD). I figurene er noen størrelser summerte tall fra kommunenivå, mens andre er gjennomsnitt av kommunetall. Ulik beregningsmåte kan gi avvikende resultater. Summerer man f.eks. antall innbyggere 80 år og over for hele Norge, samt antall sykehjemsplasser nasjonalt og deretter dividerer disse summene med hverandre, får man et forholdstall for Norge som helhet. I dette forholdstallet vil store kommuner, med stor befolkning veie mer enn mindre kommuner. Dette kan betegnes et vektet gjennomsnitt. Et annet resultat får man dersom forholdstallene blir beregnet på kommunenivået og et nasjonalt gjennomsnitt deretter beregnes av de kommunale forholdstallene. I et slikt aritmetisk gjennomsnitt har alle kommuner, uansett størrelse, samme vekt.

I denne fremstillingen er det så langt som mulig sjekket at utvikling basert på nasjonale summerte tall ikke er svært forskjellig fra gjennomsnitt av kommuneverdier, selv om nivået kan være ulikt.

For kategorisering av kommuner til figurfremstilling er det gjennomgående brukt samme fremgangsmåte, med en tredeling basert på verdiene, i alle tilfeller der grunnlaget er en kontinuerlig variabel som f.eks. befolkningsstørrelse. Kommunene innenfor de 25% laveste verdiene er blitt kategorisert som "liten". Kommunene innenfor de 25% høyeste verdiene er blitt kategorisert som "stor". Kommunene i kategorien "middels" utgjør 50% av kommunene¹. Som basisår for inndeling i kategorier etter størrelse og økonomi er valgt verdier for året 1997 som ligger midt i perioden. Denne metoden for inndeling i 3 kategorier basert på en kontinuerlig variabel kan gi en sammenfattet og slående fremstilling. Inndelingen er likevel vilkårlig, ulik kategoriavgrensning kan gi ulike bilder. Variable verdiområder på aksene i figurene bidrar dessuten til å dramatisere forskjellene ytterligere.

Inndelingen utnytter heller ikke all informasjonen (variasjonen) som ligger i datagrunnlaget. I oppsummering av dette avsnittet vil vi derfor også se på hvilken samvariasjon som kan identifiseres ved hjelp av korrelasjonsmatriser mellom de kontinuerlige variablene.

¹ Ved å la den midterste klassen inneholde dobbelt så mange enheter som de to andre klassene avhjelper man også følgende problem: "If a large number of data units are clustered relatively close together (a frequent occurrence with geographic data), (these) similar sized values are likely to be split unnaturally by a class break to keep an equal number of values in each category" (McGrew og Monroe, 1993).



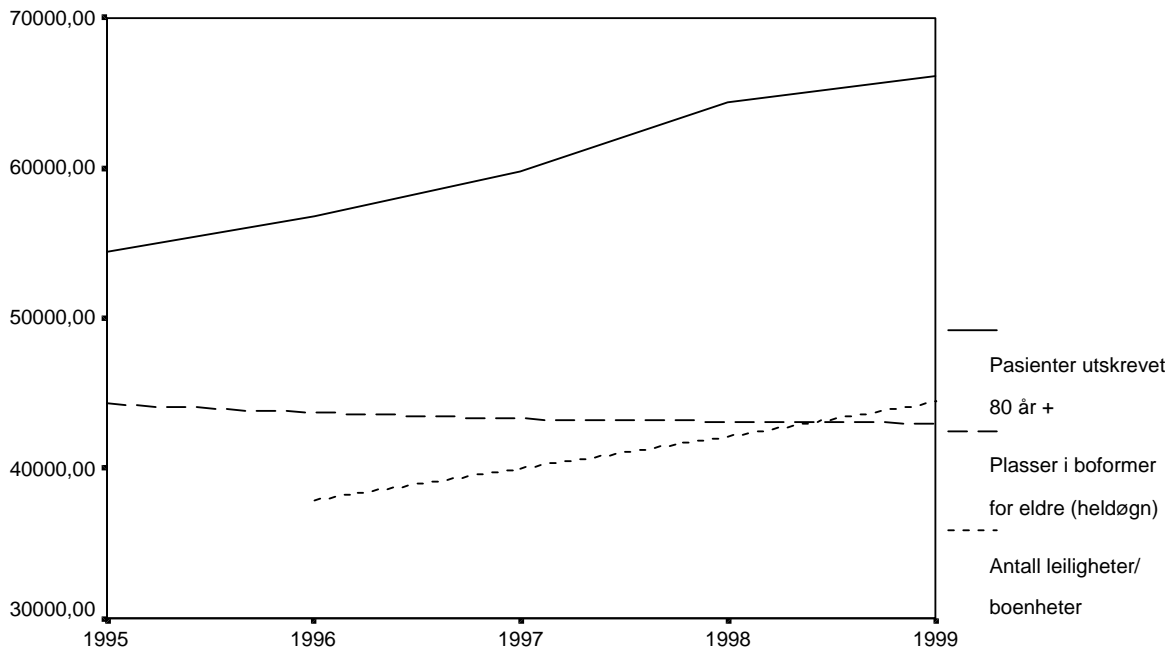
Figur 2.1: Ressursinnsats i pleie- og omsorgssektoren 1995 – 1999. Sum utførte årsverk alle kommuner og gjennomsnitt bruttodriftsutgifter (løpende kr), alle kommuner.

Det fremgår av figur 2.1 at det har vært realvekst både i brutto driftsutgifter og utførte årsverk i perioden 1995 - 1999. Figur 2.2 viser at veksten i årsverk i pleie- og omsorgssektoren, fra vel 70.00 til 86.000, drives av vekst i andre yrkesgrupper enn sykepleiere og hjelpepleiere.

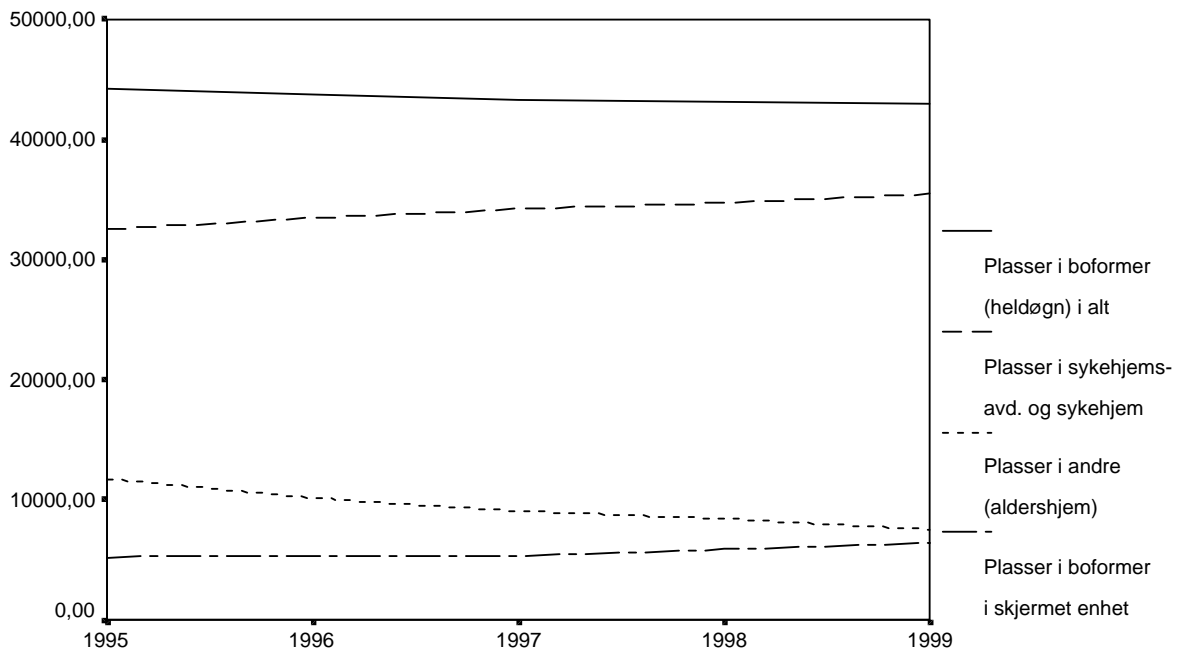


Figur 2.2 : Sammensetning av vekst i årsverk. Summerte tall, alle kommuner.

Flere eldre (fra 55.000 til 66.000) behandles årlig på sykehus samtidig som tallet på kommunale institusjonsplasser med heldøgns omsorg reduseres. Antall omsorgsboliger er i vekst (jf figur 2.3). Antall sykehjemsplasser har imidlertid økt, til tross for brutto reduksjon i institusjonsplasser med heldøgns omsorg. Reduksjonen består av plasser i aldershjem (jf figur 2.4).

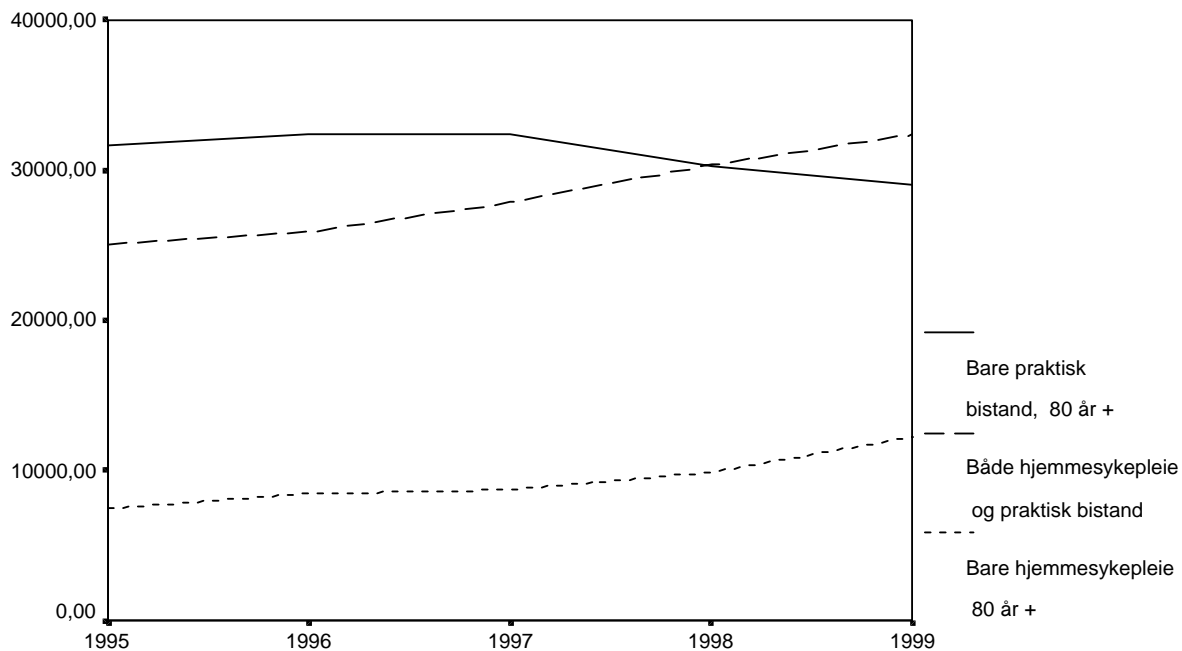


Figur 2.3 : Utskrevne pasienter 80 år og mer, mot offentlige boligtilbud. Summerte tall, alle kommuner.



Figur 2.4 : Sammensetning av plasser i boformer med heldøgns omsorg. Summerte tall, alle kommuner.

Et annet utviklingstrekk, som er vist i figur 2.5, er at flere eldre får hjemmesykepleie i tillegg til praktisk bistand. Tilbudet av ren hjemmehjelp reduseres.



Figur 2.5 : Antall mottakere av praktisk bistand og hjemmesykepleie. Summerte tall, alle kommuner.

La oss videre se nærmere på dekningsgrader for pleie- og omsorgstilbud, nøkkelvariabler som er aktuelle for den kvantitative analysen. Variablene brukes til å beskrive ressursbruken i hjemstedskommunen til pasientene.



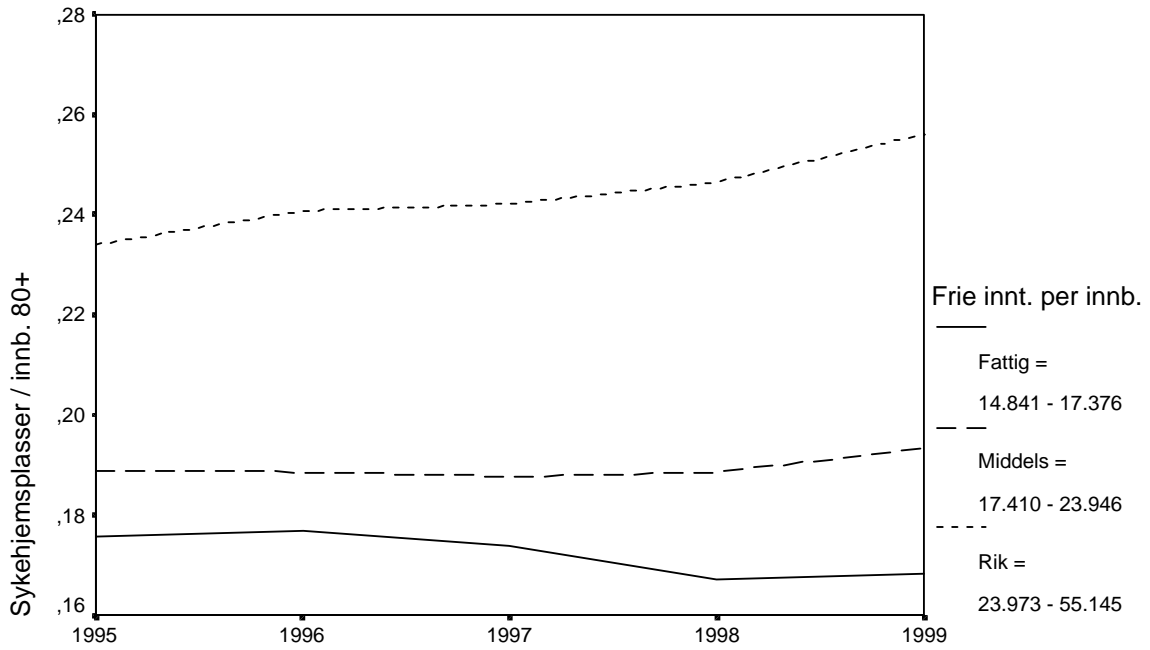
Figur 2.6 : Antall kommunale institusjonsplasser, brukere og boliger, per innbygger 80 år og eldre (forholdstall). Gjennomsnitt for alle kommuner.

Figur 2.6 viser at antall sykehjemsplasser og antall boligenheter per innbygger 80 år og eldre (dekningsgrader) har kun en svak vekst i perioden vi studerer. Institusjonsplasser viser negativ vekst, noe som skyldes at antall aldershjemsplasser reduseres (jf diskusjon over). Dekningsgrad for hjemmetjenester (hjemmehjelp og hjemmesykepleie) vokser fra 1997 av. Dette bildet er imidlertid et gjennomsnittsbilde over alle norske kommuner. Bruker vi kommunestørrelse målt som totalt antall innbyggere som indikator, finner vi følgende mønster: Vedvarende nivåforskjell mellom kommuner av ulik størrelse. Flest (og økende) sykehjemsplasser i små kommuner. Lavere vekst (eller stabilt) i middels og store kommuner (jf figur 2.7).



Figur 2.7 : Dekningsgrad sykehjemsplasser per innbygger 80 år og eldre. Kommuner etter kategori befolkningsstørrelse. Gjennomsnitt per kommunekategori.

Videre finner vi en vedvarende nivåforskjell mellom kommuner med ulike økonomiske rammebetingelser. (Et høyt inntekts- og utgiftsnivå kan ha sammenheng med både ekstraordinære inntekter og store kostnader). De 25% ”rikeste” kommunene har markert bedre sykehjemsdekning (jf figur 2.8). Samme forskjeller finnes forøvrig målt med driftsutgifter per innbygger. Figur 2.9 viser på sin side at det er en vedvarende nivåforskjell mellom kommuner med ulik sentralitet. Distriktskommuner har tydelig bedre sykehjemsdekning. Samme forskjeller gjelder ved kategorier for befolkningstetthet, da kommer spredtbygde kommuner best ut.

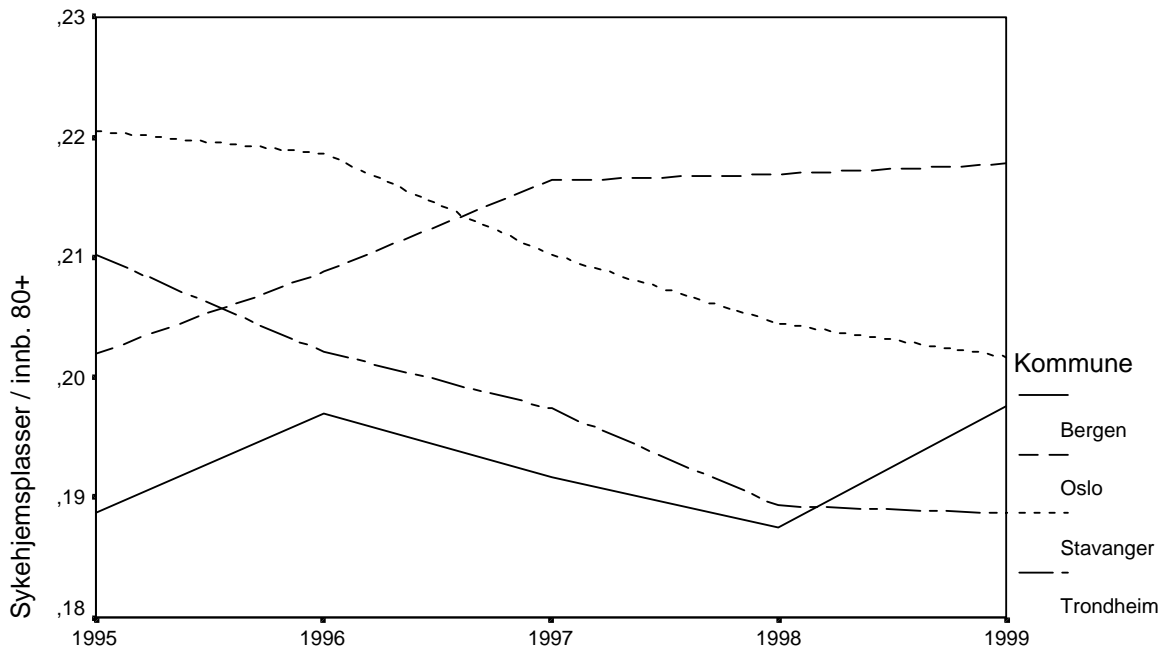


Figur 2.8 : Dekningsgrad sykehjemsplasser per innbygger 80 år og eldre. Kommuner etter kategori frie inntekter per innbygger. Gjennomsnitt per kommunekategori.



Figur 2.9 : Dekningsgrad sykehjemsplasser per innbygger 80 år og eldre. Kommuner etter kategori sentralitet (SSB 1994). Gjennomsnitt per kommunekategori.

Når det gjelder de store kommunene, så viser figur 2.10 at det er fallende dekningsgrad i Stavanger og Trondheim, fluktuerende sykehjemsdekning i Bergen og veksttendenser i Oslo.



Figur 2.10 : Dekningsgrad sykehjemsplasser per innbygger 80 år og eldre. Store kommuner.

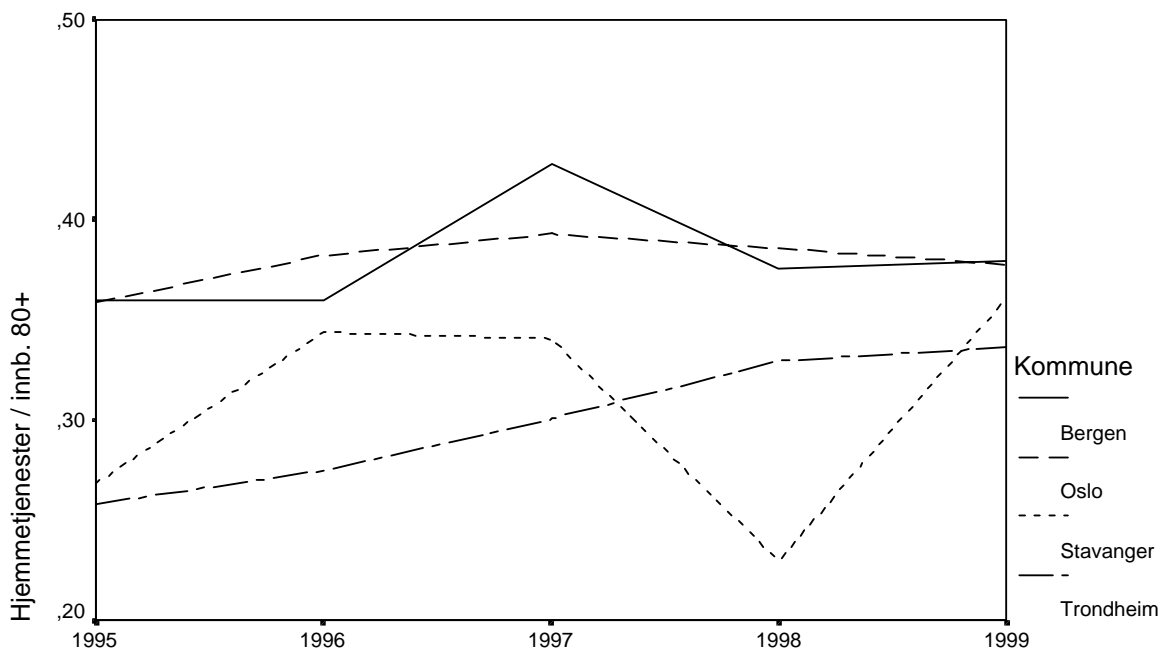
For de hjemmebaserte tjenester (her både hjemmesykepleie og praktisk bistand) er mønsteret i dekningsgrader som for sykehjemsplasser: Vedvarende nivåforskjell i hjemmetjenester mellom kommuner av ulik størrelse. Høyeste dekningsgrad i små kommuner (jf figur 2.11).



Figur 2.11 : Dekningsgrad hjemmetjenester, mottakere per innbygger 80 år og eldre. Kommuner etter kategori befolkningsstørrelse. Gjennomsnitt per kommunekategori.

Dersom bare mottakere av hjemmesykepleie fordeles på kommunekategoriene (mottakere av kun praktisk bistand holdes utenfor) er også skillene i dekningsgrad mellom kommunekategoriene omlag som for sykehjemsplasser. Kommuner som er små, rike eller lokalisert i distriktene har høyere dekningsgrad for hjemmetjenester, når det er antall mottagere som telles.

Også når det gjelder hjemmehjelpstjenestene er det ulik utvikling å spore blant de store bykommunene. Figur 2.12 viser at det er høyere nivå på dekningsgrad i Oslo og Bergen, fluktuerende dekning i Stavanger og veksttendenser i Trondheim.

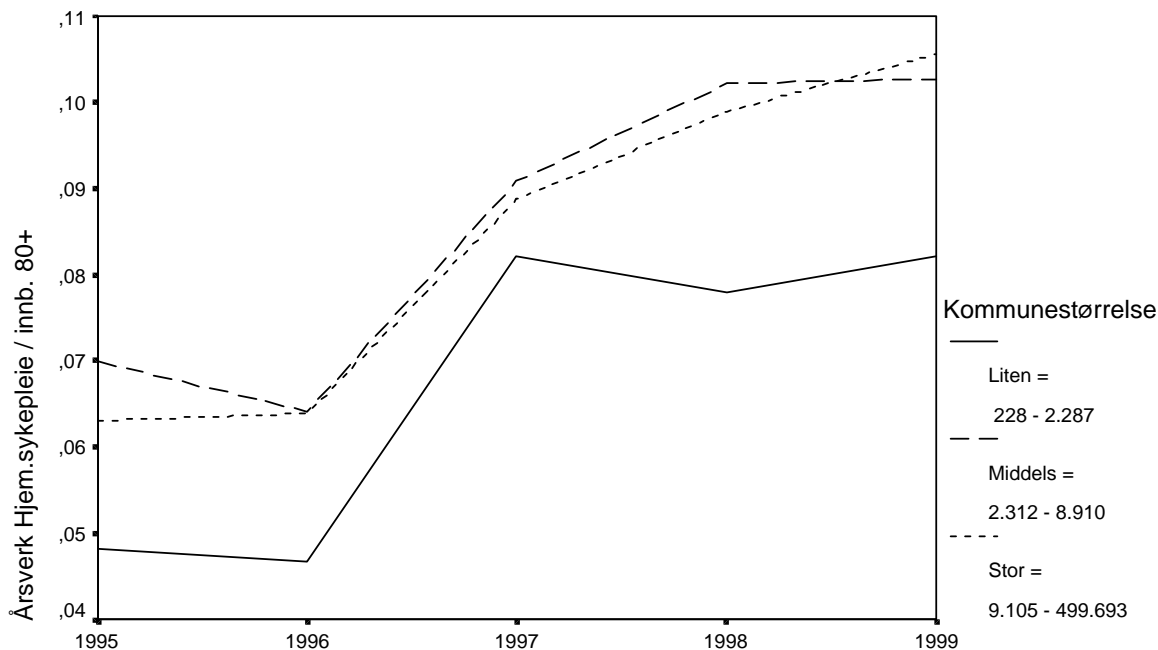


Figur 2.12 : Dekningsgrad hjemmetjenester per innbygger 80 år og eldre. Store kommuner.

Samme mønster i utvikling for dekningsgrad sykehjemsplasser og hjemmetjenester innebærer at ulikheter mellom kommuner, i den totale offentlige omsorg som ytes til gruppen 80 år og eldre, også følger skillelinjene vist i figurene over. Selv om utbygging av sykehjemsplasser og hjemmetjenester kan være alternative strategier, er det likevel slik (i denne svært enkle fremstillingen) at de små, de rike og distriktskommunene har det beste tilbudet totalt.

Når man ser på dekningsgrad for boliger er bildet annerledes. Etter kategorisering som ovenfor, er andelen over tid høyest i små kommuner, men fattige kommuner og sentrale kommuner har en like høy andel som rike, og bedre enn distriktskommuner. Også for dekningsgrad av korttids plasser i sykehjem er bildet noe mer sammensatt.

Den største kontrasten finnes likevel dersom man fordeler (det økende) antall årsverk utført av syke- og hjelpepleiere i hjemmetjenestene per innbygger 80 år og over. Med denne indikatoren kommer de store og middels store kommunene noe bedre ut enn de små (se figur 2.13 under). Kommuner med lave og middels inntekter har dessuten en bedre dekningsgrad enn "rike" kommuner. Målt etter sentralitet har kategorien andre byområder en bedre dekningsgrad enn storbyområder og distriktskommuner.



Figur 2.13 : Dekningsgrad årsverk utført av syke- og hjelpepleier i hjemmetjenester per innbygger 80 år og eldre. Kommuner etter kategori befolkningsstørrelse. Gjennomsnitt per kommunekategori.

At disse forskjellene viser seg bare når årsverkkategorier fordeles, kan indikere kvalitative forskjeller i hjemmetjenestene, som ikke fanges opp når kun antall mottakere telles. I kommunene med best sykehjemsdekning vil personale med formelle kvalifikasjoner, som en knapp faktor, være tilknyttet sykehjemmene.

