



Bacheloroppgave

ADM650 Jus og administrasjon

Innføring av nye varslingsrutiner i helsevesenet og virkningene av disse.

Gøran Tamminen

Totalt antall sider inkludert forsiden: 34

Molde, 21.05.2012



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/ dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Turid Aarseth

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 21.05.2012

Innhold

Innledning og problemstilling	s. 5
Gjeldende rett	s. 8
De politisk-administrative nivåene i helse- og omsorgstjenesten	s. 9
Framgangsmåte ved varsling	s. 10
De økonomiske intensivene	s. 14
Metode	s. 15
Utvalg av respondenter	s. 16
Forskningsetikk	s. 17
Analyse	s. 18
Fungerer forskriften etter intensjonen?	s. 21
Litteraturliste	s. 26
Vedlegg	s. 27

Innledning og problemstilling

Fra 1. januar 2012 trådte en av de største helsereformene i nyere tid i kraft (St.meld. nr. 47 (2008-2009)). Samhandlingsreformen har tre hovedmål:

- Mer helhetlige og koordinerte helse- og omsorgstjenester
- En større del av helse- og omsorgstjenestene skal utføres i kommunene
- Styrke forebyggingen og bedre folkehelsen

Reformen omfatter et bredt spekter av virkemidler: Rettslige, økonomiske, helsefaglige og organisatoriske. I denne oppgaven vil det i første rekke bli fokusert på de rettslige virkemidlene.

Det er allerede vedtatt flere lovendringer som følge av samhandlingsreformen. Stortinget vedtok 17.06.11 ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, ny lov om folkehelse og nasjonal helse og omsorgsplan (2011-2015). I tillegg er det endringer i en rekke andre lover, for eksempel spesialisthelsetjenesteloven, pasient- og brukerrettighetsloven og helsepersonelloven.

Reformer representerer et interessant forskningsfelt for samfunnsvitenskapen generelt og retts sosiologien spesielt. Innen retts sosiologien vil en være opptatt av å studere hvordan rettsregler fungerer i praksis. Sosiologien er en empirisk eller erfaringsbasert vitenskap. Retts sosiologiens problemstilling er forholdet mellom rett og samfunn sett fra et sosiologisk perspektiv (Bernt og Doublet 1998: 237). Retts sosiologien som vi kjenner den i dag er i vesentlig grad juridisk hjelpedisiplin hvor et av de fremste formål er å produsere politisk råd ut fra en kritisk holdning til samfunnet og de rettslige institusjoner (Bernt og Doublet 1998: 238).

En retts sosiologisk analyse vil dermed være åpen for å studere et stort mangfold av virkninger av lover og lovendringer. Å studere mange typer virkninger av alle de juridiske endringene som følger av samhandlingsreformen, ville være en uoverkommelig oppgave i min sammenheng. Det har derfor vært nødvendig å foreta avgrensninger og jeg har forsøkt å utforme en problemstilling som er spennende, enkel og forskbar. Under denne prosessen har jeg funnet fram til en forskrift som representerer et kjernepunkt i målene om å skape

mer helhet på tvers av forvaltningsnivåene og å overføre mer ansvar og oppgaver til kommunene.

Det dreier seg om Forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter (FOR-2011-11-18-1115), heretter kalt forskrift om medfinansiering av spesialisthelsetjenesten. Forskriften ble fastsatt den 18. november 2011 av Helse og omsorgsdepartementet (HOD). Jeg stiller i denne oppgaven spørsmål om hvordan forskriftens bestemmelse om varslingsrutiner fungerer i praksis, om den bidrar til økt samhandling, og eventuelt på hvilken måte.

Det er to hovedtema som står sentralt i utviklingen av problemstillingen.

For det første vil det nødvendig å se nærmere på formålet med forskriften jfr. § 1. Lovgiver har lagt vekt på at forskriften skal bidra til en bedre arbeidsfordeling mellom sykehusene og kommunene. Forskriften skal bidra til å skape gode pasientforløp og kostnadseffektive løsninger som igjen kan gi pasienter et like godt eller bedre tilbud i kommunene som på sykehusene.

For det andre vil jeg se nærmere på hva som fremmer og hva som hemmer med tanke på å oppnå formålet med forskriften. Et viktig hjelpemiddel for aktørene er varslingsrutinene.

Hvilke virkninger og effekter har varslingsrutinene for å realisere målene i forskriften. Er det kun for å dokumentere at varslingsrutiner er gitt, eller bidrar varslingsrutinene til bedre arbeidsfordeling, kommunikasjon mellom kommunene og sykehuset. Hensikten med forskriften er å sørge for at pasientene får en like god eller bedre behandlingstilbud i kommunene.

Forskriftens formål jfr. § 1 og varslingsrutiner jfr. §§ 8-10-11-12 står sentralt i utviklingen av min problemstilling. Hovedutfordringen har vært å finne et undersøkelsesopplegg som kan belyse virkningene og effektene av samhandlingen mellom kommunene og sykehuset.

Forskrift om medfinansiering av spesialisthelsetjenesten trådte i kraft 01.01.12. Aktørene har således hatt kort tid til å få varslingsrutinene på plass. Det er viktig å presisere at samhandlingsreformen er en retningsreform som skal innføres over tid. Men forskrift om

medfinansiering av spesialisthelsetjenesten trådte i kraft allerede 01.01.12.

Det er nettopp virkningene i oppstartfasen jeg ønsker å forske nærmere på. Her kan nevnes at vi har opplevd innkjøringsproblemer knyttet til de lovpålagte samarbeidsavtalene mellom kommunene og sykehusene. Det har ikke vært aktuelt å utdype problemene med samarbeidsavtaler i denne undersøkelsen.

For å sikre gyldigheten av undersøkelsen har jeg valgt en forskrift som er iverksatt, og derfor forskbar. Formålet med undersøkelsen er å beskrive hvordan forskriften oppleves av aktører i helsevesenet og virkningen av denne.

Jeg vil nå utdype nærmere de ulike aspektene ved problemstillingen som ligger til grunn for denne oppgaven. Formålet med forskriften er at informasjonsutvekslingen i form av kommunikasjon og dialog mellom sykehuset og kommunen skal bidra til bedre arbeidsfordeling, pasientforløp og tilbud til pasientene. Varslingsrutinene beskriver gjennomføringen av informasjonsutveksling og kommunikasjon. Hele prosessen fra innleggelse til utskrivning av pasienter står her sentralt.

For det første beskriver forskriften en klar ansvarsfordeling mellom kommune og sykehus når det gjelder hvem som skal gjøre hva. Jeg vil forsøke å trekke ut disse ansvarsområdene og peke på de utfordringene og mulighetene tjenestenivåene står ovenfor.

For det andre ønsker jeg å se nærmere på varslingsrutinene mellom tjenestenivåene og om disse bidrar til å skape gode pasientforløp. Vil dette bidra til et bedre helsetilbud for pasientene, i så fall på hvilken måte?

For det tredje så vil jeg forsøke å se nærmere på om varslingsrutinene bidrar til kostnadseffektive løsninger.

Samhandlingsreformen omfatter som tidligere nevnt også økonomiske virkemidler. Disse virkemidlene har til hensikt å fremme samhandling samt sørge for at de tiltak som er nødvendig blir gjennomført. De økonomiske virkemidlene og varslingsrutinene er nært knyttet til hverandre. Kanskje har kommunens økonomi innvirkning på tjenestetilbudet og pasientens/brukerens videre oppfølging? I sum vil disse spørsmålene kunne gi svar på

hovedspørsmålet som ligger i problemstillingen:

I hvilken grad og på hvilken måte fremmer varsel om utskrivningsklare pasienter samhandling? Spørsmål knyttet til pasientgrupper innen Lov om psykisk helsevern vil ikke bli behandlet i denne undersøkelsen. Ingen pasienter/brukere deltar i undersøkelsen.