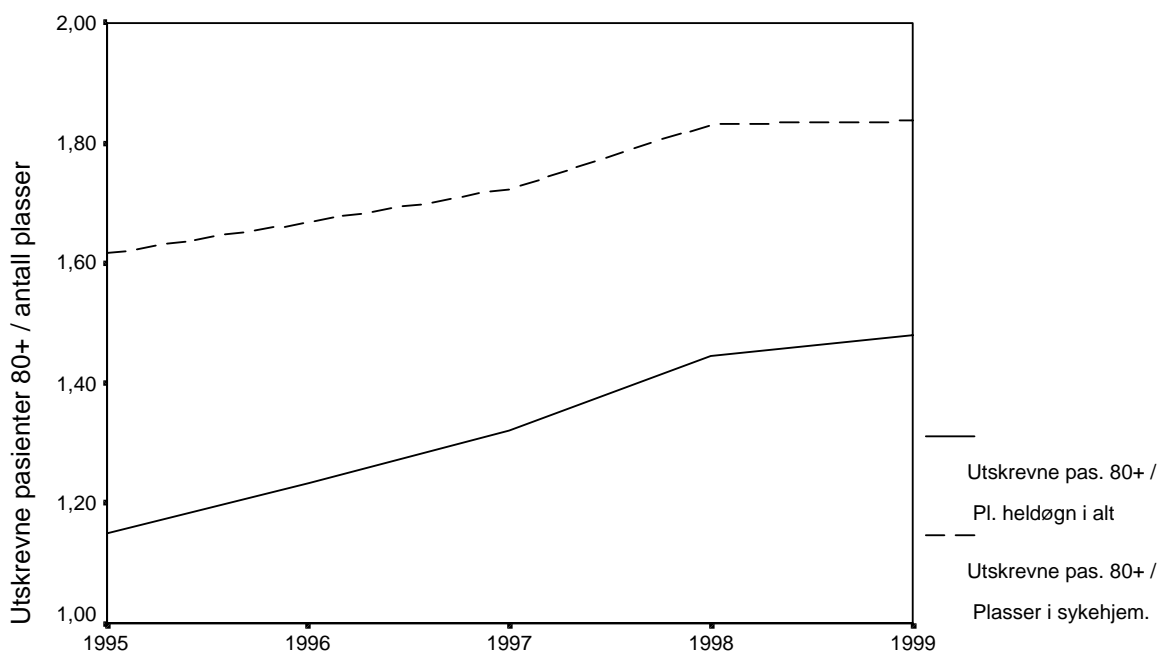
I neste avsnitt forholdes antall utskrevne pasienter, 80 år og over, ikke til antall mottagere av hjemmetjenester. I stedet blir antall årsverk utført av syke- og hjelpepleiere i hjemmetjenestene brukt som grunnlag. Da kan noen av forskjellene i ressursinnsats mellom kommunekategorier bli tydeligere.

2.3 Utskrevne pasienter 80 år og eldre, sett i forhold til ressursinnsats i pleie- og omsorg

2.3.1 Sykehjemsplasser

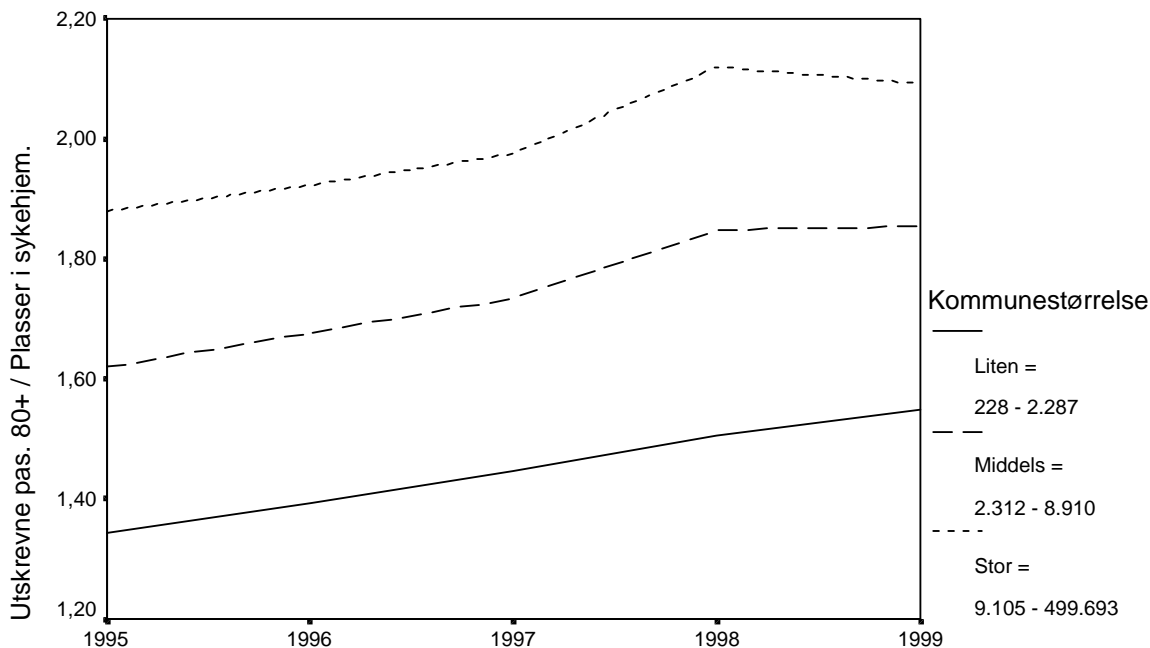
Flere eldre pasienter utskrives over tid, relativt til hvor mange institusjonsplasser som finnes i kommunene (både brutto og i forhold til sykehjemsplasser alene). I figur 2.14 er denne negative utviklingen illustrert. At dette forholdstallet blir høyere er ikke et problem i seg selv, men det kan tjene som en indikator på kommunenes evne til å ta imot pasienter som krever offentlig pleie- og omsorg etter sykehusbehandling.

Da utviklingen for de to størrelsene i figur 2.14 er tilnærmet like, omfatter de påfølgende figurer kun utskrevne pasienter per sykehjemsplass.



Figur 2.14 : Utskrevne pasienter per institusjonsplasser i alt og per sykehjemsplasser alene (forholdstall). Gjennomsnitt for alle kommuner.

Vi finner vedvarende nivåforskjell mellom kommuner av ulik størrelse. I store kommuner er det flere utskrevne pasienter per sykehjemsplass. Over tid blir det stadig flere i alle tre kategorier (jf figur 2.15).



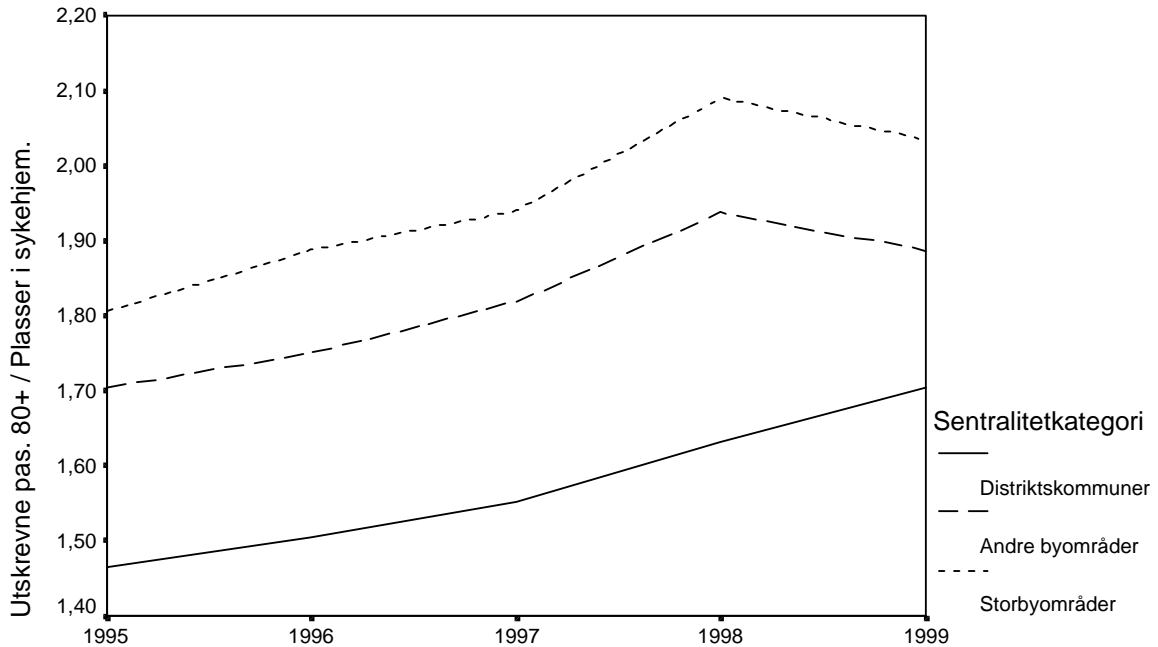
Figur 2.15 : Utskrevne pasienter / sykehjemsplasser. Kommuner etter kategori befolkningsstørrelse. Gjennomsnitt per kommunekategori.

Figur 2.16 viser vedvarende nivåforskjell mellom kommuner med ulike økonomiske rammebetingelser. I fattige kommuner er det flere utskrevne pasienter per sykehjemsplass. Over tid blir det stadig flere i alle tre kategorier. Samme forskjeller finnes, målt med driftsutgifter per innbygger.



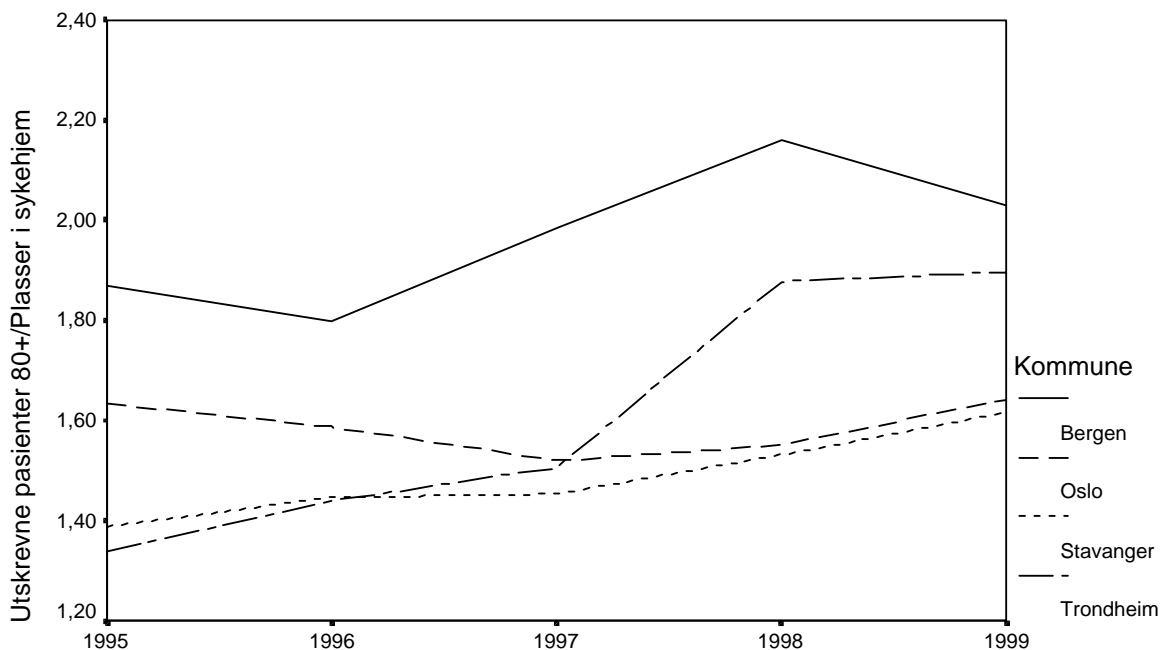
Figur 2.16 : Utskrevne pasienter / sykehjemsplasser. Kommuner etter kategori frie inntekter per innbygger. Gjennomsnitt per kommunekategori.

Figur 2.17 viser at det er vedvarende nivåforskjell mellom kommuner med ulik sentralitet. Flere utskrives per sykehjems plass i storbyområdene. Samme forskjeller gjelder ved kategorier for befolkningstetthet, da forholdstallet er høyest i tett befolkede strøk.



Figur 2.17 : Utskrevne pasienter / sykehjemsplasser. Kommuner etter kategori sentralitet (SSB 1994). Gjennomsnitt per kommunekategori.

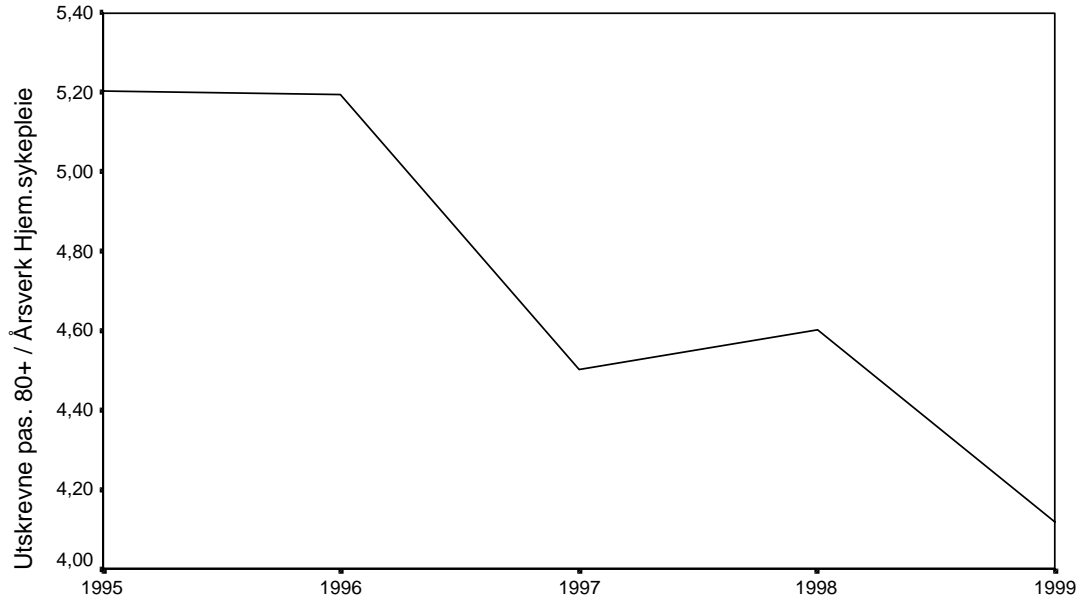
Blant de største byene er forholdstallet for Oslo mest gunstig (lavest) over tid. Stavanger nærmer seg Oslo i løpet av perioden (figur 2.18).



Figur 2.18 : Utskrevne pasienter / sykehjemsplasser. Store kommuner.

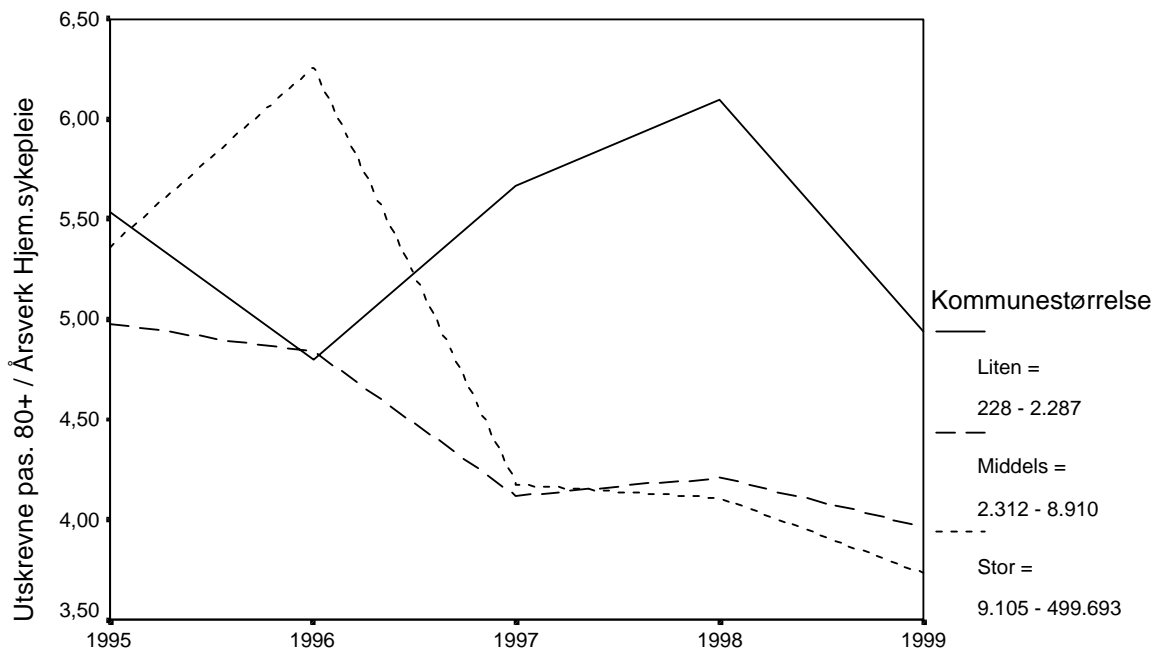
2.3.2 Pleierårsverk i hjemmetjenester

Færre eldre pasienter utskrives over tid, relativt til antall årsverk i hjemmetjenester utført av syke- og hjelpepleiere i kommunene under ett. Den positive utviklingen fremgår av figur 2.19.



Figur 2.19 : Utskrevne pasienter / årsverk utført av syke- og hjelpepleiere i hjemmetjenester (forholdstall). Gjennomsnitt for alle kommuner.

Av figur 2.20 fremgår det at kommuner av ulik størrelse i 1995 ligger på nesten samme nivå. I forhold til antall årsverk i hjemmetjenester utført av syke- og hjelpepleiere utskrives i 1999 relativt flere eldre pasienter i små kommuner enn i større.



Figur 2.20 : Utskrevne pasienter / årsverk utført av syke- og hjelpepleiere i hjemmetjenester. Kommuner etter kategori befolkningsstørrelse. Gjennomsnitt per kommunekategori.

Legg merke til, som beskrevet i figur 2.21, at kommuner med ulike økonomiske rammebetingelser i 1995 ligger på nesten samme nivå. I forhold til antall årsverk i hjemmetjenester utført av syke- og hjelpepleiere utskrives i 1999 relativt flere eldre pasienter i ”rike” kommuner, som i større grad har satset på å bygge ut et sykehjemstilbud. Samme forskjeller gjelder målt med driftsutgifter per innbygger.

Det fremgår av figur 2.22 at kommuner med ulik sentralitet ligger i 1995 på samme nivå. I forhold til antall årsverk i hjemmetjenester utført av syke- og hjelpepleiere utskrives i 1999 relativt flere eldre pasienter i distriktskommuner. Samme forskjeller gjelder målt ved befolkningstetthet.

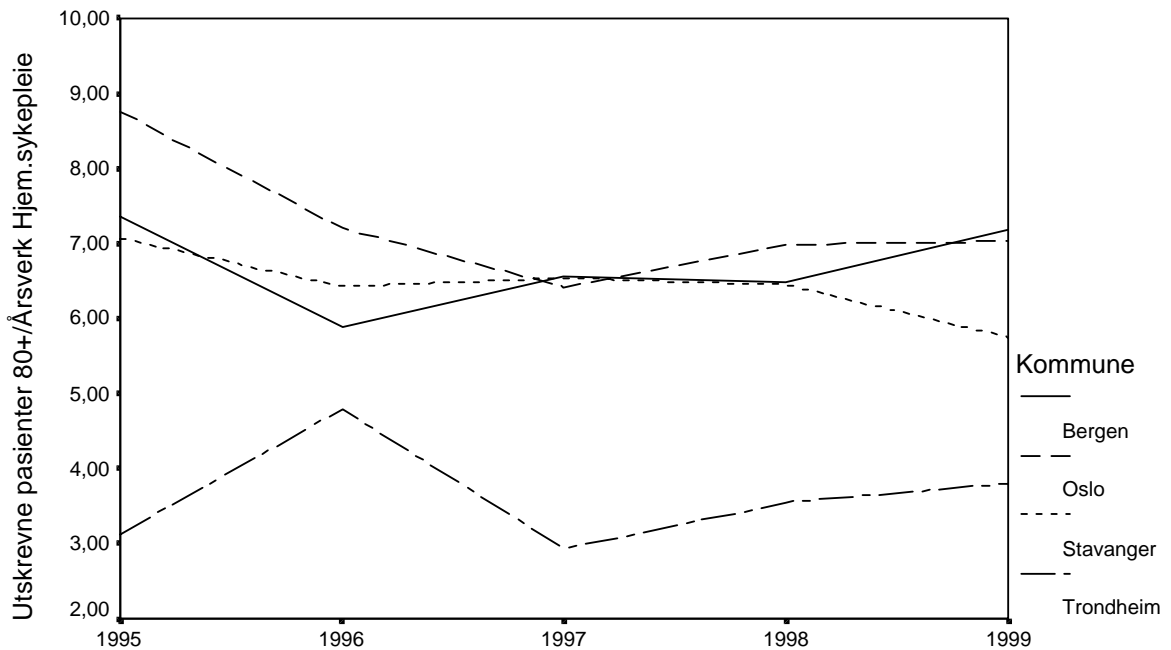
Til sist, legg merke til at Trondheim i perioden 1995-1999 kun har 3 – 4 utskrevne pasienter per pleierårsverk i hjemmetjenester. De øvrige store byene har om lag det dobbelte (figur 2.23). Dette er også det dobbelte av landsgjennomsnittet. Til tross for at storbyene Oslo, Bergen og Stavanger kommer dårlig ut, tyder likevel figurene på at kommunekategorier med lav sykehjemsdekning har bedre kapasitet mht. kvalifiserte pleierårsverk i hjemmetjenester.



Figur 2.21 : Utskrevne pasienter / årsverk utført av syke- og hjelpepleiere i hjemmetjenester. Kommuner etter kategori frie inntekter per innbygger. Gjennomsnitt per kommunekategori.



Figur 2.22 : Utskrevne pasienter / årsverk utført av syke- og hjelpepleiere i hjemmetjenester. Kommuner etter kategori sentralitet (SSB 1994). Gjennomsnitt per kommunekategori.



Figur 2.23 : Utskrevne pasienter / årsverk utført av syke- og hjelpepleiere i hjemmetjenester. Store kommuner.

2.4 Gjennomsnittlig liggetid for pasienter 80 år og eldre

I avsnittet over brukte vi SSB-tall fra "Hjulet" for antall pasienter 80 år og eldre, utskrevet i løpet av året. Denne størrelsen ble valgt for å illustrere forholdet mellom antall personer i en gruppe med spesielle behov og kommunenes kapasitet. Mange pasienter bli imidlertid innlagt på sykehus flere ganger i løpet av et år, slik at antallet sykehusopphold er høyere enn antall pasienter.

Da det er liggetid per sykehusopphold (og ikke per pasient) som er avhengig variabel i vår analyse, vil vi nedenfor illustrere utvikling og forskjeller i gjennomsnittlig liggetid per heldøgnsopphold. Liggetidsverdiene er basert på gjennomsnitt av verdier på kommunenivå.

I figurfremstilling er det først og fremst nivå som skiller liggetid for *utskrevne pasienter* fra *heldøgnsopphold*. Trendene i figurene, også som forholdstall fordelt på kommunekategorier blir svært like. Av figur 2.24 nedenfor ser vi at gjennomsnittlig liggetid for begge kategorier har falt i perioden 1995 til 1999. For *heldøgnsopphold* er reduksjonen 0,5 dager og for *utskrevne pasienter* vel 0,35 dager. Dette kan indikere at sykehusopphold stykkes opp mer enn før, eller at kortere liggetid per opphold resulterer i flere reinnleggelser.

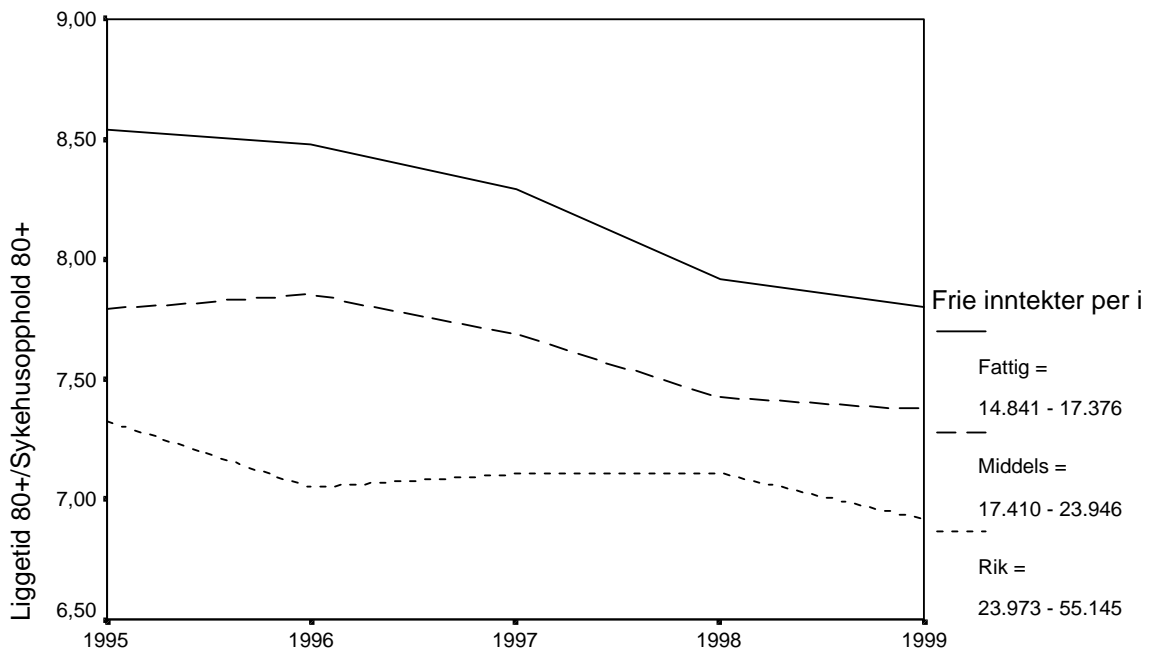


Figur 2.24 : Gjennomsnittlig liggetid per utskrevne pasienter og per sykehusopphold, for pasienter 80 år og eldre. Gjennomsnitt av kommunegjennomsnitt, alle kommuner.



Figur 2.25 : Gjennomsnittlig liggetid per sykehusopphold, pasienter 80 år og eldre. Kommuner etter kategori befolkningsstørrelse. Gjennomsnitt per kommunekategori.

Figur 2.25 viser at den gjennomsnittlige liggetiden for heldøgns sykehusopphold, pasienter 80 år og eldre, varierer med kommunestørrelsen. Små kommuner har den korteste liggetiden. Snittet variere fra ca. 7,3 dager i 1995 til 6,8 dager i 1999. Store kommuner har en gjennomsnittlig liggetid som varierer fra om lag 8,7 dager i 1995 til ca. 8 dager i 1999.



Figur 2.26 : Gjennomsnittlig liggetid per sykehusopphold, pasienter 80 år og eldre. Kommuner etter kategori frie inntekter per innbygger. Gjennomsnitt per kommunekategori.

Det er også vedvarende nivåforskjell mellom kommuner med ulike økonomiske rammebetingelser. Som vist i figur 2.26 er det lengre liggetid i fattige enn i rike kommuner. Samme forskjeller gjelder målt med driftsutgifter per innbygger.



Figur 2.27 : Gjennomsnittlig liggetid per sykehusopphold, pasienter 80 år og eldre. Kommuner etter kategori sentralitet (SSB 1994). Gjennomsnitt per kommunekategori.

Figur 2.27 viser at distriktskommuner har vedvarende lavere gjennomsnittlig liggetid. Inndelt etter befolkningstetthet skiller spredtbygde kommuner seg mindre fra mellomkategorien.