Gjeldende rett

Jeg vil nå se nærmere på rettskildene som gjelder for kommunene og sykehusene. Forhold som omfatter pasientrettigheter blir ikke drøftet i denne undersøkelsen. Relevant for denne oppgaven er forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten. Forskriften ble fastsatt av Helse og omsorgsdepartementet (HOD) 18.11.2011. Jeg vil videre fokusere på forskriftens §§ 8, 10-12.

Gjeldende rett for kommunene (primærhelsetjenesten)

Da NAV-reformen kom, ble lov om sosiale tjenester og kommunehelsetjenesteloven slått sammen til lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Loven ble tilpasset samhandlingsreformen. Loven stiller strengere krav til kommunene i forhold til oppgavene som omhandler habilitering og rehabilitering. I tillegg stiller loven strengere krav til kommunene når det gjelder folkehelsearbeid i alle sektorer innen kommunal virksomhet. Kommunen har plikt til å inngå en samarbeidsavtale med det regionale helseforetaket jfr. § 6-1.

Forskrift om medfinansiering av spesialisthelsetjenesten kom som en direkte følge av samhandlingsreformen. Kommunene skal tilrettelegge for å kunne ta i mot utskrivningsklare pasienter fra sykehuset. Forskriften er generelt utformet, men de regionale helseforetakene og kommunene skal inngå samarbeidsavtaler hvor de blir enige om gode rutiner for overføring av utskrivningsklare pasienter.

Gjeldende rett for sykehusene (spesialisthelsetjenesten)

For sykehusene gjelder spesialisthelsetjenesteloven. Denne loven har blitt tilpasset samhandlingsreformen. Det vises blant annet til foretakets ansvar med tanke på samhandling og samarbeid jfr. § 2-1e (1). Foretakene skal i tillegg sørge for at de inngår samarbeidsavtaler med kommunen jfr. § 2-1e (2).

Som det kommer fram i både lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m., og lov om spesialisthelsetjenesteloven m.m., gir begge lovene forpliktelser til samarbeid og opprettelse av lovpålagte samarbeidsavtaler. Resultatet av disse lovendringene er forskrift om medfinansiering av spesialisthelsetjenesten. Samarbeidsavtalene skal sørge for at helseforetaket og kommunene forplikter seg til å følge opp intensjonen i samhandlingsreformen.

I reformen ligger det at helsetilbudet i kommunene skal opp og aktivitetene på sykehusene skal ned. Et problem for samhandlingen kan være at lovgivningen er utformet ulikt for de ulike tjenestenivåene. Det kan bidra til å gjøre samarbeidet mellom kommune og sykehus vanskeligere.

De politisk-administrative nivåene i helse- og omsorgstjenesten

Med tjenestenivå menes her forvaltningsorganene kommune og sykehus. Det fremkommer av ordteksten at det er nivåforskjell mellom kommunene og sykehuset. Forskjellen ligger først og fremst i det faglige tilbudet. Tradisjonelt kan vi si at kommunen har ansvar for å dekke det primære helsebehovet for sine innbyggere. Mens sykehuset har ansvaret for de spesialiserte oppgavene.

Mange reformer i offentlig sektor fra de siste 25 årene, knyttes til det som blir omtalt som New Public Management (NPM). Det er blitt lagt vekt på organisasjonsmodeller og styringsformer fra private organisasjoner som er overførbar til offentlige organisasjoner. Det som kjennetegner organisasjoner innen helsesektoren er at de har en politisk-administrativ struktur med fokus på mål- og resultatstyring.

Mål- og resultatstyring innebærer en betydelig delegering innenfor budsjett-, lønns- og peronalforvaltningen. Samtidig pekes det på innskrenkning av fleksibiliteten på grunn av økt resultatrapportering og resultatkontroll (Christensen m. flere 2010: 158).

Vi ser en mer fristilling når det gjelder helseforetakenes tilknytningsform vis-à-vis overordnede politiske og administrative myndighet. Helseforetakene er egne selvstendige rettssubjekter, og de har en stor grad av autonomi i sitt forhold til de sentrale myndigheter. Helseforetakene har egne styringsorganer og ansvar for egen økonomi.

Fellestrekkene ved politisk-administrativ kultur, knytter seg hovedsakelig til lojalitet og nøytralitet mellom politisk ledelse og administrativt apparat. Sentralt står balansen mellom politisk lojalitet og det faglige grunnlaget som avgjørelser blir fattet på.

St.mld. nr. 47 (2008-2009) side 58, uttrykker blant annet et mål om at tjenestenivåene skal bli mer likeverdige. Dette vil få betydning for organiseringen av sykehusene og kommunene i fremtiden. Spesialisthelsetjenesten må ta høyde for kompetanseutveksling og hospitering til kommunen. Samtidig må kommunen legge til rette for å motta ny kunnskap og sørge for ny infrastruktur slik at de er i stand til å løse de oppgavene som forventes av de framover.

Framgangsmåte ved varsling

Jeg skal i det følgende beskrive framgangsmåten ved varsling slik den fremstår fra 01.01.2012, og fokuserer på varslingsrutinene fra innleggelse til utskrivningsklare pasienter. Det er flere parter involvert i varslingen. Partene som jeg trekker inn i denne oppgaven er kommunen og sykehuset.

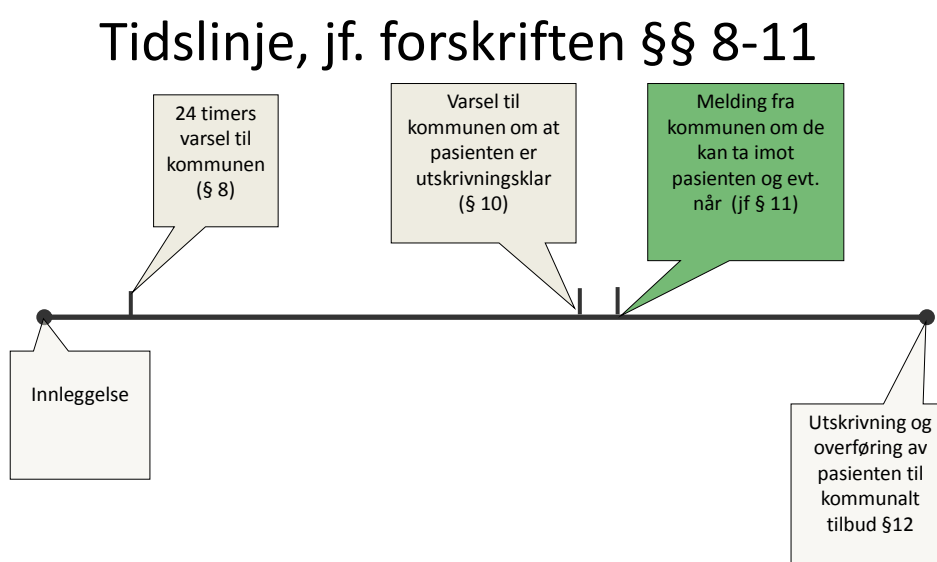
Det rettslige grunnlaget for varsling ligger som tidligere nevnt i forskrift om medfinansiering av spesialisthelsetjenesten. Forskriften pålegger sykehuset og kommunen til å inngå samarbeidsavtaler. Disse samarbeidsavtalene beskriver hvordan sykehuset og kommunen i praksis skal samarbeide. Samarbeidsavtalene for de som er med i denne undersøkelsen er like.

Varslingsrutinene består i både muntlig og skriftlig kommunikasjon. Hvem som skal gjøre hva står nærmere beskrevet i forskrift om medfinansiering av spesialisthelsetjenesten jfr. §§ 8, 10-12. Varslingen gir partene god dokumentasjon, men samtidig framtvinger varsling dialog mellom tjenestenivåene. Det er to varslinger som fremstår som sentrale.

Det første skriftlige varselet er en 24-timers melding. Skjemaet fylles ut av sykehuset og inneholder helseopplysninger om pasienten. Innen 24 timer skal sykehuset ha vurdert pasienten og varslet kommunen. Den andre skriftlige varslingen er melding om utskrivningsklar pasient. Kommunen må ha et behandlingstilbud til utskrivningsklare pasienter som blir overført til kommunen. Betalingsplikten for kommunen inntreffer fra og med det døgnet pasienten blir erklært utskrivningsklar. Mellom den første og siste skriftlige meldingen pågår det muntlig kommunikasjon mellom sykehuset og kommunen.

Jeg vil forsøke å gi en kort presentasjon av varslingsprosessen fra innleggelse til utskrivning av pasient jfr. forskrift om medfinansiering av spesialisthelsetjenesten. Jeg har valgt å bruke en tidslinje og har markert hvor på tidslinjen de ulike varslingsrutinene inntreffer. Samtidig viser jeg til paragrafer i gjeldende forskrift.

Figur 1: Tidslinje for varsling



Trinn 1: Innleggelsen:

Ved innleggelse vil sykehuset ha fokus på å gi pasienten rett behandling. Videre vil man forsøke å beskrive aktuell problemstilling og antatt behov for kommunale tjenester.

Trinn 2: 24-timers varsel til kommunen:

Sykehuset skal så tidlig som mulig tenke gjennom hvordan de skal samarbeide med kommunen. Kontaktperson for kommunen blir varslet skriftlig gjennom en 24-timers melding. Denne kontaktpersonen har gjerne et overordnet ansvar for tildelingen av helse- og omsorgstjenester i kommunen. 24-timers skjema fylles ut av behandler som kan være sykepleier eller lege. Skjemaet bringes videre til helsesekretæren på sykehuset for videre behandling. Helsesekretæren skanner skjemaet inn i pasientens journal. Varslingsmetoden er avhengig av den gjeldende samarbeidsavtalen. I de aller fleste tilfeller sendes skjemaet pr. faks.

Før faksen sendes må sykehuset ringe kontaktpersonen i kommunen. Kontaktpersonen får beskjed om at sykehuset har en pasient som har tilhørighet til kommunen. Det opplyses om navn og fødselsnummer. Så blir navnet og fødselsnummeret på pasienten sladdet med tusj før skjemaet sendes på faks. Slik får kommunen anledning til å forberede og planlegge tiltak som er nødvendig for pasienten.

Kontaktpersonene i kommunen vurderer videre om det er nødvendig å innhente komplementerende informasjon på bakgrunn av 24-timers melding. Kommunene har i tillegg utarbeidet egne skjema for å kunne vurdere behovet for videre oppfølging av sine pasienter.

Trinn 3: Varsling til kommunen om at pasienten er utskrivningsklar.

Sykehuset skal straks varsle kommunen skriftlig når en pasient er utskrivningsklar. Unntaket er når pasienten ikke har behov for et kommunalt helse- og omsorgstilbud. Varslingsmetoden er den samme som ved 24-timers melding.

Trinn 4: Melding fra kommunen om at de kan ta i mot pasienten og eventuelt når.

Kommunen varsler via telefon til sykehuset om de kan ta i mot pasienten. Dersom kommunen ikke kan ta i mot pasienten skal sykehuset varsles om når et kommunalt tilbud antas å være klart. Kommunen er forpliktet til å betale døgnpris for

utskrivningsklar pasienter. Døgnprisen fastsettes i statsbudsjettet, og er pr. 01.01.12 4.000,-.

Trinn 5: Utskrivning og overføring av pasient til kommunalt tilbud.

Sykehuset får ansvaret med å sende pasienten til kommunen dersom kommunen kan ta i mot pasienten.

Fra trinn 1 til og med trinn 5 vil det være behov for løpende muntlig kommunikasjon mellom sykehuset og kommunen.

Innføringen av forskrift om medfinansiering av spesialisthelsetjenesten medfører økt krav til rapportering. Når rapporteringen i tillegg skal utføres på egne skjema og ikke elektronisk, vil det medføre merarbeid for helsepersonell og administrativ støtte i begge tjenestenivåene. Det er per i dag ikke etablert en felles it-løsning for varsling og kommunikasjon mellom tjenestenivåene.

For helsepersonell i spesialisthelsetjenesten må skjemaene fylles ut manuelt og skannes inn i pasientens journal. 24-timers melding og melding om utskrivningsklare pasienter tilfredsstiller kravene i forskrift om medfinansiering av spesialisthelsetjenesten.

Vi ser at forskriften legger opp til mer forpliktende samarbeid mellom tjenestenivåene. Men det krever også at det følges opp med it-løsninger som er tilpasset dagens krav om effektivitet. En felles it-løsning for varsling mellom tjenestenivåene ville kanskje i større grad bidra til å skape gode pasientforløp og kostnadseffektive løsninger. Per i dag er det ikke lov å utveksle pasientopplysninger gjennom bruk av epost.

Videre skal kommunen varsle sykehuset om kommunen kan ta i mot pasienten og eventuelt når jfr. § 12. Dersom kommunen ikke kan ta i mot pasienten skal sykehuset varsles når et kommunalt tilbud antas å være klart.

Jeg har gjennom undersøkelsen kunne observere at telefaksen har fått et nytt liv i helsesektoren etter innføringen av de nye varslingsrutinene. Markedet er støvsugd for telefakser, og for enkelte har det vært problemer å anskaffe seg en ny faks.

Helse og omsorgsdepartementet har gjennom forskriftens § 12 (1) gitt sykehuset handlingsrom med tanke på å skrive ut pasienten til kommunen. Hva som ligger bak en slik anvendelse av handlingsrom fremstår noe uklart. Men jeg antar at det vil være faglige vurderingen som ligger til grunn. Dersom sykehuset på tross av forsikringer fra kommunen om plass, ikke velger å skrive ut pasienten kan dette få konsekvenser for samarbeidet mellom kommunen og sykehuset. Det fremgår ikke av forskriften om kommunen hefter økonomisk dersom sykehuset velger å ikke skrive ut en utskrivningsklar pasient jfr. § 12 (1).

De økonomiske intensivene

I forskriften er det bakt inn økonomiske virkemidler. På den ene siden skal de økonomiske virkemidlene motivere kommunene til å iverksette tiltak, slik at de er i stand til å ta i mot utskrivningsklare pasienter. Dersom kommunen ikke klarer å ta i mot utskrivningsklare pasienter fra sykehuset, må kommunen betale sykehuset en døgnpris på 4.000,- pr pasient jfr. § 13. De fleste kommuner vil mest sannsynlig kunne tilby en slik plass til langt under 4.000,- pr. døgn.

For de aller fleste kommuner vil det av den grunn være mer lønnsomt å legge til rette for korttidsavdelinger enn å betale døgnpris for utskrivningsklare pasienter. Det kan tenkes at de økonomiske virkemidlene har en positiv effekt på hvordan kommunene innretter seg og iverksetter tiltak. Men effekten kan variere mellom store og små kommuner med tanke på hvordan de planlegger og iverksetter tiltak:

For store kommuner med mange pasienter kan det bli mer lønnsomt å tilrettelegge for utskrivningsklare pasienter. Utskrivningsklare pasienter som ligger på sykehus er kostbart for store kommuner. Derfor vil forskriften tvinge store kommuner til å starte planleggingen tidligere og sørge for at tiltak blir iverksatt, slik at utskrivningsklare pasienter ikke ligger unødvendig på sykehuset, og belaster kommuneøkonomien.

For små kommuner med et lite pasientgrunnlag vil de økonomiske belastningene utgjøre noe mindre. Det er heller ikke usannsynlig at små kommuner vil avvente for å se virkningen av forskriften, for så å iverksette nødvendige tiltak ved et senere tidspunkt.

Med bakgrunn i disse antakelsene ville det være interessant å gjennomføre en komparativ analyse av effektene i store og små kommuner. I denne oppgaven har jeg imidlertid måttet begrense meg til å se på tre små kommuner (mer om dette i metodedelen).