Figur 2.28 : Gjennomsnittlig liggetid per sykehusopphold, pasienter 80 år og eldre. Store kommuner.

Det fremgår av figur 2.28 at Oslo har den lengste liggetiden – i hele perioden. Trondheim har i 1999 også lang liggetid, etter en periode kjennetegnet av en fluktuerende, men fallende trend. Stavanger har også en synkende trend på forholdsvis lavt nivå. Bergen er den desiderte "taperen", kjennetegnet med kortest liggetid av de fire storbyene. Alle storbyene har likevel lengre liggetider enn gjennomsnittet for kommunene (se figur 2.24).

I tillegg til de store byene har vi også sett spesielt på kommuner med såkalte sykestuer, et pleietilbud som ligger mellom sykehusets domene og kommunenes ordinære pleie- og omsorgstilbud (Helsetilsynet 2001). Organisasjonsform og virksomhetsområde varierer mellom sykestuer i ulike kommuner. Noen er drevet helt i fylkeskommunal regi, andre med fylkeskommunalt tilskudd. I enkelte tilfeller ligger "sykestuefunksjonen" i en aktiv bruk av kommunale korttidsplasser i sykehjem. Helsetilsynets rapport gir derfor ikke en entydig listing av kommuner med sykestuer, vi har likevel med rapporten som grunnlag identifisert i alt 29 kommuner som har sykestue i en eller annen form. De fleste (16) er kommuner i Finnmark og 5 er kommuner i Troms.

Fordelt som i figurene i de foregående avsnitt, har sykestuekommuner egenskaper lik små kommuner, rike kommuner og distriktskommuner. Eneste unntak gjelder dekningsgrad og antall eldre pasienter per pleierårsverk i hjemmetjenestene. Sykestuekommunene skårer i gjennomsnitt positivt også på disse forholdstallene, (de har høyere dekningsgrad og færre utskrevne pasienter per pleierårsverk enn andre kommuner). Med hensyn til gjennomsnittlig liggetid for sykehuspasienter fra sykestuekommunene ligger denne i hele perioden 1995 – 1999 på et nivå vel 0,5 dager under verdiene for øvrige kommuner.

Alt i alt har kommunekategoriene med best sykehjemsdekning og høyest antall mottakere av hjemmetjenester den laveste liggetiden for pasienter som er 80 år og mer. Eldre pasienter i de andre kommunekategoriene, som har flere kvalifiserte pleierårsverk i hjemmetjenestene, blir liggende relativt lengre på sykehus. For alle kategorier faller imidlertid den gjennomsnittlige liggetiden i årene 1995 – 1999.

2.5 Oppsummering av sammenhenger på kommunenivå

I de foregående avsnitt er utvikling i nøkkeltall totalt, og i sammenheng med karakteristika på kommunenivå, vist med kategoriinndelte linjediagrammer for sentrale størrelser. Som nevnt kan denne metoden for inndeling i kategorier basert på en kontinuerlig variabel gi en sammenfattet og slående fremstilling. Inndelingen er likevel vilkårlig og variable verdiområder på aksene i figurene bidrar til å dramatisere også marginale forskjeller. Inndelingen utnytter heller ikke all informasjonen (variasjonen) som ligger i datagrunnlaget.

Til tabellene nedenfor har vi valgt ut kontinuerlige variabler og beregnet korrelasjon mellom disse, for å kunne tallfeste styrke i partielle sammenhenger². Variablene vil være kjent fra den foregående figurfremstillingen, med unntak av *Innbyggere per km. off. vei*, et kontinuerlig mål for bosettingstetthet som erstatter den nominelle inndelingen etter sentralitet.

I tabell 2.1 ser vi at det er tydelige og statistisk signifikante sammenhenger mellom karakteristika på kommunenivå og mellom disse karakteristika og dekningsgrader innen pleie- og omsorgssektoren.

I følge tabell 2.1 har mindre, spredtbygde kommuner bedre økonomi (eller høyere kostnader) per innbygger. En sterk positiv sammenheng finnes også mellom kommuneøkonomi og institusjonsplasser per innbygger 80 år og over (den er noe svakere for sykehjemsplasser alene). For antall mottakere av hjemmetjenester (unntatt ren praktisk bistand) per innbygger er forholdene tilsvarende, selv om denne størrelsen ikke er korrelert med institusjonsplasser per innbygger. Antall syke- og hjelpepleierårsverk i hjemmetjenestene er noe korrelert med befolkningstetthet, ellers bare med antall mottakere av hjemmetjenester. Korttidsopphold i sykehjem per innbygger samvarierer positivt med inntektsindikatoren, men i svakere grad enn det institusjonsplasser i alt gjør. Boligheter per innbygger er signifikant negativt korrelert med institusjonsplasser per innbygger. Dette kan tyde på at kommuner velger mellom disse som alternative løsninger. Derfor er også boligheter per innbygger positivt korrelert med antall mottakere av hjemmetjenester og antall syke- og hjelpepleierårsverk.

² . Beregningene er kun gjort for året 1997. Dataårgangene er ikke uavhengige, kommunekarakteristika er relativt stabile i perioden. Ved inkludere flere år samtidig i korrelasjonene kan man oppnå at flere (svakere) sammenhenger blir signifikante.

Tabell 2.1 : Korrelasjon mellom kommunale karakteristika og dekningsgrader innen pleie- og omsorgssektoren.

		Befolkning ialt	Frie inntekter per innbygger	Innbygg. per km. off.vei	Inst. plasser / innb. 80+	Mottakere hjemmesykepl.+hj. / innb. 80+	Pleierårsverk i hjemtj / innb. 80+	Boligenheter / innb. 80+	Korttidsopp. / innb. 80+
Befolkning ialt	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	1,000 , 435	**	**	*	*			
Frie inntekter per innbygger	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,184** ,000 435	1,000 , 435	**	**	**			**
Innbyggere per km. off.vei	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,289** ,000 435	-,528** ,000 435	1,000 , 435	**	*	*		
Institusjonsplasser / innb. 80+	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,103* ,032 435	,441** ,000 435	-,202** ,000 435	1,000 , 435			**	**
Mottakere Hjemmesykepl. +hjelp / innb. 80+	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,122* ,011 435	,302** ,000 435	-,102* ,033 435	,067 ,164 435	1,000 , 435	**	**	
Pleierårsverk i hjemtj / innb. 80+	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,038 ,432 435	-,025 ,602 435	,110* ,022 435	,078 ,106 435	,125** ,009 435	1,000 , 435	**	
Boligenheter / innb. 80+	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,058 ,250 400	,011 ,821 400	,023 ,643 400	-,313** ,000 400	,229** ,000 400	,162** ,001 400	1,000 , 400	
Korttidsopp. / innb. 80+	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,039 ,412 435	,125** ,009 435	-,072 ,135 435	,396** ,000 435	-,014 ,768 435	-,001 ,979 435	,011 ,832 400	1,000 , 435

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Tabell 2.2 nedenfor indikerer ved signifikant positiv korrelasjon at den gjennomsnittlige liggetiden per sykehusopphold for pasienter 80 år og mer, er lengre for større og tett befolkede kommuner. Negativ signifikant korrelasjon mellom liggetid og inntektsnivå, indikerer kortere liggetid for pasienter fra ”rike” kommuner.

Tabell 2.2 : Korrelasjon mellom gjennomsnittlig liggetid per kommune og kommunale karakteristika

		Liggetid 80+/Sykehus opphold 80+	Befolkning ialt	Frie inntekter per innbygger	Innbyggere per km. off.vei
Liggetid 80+/Sykehusopphold 80+	Pearson Correlation	1,000	**	**	**
	Sig. (2-tailed)	,			
	N	435			
Befolkning ialt	Pearson Correlation	,291**	1,000	**	**
	Sig. (2-tailed)	,000	,		
	N	435	435		
Frie inntekter per innbygger	Pearson Correlation	-,242**	-,184**	1,000	**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,	
	N	435	435	435	
Innbyggere per km. off.vei	Pearson Correlation	,298**	,289**	-,528**	1,000
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,
	N	435	435	435	435

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tabell 2.3 indikerer en signifikant negativ korrelasjon mellom *institusjonsplasser i alt per innbygger* og liggetid ved sykehusopphold for pasienter 80 år og eldre. Det indikerer at pasienter i kommuner med høy dekningsgrad for alders- og sykehjemsplasser har kortere liggetid på sykehus. (Sammenhengen er imidlertid ikke signifikant for sykehjemsplasser alene, eller for institusjonsplasser og hjemmetjenester samlet). Den negative samvariasjon mellom liggetid ved sykehusopphold og korttidsopphold i sykehjem er noe sterkere. Høyere antall korttidsplasser per innbygger kan derved bidra til lavere liggetid på sykehus.

Indikatorerne for antall mottagere av hjemmesykepleie og –hjelp, antall årsverk utført av syke- og hjelpepleiere samt boligenheter per innbygger, viser ingen samvariasjon med liggetiden på sykehus.

Det må understrekes at sammenhengene som er identifisert i foregående figurer og korrelasjonstabeller er partielle. Faren er også tilstede for å trekke "økologiske feilslutninger". Økologiske data er data aggregert fra individnivå og poenget er at sammenhenger mellom størrelser på et makroplan (økologisk korrelasjon) kan være helt forskjellig fra korrelasjon på individplanet (Robinson 1950).

I den forklarende multivariate analysen som foretas med data på pasient-, kommune- og sykehusnivå vil vi undersøke effekten av flere forklaringsvariabler, fra ulike nivå, samtidig.

Tabell 2.3: Korrelasjon mellom gjennomsnittlig liggetid per kommune og dekningsgrader innen pleie- og omsorgssektoren.

		Liggetid 80+ /Sykehus opphold 80+	Institusj. plasser / innb. 80+	Hj.sykepl +hjelp / innb. 80+	Pleierårs i hjemtj / innb. 80+	Bolig- enheter / innb. 80+	Korttids- opp. / innb. 80+
Liggetid 80+/ Sykehusopphold 80+	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	1,000 , 435	**				**
Institusjonspl. / innb. 80+	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,132** ,006 435	1,000 , 435			**	**
Hjemmesykepl+ hjelp / innb. 80+	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,006 ,899 435	,067 ,164 435	1,000 , 435	**	**	
Pleierårsverk i hjemtj / innb. 80+	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,082 ,089 435	,078 ,106 435	,125** ,009 435	1,000 , 435	**	
Boligenheter / innb. 80+	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,040 ,423 400	-,313** ,000 400	,229** ,000 400	,162** ,001 400	1,000 , 400	
Korttidsopp. / innb. 80+	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,151** ,002 435	,396** ,000 435	-,014 ,768 435	-,001 ,979 435	,011 ,832 400	1,000 , 435

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

2.6 Bearbeiding av pasient- og sykehusdata

2.6.1 Pasientdata - Sykehusopphold

SNF har fått overført anonymiserte individdata for innlagte pasienter, registrert per sykehus, fra Norsk pasientregister (NPR). Data omfatter samtlige sykehusopphold som er avsluttet i årene 1995 –1999, ved de fleste av landets somatiske sykehus. SNF har lagt betydelig arbeid ned i en samkjøring av de ulike årgangene, mht. format og variabelomfang. Opplysningene er på pasientnivå og omfatter:

- Kjennetegn som karakteriserer pasienten, som kjønn, alder og bostedskommune
- Diagnose, behandling og liggetid
- Forhold omkring innleggelse og utskriving

Se for øvrig vedlegg som viser i detalj hvilke opplysninger som er tilgjengelig. En sentral variabel er pasientens bostedskommune. Denne variabelen er nøkkelen til å knytte pasientene opp mot egenskaper ved kommunen de hører hjemme i.

Totalt omfatter datamaterialet 3,5 millioner sykehusopphold i årene 1995 –1999. Når man trekker ut dagpasienter, døde og pasienter med ugyldige kjennetegn, gjenstår vel 3 millioner heldøgnsopphold. Til analyseformål har vi valgt pasienter 67 år og eldre, som utgjør vel en tredjedel av alle pasienter. Eldre pasienter er delt inn i to grupper: ”67 –79 år” og ”80 år og mer”, en inndeling som er brukt i annen relatert statistikk. Den eldste aldersgruppen (med vel 377.000 sykehusopphold) vurderes som mest relevant for problemstillingen.

Velger vi kun eldre pasienter innenfor 10 diagnose(grupper) som er store for den eldste aldersgruppen ”80 år og mer”, fanger vi opp vel 45% (170.000) av pasientene i den gruppen .

Tabell 2.4. Pasientdata, antall sykehusopphold 1995 – 1999

	1995	1996	1997	1998	1999	Alle år
1.Totalt antall innleggelser	641.164	653.466	665.795	682.126	815.001	3457.552
2. Uten dagpasienter, døde, ugyldige sykehusnr, kommunenr	580.623	586.572	604.562	624.850	633.604	3030.211
<u>Av 2:</u>						
Heldøgnsopphold 67–79 år	125.730	125.119	129.449	133.452	132.203	645.953
Heldøgns. 67–79 år / total	21,7%	21,4%	21,4%	21,4%	20,9%	21,3%
Heldøgnsopphold 80 år og over	65.421	68.999	74.320	82.396	85.758	376.894
Heldøgns. 80 år og over / total	11,3%	11,8%	12,3%	13,2%	13,5%	12,5%

2.6.2 Sykehusdata

SNF har fått data på sykehusnivå for i alt 55 sykehus (administrative sykehusenheter) fra SAMDATA Sykehus. SNF har lagt betydelig arbeid ned i en samkjøring av de ulike årgangene, særlig mht. koordinering av ulike sykehusenheter over tid. I tabellen nedenfor er sykehusopphold fordelt etter år og sykehustype.

Tabell 2.5. Antall sykehusopphold, etter sykehustype 1995 - 1999

Sykehustype	Antall	1995	1996	1997	1998	1999	Alle år
1. Regionsykehus	5	156.941	160.812	163.633	169.374	173.682	824.442
2. Sentralsykehus (SSH)	12	221.314	218.997	230.300	238.513	241.1091	1150.215
3. Fylkessh m/SSH avd	13	115.350	117.589	119.796	124.446	123.931	601.112
4. Lokalsykehus (LSH)	17	60.784	62.031	62.816	63.338	64.310	313.279
5. Fylkessh m/red LSH-tilbud	8	26.234	27.143	28.017	29.179	30.590	141.163
Totalt antall opphold	55	580.623	586.572	604.562	624.850	633.604	3030.211

Det meste av det som jevnlig publiseres av SAMDATA Sykehus som statistikk fra pasient- og sykehusnivå, er enten institusjonsorienterte eller fylkesfordelte oppstillinger. Vi vil derfor ikke gi noen videre fremstillinger av sykehusdata her, men i stedet se nærmere på noen egenskaper ved pasientdata.

2.6.3 Diagnoser over tid og som utgangspunkt for datasett

Til den kvantitative analysen ønsket vi å velge ut et fåtall diagnosegrupper for å kunne gjøre analyser med grupper som var mest mulig homogene innad. Dvs. omfattet pasienter med relativt like lidelser uansett hvilket sykehus de ble behandlet ved, eller hvilken kommune de er hjemmehørende i. Vi ville altså ikke sammenligne ”epler i en kommune med appelsiner i en annen”. Forskjeller mellom diagnosegruppene kan fanges opp i egnete variabler og variasjon (i liggetid) mellom gruppene er bare en fordel.

Samtidig ville vi fange opp store pasientgrupper innen de eldste aldersklassene. Både for å kunne ha et stort antall observasjoner til analysene, og for å fange opp pasientgrupper som er tunge i volum. Vårt datamateriale gir ikke grunnlag for å identifisere pasientgrupper som er spesielt problematiske for kommunenes pleie- og omsorgstjenester. Ideelt burde analysen vært fokusert rundt slike pasienter (etter funksjonsnivå).

På grunn av at ulike diagnoser er klassifisert på ulike nivåer i ICD-kodeverkene, er det ikke helt lett å velge egnete diagnoser. For noen lidelser kan det være relevant å ta med alt under samme ”3-karakter”-nivå, f.eks fra ICD-9 ”185: *Svulster (ondartet) Prostata*”. I andre tilfeller er det utvalgte diagnoser på ”4-karakter”-nivå, f.eks. fra ICD-10 ”I201 I208 I209: *Angina pectoris*”, som fanger opp store ensartete grupper. For noen lidelser registreres i praksis diagnoser i stor grad på detaljert, lavt ”4-karakter-nivå”, for andre er ”3-karakter”-nivået mest benyttet. Diagnose-gruppene blir derfor til en viss grad vilkårlige og egner seg ikke nødvendigvis for rangering etter størrelse. Vår ”10 på topp”-liste er derfor situasjonsbestemt, etter aktuell problemstilling.

Til tabell 2.6 nedenfor med 10 utvalgte diagnosegrupper, var målet med utvalget å fange opp de 10 hyppigste hoveddiagnosene innen aldersgruppen 80 år og eldre. Dvs. som gjelder for flest utskrevne pasienter. Vi vil også vise til Rø (1999) som har tatt for seg bla. hoveddiagnoser for pasienter 75 år og eldre innlagt i sykehus i oktober 1998. Han har på bakgrunn av tekstlig angitt (foreløpige) hoveddiagnoser funnet at de fire vanligste hoveddiagnosene er hjerte-karsykdom, vaskulær hjerneskade (hjerneslag), infeksjoner og kreft. Rø går forøvrig langt mer i detalj mht. hvilke lidelser som preger eldre sykehuspasienter, enn det vi har mulighet til her.

Tabell 2.6. 10 store diagnosegrupper (hoveddiagnoser) for eldre pasienter

		ICD-9 Koder	ICD-10 Koder	Gjennomsnitt liggetid i dager	St. avvik
1	Kreft (ondartete svulster)	140* t.o.m. 208*	C00* t.o.m. C97*	9,81	10,74
2	Benbrudd			11,63	12,36
	Lårhalsbrudd	820(0,1,8 og 9)	S720	11,13	11,89
	Lårbensbrudd	820(2 og 3)	S721	12,68	13,21
3	Hjernekar sykdommer: (Hjerneslag ,infarkt, blodninger m.m.)	430* t.o.m. 438*	I60* t.o.m. I69* G45* G46* G93*	13,73	15,65
4	Lungebetennelse			9,94	8,93
	Pneumokokkpneumoni	481	J181 J13	10,04	8,88
	Lungebetennelse, bakteriell	482*	J159	9,87	8,83
	Bronkopneumoni	485	J180	10,33	9,79
	Lungebetennelse. uspesifisert	486	J189	9,86	8,71
5	Uspesifisert hjertesvikt	428*	I50*	8,78	9,09
6	Angina Pectoris (eks. Ustabil angina ICD9 411.1)	413*	I201 I208 I209	4,30	4,50
7	Diffuse lidelser			3,88	4,60
	Synkope og kollaps	7802	R55	4,21	5,23
	Brystsmerter	7865	R074	3,08	3,33
	Buksmerter	7890	R104	4,39	4,76
8	Hjerteinfarkt	410*	I21* I22* I236 I240 I513	10,01	8,13
9	Aldersbetinget Grå Stær	3661*	H25*	2,61	2,39
10	Atrieflimmer og atrieflutter	4273	I48	5,54	6,88
	<i>Øvrige hoveddiagnoser</i>			8,19	9,90
	<i>I alt</i>			8,60	10,31

*) med alle ”neste-sifre”

Problemer med endring av kodeverk for klassifisering av diagnoser i perioden

Fra og med 1999 ble kodeverket ICD9 erstattet av ICD10. Endringene er svært omfattende i både betegnelser og inndeling. Noen diagnoser i ICD9 har en-til-en motsvar i diagnoser ICD10, mens det for andre diagnoser er mer kompliserte relasjoner. SNF har, med grunnlag i data fra norske KITH (Kompetansesenter for IT i Helsevesenet) og tyske DMDI (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information), opprettet en database for konvertering av koder mellom ICD9 og ICD10. En interessant pasientgruppe (hjerneslag og

relaterte lidelser) måtte vi først la ligge pga. problemer med identifisering av relevante koder på tvers av kodeverk. Senere er denne gruppen inkludert med en bred definisjon, som ”Hjernekar sykdommer”.

Tabell 2.7 viser antall og andel for de utvalgte diagnosene, per år 1995 -1999. Pga. endringer i kodeverk i perioden er det vanskelig å få et eksakt bilde av hvilke forandringer i sykdomsbildet som har skjedd fra 1998 til 1999. Endringene i medisinsk kodeverk er så grunnleggende at fullstendig sammenlignbarhet ikke er realistisk å oppnå. Selv om man antar at en-til-en transformering er mulig, må dette også følges opp i praksis av alle personer innen helseprofesjonene som er ansvarlig for diagnositildeling etter ny klassifikasjon.

Tabell 2.7. Antall sykehusopphold innen hver diagnosegruppe, pasienter 80 år og over

		1995	1996	1997	1998	1999	Alle år
1. Kreft (ondartete svulster)	Antall	6482	6883	6992	7747	7319	35423
	Prosent	9,9%	10,0%	9,4%	9,4%	8,5%	9,4%
2. Benbrudd	Antall	5182	5256	5190	5592	5109	26329
	Prosent	7,9%	7,6%	7,0%	6,8%	6,0%	7,0%
3. Hjernekar sykdommer	Antall	3703	4173	4486	4999	5035	22396
	Prosent	5,7%	6,0%	6,0%	6,1%	5,9%	5,9%
4. Lungebetennelse	Antall	2857	3072	3430	4275	4420	18054
	Prosent	4,4%	4,5%	4,6%	5,2%	5,2%	4,8%
5. Uspesifisert hjertesvikt	Antall	2524	2685	3011	3295	3666	15181
	Prosent	3,9%	3,9%	4,1%	4,0%	4,3%	4,0%
6. Angina pectoris	Antall	2405	2624	2737	3012	2672	13450
	Prosent	3,7%	3,8%	3,7%	3,7%	3,1%	3,6%
7. Diffuse lidelser	Antall	2040	2443	2640	3105	2496	12724
	Prosent	3,1%	3,5%	3,6%	3,8%	2,9%	3,4%
8. Hjerterinfarkt	Antall	2006	1983	2112	2299	2510	10910
	Prosent	3,1%	2,9%	2,8%	2,8%	2,9%	2,9%
9. Aldersbetinget grå stær	Antall	1975	1761	1735	2003	1616	9090
	Prosent	3,0%	2,6%	2,3%	2,4%	1,9%	2,4%
10. Atrieflimmer og -flutter	Antall	1125	1314	1372	1642	1878	7331
	Prosent	1,7%	1,9%	1,8%	2,0%	2,2%	1,9%
Øvrige hoveddiagnoser	Antall	35122	36805	40615	44427	49037	206006
	Prosent	53,7%	53,3%	54,6%	53,9%	57,2%	54,7%
Totalt	Antall	65421	68999	74320	82396	85758	376894
	Prosent	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

2.6.4 Forhold rundt innleggelse og utskriving av pasienter

Flere av variablene på pasientnivå angår forhold rundt innleggelse og utskriving. En variabel representerer innleggelsesmåte, og skiller mellom øyeblikkelig hjelp og andre planlagte innleggelsesformer.

Av større interesse for foreliggende problemstilling er de to variablene som indikerer hvor pasienten kommer fra ved innleggelse og hvor pasienten utskrives til, etter sykehusoppholdet. I denne forbindelse ville det være spesielt verdifullt å kunne identifisere pasienter som ankommer fra eller utskrives til en kommunal pleie- og omsorgsinstitusjon. I praksis er dette ikke mulig med disse variablene alene, alternativet "Annen institusjon" som brukes i variablene kan representere alle typer helseinstitusjoner, inkl. psykiatrisk avdeling ved samme sykehus, andre somatiske sykehus og andre psykiatriske sykehus. ("Annen somatiske avdeling ved egen institusjon" derimot, er en egen kategori).

I prinsippet skal institusjonsnummer registreres i egne datafelt, for pasienter som ankommer fra eller utskrives til annen institusjon. I praksis er denne registreringen mangelfull og ikke kvalitetssikret av NPR sentralt. Numrene som er registrert skal følge SSBs 7-sifrede institusjonsnumre for sykehus. En del feil- og internkoding forekommer, men det største problemet er likevel manglende institusjonsnummer.

Tabell 2.8 viser alle (gyldige og ugyldige) alternativer for "ankomst fra" for pasienter 80 år og eldre. Vel 85% ankommer fra sitt vanlige bosted ved innleggelse. Bare 7 til 8% ankommer sykehuset fra en annen helseinstitusjon.

I følge Rø (1999) var 85% av de eldre pasientene i oktober 1998 innlagt fra hjemmet, 6% fra sykehjem, 3% fra annet sykehus og 7% på annen måte. Dette tyder på at flertallet (2/3) som ankommer fra en annen institusjon kommer fra sykehjem. Vi har likevel ikke mulighet til å identifisere hvilke pasienter dette er.

Tabell 2.8. "Ankomst fra" for pasienter 80 år og eldre per år 1995 - 1999

	Data-årgang					Totalt
	1995	1996	1997	1998	1999	
0	44 ,1%	206 ,3%	195 ,3%			445 ,1%
1 Vanlig bosted	55224 84,5%	59204 85,8%	64071 86,2%	66016 80,1%	74337 86,7%	318852 84,6%
2 Skade-/funnsted	548 ,8%	568 ,8%	544 ,7%	566 ,7%	1383 1,6%	3609 1,0%
3 Annen inst.	5903 9,0%	5258 7,6%	5813 7,8%	6138 7,4%	5700 6,6%	28812 7,6%
4 Polikl. egen inst	1577 2,4%	1378 2,0%	1212 1,6%	1594 1,9%	1463 1,7%	7224 1,9%
5	316 ,5%	355 ,5%	1 ,0%			672 ,2%
6 Annet	1636 2,5%	1844 2,7%	2314 3,1%	5625 6,8%	2452 2,9%	13871 3,7%
7	3 ,0%	30 ,0%	1 ,0%			34 ,0%
8	19 ,0%	62 ,1%				81 ,0%
9 Annen som.avd. egen inst.	93 ,1%	66 ,1%	49 ,1%	2432 3,0%	418 ,5%	3058 ,8%
11 Brupasient fra bosted			68 ,1%	9 ,0%		77 ,0%
12 Brupasient fra skade/funnsted				1 ,0%		1 ,0%
13 Brupasient fra annen inst			1 ,0%	3 ,0%	3 ,0%	7 ,0%
16 Brupasient, annet			1 ,0%	1 ,0%	1 ,0%	3 ,0%
21 Dugnadspas fra bosted			50 ,1%	11 ,0%		61 ,0%
40 Flyktninger fra Kosovo					1 ,0%	1 ,0%
99	28 ,0%	28 ,0%				56 ,0%
Totalt	65391 100,0%	68999 100,0%	74320 100,0%	82396 100,0%	85758 100,0%	376864 100,0%

Tabell 2.9 lister hvor pasienter 80 år og eldre blir "utskrevet til". Vel 71% skal hjem til sitt vanlige bosted etter sykehusoppholdet. Vel 26% tar veien til en annen helseinstitusjon.