Metode

I min problemstilling setter jeg fokus på en forskrift som inngår som et sentralt ledd i samhandlingsreformen, og jeg stiller i tråd med en rettssosiologisk forskningstradisjon spørsmål om hvordan denne forskriften fungerer i praksis. Vi befinner oss i en tidlig fase av iverksettingen, og det skaper utfordringer i forhold til hvilken type empiri som er tilgjengelig. Etter bare 3-4 måneders virketid foreligger det i liten grad målbare resultater i form av endring i pasientforløp og økonomiske kostnader. Jeg har derfor valgt å ta utgangspunkt i hvordan aktører som står sentralt i iverksettingsarbeidet vurderer ulike forhold knyttet til bestemmelsen om varsling. På denne bakgrunn har jeg funnet en kvalitativ datainnsamling mest tjenlig.

Jeg har lagt vekt på å finne fram til respondenter både fra kommune og sykehus som kan formidle hvilke erfaringer og vurderinger de sitter med etter oppstartfasen.

Innsamling av kvalitative data kan skje på ulike måter. Den vanligste er det individuelle åpne intervjuet. De andre metodene som blir brukt er gruppeintervju, observasjon og dokumentundersøkelse (Jacobsen 2005:142) I mitt tilfelle vil individuelle intervju passe best, selv om jeg også ser nytten av andre innsamlingsmåter om kapasiteten i prosjektet hadde vært større.

Planleggingen og gjennomføringen av datainnsamlingen ble utført i samarbeid med Margareth Vlieland som er studentkollega ved Høgskolen i Molde. Hennes problemstilling omhandler kompetanseforhold i tilknytning til samhandlingsreformen. Avgjørelsen ble tatt i klar forståelse med vår felles veileder Turid Aarseth. Vi har brukt mye tid på å komme i kontakt med kommunene og sykehuset. Vi har benyttet både telefoni og epost for å komme i kontakt med og for å inngå intervjuavtaler.

Hovedtema i undersøkelsen er spørsmål rundt varslingsrutiner og kompetanse knyttet til samhandlingsreformen. Respondentene i denne undersøkelsen arbeider i ulike tjenestenivå. Spørsmålene ble tilpasset slik at de passet inn i de to ulike kontekstene. Det ble utarbeidet to intervju guider tilpasset henholdsvis kommune og sykehus, med relevante spørsmål knyttet til temaet (vedlegg 1 og 2). Vi hadde fast rekkefølge på spørsmålene og kun åpne svar.

Vi gjennomførte intervjuene (ansikt-til-ansikt). Respondentene fikk ikke vite spørsmålene på forhånd. Kun det tema som intervjuet omhandlet. Intervjuene ble gjennomført på arbeidsplassen til intervjuobjektet. Vi ønsket å skape en trygg ramme for respondentene, med tanke på å unngå undersøkelseeffekter (Jacobsen 2005:167). Vi mener at tiltakene hadde en positiv effekt på undersøkelsen, og opplevde i stor grad av åpenhet og velvilje fra respondentene. Vi brukte en del tid på å reise rundt for å foreta intervjuene.

Spørsmålet om tillatelse til å benytte båndopptaker under intervjuet ble framsatt i begynnelsen av intervjuet, etter innledning og presentasjon av undersøkelsen. Alle bortsett fra en aksepterte bruken av båndopptaker. Forutsetningen var at båndet ble slettet etter en viss tid. Det ble det gjort avtaler om å slette båndet. Båndopptaker var til stor hjelp både under intervjuet og i forbindelse med referatskrivingen.

Utvalg av respondenter

Utvalgsprosessen av respondenter var krevende og spesiell fordi vi skulle ivareta anonymitetskravet. Det blir derfor vanskelig å beskrive utvelgelsesprosessen i detalj på bakgrunn av geografi og populasjon, uten å avsløre identiteten til både respondenter og kommune.

Jeg har derfor valgt å vise til kommune 1, 2 og 3 til å forklare hvilken kommune jeg har undersøkt. I kommunene kontaktet vi personer som var tilknyttet varslingsrutinene. Dette var helsepersonell og administrativ personell med ansvar for både helsetilbudet og behandlingen i kommunen.

I tillegg kontaktet vi ansatte på et sykehus i forbindelse med undersøkelsen. På sykehuset intervjuet vi en lege og en sykepleier som står sentralt i arbeidet med forskriften og samhandlingsreformen. Vi valgte ut 3 små kommuner og et sykehus som representerer disse tre kommunenes lokalsykehus. I perioden 15. mars til 18. april 2012, intervjuet vi 5 personer fra tre kommuner og 2 personer fra deres felles sykehus. Intervjuene gav oss 32 sider transkriberte data.

Forskningsetikk

Jeg vil her drøfte noen av de etiske problemstillingene jeg stod ovenfor da jeg skulle gjennomføre en kvalitativ undersøkelse. I denne undersøkelsen blir ansatte i stat og kommune intervjuet. Dette er helsepersonell og administrativt personell med relevant kompetanse for min problemstilling. Det er i hovedsak tre krav som er knyttet til forholdet mellom forsker og dem det forskes på.

Det første kravet er informert samtykke (Jacobsen 2005:46). Alle som var med i denne undersøkelsen ble informert, både skriftlig og muntlig, om frivilligheten ved å delta. Enkelte ble utpekt av sine ledere til å delta i undersøkelsen. Det var viktig å påpeke frivilligheten også til disse. Det ble sendt ut et introduksjonsbrev både til ledelsen i kommunene og til ledelsen på sykehuset. Brevet inneholdt en kort presentasjon av meg, tema for undersøkelsen samt forespørsel om intervju av utvalgte personer i virksomheten. Brevet ble fulgt opp med en telefon et par dager senere.

Det andre kravet er respondentenes rett til privatliv (Jacobsen 2005:46). Under vurderingen om anonymitet har jeg tatt hensyn til følgende. Informasjonen som skal innhentes vil lett kunne spores tilbake både til person og organisasjon. På forhånd var det kjent at enkelte kommuner var kritiske til forskriften. Jeg vurderte det som naturlig å anonymisere kommunene og sykehuset. Det var dessuten et krav fra respondentene.

I denne undersøkelsen var det en forutsetning for respondentene at jeg som forsker, kunne garantere anonymitet både for person og organisasjon. Jeg har lagt vekt på å ikke identifisere enkeltpersoner ut i fra datainnsamlingen.

Det tredje kravet er riktig presentasjon av data (Jacobsen 2005:50). Det ble skrevet fullstendige referat fra intervjuene. Disse ble sendt ut på ”høring” til respondentene. Alle fikk anledning til å komme med rettelser og kommentarer før datainnsamlingen ble lagt til grunn for det videre arbeidet. Jeg benyttet båndopptaker for sikre kvalitet på referatene. Bruken av båndopptaker ga gode arbeidsforhold med tanke på gjennomføringen av intervjuene.

Analyse

Kvalitative data er informasjonsrike og det var nødvendig å forenkle datamaterialet jeg hadde innhentet. Jeg foretok derfor en kategorisering (vedlegg 3 og 4) med sikte på å forenkle analysearbeidet med utgangspunkt i problemstillingen (Jacobsen 2005: 193). Arbeidet med å sammenfatte datamateriale ut fra de kategorier som følger av forskriften, er i sin helhet vedlagt (vedlegg 3).

Jeg skal ta for meg de spørsmål som problemstillingen tar opp, nemlig om forskriften bidrar til bedre arbeidsfordeling, gode pasientforløp og kostnadseffektive løsninger som gir pasienter like godt eller bedre tilbud i primærhelsetjenesten som i spesialisthelsetjenesten. Jeg vil nedenfor presentere de resultater jeg har kommet fram til på bakgrunn av svarene fra respondentene.

Jeg ønsker først å analysere resultatene fra kommunene og deretter sykehuset.

På spørsmål om kommunen får opplysningene de etterspør fra sykehuset, svarer samtlige kommuner ja. Jeg tenker at dette kan være et positivt utgangspunkt for arbeidsdelingen. På spørsmål om kommunen mener at sykehuset legger føringer for tjenestetilbudet som pasienten trenger, svarer kommune 1 og 2 ja, mens kommune 3 ikke har svart. Det kan tyde på at de medisinske beskrivelsene og vurderingene fra sykehuset skaper forventinger for pasientene. Ansvaret for oppfølging ligger hos kommunen. Ulike oppfatninger om oppfølging kan skape usikkerhet.

På spørsmål om kommunene opplever kommunikasjonen med sykehuset som god, svarer kommune 2 og 3 at de opplever den som grei. Kommune 1 svarer at det kan være et

problem å komme i kontakt med de rette fagpersonene. I tillegg har det vært enkelte misforståelser. Det kan være en del av innkjøringsfasen av forskriften som her gjør seg gjeldene. Svarene kan også gjenspeile generelle problemer med å utveksle relevant og tilstrekkelig informasjon innen helsevesenet.

Jeg ønsket at kommunene skulle beskrive endringene etter innføringen av forskriften. Ulike synspunkter gjør seg her gjeldende. Kommune 1 og 3 uttrykte at forskriften medførte økt arbeidspress. Kommune 2 fokuserte på det positive med økt kommunikasjon med sykehuset om pasienten. Dette var ikke uventet og viser at kommunene er forskjellige og opplever virkningene av forskriften ulikt.

Når det gjelder selve gjennomføringen av varslingen, kan data tyde på at kommunene har lik forståelse på hvordan systemet fungerer i praksis. Alle kommunene har etablert systemer for mottak og videresending av 24-timers melding og melding om utskrivningsklare pasienter. I kommune 2 var riktignok ikke samarbeidsavtalen helt på plass. Dette førte til noe usikkerhet rundt de formelle rutinene.

På spørsmål om varslingskjemaene inneholder god nok informasjon, svarte alle tre kommunene nei. Kommune 1 viser her til at mangelfull informasjon får følger for oppfølgingen i primærhelsetjenesten. Kommune 2 og 3 svarer at de må ringe til sykehuset for å få komplementerende opplysninger. Alle kommunene svarte at de hovedsakelig brukte faks til å motta varslingsene. Svarene fra kommunene viser at det er problemer knyttet til varsling og at årsaken i hovedsak skyldes at informasjonen som fylles ut på varslingskjemaene er mangelfulle.

På spørsmål om kommunene opplever at varslingen bidrar til gode pasientforløp, svarer alle kommunene ja. Kommune 1 og 2 svarer at forskriften på sikt vil bidra til gode pasientforløp. Kommunene er med andre ord positive til at reformen skal lykkes. I alle fall på sikt.

På spørsmål om varslingsrutinene fører til kostnadseffektive løsninger, svarer kommune 1 og 2 nei. De begrunner dette med økt byråkrati og papirarbeid. De mener at dagens system er lite effektivt. Kommune 3 svarer at varslingsrutinene bidrar på en positiv måte med tanke på dokumentasjon. Resultatet fra undersøkelsen tyder på at kommunene mener at

varslingsystemet ikke fører til kostnadseffektive løsninger, og at systemet oppleves som rigid og byråkratiserende.

På spørsmål om kommunene føler at tjenestenivåene er likeverdige svarer kommune 1 og 2 nei. Det vises til de faglige vurderingene der de fagmedisinske uttalelsene fra spesialisthelsetjenesten veier tyngst. Det legges mer vekt på de vurderingene som kommer fra spesialisthelsetjenesten. Kommune 3 svarer at de har drevet ”sykehus” lenge.

Kommune 3 er den kommunen som ligger lengst unna sykehuset. Det er muligens avstanden til sykehuset som her spiller en viss rolle og gjør slike utslag. De har tilpasset seg en geografisk situasjon. Dette har ført til større selvstendighet og mindre avhengighet av et felles sykehus.

På spørsmål om forskriften har ført til økt bemanning, svarer alle kommunene ja. For kommune 2 vil det riktignok ta noe tid før disse stillingene er på plass. Dette har sammenheng med etablering av korttidsavdeling. Kommunene har svart at både aktiviteten og bemanningen har økt på grunn av forskriften.

Jeg vil nå analysere resultatene fra sykehuset.

På spørsmål om hvordan respondentene vil beskrive endringene, legger legen vekt på økt papirarbeid. Legen peker også på kommunens plikt til å ta et større ansvar for innbyggernes helse. Sykepleieren trekker fram dialogen med kommunen, og at denne har blitt bedre. I tillegg har endringene ført til tidligere utskrivning av pasienter.

På spørsmål om hvem som sender ut 24-timers varsel og varsel om utskrivningsklare pasienter, svarer begge respondentene helsesekretæren. Begge respondentene beskriver varslingsrutinene i detalj. Det kan tyde på at administrative funksjoner på sykehuset har fått noe mer aktivitet.

Respondentene svarer at forskriften har ført til økt merarbeid, men ikke økt bemanning. Respondentene viser her til merarbeid i form av ekstra papirarbeid og kommunikasjon med kommunene. Respondentene mener at dette er tid som heller kunne vært brukt på pasienten. Det pekes på at de elektroniske systemene burde vært på plass før innføringen av reformen og forskriften. Det er noe med å få flyt i systemet, svarer sykepleieren.

Respondentene opplever kommunikasjonen med kommunene som god. De beskriver en løpende og god dialog om pasienten. Når det gjelder respondentenes beskrivelse av antatt behov for kommunale tjenester, svarer begge at dette skjer i klar forståelse og i samarbeid med kommunen. Sykepleieren beskriver ansvarsfordelingen som tydeligere definert nå enn tidligere. Respondentene kjenner godt til tjenestetilbudene ute i kommunene. Dette er positivt med tanke på at forskriften skal bidra til en bedre arbeidsfordeling mellom tjenestenivåene.

På spørsmål om respondenten føler at tjenestenivået er likeverdig svarer legen at de klarer å ta hensyn til hverandre, og at dialogen jevnt over fungerer bra. Sykepleieren viser til at driften i tjenestenivåene er ulike, og at det av den grunn kan være forskjellige oppfatninger om nivåforskjellen.

Til slutt ønsket jeg å vite hva som respondentene opplevde som negativt med varslingsrutinene. Legen peker på reduksjon av ressurser for sykehuset, samtidig som de påføres mer arbeid i form av byråkrati. I tillegg vokser det fram et nytt sjikt av saksbehandlere. Sykepleieren peker på måten varsling skjer, og at det hadde vært en fordel dersom elektronisk varsling var på plass, før reformen og forskriften trådte i kraft.

Fungerer forskriften etter intensjonen?

Jeg vil forsøke å presentere resultatene og vise til virkninger av forskriften så langt.

Utgangspunktet er at forskriften skal bidra til bedre arbeidsfordeling mellom tjenestenivåene i helse- og omsorgstjenesten. Skape gode pasientforløp og kostnadseffektive løsninger, som kan gi pasienter et like godt eller bedre tilbud i kommunens helse- og omsorgstjeneste som i spesialisthelsetjenesten.

Varslingsrutinene er et viktig virkemiddel for å oppnå noen av de målene forskriften legger opp til. Jeg vil derfor i denne undersøkelsen legge stor vekt på forskriftens formål jfr. § 1, og betaling av utskrivningsklare pasienter jfr. forskriftens §§ 8, 10-12.

Bidrar forskriften til at arbeidsfordelingen mellom tjenestenivåene blir bedre?

Når det gjelder arbeidsfordelingen mellom tjenestenivåene i helse- og omsorgstjenesten har undersøkelsen avdekket flere interessante funn. For det første viser undersøkelsen at den medisinske vurderingen som sykehuset foretar, kan påvirke og dermed komme i en interessekonflikt med de faglige medisinske vurderingene kommunen skal gjennomføre. På bakgrunn av datainnsamling vil jeg hevde at dette er en reell utvikling som kommunene misliker.

En forutsetning for at arbeidsfordelingen mellom kommunene og sykehuset skal fungere godt, er at tjenestenivåene tilnærmer seg hverandre og blir mer likeverdige. Her er kommunene klare på at det fremdeles er stor forskjell mellom tjenestenivåene basert på faglige og medisinske spørsmål.

Sykehuset uttrykker at arbeidsfordelingen er tydeligere definert nå enn tidligere. I tillegg er både sykehus og kommunene positiv til den tidlige dialogen rundt pasienten. Dette skaper et bedre samarbeid som begge parter virker å være fornøyde med.