Tabell 2.9. "Utskrevet til" for pasienter 80 år og eldre per år 1995 – 1999

	Data-årgang					Totalt
	1995	1996	1997	1998	1999	
0		12 ,0%				12 ,0%
1 Vanlig bosted	46931 71,7%	49022 71,0%	52414 70,5%	58754 71,3%	60968 71,1%	268089 71,1%
3 Annen inst.	16330 25,0%	17984 26,1%	20251 27,2%	22045 26,8%	22340 26,1%	98950 26,3%
4 Sykehus i utlandet		69 ,1%				69 ,0%
5		1 ,0%				1 ,0%
6 Annet	1982 3,0%	1835 2,7%	1595 2,1%	1558 1,9%	2446 2,9%	9416 2,5%
8		1 ,0%				1 ,0%
9 Annen som.avd. egen inst.	178 ,3%	75 ,1%	60 ,1%	39 ,0%	4 ,0%	356 ,1%
Totalt	65421 100,0%	68999 100,0%	74320 100,0%	82396 100,0%	85758 100,0%	376894 100,0%

I tabell 2.10 er de to fordelingene i tabell 2.8 og 6 forenklet, med bare kategoriene: Vanlig bosted, annen institusjon og annet. Disse forenklete kategoriverdiene er deretter summert for alle år 1995 – 1999 og krysstabulert mot hverandre. Av tabell 2.10 fremgår det at nesten 90% av de pasienter som utskrives til vanlig bosted også er ankommet fra vanlig bosted. Blant dem som utskrives til annen institusjon er også de fleste (72,2%) ankommet fra vanlig bosted. På den annen side blir hele 62,7% av dem som ankommer fra annen institusjon også utskrevet til annen institusjon.

Tabell 2.11 og 2.12 lister per "10 på topp"-diagnoser, hvor stor andel som henholdsvis ankommer og utskrives til annen institusjon. I tabell 2.11, er det særlig benbrudd som skiller seg ut med høy andel ankommet fra annen institusjon. Som nevnt kan vi ikke identifisere hvilke type institusjon dette dreier seg om. En plausibel forklaring kan være at dette dreier seg om legevakt eller lignende institusjon for akutt hjelp.

I tabell 2.12 er det større spredning mellom diagnosene. Også med andel som skrives ut til annen institusjon skiller lårbens- og lårhalsbrudd seg ut. Dette kan imidlertid (i større grad enn for andre diagnoser, pga rettigheter i forbindelse med operative inngrep) dreie seg om ulike

former for rekonvalesensopphold i private institusjoner. Selv om dette inkluderer offentlige tilskudd, foreligger det ikke en direkte relasjon til pleie- og omsorgskapasitet i kommunen. Trolig er pasienter med mer kroniske lidelser som følge av hjerneslag (hjernekarssykdommer) og ulike hjertelidelser mer prisgitt det kommunale tjenestetilbudet ved utskriving. Også kreftpasienter i senere stadier av sykdommen vil ha behov for hjelpen kommunen kan yte.

Tabell 2.10 "Utskrevet til" mot "Ankomst fra", forenklet og summert, for pasienter 80 år og eldre per år 1995 – 1999

		"Utskrevet til" - forenklet			Totalt
		1 Vanlig bosted	2 Annen institusjon	3 Annet	
"Ankomst fra" - forenklet	1 Vanlig bosted	239494 75,1%	71419 22,4%	7939 2,5%	318852 100,0%
	2 Annen institusjon	89,3%	72,2%	80,6%	84,6%
	3 Annet	9710 33,7%	18071 62,7%	1031 3,6%	28812 100,0%
Totalt		3,6%	18,3%	10,5%	7,6%
		18862 64,6%	9455 32,4%	883 3,0%	29200 100,0%
		7,0%	9,6%	9,0%	7,7%
Totalt		268066 71,1%	98945 26,3%	9853 2,6%	376864 100,0%
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabell 2.11. Andel som ankommer fra annen institusjon, i % per diagnosegruppe og år

Diagnose	1995	1996	1997	1998	1999
1 Kreft (ondartet svulst)	7,3	6,4	6,0	6,5	5,6
2 Benbrudd	21,9	17,7	17,2	18,0	13,3
3 Hjernekarssykdommer	7,4	6,9	6,6	7,0	5,6
4 Lungebetennelse	8,7	6,8	7,5	7,5	6,7
5 Uspesifisert hjertesvikt	5,9	5,8	5,7	5,0	5,7
6 Angina pectoris	4,4	3,0	4,0	4,1	4,0
7 Diffuse lidelser	4,5	4,7	4,8	3,7	3,0
8 Hjerterinfarkt	4,3	3,9	4,5	4,6	4,3
9 Aldersbetenget grå stær	1,7	1,9	1,2	1,6	2,2
10 Atrieflimmer og -flutter	5,9	4,3	3,8	4,4	4,7

Tabell 2.12. Andel som utskrives til annen institusjon, i % per diagnosegruppe og år

Diagnose	1995	1996	1997	1998	1999
1 Kreft (ondartet svulst)	19,0	20,3	21,0	20,9	19,8
2 Benbrudd	67,9	69,1	71,3	72,7	71,9
3 Hjernekar sykdommer	37,4	38,8	38,6	38,2	36,7
4 Lungebetennelse	23,2	24,2	27,2	25,9	26,9
5 Uspesifisert hjertesvikt	17,4	20,1	18,8	19,8	19,7
6 Angina pectoris	6,7	6,3	8,7	8,1	8,1
7 Diffuse lidelser	9,1	10,6	11,3	10,0	9,7
8 Hjerterinfarkt	15,3	14,7	19,0	18,6	18,4
9 Aldersbetinget grå stær	4,8	5,2	5,4	5,2	6,0
10 Atrieflimmer og -flutter	10,0	11,6	10,9	12,3	11,3

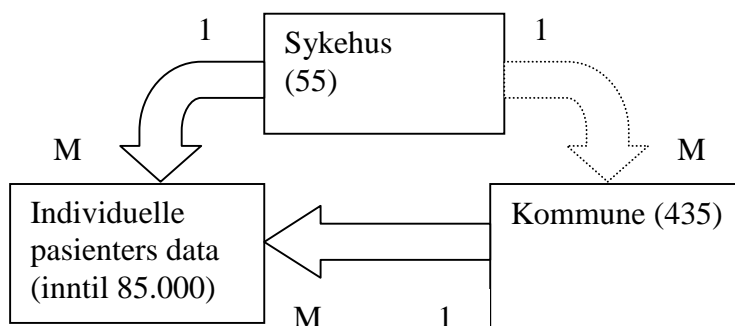
3. FORKLARING AV FORSKJELLER I LIGGETID VED SYKEHUSOPPHOLD

3.1 Prinsipielle betraktninger

Analyse av sammenhenger mellom karakteristika ved lokalsamfunn (kommuner) og samhandling med sykehus bygger på kobling av data på tre nivåer:

- Sykehusdata: Hvert sykehus har mange sykehusopphold og pasientene er hjemmehørende i flere kommuner.
- Kommunedata: Hver kommune har mange sykehusopphold blant sine innbyggere, de fleste i samme sykehus.
- Individuelle pasientdata: Hver observasjon gjelder ett sykehusopphold, for én pasient som er hjemmehørende i én kommune og behandlet ved ett sykehus.

Kobling av data finner sted over variabelen pasientens hjemkommune, som er gitt for alle pasienter. Figur 3.1 viser 1:M (en-til-mange) koblinger mellom de ulike objektene og hvor mange ulike observasjoner som finnes i hvert år.



Figur 3.1 Datamodell

Analysen er foretatt som lineær regresjonsanalyse (ordinary least squares³) med programmet SPSS 10.0. Regresjonslikningen ser prinsipielt ut som følger:

$$\text{Liggetid}_i = f(\text{pasientkarakteristika}_i, \text{hjemkommune}_j, \text{sykehus}_k)$$

- Der fotskrift "i" altså står for individuelle pasienter.
- Hjemkommune_j representerer variabler som beskriver hjemstedskommunen til pasient i.
- Sykehus_k er variabler som beskriver sykehuset som behandlet pasient i.

³ For en innføring, se f.eks. Gujartij (1988).

Antallet observasjoner på hvert nivå har et vilkårlig omfang, bestemt av kommunestørrelse (antall innbyggere) og sykehusstørrelse (antall kommuner i sykehusområdet og antall heldøgnsopphold ved sykehuset).

I litteraturen advares det i tilfeller med multinivådata mot bruk av vanlig regresjonsanalyse, som om alle data var på mikronivå (Snijders og Bosker 1999). Dette gir bla. "the miraculous multiplication of the number of units", med fare for aksept av en feilaktig forklaring, pga. høy signifikans i estimater. For vårt case (og aldersgruppen 80 år og mer) innebærer dette at vi ikke har inntil 85.000 per år uavhengige observasjoner av annet enn pasientvariablene. For kommuner har vi kun 435 uavhengige observasjoner, og for sykehus 55 per år. Løsningen bør være en modell som fanger opp varians både innen grupper og mellom grupper av individer. Mellom grupper eller klasser (som kommuner eller sykehus) kan regresjonslinjene ha både ulik skjæring med y-aksen og ulik stigning. Denne modellformen har vi ennå ikke anvendt på materialet. Vi ønsker i senere studier å utvikle vår analyse med mer velegnete analyseprogrammer. I den foreliggende analyse kan særlig resultater på sykehusnivået, der den faktiske variasjonen er relativt liten, være usikre og lite robuste.

Følgende multivariate analyse skiller seg fra en enkel partiell analyse på kommunenivå som i figurfremstillingene i kapittel 2. Hver kommune er i pasientkoblede data representert med en observasjon per pasient (innleggelse) som er hjemmehørende i kommunen. Dette innebærer større vekt til større kommuner i datagrunnlaget⁴. På et rent kommunenivå derimot teller hver av 435 kommuner like mye, som en observasjon hver. Derfor kan kommunevariabler fremstå som mer/mindre viktigere, eller med andre fortegn når et høyt antall pasientobservasjoner legges til grunn.

F.eks. utgjør Oslos befolkning mer enn 11% av landets totalbefolkning. Dersom liggetid for pasienter fra Oslo er ulik liggetid for andre kommuner som ligner Oslo (i f.eks. inntektsnivå, dekningsgrader for tjenester mm), vil dette kunne påvirke resultatene som helhet. For å kompensere for denne "skjevheten" i materialet har vi introdusert indikatorvariabler for hver av de fire største byene (de samme byer som i figurene i kapittel 2).

⁴ Jmfr. avsnitt om vektet vs. aritmetisk gjennomsnitt i kapittel 2

3.2 Analyseresultater

Vi har forsøkt å velge eldre pasienter etter diagnoser som kan ha høy relevans for problemstillingen. Mindre alvorlige lidelser som 7. Diffuse lidelser og 9. Grå stær (se tabell 2.6) som dessuten har kort liggetid, er derfor utelatt:

1. *Diagnoseutvalget* består av de diagnosene, blant de 10 hyppigste, som har en gjennomsnittlig liggetid på minimum 7 dager: 1. Kreft, 2. Benbrudd, 3. Hjernekar sykdommer, 4. Lungebetennelse, 5. Uspesifisert hjertesvikt, 8. Hjerterinfarkt. Utvalget omfatter hele 128.300 observasjoner, dvs. sykehusopphold for pasienter 80 år og eldre. Disse sykehusoppholdene har funnet sted i årene 1995 – 1999.
2. *Hjerneslagsutvalget* består av kun: 3. Hjernekar sykdommer og omfatter 22.400 sykehusopphold som har funnet sted i årene 1995 – 1999..

Gjennomsnittlig liggetid per sykehusopphold (særlig for Hjerneslagsutvalget) har blitt lavere i løpet av i årene 1995 – 1999. Med indikatorvariabler for de ulike årssett av sykehusopphold finner vi at liggetid i 1995, 1996, 1997 og 1998 skiller seg signifikant med lengre liggetid enn sykehusopphold i 1999.

I regresjonskjøringer har vi forsøkt å inkludere mange forklaringsvariabler blant et høyt antall tilgjengelige variabler på ulike nivåer. Seleksjon av forklaringsvariabler er gjort både ”manuelt” og med ulike algoritmer for utvelgelse av de mest forklaringskraftige modeller. Mange aktuelle variabler er høyt korrelert med hverandre. Det kan medføre at disse nøytraliserer hverandre (de blir ikke-signifikante) når de inkluderes samtidig, eller at andre skjevheter blir introdusert. Resultatene som er oppsummert nedenfor gjelder (simultant) for en utvalgt regresjonsmodell der variabler for alle nivåer er inkludert, dvs. dette er ikke forklaringsfaktorer fra alternative ligninger.

Selv om mange interessante variabler viser seg å ha ingen målbar effekt, finner vi likevel sammenhenger som er *statistisk signifikante* (ikke tilfeldige). Sammenhengene (koeffisientene) som identifiseres er likevel *stort sett svake*. Med variablene fra alle nivåer *forklarer modellene vel 14% (Diagnoseutvalget) til 20% (Hjerneslagsutvalget) av total variasjon i liggetiden*. I tabell 3.1 presenteres analyseresultater (med kun signifikante koeffisienter) samlet for de to utvalgene. Hvilke variabler som er funnet signifikante varierer noe mellom de to utvalgene. Det gjør også koeffisientenes størrelse (styrke).

Tabell 3.1 Analyseresultater

Variabel	Hjerneslagutvalg n= 22.396 justert R ² = 0,196 Signifikans F=,000			Diagnoseutvalg n=128.293 justert R ² = 0,135 Signifikans F=,000		
	Koeffisient	Signif.	Beta	Koeffisient	Signif.	Beta
Konstant	3,845	,233		3,766	,000	
1995-Indikator ¹⁾	* 5,463	,000	,131	1,896	,000	,063
1996-Indikator ¹⁾	* 4,502	,000	,113	1,679	,000	,057
1997-Indikator ¹⁾	* 3,565	,000	,092	1,534	,000	,053
1998-Indikator ¹⁾	* 1,857	,000	,048	,468	,000	,016
DRG-vekt for oppholdet	5,814	,000	,171	3,311	,000	,222
Innmåte (øyeblikkelig hjelp=1)	* -9,156	,000	-,143	-,944	,000	-,030
Ankomst fra (institusjon=1)	* -4,499	,000	-,071	-3,371	,000	-,081
Utskrevet til (institusjon=1)	* 8,100	,000	,250	3,785	,000	,153
Alder, pasient	-,07401	,004	-,018	-,0655	,000	-,022
Kjønn, pasient (mann=1)	* -1,087	,000	-,034	-,524	,000	-,022
Reinnleggelse-indikator	* -2,240	,000	-,037	-,998	,000	-,029
Gjentatt innleggelse-indikator	* -2,798	,000	-,060	-1,526	,000	-,048
Psykiatrisk bidiagn.-indikator	* 2,188	,000	,029	-	-	-
Oslo-indikator ⁴⁾	* 5,903	,000	,123	3,533	,000	,099
Bergen-indikator ⁴⁾	* 1,015	,029	,016	-1,189	,000	-,025
Trondheim-indikator ⁴⁾	* -	-	-	1,737	,000	,025
Stavanger-indikator ⁴⁾	* 5,667	,000	,050	1,016	,000	,013
Sykehus i kommunen-indikator	* 1,683	,000	,054	,980	,000	,042
Andel ubesatte stillinger i P&O	* 15,530	,001	,022	3,915	,009	,008
Andel korttidsopphold i sykehj.	-17,909	,001	-,021	-9,335	,000	-,015
Dekningsgrad pleierårsv. i hj.tj.	4,105	,006	,019	2,529	,000	,016
Frie inntekter per innbygger	-,000097	,016	-,031	-,000031	,022	-,013
Regionsykehus ²⁾	* 2,297	,000	,056	1,217	,000	,041
FSH m/SSH avd ²⁾	* 2,070	,000	,054	,583	,000	,036
Lokalsykehus ²⁾	* -	-	-	,774	,000	,023
FSH m/red LSH-tilbud ²⁾	* -	-	-	,393	,047	,010
DRG-indeks i sykehus	4,157	,010	,025	2,021	,000	,016
Beleggsprosent i sykehus	,155	,000	,078	,102	,000	,069
Driftsutgifter per seng i sykehus	-,0167	,000	-,151	-,00761	,000	-,091
Årsverk per seng i sykehus	2,589	,000	,080	,623	,001	,025
Antall effektive senger i s.hus	-	-	-	,00204	,000	,049
Diagn.4 Hjerteinfarkt ³⁾	-	-	-	-,452	,000	-,011
Diagn.7 Lungebetenn. ³⁾	-	-	-	,739	,000	,022
Diagn.8 Benbrudd ³⁾	-	-	-	-1,514	,000	-,052
Diagn.9 Hjernekarssyk ³⁾	-	-	-	1,828	,000	,059

* = Indikatorvariabel (dummy-) med verdi = 0 eller 1. Øvrige variabler er absolutte størrelser, eller forholdstall. Se også vedlegg 4 med definisjoner av variabler.

¹⁾ Relativt til 1999

²⁾ Relativt til Sentralsykehus

³⁾ Relativt til diagnosene Kreft og Uspesifisert hjertesvikt

⁴⁾ Relativt til alle andre kommuner

(Verdiene for den standardiserte koeffisienten *Beta* er sammenlignbar mellom variablene). Noe av denne variasjonen kan skyldes at den avhengige variabelen i Hjerneslagsutvalget er ”liggetid ved hjerne-karsykdommer”, mens det større utvalget er mer sammensatt. Gitt analysemetodene som er anvendt, er de identifiserte sammenhenger likevel relativt robuste, f.eks. i forhold til alternative avgrensninger av utvalget i aldersgrupper eller diagnoser. Hvilke sammenhenger som er sterke (her definert som standardisert koeffisient $Beta > 0,09$) og fortegn for koeffisientene er (med unntak av indikator for Bergen) også like i de to utvalgene. Derfor har vi valgt å oppsummere og kommentere resultatene for de to utvalgene samlet i tabellene 3.2 –3.4.

Tabell 3.2 Pasientnivå, oppsummering av analyse

	Positiv samvariasjon (Lengre liggetid)	Negativ samvariasjon (Kortere liggetid)
Variabel		
Sterk sammenheng		
DRG-Vekt	Høyere kostnadsvekt	
Ut-til Indikator	Utskrevet til annen institusjon =1	
Inn-måte Indikator		Øyeblikkelig hjelp=1
Svak sammenheng		
Ankomst-fra Indik.		Ankomst fra annen institusjon =1
Reinnleggelse		Innlagt på ny innen 31 dager
Gjentatt innleggelse		Innlagt for min. 2. gang i året
Kjønn		Mann=1
Diagnose Indikator	Enkelte diagnoser	Enkelte diagnoser
Alder		Høyere alder
Psykiatri Indikator	Psykiatrisk bidiagnose=1 ⁵	

- Blant variabler på pasientnivå finner vi at liggetiden er avhengig av vekten i DRG-systemet. Høy vekt er relatert til høye kostnader og refusjoner. Selv om pleiekomponenten i DRG-vekten skal være liten i forhold til operasjonskostnader ol. , medfører høy DRG-vekt altså lengre liggetid.
- At enkelte diagnoser (sykdommer) har lengre liggetid enn andre er ikke oppsiktsvekkende. Ved å inkludere indikatorer for ulike diagnoser er hensikten først

⁵ Gjelder bare for Hjerneslagsutvalget

og fremst å kontrollere for slike forskjeller, slik at mer interessante effekter kan ”rendyrkes”.

- At indikatorvariabelen for pasienter som utskrives til en annen institusjon samvarierer positivt med liggetid, innebærer at disse pasientene blir liggende lengre enn pasienter som utskrives til vanlig bosted. At indikatorvariabelen for pasienter som utskrives til en annen institusjon samvarierer positivt med liggetid, innebærer at disse pasientene blir liggende lengre enn pasienter som utskrives til vanlig bosted. De fleste som blir utskrevet til annen institusjon, er ankommet fra vanlig bosted.
- At indikatorvariabelen for pasienter som er ankommet fra en annen institusjon samvarierer negativt med liggetid, innebærer at disse pasientene blir liggende kortere enn pasienter som ankommer fra vanlig bosted. De fleste som ankommer fra annen institusjon, utskrives til annen institusjon.
- Til sammen indikerer dette at liggetiden forlenges bare dersom sykehuset blir et transittsted mellom bosted og annen institusjon. Som nevnt i kapittel 3 kan man ikke slå fast at dette gjelder sykehjem spesielt, selv om det gjelder for institusjoner generelt.
- Høyere alder samvarierer i regresjonene (svært svakt) med kortere liggetid. Dersom pasienter i alle aldre var inkludert, ville trolig sammenhengen vært motsatt. Blant pasienter 80 år og eldre, kan de eldste i større grad bli tatt hånd om av det kommunale pleie- og omsorgsapparatet og i mindre grad få krevende operative inngrep i sykehus.
- Utviklingen i perioden har gått mot flere og kortere sykehusopphold. Dette blir reflektert også ved at sykehusopphold som er reinnleggelser (eller senere innleggelse i samme år) er kortere enn første opphold.

Tabell 3.3 Kommun nivå, oppsummering av analyse

	Positiv samvariasjon (Lengre liggetid)	Negativ samvariasjon (Kortere liggetid)
Variabel		
Sterk sammenheng		
Indikator Oslo	Oslo=1	
Svak sammenheng		
Sykehus i komm.	Sykehus i kommunen=1	
Frie inntekter/innb.		”Rikere” kommuner
Dekning pleierårsv.	Høyere andel pleiere i hjemmetjenestene	
Dekning_korttidsp.		Høyere andel Korttidsopp / 80 år+
Ubesatte stillinger	Høyere andel ubesatte stillinger	
Indikator for de største byene	Bergen=1, Stavanger=1 (Trondheim=1 kun diagnoseutv.)	(Bergen=1 kun diagnoseutv.)

- Gitt signifikante og sterke bivariate sammenhenger på rent kommunenivå, mellom gjennomsnittlig liggetid, kommuneøkonomi og kommunale pleie- og omsorgstilbud, (se korrelasjonsmatriser) gir ikke regresjonsanalysen en tilsvarende bekreftelse. Med enkelte pasientutvalg er det slik at *Frie inntekter per innbygger*, som indikerer hvilke økonomiske rammebetingelser kommunen har, ”slår ut” dekningsgrader for institusjonsplasser totalt og sykehjemsplasser. Dersom Frie inntekter per innbygger ikke inkluderes i disse modellene, blir dekningsgrad for institusjonsplasser totalt og dekningsgrad for sykehjemsplasser signifikante og negativt korrelert med liggetid.
- Med de foreliggende utvalg er det bare en svak negativ sammenheng mellom *Frie inntekter per innbygger* og liggetid per sykehusopphold. Denne sammenhengen er dessuten sensitiv for variasjoner i utvalg av pasienter og forklaringsvariabler.
- Dekningsgrader for sykehjemsplasser og hjemmetjenester per innbygger 80 år og over gir ikke signifikante koeffisienter. Etter den beskrivende analysen ville man forvente en negativ sammenheng med liggetid per sykehusopphold.
- Antall syke- og hjelpepleierårsværk i hjemmetjenester per innbygger 80 år og over viser derimot en signifikant samvariasjon med liggetid. At sammenhengen er positiv vil vi ikke tolke som at flere pleierårsværk i hjemmetjenestene gir lengre liggetid. En mulighet er at kommuner med en relativt høy andel pleierårsværk i hjemmetjenester

skårer tilsvarende lavt på dekningsgrader for sykehjemsplasser og hjemmetjenester. Dette er ikke mulig å bekrefte med basis i korrelasjoner som gjengitt i tabell 2.1.

- At høyere dekningsgrad av korttidsplasser i sykehjem per innbygger 80 år og over, reflekteres i lavere liggetid samsvarer med hva man vil forvente. At denne variabelen ikke blir nøytralisert av Frie inntekter per innbygger kan tilsi at det er mulig å opprettholde en høy dekningsgrad av korttidsplasser også i kommuner som ikke kan betegnes som ”rike”. Også høyere dekningsgrad for omsorgsboliger (ikke inkludert i modellene i tabell 3.1, pga. at vi kun har verdier etter 1995) indikerer i noen modeller marginalt lavere liggetid.
- Dersom egne indikatorvariabler for Oslo, Bergen, Trondheim og Stavanger ikke blir inkludert er (høyere) *total befolkning* signifikant positivt korrelert med (lengre) liggetid. Det samme gjelder for tettbygdhetsindikatoren *innbyggere/km off. vei*. Som figurene i kapittel 2 viste har alle disse store byene (særlig Oslo) høyere enn gjennomsnittlig liggetid for kommuner. Dette blir altså reflektert i regresjonsresultatene.
- Selv om bivariat analyse viser at sykestuekommuner har lavere liggetid enn andre kommuner, er ikke en indikator for sykestuekommuner signifikant i multivariate analyser. Regresjonsanalysen indikerer derfor ikke at lavere liggetid i disse kommunene skyldes sykestuefunksjonen spesielt.
- Hvorfor lengre liggetid inntreffer i kommuner der sykehuset er lokalisert er det ikke lett å gi en intuitiv forklaring. En hypotese kan være at ønsket om å få et familiemedlem hjem (til privat eller kommunal omsorg) kan være større når avstanden til sykehuset er større. En annen at sykehus legger større press på andre kommuner enn lokaliseringskommunen.
- Ubesatte stillinger i pleie- og omsorgssektoren kan etter våre resultater å dømme indikere større kapasitetsproblemer i kommunene og derfor lengre liggetid ved sykehusopphold.

Tabell 3.4 Sykehusnivå, oppsummering av analyse⁶

	Positiv samvariasjon (Lengre liggetid)	Negativ samvariasjon (Kortere liggetid)
Variabel		
Sterk sammenheng		
Driftsutgifter per seng		Høyere driftsutgifter per seng
Svak sammenheng		
Antall effektive senger	Høyere antall effektive senger ⁷	
DRG-Indeks	”Tyngre” pasienter	
Beleggsprosent	Høyere beleggsprosent	
Årsverk per seng	Høyere antall årsverk per seng	
Sentralsykehus	Kortere liggetid enn andre s.hus	

- Høy samlet DRG-indeks for sykehuset (som indikerer tunge, ressurskrevende pasienter) samvarierer naturlig nok med lengre liggetid.
- At en høy beleggsprosent også kan medføre ”flaskehals” og lengre liggetid er heller ikke uventet.
- Et høyt antall effektive senger dvs. sykehusets størrelse, har en selvstendig og sterkere effekt på liggetiden.
- For forholdstall som indikerer ressursinnsats per seng er resultatene sprikende. Det er ikke innlysende hvorfor flere årsverk per seng, skal gi en annen effekt enn høyere driftsutgifter per seng. Men dette kan indikere forskjeller mellom sykehus som utfører kostnadskrevende operasjoner (kortere liggetid) og sykehus der pleieinnsatsen er større (lengre liggetid).

3.3 Oppsummering av resultater

Ikke alle sammenhengene som er identifisert i regresjonsmodellen er av like stor interesse for den aktuelle problemstillingen. Vi vil fokusere på forhold som det er mulig å ”gjøre noe med”.

⁶ På sykehusnivå er størst fare for at resultatene er preget nivåproblemer, ved at verdiene for et fåtall sykehus ”blåses opp” med antall sykehusopphold.

⁷ Gjelder bare for Diagnoseutvalget, ikke for Hjerneslagsutvalget

På pasientnivå er diagnose og DRG-vekt ikke nødvendigvis upåvirkbare størrelser. Hvilken hoveddiagnose som blir tildelt en pasient kan til en viss grad være styrt av hvilken DRG-vekt dette kan resultere i. Det er også slik at et sterkere innslag av pleie- og omsorgsbehov i enkelte diagnosers DRG-vekt, kunne redusere interessekonflikter mellom sykehus og kommunale pleie- og omsorgstjenester.

Det viktigste resultatet på pasientnivå er likevel knyttet til variablene som betegner innskriving og utskrivning av pasienter. Selv om kategoriene i disse er grove, ”utskrevet til annen institusjon” kan bety både annen psykiatrisk sykehusavdeling og alders- eller sykehjem, er implikasjonene interessante. Våre funn tyder på at pasienter som på sykehuset befinner seg i transitt mellom ”vanlig bosted” som de blir innlagt fra, og ”annen institusjon” som de skal utskrives til, blir liggende lengre enn andre pasienter.