På bakgrunn av undersøkelsen vil jeg si at forskriften har påvirket arbeidsfordelingen i positiv retning. Undersøkelsen har visst at dialogen mellom tjenestenivåene har blitt bedre, og dette på sikt kan bidra positivt til arbeidsfordelingen.

Skaper forskriften gode pasientforløp?

Økt merarbeid i form av papirmølle, rapportering og dokumentering flytter fokus vekk fra pasientene. Spesielt merkbart vil dette kunne være for pasienter som er innlagt på sykehuset. Økt fokus på habilitering og rehabilitering i kommunene vil kunne bidra til å sette fokus på pasienter på et tidligere tidspunkt. Tidlig fokus på hvordan pasienter skal følges opp etter at de er ferdigbehandlet på sykehus, vil kunne bidra til raskere rehabilitering, og i beste fall hindre at følgesykdommer inntreffer. Både kommunene og sykehuset har tro på reformen og forskriften over tid. På sikt vil reformen og forskriften bidra til å gi pasientene en mer helhetlig pasientforløp.

Respondentene i kommunene og på sykehuset viser til at utskrivning av pasienter på et tidligere tidspunkt vil bidra positivt til gode pasientforløp. Som følge av reduserte liggedøgn på sykehuset, vil kapasiteten på sykehusene øke og pasienter vil kunne få tidligere behandling.

Gode pasientforløp forutsetter god flyt av nødvendig informasjon mellom tjenestenivåene. Kommunene signaliserer at innholdet i varslingskjemaene er mangelfulle, og mener at skjemaene ikke inneholder nok informasjon om pasienten. Et elektronisk varslingsystem ville mest sannsynlig kunne bidratt til å skape bedre kommunikasjon og dermed bedre pasientforløp sammenlignet med dagens rigide varslingsystem. Kommunikasjon framstår som en nøkkelfaktor for å skape gode pasientforløp.

Hovedårsaken til at forskriften ikke skaper gode pasientforløp synes også å være trekk ved kommunikasjonsformene mellom sykehus og kommune. Mangelfull informasjon om utskrivningsklare pasienter og ekstraarbeid med å innhente komplimenterende opplysninger, hindrer gode pasientforløp. Gode pasientforløp krever god samhandling mellom tjenestenivåene. Informasjonsutveksling er en vesentlig del av dette. Samtidig er en del av begrensningene som legges på informasjonsflyt begrunnet i personvern hensyn, og kan ikke bare vurderes som et teknisk spørsmål om egnede it-løsninger.

Skaper forskriften kostnadseffektive løsninger?

Undersøkelsen gir tydelig svar på at virkemidlene som ligger i dagens varslingsystem hverken oppleves som effektive eller kostnadsbesparende. Kommunene og sykehuset peker på et rigid varslingsystem som ikke er tilpasset dagens tilgjengelige teknologiske løsninger. Man ser tvert i mot at dette systemet er ineffektivt og skaper merkostnader både for sykehuset og kommunene.

Kommunene og sykehuset har påpekt at et elektronisk varslingsystem burde ha vært på plass før reformen og forskriften trådte i kraft 01.01.12. I tillegg er bruken av gammel teknologi som telefaks, brev og bud et kostbart kommunikasjonsmedium.

Bidrar forskriften til at pasientene får et like godt eller bedre tilbud i kommunens helse- og omsorgstjeneste som i spesialisthelsetjenesten?

Svarene fra sykehuset og kommunene viser at det vil være til det beste for pasienten og pårørende dersom mer av helsetilbudet gis i kommunen. Arbeidsoppgavene for helsepersonell i kommunene blir i tillegg mer varierte og spennende med oppbygging av korttidsavdelinger. Det kan stilles spørsmål om pasienten får et like godt eller bedre tilbud i kommunen så lenge kompetansen ikke er på plass, men dette spørsmålet faller utenfor min problemstilling å gå nærmere inn på.

Sentrale funn i undersøkelsen har vært at sykehuset og kommunene har opplevd usikkerhet og utfordringer med forskriften under oppstartsfasen. Problemene skyldes først og fremst et rigid varslingsystem og bruken av gammeldags teknologi. Undersøkelsen viser også at sykehuset og kommunene er optimistiske med tanke på framtiden.

Undersøkelsen har avdekket at det finnes stor vilje for å få til et sømløst pasientforløp på tvers av tjenestenivåene. Det er i alle ledd en erkjennelse av at slike pasientforløp må være informasjonsdrevne: Informasjonsflyten må være god og informasjonsinnholdet må være adekvat for neste ledd. Så langt i prosessen opplever mine respondenter problemer både når det gjelder flyt og innhold i tilgjengelig pasientinformasjon.

I en retts sosiologisk undersøkelse vil fokuset være rettet mot hvorvidt gjeldende rettsregler bidrar til å oppfylle de målene som er satt for samhandlingsreformen med henhold til helhetlige pasientforløp. Fokus på varslingsforskriften dekker bare en liten del av det aktuelle bildet, og i en større sammenheng ville det være viktig å gå nærmere inn på andre typer barrierer for å realisere mål om helhetlige pasientforløp.

Samhandlingsreformen innebærer også å bygge bro over kulturforskjeller mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Slike kulturforskjeller kan forstås i lys av ulike teoretiske perspektiver som igjen gir grunnlag for ulike empiriske undersøkelser (Hatch 2011:245). Som en fortsettelse og utvidelse av min undersøkelse, ser jeg en bredere anlagt analyse av trekk ved den kulturelle konteksten som svært interessant.

Det ligger også en klar begrensning i mitt arbeid knyttet til hvilke type data som er samlet inn. For det første forteller undersøkelsen først og fremst noe om hvordan små kommuner har opplevd de første månedene etter at samhandlingsreformen ble iverksatt. De tre kommunene forholdt seg til det samme sykehus, som også er et lite sykehus. Det kan på et generelt grunnlag antas at i slike mindre organisasjoner vil betydningen av personlig kjennskap og erfaringer ha stor betydning. Hvordan den aktuelle forskriften og varlingsrutinene oppleves i større kommuner og ved store sykehus, gir min undersøkelse ikke grunnlag for å belyse.

For det andre er det helsepersonellens egne vurderinger som er kartlagt i min undersøkelse. Disse har førstehånds kunnskap til hvordan varslingsrutinene fungerer i arbeidssituasjonen,

men vil i mindre grad kunne uttale seg på vegne av de som er reformens målgruppe: pasientene. I en bredere anlagt studie vil det være viktig å innta pasientperspektivet: Hvordan opplever ulike grupper av pasienter ambisjonene om sømløse forløp? Er det sikkert at alle deler den oppfatningen som ligger til grunn for samhandlingsreformen om at det alltid vil være til beste for pasienten å få bli overført til kommunene så raskt det er faglig forsvarlig?

Litteraturliste

- Bernt, Jan Fridthjof og Doublet, David R. (1998) ” Juss, samfunn og rettsanvendelse”. Fra artikkelsamling: *JUR200 En praktisk innføring i retts sosiologi*, versjon 2011.
- Christensen, Tom, Per Lægreid, Paul G. Rossnes, Kjell Arne Rørvik (2010) ” *Organisasjonsteori for offentlig sektor: instrument, kultur, myte*”. Oslo: Universitetsforlaget.
- Forskrift om medfinansiering av spesialisthelsetjenesten. Vedtatt av Helse- og Omsorgsdepartementet. Ikrafttredelse 01.01.2012. <http://www.lovdatab.no> (Lest 15.01.2012)
- Hatch, Mary Jo(2011) ” *Organisasjonsteori – Moderne, symbolske og postmoderne Perspektiver*”. Oslo. Abstrakt forlag as.
- Jacobsen, Dag Ingvar(2005) ” *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*” 2. utgave. Kristiansand. Høyskoleforlaget.
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. Vedtatt av Helse- og Omsorgsdepartementet. Ikrafttredelse 01.01.2012. <http://www.lovdatab.no> (Lest 16.01.2012)
- Lov om spesialisthelsetjeneste m.m. Vedtatt av Helse- og omsorgsdepartementet. Ikrafttredelse 01.01.2001. <http://www.lovdatab.no> (Lest 17.01.2012)
- Lov om folkehelsearbeid. Vedtatt av Helse- og omsorgsdepartementet. Ikrafttredelse 01.01.2012. <http://www.lovdatab.no> (Lest 19.01.2012)
- St.meld. nr. 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. (Lest 10.01.2012)

Vedlegg 1

Merknad: Vedleggene inneholder original linjeavstand.