På kommunenivå er det for det første tydelig at de store byene (særlig Oslo) har egenskaper som medfører at pasienter hjemmehørende i disse byene blir liggende lengre på sykehus. Og da skal det være kontrollert for andre faktorer som pasientenes alder, diagnose mm.

Forøvrig spiller kommuneøkonomi en rolle. I den beskrivende analysen i kapittel 2 så vi av figurene at dekningsgrader for sykehjemsplasser og hjemmetjenester for ”rike” kommuner var høyere enn for andre. Regresjonsmodellen bekrefter at høye *frie inntekter per innbygger* samsvarer med kortere liggetid. Man kan se for seg at dekningsgrader i denne sammenheng blir mellomliggende variabler. Årsaksrelasjonene blir i tilfellet:

Kommuneøkonomi => Dekningsgrad institusjoner og tjenester => Liggetid i sykehus.

Sammenlignet med de slående forskjellene i den beskrivende, bivariate analysen er imidlertid ikke resultatene av den multivariate analysen sterke eller entydige på dette punktet.

Unntakene gjelder dekningsgrader for korttidsplasser i sykehjem og boliger. Begge forhold samvarierer med lavere liggetid per sykehusopphold. Utbygging av omsorgsboliger ser ut til å være en strategi som følges i mindre grad av de velstående kommunene. Også omfanget av korttidsplasser kan være mindre relatert til de totale økonomiske rammebetingelser og mer til organisering av tjenestetilbudet.

Selv om vi her finner forklaringer på marginale forskjeller i liggetid i egenskaper ved kommunene utelukker ikke dette at ”for lang” liggetid også kan skyldes forhold på

sykehusnivå. Særlig store sykehus med høyt belegg ser ut til å ha en relativt lengre liggetid for sine pasienter, sammenlignet med andre sykehus.

4. DYBDEINTERVJUER MED SENTRALE PERSONER I 1. OG 2. LINJEN

I månedsskiftet mars-april ble det gjennomført en dybdeintervjuundersøkelse blant fem personer som har ansvar for utskrivning av pasienter i den somatiske spesialisthelsetjenesten, samt fem personer som har ansvar for å ta i mot pasientene i kommunene. To personer fra ulike sykehus i Oslo som har ansvar for utskrivning, samt to pleie- og omsorgsledere fra hver sin bydel i Oslo ble intervjuet. I tillegg ble det gjennomført 6 telefonintervjuer med en avdelingsleder fra et sykehus i Finnmark, en koordinator fra et sykehus i Aust-Agder samt en avdelingsleder fra et sykehus i Vest-Agder. Pleie- og omsorgsledere fra en kommune i hvert av disse fylkene ble også intervjuet. De fleste som ble intervjuet har sykepleierutdanning, med tilleggsutdanning i administrasjon og ledelse. Et annet fellestrekk er at de har lang erfaring fra å jobbe både i sykehus og i pleie- og omsorgstjenestene.

4.1 Hvordan beskrives samarbeidet mellom sykehus og pleie- og omsorgstjenestene?

Informantene forteller at samarbeidet er organisert på ulike måter. Noen sykehus og kommuner/bydeler har utviklet egne skriftlige samarbeidsavtaler, som både varierer i forhold til om sykehuset tar betaling for pasienter som er meldt utskrivningsklare etter et bestemt antall dager, og i forhold til om det er opprettet en kontaktperson i kommuner/bydeler i forhold til utskrivning. Andre følger forskrift om kommunal betaling for ferdigbehandlede pasienter. Mens andre igjen verken har utarbeidet en egen avtale, eller følger forskrift for betaling av ferdigbehandlede pasienter.

I telefonintervjuundersøkelsen som ble gjennomført i juni 2001 blant et landsrepresentativt utvalg av ledere av pleie- og omsorgstjenestene i kommunene kartlegges hvilken samarbeidsmodell pleie- og omsorgstjenestene og sykehus følger. I tillegg undersøkes det om det er en sammenheng mellom måten samarbeidet er organisert på, hvordan samarbeidet vurderes og om kommunene og bydelene klarer å ta imot utskrivningsklare pasienter .

Det er ikke gitt at det alle steder er en positiv sammenheng mellom et veldig formalisert samarbeid og effektivitet og kvalitet i overføringen av pasienter. I følge det sykehuset og den kommunen som gir inntrykk av best samarbeid, og best å klare å møte utfordringen med økt utskrivning av pasienter fra sykehus, er ikke samarbeidet veldig formalisert. De har utarbeidet en samarbeidsavtale, men betalingsforskriften følges ikke, og en egen

betalingsavtale er heller ikke utarbeidet. Sykehuset har valgt å ikke kreve penger for pasienter som blir liggende for lenge etter at de er definert som utskrivningsklare, uten at konsekvensene er at pasientene blir liggende.

Informanter både fra 1. og 2. linjen forteller at de setter fokus på pasienten, og ikke på regler og penger. Informanter fra pleie- og omsorgstjenesten og sykehuset sier at de er gjensidig interessert i å gjøre det som er best for pasienten, og de tilpasser seg hverandre. Noen ganger tar sykehuset et ekstra tak, og andre ganger strekker pleie- og omsorgstjenesten seg ekstra. Sykehuset har jobbet med å utvikle en uformell samarbeidskultur rundt pasienten både i sykehuset og ut mot kommunene.

I motsetning til dette forteller informanter fra 1. linjen i Oslo, som i høy grad har formalisert samarbeidet, at de ikke alltid klarer å ta ut pasienter så fort som sykehuset vil, og at flytting av pasienter også kan være kaotisk og uverdigg for pasienter, pårørende og ansatte i 1. linjen. Sykehus og bydeler i Oslo følger ikke "Forskrift om kommunal betaling for ferdigbehandlede pasienter", men en egen betalingsavtale. Avtalen følger til en viss grad forskriften, men pasienter ligger færre dager på sykehus i Oslo før bydelene må betale døgnpris. Sykehus som følger forskriften kan kreve penger fra kommunene etter 14 dager, mens i Oslo må bydelene betale allerede etter 7 dager. Beløpet som er fastsatt i Oslo er høyere enn beløpet som er fastsatt i forskriften (henholdsvis kr. 2000 og kr.1400). I følge sentrale retningslinjer i Oslo skal både sykehus og bydeler ha kontaktpersoner. Sykehusene har i tillegg, men i varierende grad, utarbeidet skriftlige prosedyrer med meldeskjemaer for utskrivning av pasienter.

Informantene fra bydelene i Oslo forteller at de opplever et stort tidspress fra sykehus i utskrivningssituasjonen. De sier at de ikke får den tiden de trenger verken til å vurdere hvilket tjenestetilbud som passer pasienten best, og til å informere pasienter og pårørende. En av informantene sier: *"Når det begynner å nærme seg melder sykehuset pasienten utskrivningsklar. Det kommer en faks fra sykehuset, uten navn, der det står at pasienten er utskrivningsklar, og at pleie- og omsorgstjenesten må ta kontakt på et bestemt tidspunkt. Dersom sykehuset melder fra før klokka to gjelder utskrivningen fra samme dag. Fem på to kommer faksen med pasientens navn. Det blir et renn. Vi får ikke god nok tid til å gjøre en skikkelig vurdering av pasienten sammen med sykehuset. Pasienter og pårørende gir også uttrykk for at utskrivning fra sykehus både hjem og til sykehjem er for kaotisk. Pleie- og omsorgstjenesten rekker ikke å informere pasienter og pårørende godt"*.

Det er vanskeligere å i stor grad basere samarbeidet mellom store sykehus i store byer og 1. linjen på en uformell samarbeidskultur. Samarbeid mellom store virksomheter må i større grad enn mellom små virksomheter formaliseres, men store virksomheter kan også ha mye å vinne på å utvikle en positiv samarbeidskultur.

4.2 Hvordan oppfattes endringer i effektivitet?

Informanter, både i 1. og 2. linjen, forteller at stadig flere pasienter skrives ut og at liggetiden for pasienter på sykehus blir stadig kortere. Mange av de som skrives ut mottar ikke pleie- og omsorgstjenester, men må klare seg selv, eller få hjelp fra pårørende. De fleste, både i 1. og 2. linjen, sier at kommunene og bydelene i løpet av de siste fem årene har blitt flinkere til raskt å ta imot pasienter fra sykehus. Pasienter blir ikke liggende så lenge som før. Pasienter bor for eksempel ikke lenger på sykehus. En avdelingsleder fra et sykehus i Finnmark forteller at for fem år siden bodde enkelte pasienter på sykehus i to og fem år, men at dette ikke skjer i dag. I intervjuene kommer det likevel fram at det fortsatt varierer om kommuner og bydeler klarer å ta imot pasienter fra sykehus når de er utskrivningsklare.

Alle lederne av pleie- og omsorgstjenestene ga uttrykk for at effektiviseringen har gått for langt, og at særlig noen pasientgrupper som eldre, og pasienter som er døende, kommer for tidlig ut av sykehusene. Noen fortalte at de har blitt flinkere til å ta pasienter fort ut av sykehus, men at de nå tar imot pasienter på en dårligere måte. De opplever ikke at problemet nå er at mange pasienter blir liggende for lenge på sykehus, men heller at 1. linjen ikke opplever å ha nok tid på seg, og ro til å klare å ta imot alle pasientene på en god nok måte. Flere ga uttrykk for at de skulle ønske at utskrivning av noen pasientgrupper som f.eks eldre og kreftpasienter kan skjer på en roligere, og ikke så ”hysterisk” måte. 1. linjen forteller også at de opplever at pårørende gir uttrykk for avmakt fordi overgangen fra sykehus går for fort.

I samtalene med informantene i sykehus forteller tre av fem at liggetiden har blitt for kort for noen pasienter. To forteller at effektiviseringen ikke har gått fortere enn at samarbeidet med pleie- og omsorgstjenesten og overføringen av pasienter har fungert bra. Ingen informanter, verken i 1. og 2. linjen mener at liggetiden i sykehus bør bli kortere.

4.3 Er pleie- og omsorgstjenesten enig i sykehusets beslutninger om å skrive ut pasienter?

Lederne for pleie- og omsorgstjenestene sier at de deler sentrale myndigheter og sykehuset sin innstilling om at det er uheldig at mennesker blir liggende lenge på sykehus. De gir imidlertid ulike svar på om de er enig med sykehusets beslutninger om når det er riktig å skrive ut pasienter. Enkelte svarer at sykehus og pleie- og omsorgstjenesten er enige om at pasienter er utskrivningsklare. Andre forteller at de ofte er uenig men at sykehuset er suveren i avgjørelsen. Pleie- og omsorgstjenesten må uansett om de er enig eller uenig følge sykehusets beslutninger. Enkelte ganger sier pleie og omsorgslederne fra om at det er for tidlig å skrive ut pasienter. De forteller at sykehuset hører på dem noen ganger, men andre ganger gjør de det ikke, og i noen tilfeller løser problemet seg selv ved at pasienten dør.

Fordi mange av pasientene ikke er ferdigbehandlet, dvs. fortsatt vil trenge behandling, men på et annet nivå i tjenesteapparatet når de skrives ut av sykehus bidrar begrepet ferdigbehandlet, som også brukes i betalingsforskriften, til å skape urealistiske forventninger blant noen i 1. linjen. Begrepet ”utskrivningsklar” er mer presist, fordi mange av pasientene fortsatt trenger behandling, men på et annet nivå i tjenesteapparatet.

Til tross for at det i følge lovgivningen er kommunene som har ansvar for og står fritt til å velge et passende tilbud til innbyggere som trenger pleie- og omsorgstjenester, forteller noen informanter at det enkelte ganger oppstår uenighet om utskrivning fordi sykehuset vil at kommunen skal gi pasienten sykehjemsplass. Kommunen mener at pasienten kan bo hjemme og få hjelp av hjemmetjenester, men sykehuset legger press på at pasientene skal tilbys sykehjemsplasser.

4.4 Hvilke pasientgrupper har pleie- og omsorgstjenesten problemer med å ta imot fra sykehusene?

Informantene både i 1. og 2. linjen oppgir at pleie- og omsorgstjenesten har problemer med å ta imot flere pasientgrupper som eldre, døende (særlig de som bruker lang tid på å dø), kreftpasienter, rehabiliteringspasienter, mennesker med psykiske lidelser, mennesker med kombinasjoner av lidelser og sykdommer, rusmisbrukere og mennesker med tropiske sykdommer. Noen oppgir en eller to grupper, mens andre oppgir flere. I den landsrepresentative undersøkelsen blant alle lederne for pleie og omsorgstjenestene er det

kartlagt hvordan dette ser ut på landsbasis. Fordi informantene i dybdeintervjuundersøkelsen uventet oppga så mange ulike grupper valgte vi i den landsrepresentative undersøkelsen å ikke utarbeide faste svarkategorier på forhånd, men stille spørsmålet åpent om hvilke pasienter kommunen eller bydelen har problemer med å ta imot.

4.5 Klarer 1. linjen å ta imot pasienter fra sykehus?

De fleste både i 1. og 2. linjen svarer at kommunene og bydelene tar imot pasienter når sykehuset vil skrive dem ut. De sier at det største problemet i dag ikke er at pasienter vanligvis blir liggende for lenge i sykehus, men at utskrivning skjer så fort at pasientene ikke alltid blir tatt imot av pleie og omsorgstjenesten på en god måte. Pleie og omsorgslederne ønsker at utskrivning av eldre skal skje på en roligere måte. Utskrivning av kreftpasienter beskrives også som å skje for raskt, og det sies at det foregår så fort at det er vanskelig både for pasienter, pårørende og 1. linjen. Oslo skiller seg ut ved å ha størst problemer. Informantene fra hovedstaden forteller at mange pasienter har måttet vente i sykehusavdelingene på 1990 tallet, og selv om dette problemet har blitt mindre de siste årene, skiller enkelte bydeler seg ut ved fortsatt ikke å klare å ta imot alle pasientene i tide. I tillegg forteller oftere informanter fra Oslo at det oppstår uverdige situasjoner i utskrivningssituasjonen.

4.6 Hvorfor har 1. linjen problemer med å ta imot utskrivningsklare pasienter på en god måte?

Informantene oppga mange forklaringer på at 1. linjen har problemer med å ta imot pasienter fra sykehus. Flere nevnte 1) *ressurssituasjonen* i kommunene. Det påpekes at stadig flere pasienter behandles i sykehus uten at ressursene i kommunenes har økt nok til at de klarer å ta i mot det økte antall pasienter som trenger etterbehandling og pleie. To stiller spørsmålstegn ved om det er riktig at sykehus behandler så mange som de gjør i dag. Overbehandlingen fører i følge de intervjuede til at det skrives ut mange flere dårlige pasienter i dag sammenlignet med for fem år siden. Informantene i 1. linjen forteller at effektivisering i sykehus kun er en flere endringer som har påført kommunene nye oppgaver i de senere år. To sier at kommunene har blitt pålagt for mange planer. En sier at krav om omorganisering tar livet av kommunene. Kravet om effektivisering som har ført til at kommunene har blitt tynt over tid, har i følge den intervjuede ført til at det nå er en veldig negativ stemning blant ansatte i pleie- og omsorgssektoren. Flere sier at de har for få sykehjemsplasser, og for få stillinger i hjemmetjenestene. Enkelte sier at de har for få

sykestueplasser. Rekrutteringssituasjonen oppgis av noen som å være et problem. En leder av pleie- og omsorgstjenesten forteller at det er vanskelig å få ansatt personer som vil lede tjenesten. Hun sier ”*Det krever så mye. Man burde ikke vært gift, man burde ikke være fra plassen, og man burde være mann. Jeg har ingen ambisjoner om å fortsette. Det er for stor belastning i forhold til familieliv, og det sosiale liv. Man blir folkesky og isolert av å ha en sånn jobb*”.

Noen nevner 2) *uheldige trekk ved sykehus*. Informanter fra 1. linjen som må henvende seg til store sykehus sier at disse er uoversiktelige, også fordi sykehuset ikke klarer å kommunisere innad. Ansvarsforholdene oppfattes som uklare, og ansatte i store sykehus opplever i perioder som veldig stresset. En informant forteller at til tross for at det er en kontaktperson i sykehuset, er det vanskelig å få noen til å ta ansvar. Enkelte i 1. linjen forteller også at de får for lite tid på seg når sykehuset vil skrive ut pasienter. En sier at sykehuset tenker for mye på økonomi og for lite på hva som er best for pasienten.

I følge informanter fra sykehus skaper også 3) *uheldige trekk ved kommuner/bydeler problemer*. Det blir sagt at kommuner og bydeler som har mye regler er vanskeligere å samarbeide med sammenlignet med de som er løsningsorienterte. Et for dårlig tverrfaglig samarbeid i kommuner eller bydeler skaper også problemer. I tillegg sies det at ikke alle leger i 1. linjen er like flinke til å følge opp pasienter. En sykehusinformant forteller at problemer oppstår fordi enkelte bydeler fokuserer for mye på økonomi, og spekulerer i hvordan de best kan spare penger.

Informanter, både fra 1. og 2. linjen sier at noe av grunnen til at kommunene/bydelene ikke klarer å ta imot pasienter på en god måte skyldes 4) *dårlig samarbeid*. Problemer oppstår fordi det på begge sider kan være mangel på vilje til å få til løsninger.

4.7 Oppsummering

Informanter både i 1. og 2. linjen forteller at kommunene og bydelene har blitt flinkere til å ta i mot pasienter raskere fra sykehus de siste fem årene. Alle lederne for pleie- og omsorgstjenestene mener at effektivisering i sykehus har gått for langt. De sier at det i dag skrives for mange pasienter ut til kommuner og bydeler, og at liggetiden i sykehus har blitt for kort. Informantene fra sykehus forteller at effektiviseringen har gått for langt for enkelte

pasientgrupper, nærmere bestemt eldre og kreftpasienter. Ingen av informantene, verken i 1. eller 2. linjen mener at liggetiden i sykehus bør bli kortere. De opplever ikke at problemet i dag er at mange pasienter blir liggende for lenge på sykehus, men at selve utskrivningssituasjonen kan oppleves som problematisk for pasienter pårørende og ansatte. Informantene forteller at ansatte i 1. linjen opplever å ikke ha tid, og ro på seg til å ta i mot alle pasientene på en god måte.

Det ble oppgitt mange ulike forklaringer på at 1. linjen har problemer med å ta imot pasienter fra sykehus på en god måte. Flere nevnte ressursituasjonen, noen nevnte uheldige trekk ved sykehus og kommuner/bydeler og informanter både fra 1. og 2. linjen sier at noe av grunnen er at samarbeidskulturen er for dårlig.

Samarbeidet mellom sykehus og kommuner/bydeler er organisert på ulike måter. I følge det sykehuset, og den kommunen som forteller om det mest vellykkete samarbeidet, og som gir inntrykk av å best klare å møte utviklingen med økt utskrivning av pasienter fra sykehus, er ikke samarbeidet veldig formalisert. De har utarbeidet en egen samarbeidsavtale, men betalingsforskriften følges ikke, og det er ikke utarbeidet en egen betalingsavtale. Konsekvensen av at sykehuset har valgt å ikke kreve penger for pasienter som blir liggende for lenge etter at de er definert som utskrivningsklare er ikke at pasienter blir liggende i sykehus. Informanter fra 1. linjen i Oslo, som i høy grad har et formalisert samarbeid med sykehus, og som følger en betalingsavtale som er ”strengere” enn den som skisseres i betalingsforskriften, forteller derimot at de ikke klarer å ta imot pasienter så fort som sykehus vil, og at flytting av pasienter kan være kaotisk og uverdigg for pasienter, ansatte og pårørende.

5. SAMARBEIDET MELLOM 1. OG 2. LINJEN – SETT FRA LEDERE INNEN PLEIE- OG OMSORGSTJENESTENE

For å undersøke hvordan samarbeidet mellom sykehus og pleie- og omsorgstjenestene fungerer på landsbasis ble det gjennomført en større undersøkelse blant ledere for pleie- og omsorgstjenestene i kommunene sommeren 2001. Undersøkelsen belyser hvor mange kommuner som har problemer med å ta imot pasienter fra sykehus, hvilke pasienter de eventuelt har problem med å ta imot, hvilke kommuner som har problemer, og hvorfor de har problemer med å ta imot pasienter fra sykehus.

5.1 Undersøkelsen

Et landsrepresentativt utvalg av ledere for pleie- og omsorgstjenestene i 300 kommuner og bydeler ble intervjuet i perioden 30 mai-11 juni⁸ 2001 over telefon av Opinion AS på oppdrag fra forskningsstiftelsen Fafo. 77 prosent av de som ble intervjuet var leder for pleie- og omsorgstjenestene. I de tilfellene det ikke var mulig å få gjennomført intervju med lederen, enten fordi hun eller han var utilgjengelig, eller fordi tjenesten ikke var organisert med en leder øverst, ble en annen som har oversikt over både institusjonsomsorgen og hjemmesykepleien i kommunen eller bydelen, nærmeste ansvarlig, intervjuet. Et flertall av de som ble intervjuet var kvinner (66%). 15 av de 300 intervjuede var leder for pleie- og omsorgstjenestene i 15 bydeler i Oslo og Bergen. Informantene hadde vært ansatt i sin nåværende stilling gjennomsnittlig i 5,6 år. Intervjuene ble gjennomført på dagtid fra Opinions intervju lokaler i Bergen. Intervjuene ble gjennomført ved hjelp av et databasert telefonintervju program. I tillegg til at alle intervjuerne hadde gjennomgått et opplæringsprogram, ble spørreskjemaet i tillegg gjennomgått sammen med alle intervjuerne før oppstart av undersøkelsen, for at alle skulle forstå og oppfatte spørsmålene likt.

5.1.1 Utvalget

Bruttoutvalget bestod i de fleste tilfeller av kommuner, men i Oslo og Bergen av bydeler, fordi de to byene har bydelsstruktur på politisk nivå. Bydelene fungerer som kommuner, med eget ansvar for pleie- og omsorgstjenestene. Bruttoutvalget var sammensatt av alle landets kommuner, samt 25 bydeler i Oslo og 12 bydeler i Bergen, med unntak av Oslo og Bergen og tre kommuner og to bydeler i Oslo. Oslo og Bergen var som sagt representert gjennom bydelene, og de tre andre kommunene, samt to bydeler i Oslo ble tatt ut av utvalget fordi de

⁸ Med unntak av ett intervju som ble gjennomført 25.juni 2001.

deltok i dybdeintervjuundersøkelsen som ble gjennomført i forkant av telefonintervjuundersøkelsen.

Tabell 5.1 Oversikt over bruttoutvalg, frafall og antall intervju

Bruttoutvalg	465
Nekt	3
Opptatt i intervjuperioden	6
Ikke svar på telefon	28
Ikke oppfylte avtaler	128
Antall intervju	300

Som nekt regnes de som oppga at de ikke ønsket å delta i undersøkelsen. Kun tre respondenter nektet å svare på spørsmålene (jf. tabell 5.1). Seks respondenter var opptatt i intervjuperioden, og i 28 tilfeller lyktes ikke intervjuene med å få kontakt med respondenten. Intervjuerne forsøkte å ringe opp igjen inntil seks ganger telefonnummer der de ikke oppnådde kontakt. Kategorien ”ikke oppfylte avtaler” består av respondenter i kommuner og bydeler som ikke ble ringt opp fordi måltallet for antall intervjuer ble nådd.

5.1.2 Feilmarginer

I utvalgsundersøkelser opererer man med statistiske feilmarginer. Dess større utvalget er, dess mindre vil feilmarginene være. Feilmarginene er nedjustert siden en stor andel av totalpopulasjonen på 465 respondenter er intervjuet. Forutsatt at det ikke er systematiske skjevheter i frafallet fra utvalget, varierer feilmarginen for utvalget på 300 respondenter fra ca. 2,7 prosentpoeng ved en 20/80 svarfordeling til ca. 3,4 prosentpoeng ved en 50/50 svarfordeling. Vi kan altså med 95 prosent sikkerhet si at et resultat på 20 prosent ligger mellom 17,3 prosent og 22,7 prosent dersom vi hadde intervjuet hele populasjonen.

5.2 Pasientgrupper som 1. linjen forteller at de har problemer med å ta imot fra sykehusene

Kun 2 prosent forteller at pasienter vanligvis blir liggende å vente i sykehus fordi kommunen eller bydelen ikke klarer å ta imot dem. 23 prosent svarer at noen pasienter vanligvis blir liggende og vente. 71 prosent av de 76 informantene som svarer at pasienter vanligvis eller at noen pasienter vanligvis blir liggende på sykehus etter at de er meldt utskrivningsklare, forteller at problemene har blitt større i løpet av de siste 5 årene.

Selv om flertallet oppgir at utskrivningsklare pasienter ikke blir liggende på sykehus, kan noen av disse likevel oppleve det som et press og et problem å ta imot pasienter på en god måte. For eksempel forteller en informant fra et sykehjem i en studie av nye arbeidstidsordninger i pleie- og omsorgstjenesten, om situasjoner der pasienten blir brakt til sykehjemmet, uten at sykehjemmet har blitt varslet på forhånd. Pasienten blir i sånne situasjoner ikke sendt tilbake til sykehuset og er ikke et problem i den forstand, men personalet gir uttrykk for at dette ikke er en god og forsvarlig måte å ta imot pasienten på⁹.

Tabell 5.2 Pasientgrupper som kommuner/bydeler oppgir å ha problemer med å ta imot fra sykehus. Prosent. 2001.

	N	
Eldre	27	100 (76)
Demente	13	100 (76)
Kreftpasienter	7	100 (76)
Døende	4	100 (76)
Komb.lidelser, sykdommer	7	100 (76)
Psykiatriske pasienter	18	100 (76)
Tropiske sykdommer	1	100 (76)
Rusmisbrukere	7	100 (76)
Rehabiliteringspasienter	9	100 (76)
Andre	100 (34)	100 (76)

De 76 som svarte at de må la utskrivningsklare pasienter bli liggende på sykehus fordi kommunen eller bydelen ikke klarer å ta imot dem, ble spurt hvilke pasienter dette er. Spørsmålet ble stilt åpent og kodet først etter at intervjuene var gjennomført. Informantene oppgir at det er flere pasientgrupper som blir liggende. 1. linjen sliter mest med å ta i mot eldre og psykiatriske pasienter, samt demente pasienter, rehabiliteringspasienter, kreftpasienter, pasienter som er rusmisbrukere og døende (jf. tabell 5.2). Svaralternativene var ikke faste, og derfor svarte ikke alle bestemte pasientgrupper. Kategorien andre er stor, og i kategorien inngår svar som ikke angir en bestemt pasientgruppe. Flere svarte ”pasienter som trenger sykehjemsplass, og andre grupper er ”hjemmepleiende”, ”respiratorpasienter”, ”sterkt pleietrengende”, ”spesielle medisinske tilfeller”, ”yngre slagpasienter” og ”de som trenger

⁹ Prosjektet ”Erfaringer fra ulike arbeidstidsordninger” er et prosjekt Kommunenes Sentralforbund satte i gang våren 2001, og som går 1 ½ år framover i tid. Fafo gjennomfører prosjektet, og prosjektleder er Heidi Gautun.

smertelindring”. Disse svarene viser at ansatte i pleie og omsorgstjenesten ikke bruker et diagnosespråk på samme måte som ansatte i sykehus.

5.3 Hvilke kommuner har problemer med å ta imot pasienter?

Det er undersøkt om det er en sammenheng mellom det å ikke klare å ta imot alle utskrivningsklare pasienter og en rekke kjennetegn ved kommunene som: størrelse, landsdelstilhørighet, økonomi, tjenestetilbud, geografisk avstand til sykehus og ulike sider ved samarbeid med sykehus. For å kunne belyse eventuelle variasjoner etter kommunestørrelse, økonomi og tjenestetilbud er det koplet en datafil med registerdata fra Statistisk Sentralbyrå til funn fra undersøkelsen. Det er ikke mulig å fremskaffe registerdata fra undersøkelsesåret 2001. Datafilen som er koplet til undersøkelsen inneholder informasjon fra 1999. Frode Kristiansen (SNF) har laget datafilen, også inndelingen av kategorier som benyttes i analysene. Statistikkildene og variablene som benyttes er nærmere omtalt i kapittel 2 i rapporten.

5.3.1 Hvilken betydning har kommunestørrelse og landsdelstilknytning?

Det er helt klart de største kommunene, dvs. med flest innbyggere som har størst problemer med å ta imot alle pasienter som sykehus skriver ut (jf. tabell 5.4). Forskjellen mellom kommuner med få og mange innbyggere er signifikant. Sammenligningen av landsdeler viser at kommuner og bydeler i Oslo og Akershus har størst problemer med å ta imot pasienter. Det er ikke mulig å signifikantteste forskjellen mellom Oslo og Akershus og andre landsdeler fordi antallet intervjuede i Oslo og Akershus er så lite. Forskjellen er imidlertid stor, på 11 prosent når de andre landsdelene slås sammen og sammenlignes med Oslo og Akershus.

Kommunene i Nord- Norge oppgir færrest problemer.

Det kan være flere årsaker til at 1. linjen i de store byene generelt¹⁰, og Oslo spesielt har større problemer enn mindre kommuner med å ta imot pasienter fra sykehus. Andre enn sykehuspasienter trenger pleie- og omsorgstjenester, og presset på helse og sosialtjenestene kan være sterkere i de store byene på grunn av flere og mer sammensatte sosiale og helsemessige problemer. Andre store oppgaver i 1. linjen kan føre til at det blir mindre å gi pasienter som kommer fra sykehus.

¹⁰ Med de store byene menes: Oslo, Trondheim, Bergen og Stavanger.

Problemene oppleves ikke som større i de store byene fordi det behandles og skrives ut flere pasienter fra sykehus, sammenlignet med mindre steder. Som vist i første del av rapporten behandles ikke en større andel av innbyggerne som er bosatt i store byer i sykehus sammenlignet med de som er bosatt i mindre kommuner. Problemene i 1. linjen er heller ikke større i de store byene fordi pasienter i de store byene skrives fortere ut. Gjennomsnittlig liggetid er tvert imot lenger i de store byene (jf. kapittel 2 i rapporten). De store byene kan ha større problemer med å ta imot pasientene fra sykehus fordi de har færre sykehjems plasser til eldrebefolkningen sammenlignet med mindre kommuner (jf. diskusjonen i kapittel 2).

En annen forklaring på at informantene i 1. linjen i store byer generelt og i Oslo spesielt forteller at de i mindre grad enn andre kommuner klarer å ta imot alle pasienter som er utskrivningsklare kan være at stressnivået i utskrivningssituasjonen er høyere. Både i dybdeintervjuene og i telefonintervjuene oppgis at utskrivning av pasienter skjer på en mer stresset måte i Oslo, og andre storbyer sammenlignet med andre steder. Det er kanskje ikke antall dager pasienter blir liggende på sykehus som betyr mest for om 1. linjen klarer å ta imot pasienter, men heller hva som skjer i utskrivningssituasjonen. Det kan se ut som om at stressnivået i utskrivningssituasjonen påvirker hvor godt kommuner og bydeler mestrer situasjonen. De ulike betalingsavtalene som følges rundt omkring i landet, og sammenhengen mellom hvor ”strenge” disse er for 1. linjen kan være et uttrykk for ulike grader av stress i utskrivningssituasjonen forskjellige steder.

Tabell 5.3 Antall dager kommuner/bydeler i ulike landsdeler har på seg før de må betale sykehus for pasienter som sykehus har definert som utskrivningsklar. I tabellen inngår kun kommuner/bydeler som må betale. Gj.snitt.

Region	Gj.snitt	N
Oslo og Akershus	8.17	6
Øvrige Østland	13.18	22
Sørlandet	10.50	2
Vestlandet	12.55	11
Trøndelag	7.55	11
Nord-Norge	12.70	20
Alle	11.60	72

Oslo og Akershus, sammen med Trøndelag har færrest dager på seg til å ta imot utskrivningsklare pasienter fra sykehus før de må begynne å betale (jf. tabell 5.3).

I Oslo er det utviklet en egen skriftlig betalingsavtale som forplikter bydeler til å begynne å betale ca. kr. 2000 i døgnet til sykehus for en pasient som er meldt utskrivningsklar etter 7 dager. Til sammenligning skal de 31 prosentene kommuner som følger "Forskrift om kommunal betaling for ferdigbehandlede pasienter" begynne å betale kr. 1300 etter 14 dager. Andre 35 prosent av kommunene er ikke forpliktet til å betale sykehus for dager pasienter blir liggende etter at de er meldt utskrivningsklar, og utsettes ikke for dette økonomiske presset. I dybdeintervjuundersøkelsen blant noen ledere av pleie- og omsorgstjenesten på sørlandet, i nord- Norge og i Oslo, var det informantene fra to bydeler i Oslo som i størst grad fortalte om stress i overgangen fra sykehus til 1. linjens tjenester for pasienter.

I kontrast til dette følger sykehus og 1. linjen i Finnmark en betalingsordning som lar pasienter ligge flere dager før kommunene må begynne å betale døgnbøter. Kommunene i Nord- Norge skiller seg i denne undersøkelsen ut ved å i størst grad klare å ta imot pasienter som sykehus definerer som utskrivningsklare. Pasientene har kortere gjennomsnittlig liggetid i sykehus sammenlignet med pasienter i Oslo, Bergen, Trondhjem og Stavanger (jf. kapittel 2 i rapporten).

5.3.2 Hvilken betydning har kommuneøkonomi?

Det er en sterk bivariat, signifikant sammenheng mellom problem med å ta imot pasienter fra sykehus og kommuneøkonomi. Fattige kommunene klarer i mindre grad enn rike kommuner å ta imot pasienter (jf. tabell 5.4).

Tabell 5.4 Ulike kjennetegn, som størrelse, landsdeltilhørighet og økonomi¹¹, ved kommuner som ikke klarer å ta imot alle utskrivningsklare pasienter fra sykehus. Prosent. 2001.

	Kommuner og bydeler som ikke klarer å ta imot alle pasienter	N
Kommunestørrelse:*		
Liten (256-2.269)	7	100 (74)
Middels (2.282-9.213)	28	100 (153)
Stor (9.229-507.467)	41	100 (58)
Landsdel:		
Oslo Akershus	36	100 (22)
Øvrige Østland	28	100 (82)
Sørlandet	21	100 (19)
Vestlandet	23	100 (90)
Trøndelag	28	100 (32)
Nord-Norge	20	100 (55)
Kommuneøkonomi:**		
Fattig	34	100 (68)
Middels	26	100 (142)
Rik	15	100 (75)

*Signifikant på 1%-nivå.

**Signifikant på 5%-nivå

5.3.3 Hvilken betydning har tjenestetilbudet i kommunen ?

Sammenligning av dekningsgrad av institusjonsplasser, hjemmetjenester og boenheter til eldre over åtti i kommuner som ikke klarer å ta imot alle pasienter fra sykehus med kommuner som klarer å ta imot pasienter fra sykehus viser samme mønster. Kommuner som ikke klarer å ta imot alle utskrivningsklare pasienter fra sykehus har det knappeste tjenestetilbudet (jf. tabell 5.5, 5.6 og 5.7). Sammenligningen viser også at det er større variasjon i kategorien ”kommuner som har problemer” sammenlignet med ”kommuner som

¹¹ Kommuneøkonomi er malt gjennom driftsutgifter per innbygger. Kategorien fattig=21.946 –26.295, kategorien middels=26.306-37.275, kategorien rik=37.344-116.274. I første del av rapporten måles kommuneøkonomi gjennom flere variabler, og de ulike målene viser de samme sammenhengene. Derfor bruker vi med god samvittighet kun variabelen driftutgifter per innbygger i denne delen av analysen.

ikke har problemer”. Til tross for lite ressurser forteller noen kommuner at de klarer å ta imot alle pasientene.

Funnene stemmer overens med kartleggingen som er gjort i første del av rapporten som viser at pasienter fra kommuner med et knapt utbygd tjenestetilbud i gjennomsnittet blir liggende flere dager på sykehus sammenlignet med pasienter fra kommuner med et godt utbygd tjenestetilbud.

Tabell 5.5 En sammenligning av dekningsgrad av institusjonsplasser til eldre over åtti, i kommuner som ikke klarer å ta imot alle pasienter fra sykehus med kommuner som klarer å ta imot alle pasienter fra sykehus.**

Kommuner:	Gj.snitt	St.avvik	N
Problem	23.59	6.32	75
Ikke problem	25.97	9.00	221
Alle	25.37	8.46	296

**Signifikant sammenheng på 5%-nivå.

Tabell 5.6 En sammenligning av dekningsgrad av hjemmetjenester til eldre over åtti, i kommuner som ikke klarer å ta imot alle pasienter fra sykehus med kommuner som klarer å ta imot alle pasienter fra sykehus.

Kommuner:	Gj.snitt	St.avvik	N
Problem	38.88	8.40	72
Ikke problem	40.18	7.58	194
Alle	39.83	7.82	266

Tabell 5.7 En sammenligning av dekningsgrad med boenheter til eldre over åtti, i kommuner som ikke klarer å ta imot alle pasienter fra sykehus med kommuner som klarer å ta imot alle pasienter fra sykehus.

Kommuner:	Gj.snitt	St.avvik	N
Problem	10.46	5.25	71
Ikke problem	11.77	5.88	207
Alle	11.44	5.75	278

5.3.4 Hvilken betydning har geografisk avstand ?

To av ti kommuner og bydeler samarbeider med sykehus som det er liten geografisk avstand til, dvs. hvor geografisk avstand til sykehuset er under 10 km. Halvparten samarbeider med sykehus hvor geografisk avstand er under fire mil. Kun 17 prosent samarbeider med sykehus som ligger over 10 mil unna, og kun 5 prosent samarbeider med sykehus som ligger over 20

mil unna. Kommuner som samarbeider med sykehus det er stor geografisk avstand til, oppgir ikke oftere enn andre kommuner at de ikke klarer å ta imot pasienter som sykehuset definerer som utskrivningsklare. En av informantene i den kvalitative undersøkelsen fra et sykehus i Finnmark forteller at sykehuset tar hensyn til at pasienter har lang reise når de vurderer om en pasient er ferdigbehandlet på sykehuset. Antakeligvis tar også andre sykehus hensyn til hjemreisen når de vurderer når pasienter kan skrives ut fra sykehus.

5.3.5 Påvirker kjennetegn ved samarbeidet effektivitet og kvalitet?

Syv av ti kommuner har i stor eller noen grad nedfelt samarbeidsrutiner med sykehus om utskrivning av pasienter i skriftlige avtaler. Kommuner som har formalisert samarbeid med sykehus har ikke mindre problemer med å ta imot pasienter, sammenlignet med de som ikke har formalisert samarbeid med sykehus (jf. tabell 5.8).

Tre av ti kommuner bruker forskrift om betaling for ferdigbehandlede pasienter, og ca. like mange har inngått en egen betalingsavtale med fylkeskommunen. 35 prosent svarer at de ikke følger noen betalingsavtale, dvs. at de ikke er forpliktet til å betale sykehuset når pasienter blir liggende etter at de er definert som utskrivningsklare. Ca. 5 prosent av informantene kunne ikke svare på spørsmålet om kommunen følger forskriften, eller en egen avtale med fylkeskommunen. Kommuner som bruker ”Forskrift om kommunal betaling for ferdigbehandlede pasienter”, og som har inngått en egen betalingsavtale med Fylkeskommunen forteller at de i litt større grad enn de som ikke er forpliktet til å betale sykehus har problemer med å ta imot pasienter fra sykehus. Forskjellen er ikke signifikant.

Det er uvisst om det er betalingsavtalene som skaper problemer noen steder, eller om avtalene er inngått som et svar på samarbeidsproblemer mellom sykehus og 1 linjen.

Under halvparten (43%) forteller at sykehuset har en kontaktperson som kommunen eller bydelen kan henvende seg til om saker som gjelder utskrivning av pasienter. Flere (77%) oppgir at kommunen eller bydelen har en kontaktperson som sykehuset kan henvende seg til. Det er små forskjeller, men noen flere kommuner eller bydeler som har en kontaktperson å henvende seg til i sykehuset sier at de ikke klarer å ta imot alle pasienter, sammenlignet med de som ikke har en kontaktperson. Det er ingen forskjell mellom kommuner som har kontaktpersoner eller ikke. Om samarbeidet er formalisert behøver ikke å være den egentlige årsaken til at kommuner har problemer med å ta imot pasienter.

Tabell 5.8 Ulike kjennetegn ved samarbeidet med sykehus, som kommuner som ikke klarer å ta imot alle utskrivningsklare pasienter oppgir. Prosent. 2001.

	Kommuner og bydeler som ikke klarer å ta imot alle pasienter	N
Skriftlig avtalte samarbeidsrutiner:		
I stor grad	26	100 (130)
I noen grad	26	100 (69)
I liten grad	24	100 (100)
Betalingsavtale:		
Bruker forskriften	27	100 (93)
Egen betalingsavtale	29	100 (85)
Ingen avtale	24	100 (105)
Kontaktperson i sykehus:		
Ja	29	100 (129)
Nei	24	100 (160)
Kontaktperson i kommune:		
Ja	25	100 (232)
Nei	24	100 (68)
Medisinsk veiledning fra sykehus:		
Ja, på sykehus	28	100 (110)
Ja, i kommunen	17	100 (12)
Både i sykehus og kommunen	26	100 (129)
Nei	25	100 (28)
Om kommune og sykehus er uenige om pasienter er utskrivningsklare:*		
Ofte	52	100 (25)
Av og til	33	100 (145)
Sjelden/aldri	11	100 (129)
Vurdering av samarbeidet:*		
Godt	14	100 (141)
Både og	36	100 (149)
Dårlig	40	100 (10)

*Signifikant på 1%-nivå.

Som vi har sett er det de store byene, som også har formalisert samarbeidet mest som har størst problemer med å ta i mot pasienter. Grunnen til at problemene er større blant kommuner som har formalisert samarbeidet mest kan være at pleie og omsorgstjenesten i de store byene er utsatt for et større press.

De fleste (89%) forteller at kommunen og bydelen får medisinsk veiledning fra sykehus. Oftest (43%) blir veiledningen gitt både på sykehuset og i kommunen, men en stor gruppe (37%) forteller også at veiledningen kun blir gitt på sykehuset. Et mindretall (4%) oppgir at den medisinske veiledningen kun blir gitt i kommunen. Kommuner som forteller at de bare mottar medisinsk veiledning utenfor sykehus i 1. linjen har sjeldent problemer med å ta imot pasienter. Antallet kommuner som kun mottar medisinsk veiledning i 1. linjen er for få til at det er mulig å signifikantteste forskjellen.

Noe over halvparten svarer at det av og til eller ofte forekommer at kommunen og sykehuset er uenige om at pasienter er utskrivningsklare. Åtte prosent forteller at dette skjer ofte. Kommuner som ofte eller av og til er uenige med sykehusets beslutninger om at pasienter er utskrivningsklare, oppgir oftere at de ikke klarer å ta imot alle pasienter fra sykehus sammenlignet med kommuner som sjelden eller aldri er uenig med sykehuset. Informantene i 1. linjen og 2. linjen er altså ikke alltid enig i sykehusets beslutning om at pasienter er ferdigbehandlet.

Noe under halvparten (47%) forteller at samarbeidet med sykehuset i hovedsak er godt. Halvparten (50%) svarer både og, og kun tre prosent forteller at samarbeidet i hovedsak er dårlig. Det er helt klart en sammenheng mellom kvaliteten på samarbeidet mellom kommuner/bydeler og sykehus og om kommunene klarer å ta imot alle utskrivningsklare pasienter. De som har et dårlig samarbeid med sykehus klarer sjeldnere å ta imot alle utskrivningsklare pasienter, sammenlignet med de som forteller at de samarbeider godt med sykehus.

Multivariat analyse

I tillegg til å gjennomføre bivariante analyser er det også gjennomført multivariate analyser for å teste om de bivariante funnene er konsistente, også når det kontrolleres for de andre uavhengige variablene i analysen. Multippel logistisk regresjon er benyttet, som er en teknikk som er velegnet til å analysere dikotome avhengige variable som den avhengige variabelen

”klarer, klarer ikke å ta i mot alle pasienter fra sykehus” er. Verdien av en dikotom avhengig variabel forutsies ut fra et sett av uavhengige variable. Den logistiske regresjonsmodellen stiller beskjedne krav til strukturen i datasettet, og de uavhengige variablene kan ha ulike målenivåer. Det modellen beregner er sannsynligheten for utfall A eller B, eller mer korrekt: logaritmen til denne sannsynligheten, herav navnet logistisk/logit. Dette skjer ved hjelp av en såkalt maksimal sannsynlighetsmetode, maximum-likelihood method. Statistikkprogrammet velger ut de koeffisientene for de uavhengige variablene som gjør de observerte resultatene av den avhengige variabelen mest sannsynlig. (se Hosmer og Lemeshow 1989 for nærmere beskrivelse av analyseteknikken).

De fleste uavhengige variablene er kodet om til dikotome variabler i vår analyse. Kun variabler som viste sammenhenger i den bivariate analysen inngår i den multivariate analysen. En multivariat analyse som inkluderte variabelene dekningsgrad sykehjem, hjemmetjenester og boliger, men som ikke presenteres her, bekrefter mønsteret i de bivariate analysene, at kommuner og bydeler med lav dekningsgrad i noe større grad oppgir at de ikke klarer å ta imot alle pasienter. Sammenhengene var ikke signifikante.

Tabell 5.9 Sannsynlighet for ikke å klare å ta imot pasienter fra sykehus. Resultater fra logistisk regresjon. Justerte odds- rater og signifikantsannsynlighet for de uavhengige variablene. Klarer ikke ta imot=0. Klarer å ta imot=1. (N=212)

	Odds-ratio	P-verdi	
Kommuneøkonomi: Middels Rik	.68 .40		Variabelen er kodet om til dummyvariabler. Referanse kategorien er fattig.
Kommunestørrelse: * Medium Stor	.10 .09	.00 .00	Variabelen er kodet om til dummyvariabler. Referanse kategorien er liten.
Region	.58		Oslo/Akershus=0 Andre=1
Betaler for pasienter	1.17		Betaler ikke=0 Betaler=1
Medisinsk veiledning	.46		I kommunen=0 Annet=1
Samarbeidet*	.33	.00	Godt=0 Dårlig=1
Vedtak om utskrivningsklar*	3.30	.00	Uenig=0 Enig=1
Formalisert samarbeidet	1.25		Ja=0 Nei=1
Kontaktperson i sykehus	1.13		Ja=0 Nei=1

*Signifikant på 1%-nivå

Den multivariate analysen bekrefter store deler av mønsteret som kom fram i de bivariate analysene. Store kommuner, Oslo og Akershus, fattige kommuner, kommuner som ikke får medisinsk veiledning fra sykehus eller som får medisinsk veiledning utenfor 1. linjen, kommuner som har et dårlig samarbeid med sykehus, som er uenige med sykehuset beslutninger om når pasienter er utskrivningsklare, og som i høy grad har et formalisert samarbeid klarer i minst grad å ta imot pasienter som skrives ut fra sykehus.

Sammenhengen er kun signifikant for variablene: kommunestørrelse, vurdering av samarbeid og om kommunen er enig eller uenig med sykehusets beslutninger om når pasienter skal skrives ut (jf. tabell 5.9).

5.4 Grunner som oppgis som årsak til at 1. linjen ikke klarer å ta imot alle utskrivningsklare pasienter

Intervjuerne leste opp noen mulige grunner til at kommuner og bydeler har problemer med å ta imot pasienter. De ulike grunnene som ble lest opp hadde blitt oppgitt av informantene i dybdeintervjuundersøkelsen. Informantene ble bedt om å si seg enig, uenig eller verken enig eller uenig for hver enkelt grunn.

Tabell 5.10 Grunner til at kommuner og bydeler har problemer med å ta imot pasienter. Prosent. N=76. 2001

Pasienter blir liggende for kort tid på sykehus	65
Et mellomliggende tilbud mangler	37
Kommunen har for lite ressurser	65
Kommunen har for få sykehjemsplasser	67
Hjemmetjenestetilbudet er for dårlig utbygd	49
Klarer ikke å rekruttere nok personell	62
Sykehuset er for dårlig organisert	20
Kommunen/bydelen er for dårlig organisert	8
Samarbeidet mellom sykehus og kommune/bydel er for dårlig organisert	41
Kommunen/bydelen får for lite tid til å forberede et godt tilbud	73
Ansvar for 1. og 2 linjen er for uklart definert	65

De hyppigst oppgitte grunnene til at pasienter blir liggende på sykehus etter at de er definert som utskrivningsklare av sykehuset er i følge lederne for pleie- og omsorgstjenestene at:

- kommunen får for lite tid til å forberede et godt tilbud
- det er for få sykehjemsplasser i kommunen
- kommunen har for lite ressurser
- ansvaret for 1. og 2 linjen er for uklart definert
- pasienter blir liggende for kort tid på sykehus
- kommunen klarer ikke å rekruttere nok personell (jf. tabell5.10).

Mellom 60 og 70 prosent av de som forteller at pasienter blir liggende på sykehus etter at de er utskrivningsklare oppgir disse 6 grunnene. Noen færre (49%) sier at hjemmetjenestetilbudet er for dårlig bygd ut, og 41 prosent forteller at samarbeidet mellom sykehus og kommune er for dårlig organisert. 37 prosent svarer at det mangler et mellomliggende tilbud. Et mindretall svarer at sykehuset eller kommunen er for dårlig organisert.

Fattige kommuner og bydeler svarer oftere enn middels rike og rike kommuner at årsaken til at de ikke klarer å ta imot alle utskrivningsklare pasienter er at kommunen eller bydelen har for lite ressurser. 74 prosent av de fattige kommunene oppgir dette som grunn, mot 68 prosent av kommuner som er middels fattige og 46 prosent av rike kommuner.

5.5 Oppsummering

25 prosent av kommunene og bydelene forteller at pasienter vanligvis, eller noen pasienter vanligvis blir liggende å vente på sykehus fordi kommunen eller bydelen ikke klarer å ta imot dem. Et flertall av de 76 informantene som svarer at de vanligvis ikke klarer å ta imot alle utskrivningsklare pasienter fra sykehus når de skal, forteller at problemene har blitt større i løpet av de siste 5 årene.

Flere pasientgrupper blir liggende. 1. linjen sliter mest med å ta imot eldre og psykiatriske pasienter, samt demente pasienter, rehabiliteringspasienter, kreftpasienter, pasienter som er rusmisbrukere og døende.

Kommuner som vanligvis har problemer med å ta imot alle utskrivningsklare pasienter skiller seg ut geografisk, ressursmessig og i samarbeidet med sykehus. Det er helt klart de største kommunene, dvs. de med flest innbyggere som har størst problemer. De store byene og

spesielt Oslo skiller seg ut fra resten av landet ved å ha størst problemer. Informantene fra Nord-Norge forteller i minst grad at de ikke klarer å ta imot utskrivningsklare pasienter. Kommuner og bydeler med lav dekningsgrad av institusjonsplasser, hjemmetjenester og boenheter har størst problemer med å ta imot pasienter.

Det kan se ut som om at stressnivået i utskrivningssituasjonen har stor betydning for hvordan kommuner og bydeler mestrer situasjonen med å ta imot pasienter. Både i dybdeintervjuene og i telefonintervjuene forteller informantene at utskrivning av pasienter skjer på en mer stresset måte i de store byene sammenlignet med andre steder. Pasienter ligger lenger på sykehus i de store byene, og informantene i 1. linjen forteller også at de har større problemer med å ta imot pasienter på en god måte i de store byene.

Syv av ti kommuner har i stor eller noen grad nedfelt samarbeidsrutiner med sykehus som utskrivning av pasienter i skriftlige avtaler. Kommuner med et veldig formalisert samarbeid med sykehus har større problemer med å ta imot pasienter enn kommuner som i mindre grad har et formalisert samarbeidet. Det er uvisst om det er betalingsavtalene som skaper problemer noen steder, eller om avtalene er inngått som et svar på samarbeidsproblemer mellom sykehus og 1. linjen.

Under halvparten av kommunene og bydelene har en kontaktperson de kan henvende seg til i sykehuset om saker som gjelder utskrivning av pasienter. Et flertall av kommunene og bydelene har en kontaktperson som sykehus kan henvende seg til. Det er små forskjeller i problemer som oppgis av lederne for pleie- og omsorgstjenesten mellom de som har kontaktpersoner i 1. og 2 linjen, og de som ikke har det.

De fleste (89%) forteller at pleie- og omsorgstjenesten mottar medisinsk veiledning fra sykehus. Et mindretall av kommunene og bydelene, som kun tar imot denne veiledningen i 1. linjen, forteller oftest at de vanligvis klarer å ta imot alle pasienter som skrives ut. Antageligvis er det at sykehus gir medisinsk veiledning i 1. linjen et uttrykk for et tett og godt samarbeid mellom sykehus og kommune.

Nesten halvparten (47%) svarer at det av og til eller ofte forekommer at kommunen/bydelen og sykehuset er uenige om hvorvidt pasienter er utskrivningsklare. Disse klarer i mindre grad enn kommuner/bydeler som er enige i sykehusets beslutninger å ta imot pasienter. Halvparten

svarer også at samarbeidet med sykehus enten er dårlig eller både og. Disse klarer vanligvis ikke i like stor grad som de som oppgir å ha et godt samarbeid, å ta imot alle utskrivningsklare pasienter.

I følge lederne for pleie- og omsorgstjenestene er de viktigste grunnene til at pasienter blir liggende på sykehus at 1) kommunen eller bydelen får for lite tid på seg til å forberede et godt tilbud 2) det er for lite ressurser i kommunen, særlig i form av sykehjemsplasser 3) ansvaret mellom 1. og 2. linjen er for uklart definert 4) pasienter ligger for kort tid på sykehus, og 5) kommunen eller bydelen klarer ikke å rekruttere nok personell.

6. VIRKEMIDLER

Virkemidler for at 1. linjen bedre skal klare å ta imot pasienter fra sykehus er undersøkt i den kvalitative intervjuundersøkelsen. I den landsrepresentative telefonintervjuundersøkelsen svarte ikke informantene direkte på spørsmål om virkemidler, men grunner som gis om hvorfor kommuner og bydeler har problemer, og analysene som viser trekk ved kommuner som ikke klarer å ta imot alle utskrivningsklare pasienter forteller også noe om hvilke virkemidler det er behov for. En tredje og viktig datakilde er referansegruppen som har fulgt prosjektet. Referansegruppen har bestått av medlemmene fra to avdelinger i Sosial- og helsedepartementet, nærmere bestemt Pleie- og omsorgsavdelingen og Helseavdelingen. I tillegg har Kommunenes Sentralforbund, Norsk Sykepleierforbund, Norsk Helse- og sosialforbund, Fellesorganisasjonen, Den norske Lægeförening, Helse- og sosiallederlaget, Statens helsetilsyn, Norsk Pensjonistforbund, Statens råd for funksjonshemmede, Statens eldreråd, en Fylkesmann, en kommunelege, en pleie- og omsorgssjef og en sektorkoordinator fra et stort sykehus deltatt.