INTERVJUGUIDE KOMMUNE

Intervjuprosessen

- ✈ Presentasjon av oss
- ✈ Presentasjon av undersøkelsen:
Hovedhensikten med denne undersøkelsen er å se nærmere på hvilke rutiner som gjelder for varsling av utskrivningsklare pasienter fra sykehus til kommune. Med i denne undersøkelsen er ansatte i to kommuner og et sykehus. Varslingsrutinene baserer seg på et samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Hvordan praktiseres varslingsrutinene etter at reformen trådte i kraft fra 01.01.12. Vi ønsker å forstå hva som skjer.
- ✈ Forespørsel om diktafon
For å sikre mest mulig riktig gjengivelse av samtalen.
Det vil bli skrevet et referat på bakgrunn av notater og diktafon. Kopi av referatet sendes til deg senest 1 uke etter intervjuet for gjennomlesning og kommentarer.
Etter dette vil opptaket bli slettet.
- ✈ I løpet av samtalen vil vi stille spørsmål rundt følgende tema:
Organisasjonens varslingsrutiner knyttet til pasienter som skal overføres fra sykehus (spesialisthelsetjenesten) til kommunen (primærhelsetjenesten).
- ✈ Intervjuets form
Intervjuet vil være samtalepreget og vare i ca. 45 minutter
Intervjuet vil hovedsakelig bestå av åpne spørsmål hvor respondenten får anledning til å komme med innspill på bakgrunn av sin erfaring rundt problemstillingen.
- ✈ Anonymitet
Vi garanterer full anonymitet av person og organisasjon ved analyse av undersøkelsens resultater og i bacheloroppgaven.

Vi vil gjerne stille noen bakgrunn spørsmål:

1. Hvor lenge har du arbeidet i primærhelsetjenesten:
2. Hvordan fikk du ansvaret for å være med i undersøkelsen:
3. Hvordan er pasientgrunnlaget i din kommune:
4. Hvor mange pasienter har dere mottatt fra sykehuset siden 01.01.12:
5. Hvor mange utskrivningsklare pasienter har kommunen måtte avvise siden 01.01.12:

6. Avviker perioden januar tom mars fra resten av året med tanke på pasientgrunnlag:

Organisasjonens varslingsrutiner av utskrivningsklare pasienter

7. Finnes det retningslinjer for hvordan varsling skal mottas og behandles i organisasjonen:

8. Hvordan mottar kommunen varsling om utskrivningsklare pasienter:

Hvem mottar varslingen:

Hva varsles det om:

Hvordan mottas varslingen (telefon, faks, epost, budbil, taxi e.l):

9. Kjenner du til hvordan sykehuset behandler og sender varsling om utskrivningsklare pasienter:

10. Hvordan håndteres varsling som skjer utenom kommunens ordinære åpningstid:

11. Har dere kontakt med andre kommuner for å utveksle erfaringer:

12. Dersom kommunen ikke har anledning til å motta utskrivningsklare pasienter innen 24 timer, hvordan håndteres dette:

13. Fører varslingen til økt kontorarbeid: Hvis ja. Blir det overført ressurser til merarbeidet:

14. Varsler kommunen pasientens fastlegen om at pasienten er skrevet ut til kommunen:

15. Varsling fører til utveksling av sensitiv pasientinformasjon mellom nivåene. Hva tenker du om dette i forhold til personvernet:

16. Hvilke utfordringer oppleves etter din mening med varslingen (reformen):

17. Hva oppfatter du som positivt med varslingen (reformen):

Avslutning av intervjuet:

Er det andre tema du savner i denne undersøkelsen som angår varsling av utskrivningsklare pasienter fra sykehus til kommune?

Hvis ja. Hvilket tema kan det være?

Vi takker for samarbeidet! Som nevnt tidligere vil jeg sende deg referat fra dette intervjuet innen en uke slik at du får anledning til å lese gjennom det og komme med kommentarer. Som takk for at du valgte å stille opp ønsker vi å sende deg en kopi av bacheloroppgaven dersom dette er ønskelig.

Med vennlig hilsen
Gøran Tamminen

Vedlegg 2

Merknader: Jeg har kun lagt ved spørsmål som er aktuelle for sykehuset. Intervjuguiden er ellers lik den du finner i vedlegg 1.

Avdelingens varslingsrutiner av utskrivningsklare pasienter

7. Finnes det retningslinjer for hvordan varslingen skal gjennomføres i organisasjonen:

8. Hvordan varsles kommunen om utskrivningsklare pasienter:

Hvem sendes varsling til:

Hva varsles det om:

Hvordan varsles det (telefon, faks, epost, budbil, taxi e.l):

9. Kjenner du til hvordan kommunen mottar og behandler varsling om utskrivningsklare pasienter:

10. Når tid på døgnet skjer varslingen hovedsakelig:

11. Har organisasjonen opplevd en reduksjon i antall liggedøgn etter at varsling om utskrivningsklare pasienter ble innført:

12. Dersom sykehuset ikke mottar en tilbakemelding fra kommunen innen 24 timer etter at pasienten er utskrivningsklar, hvordan håndteres dette:

13. Fører varslingen til økt kontorarbeid: Hvis ja. Blir det overført ressurser til merarbeidet:

14. Varsles fastlegen om at pasienten er skrevet ut til kommunen:

15. Varsling fører til utveksling av sensitiv pasientinformasjon mellom nivåene. Hva tenker du om dette i forhold til personvernet:

16. Hvilke utfordringer oppleves etter din mening med varslingen (reformen):

17. Hva oppfatter du som positivt med varslingen (reformen):

Vedlegg 3

Kategorisering:	Kommune 1	Kommune 2	Kommune 3
Beskrive endringene	Kaotisk, stort press	Vi kan følge pasienten i hele forløpet. Mer kommunikasjon med sykehuset. Behov for en korttidsavdeling. Vi har mer kommunikasjon med pasienten i dag enn tidligere.	Fryktelig travelt. Mest på grunn av at koordinator ikke er på plass
Har forskriften ført til økt merarbeid	Ja. Byråkratisk reform uten sidestykke. Har ført til økt papirarbeid	Ja. Mer papirarbeid og kommunikasjon til sykehuset. Fulle skjema, motta fakser, finne behandlingstilbud.	Nei. Men for koordinator kan det bli noe mer ringing.
Har forskriften ført til økt bemanning	Ja, men vanskelig å anslå nøyaktig pr i dag.	Nei. Men i forbindelse med korttidsavdelingen som skal etableres vil det komme noen stillinger.	Ja. Det ansettes en ny koordinator som skal ha ansvaret for oppfølging av utskrivningsklare pasienter.
Hvem mottar 24 timers varsling og varsel om utskrivningsklare pasienter?	Servicekontoret. Åpningstid 08-15. Varsel sendes til inntaksleder for videre behandling	Vaktrom på sykehjemmet som har vakt 24 timer i døgnet. Så varsles det videre til den som får ansvaret for pasienten. Samarbeidsavtalen om hvordan til skal skje er ikke undertegnet. Det har ført til usikkerhet om hvordan rutinene skal være.	Sykehjemmet. På dagtid ringer sykehuset koordinators telefon. På kveldstid er det den som går med vakttelefonen som henter fakser og legger den i samhandlingspermen. Varsling kommer vanligvis på dagtid.
Opplever kommunen at kommunikasjonen med sykehuset er god?	Det kan være problemer med å komme i kontakt de rette fagpersonene på sykehuset. Det har også vært noen misforståelser.	Kommunikasjonen oppleves som grei. På skjemaet står det veldig lite, så vi må innhente den informasjonen sykehuset har, på telefon. Informasjonen på skjemaene varierer.	Vi synes at kommunikasjonen har vært grei.
Får kommunen de opplysningene de spør om fra sykehuset?	Ja.	Ja	Ja.
Opplever kommunen at	Ja. I enkelte saker	Ja. Kommunen har et	Ikke besvart