Mange ulike virkemidler har blitt foreslått. Disse går både ut på å bedre ressursituasjonen, organisere samarbeidet tydelig, og å utvikle en bedre samarbeidskultur. I tillegg diskuteres spørsmålet om det er et behov for å bygge ut et mellomliggende tilbud mellom første og andrelinjetjenesten.

6.1 Det må være tilstrekkelig med ressurser både i 1. og 2. linjen

Nesten syv av ti i den landsrepresentative undersøkelsen som forteller at kommunene og bydelene har problemer med å ta imot pasienter sier at en av grunnene er at de har for lite ressurser. De sier at de har for få sykehjemsplasser, og at hjemmetjenestene er for lite utbygd. I dybdeintervjuundersøkelsen og diskusjonene i referansegruppen la også informantene vekt på ressursituasjonen. De forteller at pleie- og omsorgstjenestene i kommunene har fått stadig flere, og vanskeligere oppgaver å løse, uten at tjenestene samtidig har blitt tilført tilstrekkelig med ressurser. I kapittel 2 er det dokumentert en viss sammenheng mellom kommuneøkonomi, dekningsgrad i sykehjem og antall dager pasienter ligger på sykehus. Rike kommuner har en markert bedre sykehjemsdekning enn fattige kommuner, og tar raskere i mot pasienter fra sykehus. Relativt sett fattige kommuner synes å prioritere hjemmetjenester og omsorgsboliger (?). Denne dokumenterte ulikheten bryter med det overordnede målet for pleie- og omsorgstjenestene om å gi et tilfredsstillende og mest mulig likeverdig tjenestetilbud

uavhengig av hvor den enkelte bor, av inntekt og sosial status (jf. St. meld.nr 28 Innhold og kvalitet i omsorgstjenestene. Omsorg 2000). Et virkemiddel for å unngå at fattige kommuner ikke klarer å ta imot pasienter fra sykehus er å lage nye modeller for finansiering av kommunale pleie og omsorgstjenester som både tar hensyn til kommunens økonomi og pasienttilstrømning fra sykehus. I dag finansieres ca. halvparten av sykehusets inntekter for inneliggende pasienter ved hjelp av innsatsstyrt finansiering basert på et diagnoserelatert system, mens finansieringen av pleie- og omsorgstjenesten i hovedsak er en del av rammetilskudd til kommunen.

Det hjelper imidlertid ikke å tilføre flere ressurser dersom tjenestene ikke klarer å rekruttere og beholde nok personell. Flere er bekymret for at det vil oppstå en alvorlig krise i helse- og sosialtjenestene fordi dette blir stadig vanskeligere (jf. Handlingsplanen for helse- og sosialpersonell. Sosial- og helsedepartementet 1999, Moland og Egge 2000, St. meld nr 28 Innhold og kvalitet i omsorgstjenestene. Omsorg 2000). Seks av ti, i den landsrepresentative undersøkelsen forteller at de i dag ikke klarer å rekruttere nok folk til pleie- og omsorgstjenestene. I de kvalitative intervjuene forteller informantene både i 1. og 2 linjen om de samme problemene. 1. og 2. linjen konkurrerer om noen av de samme personellgruppene, og 1. linjen oppfattes som å komme dårligst ut. Informanter fra store sykehus forteller imidlertid også at rekrutteringssituasjonen har blitt veldig vanskelig for dem de to siste årene. For å klare å bemanne må sykehus nå kjøpe dyr privat arbeidskraft, og det blir sagt at en uheldig konsekvens er et dårligere arbeidsmiljø på grunn av sterk gjennomstrømning av arbeidstakere på arbeidsplassen.

6.2 Presset inn i sykehus styrer i hovedsak utskrivning

Det har blitt hevdet at det DRG baserte sykehusfinansieringssystemet i Norge systematisk undervurderer pleiekomponentens andel av behandlingstkostnadene. For de eldre pasientene kan dette tenkes å slå spesielt skjævt ut. Et stort ”trykk” av pasienter som trenger behandling, kan uansett føre til at utskrivningstidspunktet, og dermed liggetiden, reduseres overtid. Finansieringssystemet kan imidlertid forsterke motivasjon hos sykehusene til å redusere liggetiden for eldre pasienter. Dersom pleietyngden har fått for liten vekt i finansieringssystemet, så kan en mulighet være å øke den, dvs. at sykehusene på en eller annen måte får en kompensasjon. Spørsmålet er hvordan denne kompensasjonen skal utformes. Dersom det betyr at visse diagnoser får større aldersjusterte vekter, trenger ikke

dette å slå ut i lengre liggetid. Gitt at sykehusene har sterkt fokus på kostnadseffektivisering, vil de selv etter justeringer kunne ha motivasjon til å skrive ut tidlig.

6.3 Samarbeidet må være klart og tydelig organisert

For å oppnå effektivitet og kvalitet må samarbeidet mellom sykehus og pleie og omsorgstjenesten være klart og tydelig organisert. Undersøkelsene viser at flere sykehus og pleie- og omsorgstjenester trenger å definere oppgavefordeling, klargjøre ansvarsforhold, og tydeliggjøre hvem henvendelser om utskrivning av pasienter skal gå til både i sykehus og i pleie og omsorgstjenesten.

Flere opplever at oppgavefordelingen mellom tjenestene er uklar. Det er derfor viktig å avklare hvem som har ansvar for hvilke oppgaver. I intervjuene med informanter fra 1. og 2. linjen kom det fram at det oppstår uenigheter både om når pasienter er klare for utskrivning, og hvilket tjenestetilbud pasientene skal få i 1. linjen. I følge lovgivningen er det sykehuset som skal avgjøre når pasienter er utskrivningsklare, og det er kommunen som skal bestemme hvilket tjenestetilbud pasientene skal få etter at de er skrevet ut. Kommunen har en lovpålagt plikt til å tilby nødvendig helsehjelp til de som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen, også til pasienter som trenger oppfølging etter at de skrives ut av sykehus. Kommunehelsetjenesteloven inneholder bestemmelser om hvilke tjenester kommunen skal tilby, men kommunene står fritt til selv å bestemme tjenestesammensetning og tjenesteorganisering. Valg av virkemidler for å imøtekomme forpliktelsene etter kommunehelsetjenesteloven varierer mellom kommunene. Og om utskrevne pasienter med samme hjelpebehov skal få et sykehjemstilbud eller et hjemmetjenestetilbud skal besluttes i den enkelte kommune. Til tross for at dette ansvaret er klart definert gjennom lovgivningen forteller noen informanter at 1. linjen opplever når de vil tilby utskrivningsklare pasienter hjemmetjenester å bli presset av sykehus til å tilby sykehjemsplasser.

Uklarheter og uenigheter ser også ut til å oppstå fordi ansatte i de to linjene snakker hvert sitt språk. I intervjuene kom det fram at det i sykehus brukes et ”diagnosespråk” om pasientene, mens i pleie og omsorgstjenesten snakker personellet om funksjonsnivået til pasienter. De to språkene kan være med på å gjøre det vanskelig å utvikle en felles forståelse om når pasienter bør skrives ut fra sykehus. Uklarheter og uenigheter ser også ut til å oppstå fordi ansatte i de to linjene legger ulik betydning i sentrale ord som brukes om samarbeidet. Det er for

eksempel uheldig at pasienter som skrives ut av sykehus blir omtalt som ferdigbehandlet. Mange av pasientene er ikke ferdigbehandlet, dvs de trenger fortsatt behandling når de skrives ut fra sykehus. Betegnelsen ferdigbehandlet, som også brukes i betalingsforskriften, kan være med på å skape urealistiske forventinger i 1. linjen. Utskrivningsklar er et mer presist ord, fordi mange av pasientene fortsatt trenger behandling når de skrives ut, men på et annet nivå i tjenesteapparatet. Dersom betegnelsen utskrivningsklar brukes i kommunikasjonen mellom 1. og 2. linjen, og fra sentralt hold, kan dette bidra til større klarhet. Betegnelsen utskrivningsklar inviterer sterkere til at spesialisthelstjenesten må si noe om hva som har skjedd, og hva som skal skje videre når pasienter har behov for langvarig og koordinert behandling som består av både primær og spesialisthelstjenesten i samspill. Spesialisthelstjenesten har i slike tilfeller ansvar for å utarbeide en behandlingsplan der det fremgår hva de skal gjøre.

Kommunehelstjenesten sitt svarbegrep vil være mottaksklar. I dette begrepet ligger det at det forvaltningsmessige er på plass, vedtak er fattet, og at kommunen skaffer en institusjonsplass eller hjemmetjenester.

Et virkemiddel for å bedre samspillet mellom kommunale tjenester og spesialisthelstjenester kan være å sørge for saksbehandling og enkeltvedtak etter helstjenesteloven og sosialtjenesteloven også i saker som henvises fra sykehus og spesialisthelstjenesten. Dette skjer i liten grad i dag, men vil kunne gjøre ansvarsforholdene tydeligere og dermed dempe konflikter, gi kommunene nødvendig tid, og sikre at saken blir nødvendig opplyst gjennom dokumentasjon fra sykehus og eventuelt sykehusbesøk fra saksbehandler.

Det er viktig å sikre at den forvaltningsmessige kommunikasjonen foregår ryddig, og ikke som et press for eksempel over telefon fra vakthavende på en sykehusavdeling til kveldsvakten på sykehjemmet. En god måte å organisere dette på kan være å etablere en form for saksbehandlerenhet som tar imot alle søknader og henvendelser fra folk enten de bor hjemme eller er på sykehus og som håndterer saksbehandlingen fram til vedtak. I dag må publikum og sykehus flere steder henvende seg til de ulike instansene i kommunen, som sykehjem, legekantor, hjemmetjeneste, hjemmesykepleie osv., for å få hjelp. Informantene forteller i undersøkelsene at det er viktig at det er tydelig hvor henvendelser om utskrivning av pasienter skal gå til både i sykehus og i pleie og omsorgstjenesten.

6.4 En bedre samarbeidskultur

I dybdeintervjuundersøkelsen forteller intervjuede både fra 1. og 2. linjen at noe av grunnen til at kommuner og bydeler ikke klarer å ta imot pasienter på en god og effektiv måte skyldes en dårlig samarbeidskultur. Problemer oppstår fordi ansatte i de to linjene beskylder hverandre for å mangle vilje til å få til løsninger. Et godt samarbeidsklima er viktig for å få ting til å gli. En undersøkelse som er gjennomført av legeföreningen (2000) viser at det tiltaket som flest leger mente kunne bedre forholdene ved sykehusene var at kommunikasjonen med 1. linjetjenesten ble bedret. I den landsrepresentative undersøkelsen blant ledere for pleie- og omsorgstjenesten svarer under halvparten at samarbeidet med sykehuset i hovedsak er godt. Halvparten forteller at samarbeidet med sykehus både er godt og dårlig, og tre prosent sier at samarbeidet i hovedsak er dårlig.

En studie av intervensjoner i samarbeid mellom allmennleger og sykehusleger ved akuttinnleggelser i somatiske sykehus viser at det nytter å sette i gang tiltak for å bedre samarbeidet (Kvamme 1999). Studien viser at intervensjoner fører til et bedre samarbeid mellom allmennleger og sykehusleger. Allmennleger ble tryggere i sitt arbeide, og kvaliteten på deler av helsetjenesten ble bedret. Studien avdekte ingen målbare endringer i ressursbruk, men Kvamme hevder at et bedret samarbeid sannsynligvis også fører til en mer effektiv ressursbruk.

Funn i undersøkelsene som er gjennomført i denne studien tyder på at samarbeidet påvirker både kvaliteten på tjenestene og gjør tjenestene mer effektive. Ulike forhold ble beskrevet som å påvirke samarbeidet i positiv eller negativ retning. For eksempel ble det framhevet at et for sterkt fokus på økonomi i stedet for på brukeren og det faglige er en grunn til at samarbeidsklimaet blir dårlig. Å fokusere på økonomi forsterker konflikter, og skaper mistillit. Brukerperspektivet blir også borte. I intervjuene kom det fram flere eksempler på at ansatte i 1. og 2. linjen har mistillit til hverandre og beskylder hverandre for å prøve å utnytte systemet. I dag brukes de fleste steder straff som styringsmiddel for å få kommuner og bydeler til å ta imot pasienter fra sykehus. Kommunen må betale døgnbøter for dager pasienter blir liggende på sykehus etter at de er definert som utskrivningsklare. Hvor mange dager det går før kommunene og bydelene må betale varierer. Noen informanter fra sykehus sier i intervjuene at 1. linjen spekulerer i dette, og ikke tar ut pasienter før de må begynne å betale bøter. Mens noen informanter fra pleie- og omsorgstjenesten hevder at sykehus utnytter

systemet. Det blir sagt at enkelte sykehus definerer og melder pasienter utskrivningsklare før sykehuset er ferdig med å behandle pasienten, for å få de første dagene som kommuner og bydeler ikke må betale for til å gå.

Kommuner og bydeler som i høy grad har formalisert samarbeidet, og som bruker betalingsforskriften eller en annen betalingsavtale oppgir å ha et dårligere samarbeid med sykehus enn de som ikke må betale bøter dersom pasienter blir liggende. Disse svarer oftere at de er uenige med sykehus om når pasienter skal skrives ut. Pleie- og omsorgsledere fra kommuner som ikke må betale dagbøter svarer at de i større grad klarer å ta imot utskrivningsklare pasienter fra sykehus sammenlignet med pleie og omsorgsledere som forteller at de må betale bøter. Gode rutiner er bra, men en overfokusering på disse kan gå ut over oppmerksomheten om hva som er best og mest fornuftig for pasienten.

Kommuner og sykehus som setter fokus på pasienten, ikke på regler og penger, og som har satset på å utvikle en god samarbeidskultur ser ut til å være de som bruker ressursene de har til rådighet på en best mulig måte. Et samarbeid som er basert på en gjensidig interesse for å gjøre det beste for pasienten ser også ut til å være mest effektivt. Begge parter gir og tar. Noen ganger tar sykehuset et ekstra tak, og andre ganger strekker pleie- og omsorgstjenesten seg ekstra. Denne typen samarbeid ser ut til å være lettere å få til mellom små sykehus og små kommuner. Store sykehus og store kommuner trenger i større grad å formalisere samarbeidet, og må ha styringsmidler for å få samarbeidet til å fungere. Det er imidlertid ikke sikkert at det er dagens døgnbøtsystem som er det beste virkemidlet. Et system som består av belønning i form av penger til kommuner og bydeler kan påvirke samarbeidskulturen positivt, og være mer effektivt enn dagens system.

6.5 Ro i utskrivningssituasjonen

Informantene både i 1. og 2. linjen forteller i intervjuene at effektiviseringen i sykehus, som har ført til at kommunene må ta i mot stadig flere pasienter, også stadig sykere pasienter, har gått langt nok. I tillegg sies det at noen grupper pasienter ligger for kort tid på sykehus. I den landsrepresentative undersøkelsen svarte 65 prosent av pleie og omsorgsledere som bor i kommuner og bydeler som ikke klarer å ta imot alle pasienter som skrives ut at grunnen er at pasienter ligger for kort tid på sykehus. Kommunene får for lite tid på seg til å forberede et

godt tilbud. De fleste lederne av pleie- og omsorgstjenesten var i intervjuene opptatt av tid, og sa følgende :

- Sykehusene må ha en større ro, bruke mer tid, gi tidlig melding og bedre informasjon til oss for å få til en god utskrivning av pasienter.
- Vi skal klare rent organisatorisk å ta det som skal være, men vi må få tid på oss til det. Vi har ikke den tida vi trenger til å klare å ta imot pasienter på en god måte. Det er ikke i menneskelig makt å klare det vi blir pålagt i dag.
- Antall betalingsfrie dager må økes i Oslo.
- Noen pasienter bør ligge lenger på sykehus.

De store byene, Oslo, Stavanger, Trondhjem og Bergen har størst problemer med å ta imot pasienter. Problemene oppleves ikke som større fordi det behandles og skrives ut flere pasienter fra sykehus, heller ikke fordi pasienter skrives fortere ut. Tvert imot er gjennomsnittlig liggetid lengst i de store byene. Det er kanskje ikke antall dager pasienter blir liggende på sykehus som betyr mest for om 1. linjen klarer å ta imot pasienter, men heller hva som skjer i utskrivningssituasjonen. Det kan se ut som om stressnivået i utskrivningssituasjonen påvirker hvor godt kommuner og bydeler mestrer situasjonen. I intervjuene ble det fokusert på uheldige konsekvenser av dårlig tid, stress og manglende informasjon og kommunikasjon i utskrivningssituasjonen. Ro i utskrivningssituasjonen skaper trygghet for pasient, pårørende og ansatte i 1. linjen, og gjør dem bedre i stand til å mestre situasjonen etter sykehusoppholdet. En større innsats fra sykehus i utskrivningssituasjonen kan skape mindre behov for sykehusets tjenester og føre til færre pasienter på lengre sikt.

6.6 Trenger vi et mellomliggende tilbud?

I følge intervjuede i Finnmark er det på grunn av store geografiske avstander mellom kommuner og sykehus behov for et mellomliggende tilbud i form av sykestuer for å dekke befolkningens behov for helsetjenester. Informantene forteller at det er for få sykestueplasser, og at det er uheldig at antallet plasser har blitt redusert i de senere år. Enkelte etterlyser også

et mellomliggende tilbud. Avstanden mellom 1. linjen og sykehus oppleves som stor, ikke på grunn av geografisk avstand, men fordi sykehus er store og uoversiktelige.

I rapporten Sykestuefunksjonen - "The missing Link" (2001) og en rapport utgitt av Den norske lægeförening (2000) påpekes det også at det er et behov for å utvikle et differensiert tilbud mellom 1. og 2. linjetjenesten. Det vises til at flere undersøkelser har dokumentert at helsevesenet ikke tar seg av gråsonepasienter, som det i dag er mange av, på en god nok måte. Pasienter som er i gråsonen kommer mellom å være spesialisthelsetjenestens ansvar og/eller primærhelsetjenestens ansvar. Spesialisthelsetjenesten sier pasienten er ferdigbehandlet, og kommunen sier at pasienten har pleie og behandlingmessige utfordringer som ligger utenfor deres ansvarsområde. Definisjonsmakten tilligger spesialisthelsetjenesten, og kommunen kan bare svare ved sende vedkommende tilbake. Dette spillet om "svarteper" omtales som svingdørsyndromet. I missing link rapporten sies det at gråsonepasienter er pasienter med sammensatte og uklare sykdommer og problemer. På grunn av sin allmenntilstand har de ofte behov for både behandling og omsorg samtidig. Selv om pasientene ikke trenger et veldig spesialisert sykehus tilbud behandles flere av disse pasientene i dag i sykehus fordi de trenger mer komplisert behandling enn det 1. linjen kan tilby.

I rapporten "Sykestuefunksjonen – "the missing link" foreslås det å bygge ut et mellomliggende alternativ til allmennlegebehandling i pasientens hjem og sykehusinnleggelse. Det hevdes at vi i for liten grad har sett mulighetene som ligger i en større differensiering av andrelinjetjenestens tilbud. Utviklingen med nedlegging av lokalsykehus og sykestuer har i følge rapporten ført til mindre fleksibilitet og samhandling og til at totalantallet innleggelser i helsevesenet øker. Å møte utviklingen med økt utskrivning av pasienter kun ved å styrke behandlingsfunksjonen i sykehjemmene oppfattes som å ville føre til en for stor belastning på kommunene fordi: Legetjenesten ved sykehjem må styrkes betraktelig, rekrutteringen av sykepleiere og hjelpepleiere til kommunene må bedres og det må foretas en nødvendig gjennomgang av hvilke oppgaver helsepersonell skal utføre og hvilke oppgaver annet personell kan utføre. I tillegg hevdes det at behovet for medisinsk utstyr og ressurser til medikamentbruk og ulike behandlingsformer vil bli større. I stedet foreslås det å bygge ut et mellomliggende tilbud mellom 1. og 2. andrelinjen, slik at mange pasienter slik at ressursene blir anvendt på en mer effektiv måte, og pasientene får et bedre tilbud.

I referansegruppen kom det fram flere motforestillinger mot å møte utviklingen med økt antall pasienter som skrives ut fra sykehus med å bygge ut et mellomliggende tilbud. Det ble hevdet at presset på kompetanse og ressursituasjonen vil bli større ved å bygge opp enda et nivå med flere sengplasser, enn det å satse på å styrke behandlingen i sykehjemmene. Videre ble det hevdet at ”gråsonepasientene” risikerer å få et enda dårligere tilbud dersom det satses på å bygge opp en halvannenlinjetjeneste. Det ble uttrykt bekymring for at plassering av ansvar for denne gruppen av pasienter kan bli enda mer utydelig. For å unngå ”gråsonen” ble det i stedet foreslått å tydelig plassere ansvaret for behandlingstilbudet til gråsonepasientene, og tydeliggjøre 1. og 2. linjens nivåer og roller.

Ikke alle kommuner har i dag klart å bygge opp den kompetansen som er nødvendig for å klare å løse oppgaver de er pålagt gjennom lovgivningen. Det er heller ikke realistisk å tro at alle kommuner vil klare bygge opp den kompetansen som trengs for å klare å ivareta stadig flere spesialiserte oppgavene. Små kommuner kan særlig ha problemer med å bygge opp nødvendig kompetansen for å ivareta spesialiserte oppgaver. I stedet for å bygge opp en halvannenlinjetjeneste for å ivareta forpliktelsene foreslo enkelte medlemmer i referansegruppen at kommunene i større grad satser på interkommunalt samarbeid. Enkelte kommuner har allerede satt i gang et slikt samarbeid.

6.7 Kjennetegn ved sykehus og kommuner som får det til

Å gjøre mer av det som fungerer er et godt virkemiddel. Vi vil derfor tilslutt fokusere på hva de undersøkte forteller kjennetegner sykehus og kommuner som får til et godt og effektivt samarbeid. Og avslutte med å framheve et samarbeid som er en ”suksess”. I intervjuene framhever lederne for pleie og omsorgstjenestene at de samarbeider best med sykehus som:

- De har utviklet en gjensidig kultur med
- Oversiktelige sykehus som klarer å kommunisere innad
- Sykehus som har klare ansvarsforhold
- Sykehus med ansatte som er rolige i utskrivningssituasjonen
- Sykehus som har hovedfokus på pasienten, faglige spørsmål og ikke økonomi
- Sykehus som gir veiledning

På spørsmålet om hva kommuner og bydeler som lykkes med å ta imot utskrivningsklare pasienter på en god måte gjør svarte ansatte i sykehus følgende:

- Kommuner og bydeler som har fått økte ressurser
- Kommuner og bydeler som har bygd opp differensierte tilbud
- Kommuner som har nok personell
- Kommuner og bydeler som interesser seg for hvordan de skal forholde seg til sykehuset
- Kommuner og bydeler som har koordinatorstillinger
- Kommuner og bydeler som har ressurspersoner
- Kommuner og bydeler som har gode systemer og dyktige ledere
- Kommuner og bydeler som har flinke, kompetente, grundige og engasjerte kommuneleger/bydelsoverleger,
- Kommuner og bydeler som er raskt ute, og som jobber effektivt,
- Kommuner og bydeler som har en positiv innstilling til samarbeidet

Tilslutt vil vi framheve en kommune i denne studien som har klart å møte endringene i sykehus på en god måte. I følge lederen for pleie- og omsorgstjenesten i denne kommunen opplever ikke kommunen det som et problem å ta imot pasienter fra sykehus. Lederen forteller at kommunen har klart å ta imot det økte antallet pasienter som skrives ut fra sykehus, på en god måte, og at samarbeidet med sykehuset fungerer godt.

Fylkeskommunen har valgt å ikke følge betalingsforskriften, og har heller ikke utarbeidet en egen betalingsavtale som forplikter kommunene til å betale døgnpris dersom de ikke klarer å ta imot pasienter som sykehuset vil skrive ut. Fravær av press om betaling dersom kommunen ikke tar imot pasienter fort nok fra sykehus har ikke ført til at pasienter blir liggende på sykehus. Samarbeidet med sykehuset er i liten grad regelstyrt og formalisert, men det er skrevet en klar samarbeidsavtale. 1.linjen møter sykehuset regelmessig for å snakke om samarbeidet. Dialogen med sykehuset er tett om pasienter, og informanten fra 1. linjen forteller at det sykehuset og 1. linjen har utviklet en gjensidig kultur. I stedet for å passe på ”mitt” og ”ditt” bord, strekker begge parter seg for å finne den beste løsningen. Noen ganger strekke sykehuset seg, andre ganger strekker kommunen seg. Både sykehuset og pleie- og omsorgstjenesten har fokus på et helsevesen, og på at pasienten kommer først. Veiledning fra sykehuset gis både i sykehuset og ute i 1. linjen til ansatte i pleie- og omsorgstjenesten. Personell fra sykehuset går dersom det trengs ut i kommunen og bemanner kommunen til ansatte i 1. linjen er trygge på hvordan de skal ta seg av pasienten.

Behovene for pleie- og omsorg har økt i de senere år, og kommunen har møtt utviklingen med å ha en lav terskel for når tilbud settes inn, fordi dette skaper trygghet hos pasient og pårørende. Lav terskel på tilbud når behov oppstår gir i følge den intervjuede færre pasienter på lang sikt. For eksempel oppleves ikke døende i pleie- og omsorgstjenesten som et press, men som en utfordring. De setter inn mye hjelp i starten, og dermed klarer pårørende mer. Sykehuset hjelper til med veiledning i smertelindring.

LITTERATUR

Daatland S.O (1997), De siste årene. Eldreomsorgen i Skandinavia. 1960-1995

Den norske lægeforening (2000), En sammenhengende helsetjeneste. Fra stykkevis og delt til fullt og helt. Oslo.

Gujarati, D. N. (1988), Basic Econometrics, Second Edition, McGraw-Hill International Editions, New York.

Halsteinsli V. (1996), Kapasitet innenfor institusjonsbasert omsorg og eldres forbruk av sykehustjenester- om forskjeller mellom Oslo og sykehus. Sintef- rapport.

Historisk statistikk (1994), Statistisk Sentralbyrå, Oslo.

Hosmer D.V.W og S. Lemeshow (1989), Applied Logistic regression. New York: Wiley and Sons.

Kvaase I. E. (1999). Sykehjemmenes rolle og funksjoner i fremtidens pleie- og omsorgstjenester. Rapport, SHD.

Kvamme O. J (1999), Samarbeid mellom legar. Ein studie av intervensjonar i samarbeid mellom allmennlegar og sjukehuslegar, ved akuttinnleggingar i somatisk sykehus. Dr. gradsavhandling i medisin, Universitetet i Oslo.

Magnussen J. (1999), Samdata sykehushusrapport. Sykehussektoren 1998- fra rammefinansiering til ISF. Sintef rapport 3:99.

McGrew, J.C og Monroe, C.B (1993): Statistical problem solving in geography. Wm.C. Brown, Dubuque.

NOU (1999), Livshjelp. Behandling, pleie og omsorg for uhelbredelig syke og døende

NOU (1997), Omsorg og kunnskap, Norsk kreftplan

Rønningen L. (red.) (1999) Samdata sykehus tabeller. Sammenligningsdata for somatisk fylkeshelsetjeneste 1998. Sintef rapport nr.4:99.

Samdata (2000), Samdata Sykehus 2/00. Tabeller 1999. Sintef, Unimed. NIS Samdata, Trondheim.

Robinson, W.S. (1950): Ecological correlations and the behavior of individuals. American sociological review, 15, 351-357.

Romøren, T. I (2001), Metusalems søsken. Forløp av funksjonstap, familieomsorg og tjenestebruk i høy alder. NOVA rapport.

Rø, Christian (1999): Gamle i sykehus. Utredningsserie 7/99, Statens Helsetilsyn, Oslo.

Sandvik m. fl. (2000), Kvalitet i sykehus etter innsatsstyrt finansiering. Helteft.

Snijders, T. og Bosker, R.(1999): Multilevel Analysis . Sage Publications, London.

SSB (2001a), Pleie- og omsorgsstatistikk. 10.4. 2001. Statistisk Sentralbyrå, Oslo.

SSB (2001b), Spesialisthelsetjenesten, somatikk, 8.10.2001, Statistisk Sentralbyrå 2001.

Statens helsetilsyn (1999), Gamle i sykehus. Innlagte 75 år og over i medisinsk avdeling1998. Utredningsserie 7-99, utgitt under Nasjonalt geriatriprogram.

Statens Helsetilsyn (2001): Sykestuefunksjonen – The Missing Link?. Statens Helsetilsyn, Oslo.

Statistisk Sentralbyrå (1999), Ukens statistikk 18/99.

Statistisk årbok (2000), Statistisk Sentralbyrå, Oslo.

St. meld. Nr. 28 Innhold og kvalitet i omsorgstenestene. Omsorg 2000

St. meld. Nr 34 (1999-2000) Handlingsplanen for eldreomsorgen etter 2 år

APPENDIKS

VEDLEGG 1 INTERVJUGUIDE SYKEHUS

Hensikten med intervjuet: *Kort gi informasjon om prosjektet, formål og innledende problemstilling.* Sosial- og helsedepartementet har gitt Forskningsstiftelsen Fafo i oppdrag (sammen med Stiftelsen for Samfunns- og næringslivsforskning (SNF)) å studere hvilke konsekvenser endringer innen den somatiske spesialisthelsetjenesten på 1990 tallet har for pleie- og omsorgstjenestene i kommunene/bydelene. Det tenkes først og fremst på de tre utviklingstrendene, økt bruk av dagkirurgi, færre sykehussenger og reduksjon i liggetid. Fordi du som..... har ansvar for utskrivning av pasienter fra sykehus ønsker vi å få snakke med deg.

Informantens personalia:

- Stilling, fartstid?
- Utdanning/Praksis?

Kjennetegn ved sykehus, og samarbeid med kommuner/bydeler

- Kan du kort si noe om type sykehus, størrelse, organisering og økonomi
- Hvilke kommuner/bydeler sykehuset mottar pasienter fra?
- Geografisk avstand?
- Kort si noe om rutinene ved innleggelse og utskrivning? (org., aktørene)?
- Beskriv samarbeidsrutiner for overføring av utskrivningsklare pasienter fra sykehus til kommunen/bydelene (Har fylkeskommunen din inngått avtale med kommunene? Sykehuset? hvilken, om ikke hvorfor ikke?) (Er disse forskjellig for ulike pasientgrupper?)
- Hvem administrerer skjema og kontakt med bydelene/kommunene?
- Har dere en kontaktperson i kommunen/bydelen?
- Er det foretatt endringer i organiseringen av utskrivningsapparatet de siste fem år?

Utskrivning av pasienter

- Hvordan vil du definere begrepet ferdigbehandlet pasient?
- Hvordan vil du definere begrepet utskrivningsklar pasient?
- Er sykehuset og kommunen/bydelene enige om hva en utskrivningsklar pasient er og utskrivningstidspunktet?
- Får sykehuset påklagd avgjørelsen til Fylkeslegen?
- Hvorfor blir utskrivningsklare pasienter liggende på sykehuset?
- Har problemene endret seg over tid?
- Hvor mange gjelder dette i dag?
- Hvor lenge ligger pasientene i gjennomsnitt på sykehuset etter at de er utskrivningsklare?
- Hvilke grupper av pasienter har du erfaring med at kommunene/bydelene har problemer med å ta imot fra sykehusene?

- Hvor venter pasienten på pleie- og omsorgstjenestene?

(hjemme, sykehus, sykestue, annet)

- Har dere erfaring med at det er enkelte kommuner/bydeler, eller de fleste som har problemer med å ta i mot utskrivningsklare pasienter?

- Hvorfor har kommunene/bydelene problemer med å ta i mot pasientene?

Kommunene skal i følge ”Forskrift om kommunal betaling for ferdigbehandlede pasienter” varsles skriftlig om en pasient som trenger kommunale tjenester er ferdigbehandlet. Det kan ikke kreves betaling for de første 14 dagene etter at kommunen er varslet. Følger dere forskriften? Følger dere en egen betalingsavtale, med andre frister?

- Hva ville konsekvensene være for sykehuset om den betalingsfrie perioden ble redusert?

- Påfører betalingsordningen aktørene ekstra arbeid?

- Hva skiller kommuner/bydeler som klarer å ta i mot utskrivningsklare pasienter, fra de som ikke klarer det?

Tiltak

- Hva kan gjøres for at kommunene/bydelene bedre kan ta mot pasienter fra sykehusene?

- Statlige myndigheter og sykehusene, fylkene og kommunene kan se ulikt på de tre trendene, økt bruk av dagkirurgi, færre sykehussenger og reduksjon i liggetid. Hvordan vurdere du situasjonen?

- Hvordan tror du sykehusreformen som nå planlegges vil påvirke pleie- og omsorgstjenestene i kommunene?

- Er det endringer innen sykehussektoren som ikke er nevnt her, som du mener berører kommunenes/bydelenes pleie- og omsorgstjenester?

- Er det andre viktige spørsmål du mener jeg har utelatt, som bør belyses i denne studien ?

VEDLEGG 2 INTERVJUGUIDE KOMMUNE/BYDEL

Hensikten med intervjuet: Gi kort informasjon om prosjektet, formål og innledende problemstilling: Sosial- og helsedepartementet har gitt Forskningsstiftelsen Fafo i oppdrag (sammen med Stiftelsen for Samfunns- og næringslivsforskning (SNF)) å studere hvilke konsekvenser endringer innen den somatiske spesialisthelsetjenesten på 1990 tallet har for pleie- og omsorgstjenestene i kommunene/bydelene. Det tenkes først og fremst på de tre utviklingstrendene, økt bruk av dagkirurgi, færre sykehussenger og reduksjon i liggetid. Fordi du som leder for pleie- og omsorgstjenestene har ansvar for kommunen/bydelens mottak av utskrevne pasienter fra sykehus ønsker vi å få snakke med deg.

Informantens personalia

- Stilling, fartstid?

- Utdanning/Praksis?

Kjennetegn ved kommunen/bydelen, og samarbeidet med sykehus

-Kort si noe om antall innbyggere, andel eldre, ulike grupper mottakere av pleie- og omsorgstjenester, institusjonsdekning, omsorgsboliger og hjemmetjenestetilbudet, kommuneøkonomi.

- Hvilke sykehus tar dere i mot pasienter fra?

- Geografisk avstand til sykehuset dere bruker mest?

- Kort om rutineene ved mottak av utskrivningsklare pasienter fra sykehus? (org., aktørene)?

- Beskriv samarbeidsrutiner ? (Har fylkeskommunen din inngått avtale med kommunene? Sykehuset? hvilken, om ikke hvorfor ikke?) (Er disse forskjellig for ulike pasientgrupper?)

- Hvem administrerer skjema og kontakt med sykehuset? (sentralisert- alt går gjennom pleie- og omsorgssjef, desentralisert- kontakt direkte med distriktssjefer/sonesjefer/seksjonsledere

- Når igangsettes tiltak for å ta imot utskrivningsklare pasienter? (ved innleggelse, etter utskrivning, fortløpende i dialog med sykehuset)

- Besøker noen fra hjemmetjenesten pasienten på sykehuset? (ofte, av og til sjelden, aldri)

- Har dere en kontaktperson i sykehuset?

- Er betalingen til sykehusene innarbeidet i budsjettene til kommunen/bydelen?

- Er det foretatt endringer i organiseringen av mottaksapparatet for utskrivningsklare pasienter de siste fem år?

Mottak av utskrivningsklare pasienter

- Hvordan vil du definere begrepet ferdigbehandlet pasient?

- Hvordan vil du definere begrepet utskrivningsklar pasient?

- Er kommunen/bydelene og sykehuset enige om hva som er en utskrivningsklar pasient og om utskrivningstidspunktet?

- Har kommunen/bydelen påklaget sykehusets avgjørelse til fylkeslegen?

- Har kommunen/bydelen din problem med å ta imot utskrivningsklare pasienter fra sykehus?

- Har problemene endret seg over tid?

- Hvor mange gjelder dette i dag?
- Hvor lenge ligger pasientene i gjennomsnitt på sykehuset etter at de er utskrivningsklare?
- Hvilke grupper av pasienter har kommunen/bydelen din problem med å ta imot fra sykehusene?
- Hvor venter pasienten på pleie- og omsorgstjenestene (vridningseffekter)? (hjemme, sykehus, sykestue, annet)
- Hvorfor har kommunen/bydelen problem med å ta i mot pasientene?

Kommunene skal i følge ”Forskrift om kommunal betaling for ferdigbehandlede pasienter” varsles skriftlig om en pasient som trenger kommunale tjenester er ferdigbehandlet. Det kan ikke kreves betaling for de første 14 dagene etter at kommunen er varslet. Følger dere forskriften? Følger dere en egen betalingsavtale, med andre frister?

- Hva ville konsekvensene være for kommunen/bydelen være om den betalingsfrie perioden ble redusert?
- Påfører betalingsordningen aktørene ekstra arbeid?

Tiltak

- Hva kan gjøres for å forhindre at utskrivningsklare pasienter blir liggende på sykehus?
- Satses det i din kommune/bydel på institusjonstjenesten eller hjemmetjenesten for å ta imot økt antall pasienter fra sykehusene?
- Hvis tilfelle- hva er årsaken til at institusjonskapasitet og kapasitet innen hjemmebasert omsorg ikke er tilstrekkelig utbygd?
- Har kommunen/bydelen igangsatt spesielle tiltak for utskrivningsklare døende, kreftpasienter og eldre som skrives ut fra sykehus?)

Statlige myndigheter og sykehusene, fylkene og kommunene kan se ulikt på de tre trendene, økt bruk av dagkirurgi, færre sykehussenger og reduksjon i liggetid? Hvordan vurdere du situasjonen?

- Hvordan tror du sykehusreformen som nå planlegges vil påvirke pleie- og omsorgstjenestene i kommunene?
- Er det endringer innen sykehussektoren som ikke er nevnt her, som du mener berører kommunenes/bydelenes pleie- og omsorgstjenester?
- Er det andre viktige spørsmål du mener jeg har utelatt, som bør belyses i denne studien ?

VEDLEGG 3 SPØRRESKJEMAUNDERSØKELSE BLANT LEDERE FOR PLEIE OG OMSORGSTJENESTENE

* Generell kommentar: Bruken av ordet ”kommune” eller ”bydel” vil bli styrt i intervjuet, alt etter om det er en kommune eller en bydel som er trukket til utvalget.

UNDERSØKELSE BLANT 300 PLEIE- OG OMSORGSSJEFER I KOMMUNENE/BYDELENE

30. MAI – 13. JUNI 2001

God dag mitt navn er ... og jeg ringer fra Opinion i forbindelse med en undersøkelse om samarbeidsrutiner mellom sykehus og pleie- og omsorgstjenestene i kommunene/bydelene. Jeg vil gjerne snakke med den som er leder for pleie- og omsorgstjenesten i kommunen/bydelen.

HELSE- OG SOSIALSJEF, PLEIE- OG OMSORGSSJEF, HELSE- OG OMSORGSSJEF E.L.. PERSONEN MÅ HA OVERSIKT OVER KONTAKTEN MELLOM SYKEHUS OG PLEIE- OG OMSORGSTJENESTEN (F.EKS. SYKEHJEM OG HJEMMEHJELPSTJENESTEN) I KOMMUNEN/BYDELEN

VISS STILLINGEN ER UBESATT, ELLER PERSONEN ER SYKEMELDT E.L. , SPØR ETTER NÆRMESTE ANSVARLIG

NÅR RETTE PERSON ER I TELEFONEN

God dag, mitt navn er..... og jeg ringer fra Opinion i forbindelse med en undersøkelse om samarbeidsrutiner mellom sykehus og pleie- og omsorgstjenestene i kommunene/bydelene. Oppdragsgiver for undersøkelsen er forskningsstiftelsen Fafo og Sosial- og helsedepartementet. Kan du sette av 10 minutter til å svare på noen spørsmål?

1. Registrer respondentens stilling

- 1: Leder for pleie- og omsorgstjenestene
- 2: En annen som har oversikt over kontakt med sykehus

*SKRIV INN INSTRUKS TIL INTERVJUARANE OM NÅR DEI TO KATEGORIANE SKAL BRUKAST HER:(Kvar skal vikar eller nærmeste ansvarleg for tjenesten (dvs kanskje på eit nivå under) evt. plasserast? Kvar skal ein meir overordna helsesjef i ein kommune som har bydelsorganisering på helsesektoren plasserast?)

2. Hvor lenge har du jobbet i stillingen? ___ Svar: antall år

RESPONDENTEN SKAL SVARE FOR DET SYKEHUSET KOMMUNEN/BYDELEN FÅR FLEST PASIENTER FRA. DETTE GJELDER ALLE SPØRSMÅLENE.

3. Hvor stor geografisk avstand er det til sykehuset? (Svar i km).

4. Vi skal først snakke litt om samarbeidsrutiner:

I hvilken grad er samarbeidsrutiner mellom kommunen/bydelen og sykehuset om utskrivning av pasienter nedfelt i skriftlige avtaler? Er det i stor, i noen, i liten eller ingen grad nedfelt i skriftlige avtaler?

- 1: I stor grad
- 2: I noen grad
- 3: I liten grad
- 4: I ingen grad
- 5: Ikke sikker

5. Kjenner du til forskrift om kommunal betaling for ferdigbehandlede pasienter?

* KORT DEFINISJON AV FORSKRIFTEN FOR INTERVJUARANE HER:

- 1: Ja
- 2: Nei

5a. Bruker kommunen/bydelen forskriften, er det inngått en egen betalingsavtale med fylkeskommunen om overføring av ferdigbehandlede pasienter fra sykehus til førstelinjen, eller har kommunen/bydelen ingen slik avtale?

* FØRSTELINJEN=HELSE OG SOSIALTJENESTENE I KOMMUNEN

- 1: Bruker forskriften
- 2: Har inngått en egen avtale med fylkeskommunen
- 3: Har ingen slik avtale
- 4: Ikke sikker

HVIS SPØRSMÅL 5a = 2

5b. Hvor mange dager har kommunen/bydelen på seg før den må betale sykehuset for en pasient som sykehuset har definert som utskrivningsklar?

NOTÉR ANTALL DAGER:
99 = IKKE SIKKER/UOPPGITT

6. Har sykehuset en overordna kontaktperson, med ansvar for samarbeid i forhold til utskrivning, som dere kan henvende dere til?

- 1: Ja
- 2: Nei
- 3: Ikke sikker

7. Har dere en kontaktperson som har ansvar for samarbeid i forhold til utskrivning som sykehuset kan henvende seg til for å avklare spørsmål om utskrivning av pasienter?

- 1: Ja
- 2: Nei
- 3: Ikke sikker

8. Gir sykehuset medisinsk veiledning i forhold til enkelte eller flere pasienter kommunen/bydelen tar i mot? I så fall, hvor?

HVIS JA, LES OPP 1-3

- 1: Ja, på sykehuset
- 2: Ja, i kommunen/bydelen
- 3: Ja, både på sykehuset og i kommunen/bydelen
- 4: Nei
- 5: Ikke sikker

* Treng kanskje klarare svaralternativ her, evt. instruks til intervjuarane. Betyr alt. 1 at kommunen sender ein pleiar e.l. til sjukehuset som får rettleiing for den aktuelle pasienten? Betyr alt 2. at sjukehuset sender ein representant til kommunen for å gi rettleiing?

9. Vi skal nå snakke litt nærmere om hvordan du oppfatter samarbeidet med sykehuset når det gjelder utskrivningsklare pasienter.

Vurderer du samarbeidet mellom sykehuset og kommunen/bydelen i forhold til utskrivning av pasienter som i hovedsak godt, i hovedsak dårlig eller er det både og?

- 1: I hovedsak godt
- 2: Både og
- 3: I hovedsak dårlig
- 4: Ikke sikker

HVIS SPØRSMÅL 9 = 2 ELLER 3

10a. Jeg skal nå lese opp noen mulige grunner til at du synes samarbeidet mellom sykehuset og kommunen/bydelen er både og, eller ikke godt. Hva mener du er de tre viktigste grunnene til at samarbeidet ikke er optimalt:

Samarbeidet er for lite formalisert

- 1: Passer
- 2: Passer ikke
- 3: Ikke sikker

10b. Samarbeidet er for mye formalisert
(mulig grunn til at du ikke synes samarbeidet mellom sykehuset og kommunen/bydelen er godt)

- 1: Passer
- 2: Passer ikke
- 3: Ikke sikker

10c. Sykehuset er for uoversiktlig, vi i kommunen/bydelen vet ikke hvem som har ansvar for hva
(mulig grunn til at du ikke synes samarbeidet mellom sykehuset og kommunen/bydelen er godt)

- 1: Passer
- 2: Passer ikke
- 3: Ikke sikker

10d. Kommunen/bydelen har for uoversiktelige ansvarsforhold

- 1: Passer
- 2: Passer ikke
- 3: Ikke sikker

10e. Sykehuset gir oss i kommunen/bydelen for lite tid til å ta imot pasienter på en god måte
(mulig grunn til at du ikke synes samarbeidet mellom sykehuset og kommunen/bydelen er godt)

- 1: Passer
- 2: Passer ikke
- 3: Ikke sikker

10f. Sykehuset gir oss i kommunen/bydelen for lite informasjon og veiledning
(mulig grunn til at du ikke synes samarbeidet mellom sykehuset og kommunen/bydelen er godt)

- 1: Passer
- 2: Passer ikke
- 3: Ikke sikker

10g. Sykehuset beslutter, uten å ta hensyn til kommunen/bydelens vurderinger
(mulig grunn til at du ikke synes samarbeidet mellom sykehuset og kommunen/bydelen er godt)

- 1: Passer
- 2: Passer ikke
- 3: Ikke sikker

11. Når det gjelder å avgjøre om pasienter er utskrivingsklare fra sykehuset, vil du si at kommunen/bydelen og sykehuset i hovedsak er enige, i hovedsak er uenige eller er det både og?

- 1: I hovedsak enige
- 2: Både og
- 3: I hovedsak uenige
- 4: Ikke sikker

12. I hvilken grad klarer kommunen/bydelen å ta i mot pasienter som sykehuset har definert som utskrivningsklare? Blir vanligvis mange, en del, noen få eller tilnærmet ingen vanligvis liggende og vente på sykehuset?

- 1: Vanligvis blir mange liggende og vente på sykehuset
- 2: Vanligvis blir en del liggende og vente på sykehuset
- 3: Vanligvis blir noen få liggende og vente på sykehuset
- 4: Tilnærmet ingen blir liggende og vente på sykehuset
- 5: Ikke sikker

HVIS SPØRSMÅL 12 = 1 ELLER 2 ELLER 3

13. Hvilke pasientgrupper har kommunen/bydelen flest problemer med å ta i mot fra sykehus?

MED PASIENTGRUPPER EN HAR PROBLEMER MED MENES PASIENTGRUPPER DER MANGE ELLER EN DEL PASIENTER VANLIGVIS BLIR LIGGENDE OG VENTE PÅ SYKEHUSET

Kan vi ha åpen svarkategori her, som dere kan kode og legge inn til slutt (vil det bli kostbart. Jeg har kuttet ned spørreskjemaet. Vet ikke hvor langt det er nå, i forhold til avtalen vi har gjort.

HVIS SPØRSMÅL 12 = 1 ELLER 2

14a. Jeg skal nå lese opp noen mulige grunner til at kommunen/bydelen kan ha problemer med å ta i mot pasienter. Jeg ber deg vurdere om hver enkelt grunn passer eller ikke:

MED "PROBLEMER" MENES PASIENTGRUPPER TILFELLER DER MANGE ELLER EN DEL PASIENTER VANLIGVIS BLIR LIGGENDE OG VENTE PÅ SYKEHUSET. DETTE KAN GJELDE EN ELLER FLERE PASIENTGRUPPER.

Pasienter blir liggende for kort tid i sykehus

- 1: Passer
- 2: Passer ikke
- 3: Ikke sikker

14b. Det mangler et mellomliggende tilbud (som f.eks sykestuer)

- 1: Passer
- 2: Passer ikke
- 3: Ikke sikker

14c. Kommunen/bydelen har for lite ressurser

- 1: Passer
- 2: Passer ikke
- 3: Ikke sikker

- 14d. Kommunen/bydelen har for få sykehjemsplasser
- 1: Passer
 - 2: Passer ikke
 - 3: Ikke sikker
- 14e. Kommunen/bydelen har et for dårlig utbygd hjemmetjenestetilbud
- 1: Passer
 - 2: Passer ikke
 - 3: Ikke sikker
- 14f. Vi klarer ikke å rekruttere nok personell
- 1: Passer
 - 2: Passer ikke
 - 3: Ikke sikker
- 14g. Sykehuset er for dårlig organisert
- 1: Passer
 - 2: Passer ikke
 - 3: Ikke sikker
- 14h. Kommunen/bydelen er for dårlig organisert
- 1: Passer
 - 2: Passer ikke
 - 3: Ikke sikker
- 14i. Samarbeidet mellom sykehus og kommune/bydel er for dårlig organisert
- 1: Passer
 - 2: Passer ikke
 - 3: Ikke sikker
- 14j. Kommunen/bydelen får for lite tid på seg til å forberede et godt tilbud til pasientene
- 1: Passer
 - 2: Passer ikke
 - 3: Ikke sikker
- 14k. Hva som skal være 1.- og 2 linjens ansvar er for uklart definert.
- 1: Passer
 - 2: Passer ikke
 - 3: Ikke sikker

HVIS SPØRSMÅL 12 = 1 ELLER 2

15. Alt i alt, vil du si at kommunens/bydelens problemer med å ta imot pasienter fra sykehus har blitt større eller mindre i løpet av de siste fem årene, eller er situasjonen uendret?
- 1: Problemene har blitt større
 - 2: Situasjonen er uendret
 - 3: Problemene har blitt mindre
 - 4: Ikke sikker

* Har sett dette spm. til slutt, pga. oppfattar det som generelt/oppsummerande. Er usikker på om det skal vere hopp til det, eller om det skal gå til alle. Hvis det skal gå til alle, må vi ha ein meir nøytral formulering enn ”problemer”, då det ikkje er sikkert at alle har problem.

TIL ALLE

16. Registrer kjønn:

- 1: Mann
- 2: Kvinne

VEDLEGG 4 VARIABELDEFINISJONER

Tabell 1. Definisjoner av variabler brukt i regresjonsmodeller (se tabell 3.1 – 3.4)

Variabel		
1995-Indikator ¹⁾	*	Pasienter i 1995=1, pasienter i andre år =0
1996-Indikator ¹⁾	*	Pasienter i 1996=1, pasienter i andre år =0
1997-Indikator ¹⁾	*	Pasienter i 1997=1, pasienter i andre år =0
1998-Indikator ¹⁾	*	Pasienter i 1998=1, pasienter i andre år =0
DRG-vekt for oppholdet		Vekt =DRG-poeng etter prisliste (indeksert, basis 1995)
Innmåte-Indikator	*	Øyeblikkelig hjelp=1, vanlig innleggelse =0
Ankomst fra-Indikator	*	Annen institusjon=1, vanlig bosted mm =0
Utskrevet til-Indikator	*	Annen institusjon=1, vanlig bosted mm =0
Alder, pasient		Alder i år (etter fødselsår)
Kjønn, pasient-Indikator	*	Mann=1, Kvinne =0
Reinnleggelse-indikator	*	Reinnleggelse (innen 31 dager samme år)=1, annet =0
Gjentatt innleggelse-indikator	*	Gjentatt innleggelse (mer enn 31 dager siden forrige, samme år)=1, annet =0
Psykiatrisk bidiagn.-indikator	*	Psykiatrisk bidiagnose=1, annet =0
Oslo-indikator ⁴⁾	*	Pasient bosatt i Oslo=1, annet =0
Bergen-indikator ⁴⁾	*	Pasient bosatt i Bergen=1, annet =0
Trondheim-indikator ⁴⁾	*	Pasient bosatt i Trondheim=1, annet =0
Stavanger-indikator ⁴⁾	*	Pasient bosatt i Stavanger=1, annet =0
Sykehus i kommunen-indikator	*	Sykehus i kommunen=1, ikke sykehus =0
Andel ubesatte stillinger i P&O	*	Antall ubesatte stillinger i pleie- og omsorg, per innbygger 80 år og over.
Andel korttidsopphold i sykehj.		Antall korttidsopphold i sykehjem, per innbygger 80 år og over.
Dekningsgrad pleierårsv. i hj.tj.		Antall årsverk utført av syke- og hjelpepleiere i hjemmetjenestene, per innbygger 80 år og over.
Frie inntekter per innbygger		Frie inntekter er kommunenes skatteinntekter samt rammetilskudd fra staten. Friheten består i at midlene ikke er øremerket.
Regionsykehus ²⁾	*	Regionsykehus=1, annet =0
FSH m/SSH avd ²⁾	*	FSH m/SSH avd=1, annet =0
Lokalsykehus ²⁾	*	Lokalsykehus=1, annet =0
FSH m/red LSH-tilbud ²⁾	*	FSH m/red LSH-tilbud=1, annet =0
DRG-indeks i sykehus		Indeks for DRG-vekt for alle innleggelser.
Beleggsprosent i sykehus		(Sum liggedager * 100)/(effektive senger * 365)
Driftsutgifter per seng i sykehus		(Faktiske netto) driftsutgifter per effektiv seng (indeksert, basis 1995)
Årsverk per seng i sykehus		Sum årsverk leger, sykepleier, annet pleierpersonell og annet behandlende personale per effektiv seng
Effektive senger i sykehus		Gjennomsnittlig antall tilgjengelige senger i året

* = Indikatorvariabel (dummy)

Tabell 2. Definisjoner av variabler forsøkt i regresjonsmodeller (men ikke funnet signifikante i kombinasjon med variablene i tabell 3.1 – 3.4)

Variabel	
dek_inst	Institusjonsplasser i alt per innbygger 80 år og eldre
dek_syke	Sykehjemsplasser per innbygger 80 år og eldre
dek_hjem	Mottakere av hjemmetjenester per innbygger 80 år og eldre
dek_boli	Boligenheter per innbygger 80 år og eldre (kun etter 1995)
dek_tot	Institusjonsplasser + Mottakere hjemmetjenester per innbygger 80 år og eldre
dek_mix	Mottakere hjemmetjenester / Institusjonsplasser i alt
aar_plom	Årsverk pleie og omsorg i alt per innbygger 80 år og eldre
aar_plei	Årsverk syke- og hjelpepleiere per innbygger 80 år og eldre
aar_bofo	Årsverk boformer, syke- og hjelpepleiere per innbygger 80 år og eldre
aar_geri	Årsverk geriatripsykepleiere per innbygger 80 år og eldre
aarxhjem	Årsverk hjemmetjenestene syke- og hjelpepleiere per mottaker 80 år og eldre
aarxbofo	Årsverk boformer, syke- og hjelpepleiere per plass
dut_plom	Driftsutgifter pleie og omsorg per innbygger 80 år og eldre
uts_innb	Pasienter 80+ utskrevet per innbygger
eld_and1	Innbyggere 80 år og eldre / innbyggere totalt
in_ofvei	Andel (ant.) innbyggere/km Off. veier
avst2000	Gjenn.snitt km-avstand i 2000soner 1/1-95
H01bf01	Befolkning ialt
sstue	Indikator, pasienter fra kommune med sykestue=1, andre =0