sykehuset gir føringer for tjenestetilbudet som pasienten trenger i primærhelsetjenesten?	føler vi at de gjør det. Vi ønsker selv å vurdere tjenestenivået på kommunalt nivå.	selvstendig ansvar for å tildele tjenesten. Det kan hende at sykehuset vurderer at pasienten trenger sykehjemsplass. Sykehuset legger et forløp som blir kjent for pasienten. Dette gir pasienten forhåpninger	
Inneholder skjema om utskrivningsklare pasienter god nok informasjon?	Skjemaet inneholder for lite opplysninger til å vurdere videre oppfølging på kommunalt nivå	Må ha telefonkontakt for å få komplimenterende opplysninger	Dersom jeg må vite mer om pasienten enn det som står på skjemaet, må jeg ringe å snakke med sykepleier. Har ikke ringt mye, fordi det stort sett har vært greie diagnoser. Den blir ofte sendt ut dagen før pasienten blir skrevet ut og det er bra.
Opplever kommunen at varslingen bidrar til gode pasientforløp?	Det vil den sikkert gjøre når reformen har fått tid til å kjøre seg inn.	Når det gjelder pasientforløp så regner vi med at vi får en bedre oversikt over helheten i varslingen etterhvert. Spesielt overgangene mellom sykehus og kommunen. Vi ønsker å vite når pasienten blir skrevet ut, ikke antatt utskrivningstidspunkt. Antagelser skaper en viss usikkerhet	Ja. Vi ser at mange pasienter ikke trenger å være på sykehuset så lenge. Noen pasienter har enkle bruddskader og de kommer seg fort ved vår korttidsavdeling for så å bli sendt hjem. Vi synes det er veldig spennende.
Varslingsrutinene fører til effektive løsninger?	Nei. Pr. i dag så har det blitt mer byråkrati og papirarbeid. Dette er en kostbar og lite effektiv løsning	Nei. Det følger ikke med ekstra ressurser for å utvikle tilbud. Rutinene medfører noe økt merarbeid i form av papirarbeid. Lite effektivt	Vi har selv ordnet et system som fungerer. Varslingene og skjemaene hjelper oss til å huske alle spørsmålene. Vi får dokumentert behovet.

Føler du at tjenestnivåene er likeverdige?	Nei. Dersom det er faglige spørsmål stiller vi svakere enn spesialisthelsetjenesten	Vi tenker at det er en holdning om at spesialisthelsetjenesten vet bedre enn primærhelsetjenesten. Vi tror at dette er en allmenn oppfatning. Det kan ta tid å få til en holdningsendring. Slik sett tenker vi at nivået er ulikt	Vi har drevet "sykehus" lenge i denne kommunen.
Har det vært problemer med anonymisering?	Nei. Dette har fungert godt. Sensitiv informasjon blir oppbevart forsvarlig.	Nei, ingen problemer.	Ja. Det har skjedd mange ganger at vi har fått faks med fullt navn og fødselsnummer på pasienten. Vi reagerer tvert på dette, og gir tilbakemelding til sykehuset.
Hva mener kommunen er positivt med varslingsrutinene?	Den setter press på kommunen til å få i stand et tilbud.	Positivt for pasienten at det foregår kommunikasjon og informasjonsutveksling mellom kommunen og sykehuset. Felles ansvar for pasienten. På sikt vil vi få bedre kjennskap til hverandres tilbud	Vi får tidlig vite at en pasient ligger på sykehuset. Vi vet hva vi kan forvente og vi er forberedt. Personalet blir lært opp i nye og spennende arbeidsoppgaver.
Kommunikasjonsmedium	1) telefaks 2) telefon 3) brev. Ikke elektronisk	1) telefaks 2) telefon 3) brev. Ikke elektronisk	1) telefaks 2) telefon 3) brev. Ikke elektronisk
Nærhet til sykehuset	Avstanden til sykehuset kan ha betydning for kommunikasjonen	Å besøke pasienter på sykehuset blir for kostbart. Vi har valgt å benytte telefon for å kommunisere med sykehuset.	Vi bor ikke i umiddelbar nærhet av sykehuset, og vi har vært vant til å klare oss selv.
Andre merknader		Det er ulike nivå man har kommunikasjonsutveksling. Ofte på politisk og administrativt nivå. Mindre på det fagmedisinske nivået.	Det er kjempepositivt at vi nå vet at en pasient ligger på sykehuset. Trykket fra sykehuset har vært overkommelig, men variabelt. Trykket fra "bygda" har vært større

Kategorisering:	Sykehus, lege	Sykehus, sykepleier
Beskrive endringene	Merarbeid i form av papirarbeid. Kommunen får større ansvar for innbyggernes helse.	Vi har tidligere dialog med kommunen. Vi må tenke utskrivning veldig tidlig. Dialogen med kommunen har blitt bedre.
Har forskriften ført til økt merarbeid	Ja. Det blir mer papir og mer ekstraarbeid. Mindre tid til pasienten. Det er papirer som skannes inn i elektroniske journaler.	Ja. Det er mye å gjøre i forhold til papirmølle. Det tar tid å fylle ut, få de avgårde og ringe kommunen. Det er noe med å få flyt i det.
Har forskriften ført til økt bemanning?	Ikke som jeg kjenner til. 20 % av ressursene i spesialisthelsetjenesten overføres til kommunene. Aktiviteten i sykehuset skal ned og i kommunene skal aktiviteten opp.	Nei
Hvem sender 24 timers varslings og varsel om utskrivningsklare pasienter?	Postsekretær (Helsesekretær) er den som fysisk sender varsel til kommunen. Skjemaet fylles ut av sykepleiere og leger.	Helsesekretæren får inn utfylte skjema. Skjemaet blir scannet inn i pasientjournal. Sekretæren ringer til kommunen og sier i fra at det kommer en faks. Så skannes skjemaet igjen.
Opplever sykehuset at kommunikasjonen med kommunen er god?	Kommunen har løpende dialog med oss. Elektronisk utveksling av medisinkurve kan også være et problem.	Vi har en bedre dialog nå synes jeg , om pasienten.
Beskrivelse av antatt behov for kommunale tjenester. Hvordan løses dette?	Vurderingene skjer i klar forståelse og samarbeid med kommunen.	Vi er avhengig av hverandres vurderinger. Kommunen skal vurdere hvilket tilbud pasienten skal ha. Ansvaret er kanskje tydeligere definert nå enn tidligere.
Kjenner sykehuset til tjenestetilbudet i de ulike kommunen?	Ja vi kjenner ganske godt til kommunene i nærområdet etterhvert.	Det er litt forskjell i hvilket tilbud de har til pasientene sine. Vi har alltid i bakhodet hvilket tilbud de får dit de skal. f
Føler du at tjenestenivåene er likeverdige?	Vi klarer å ta hensyn til hverandre. Dialogen jevnt over fungerer bra.	Vi har jo drift og aktivitet hele tiden. Vi gjør stort sett det samme på lørdag og søndag som ellers i uka.
Har det vært problemer med anonymisering?	Navn strykes og erstattes med initialer. Vi ringer kommunen før vi fakser og får så en bekreftelse på at dokumentene er mottatt. Etter det jeg vet har vi ingen problemer med dette.	Vi tar bort navn og fødselsdato, skriver initialer, ringer kommunen før vi fakser. Det skal mye til for at noen kan ta feil.
Negativt med varslingsrutinene	Sykehuset tappes for ressurser, samtidig gis det mer	Måten det skal varsles på. Det hadde vært en fordel med

	ekstraarbeid og byråkrati. Vokser fram et nytt sjikt av saksbehandlere.	elektronisk varsling.
--	---	-----------------------