

---

**RAPPORT NR. 2005** | Jorunn H. Rødal, Inger Cecilie Frisvoll, Tonje Hungnes, Eivind Myhre og Turid Aarseth

---

# SYKEHUS OG KOMMUNERS ARBEID MED UTSKRIVNINGSKLARE PASIENTER

-Et møte mellom to verdener?



KS

FoU



---

|                           |  |
|---------------------------|--|
| <b>TITTEL</b>             | Sykehus og kommuners arbeid med utskrivningsklare pasienter<br>– et møte mellom to verdener?                             |
| <b>FORFATTERE</b>         | Jorunn H. Rødal, Inger Cecilie Frisvoll, Tonje Hungnes, Eivind<br>Myhre og Turid Aarseth                                 |
| <b>PROSJEKTLEDER</b>      | Jorunn Hoås Rødal  |
| <b>RAPPORT NR.</b>        | 2005   |
| <b>SIDER</b>              | 73   |
| <b>PROSJEKTNUMMER</b>     | 2885   |
| <b>PROSJEKTTITTEL</b>     | KS Oppgaveforskyving   |
| <b>OPPDRAGSGIVER</b>      | KS   |
| <b>ANSVARLIG UTGIVER</b>  | Møreforskning Molde AS   |
| <b>UTGIVELSESTED</b>      | Molde  |
| <b>UTGIVELSEÅR</b>        | 2020   |
| <b>ISSN</b>               | 0806-0789  |
| <b>ISBN (TRYKT)</b>       | 978-82-7830-329-0  |
| <b>ISBN (ELEKTRONISK)</b> | 978-82-7830-328-3  |
| <b>DISTRIBUSJON</b>       | Høgskolen i Molde, Biblioteket, pb 2110, 6402 Molde<br>tlf 71 21 41 61 epost: biblioteket@himolde.no<br>www.moreforsk.no |

---

---

© FORFATTER/MØREFORSKING MOLDE

Forskriftene i åndsverksloven gjelder for materialet i denne publikasjonen. Materialet er publisert for at du skal kunne lese det på skjermen eller fremstille eksemplarer til privat bruk. Uten spesielle avtaler med forfatter/Møreforskning Molde er all annen eksemplarframstilling og tilgjengelighetsgjøring bare tillatt så lenge det har hjemmel i lov eller avtale med Kopinor, interesseorgan for rettshavere til åndsverk.

---

---

## FORORD

---

Nasjonale føringer legger til grunn at det skal skje en oppgaveoverføring fra sykehus til kommuner. Velfungerende samhandling ses i den forbindelse som vesentlig for å sikre at kommunene kan ta en større del av behandlingsansvaret. Et aktuelt spørsmål er *når* en pasient kan skrives ut fra sykehuset for å få oppfølging i hjemkommunen?

Hensikten med dette prosjektet har vært å etablere et kunnskapsgrunnlag, som belyser om det i forbindelse med beslutninger om å overføre utskrivningsklare pasienter fra sykehus til kommune, skjer en overføring av oppgaver utover det reformintenderte og finansierte?

Kunnskapsgrunnlaget om eventuell oppgaveforskyvning i arbeidet med utskrivningsklare pasienter er belyst både fra sykehusenes og kommunenes utsiktspost. Datamaterialet består på sykehusnivå av en spørreundersøkelse besvart av leger og sykepleiere. På kommunenivå har vi gjennomført åpne intervju med ansatte ved kommunale tildelingskontor, i tillegg til at kommunalt ansatte sykepleiere har svart på deler av den samme spørreundersøkelsen som de sykehusansatte.

Møreforskning Molde har gjennomført oppdraget på vegne av KS (kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon).

Innholdet i leveransen har blitt endret noe etter avtale med oppdragsgiver. Som følge av Covid-19-situasjonen fikk vi ikke mulighet til å gjennomføre planlagte kvalitative intervju med sykehusansatte, men måtte for denne gruppen basere oss på innsamlet spørreskjemamateriale.

Vi vil rette en stor takk til alle representanter fra kommunale tildelingskontor som har deltatt på intervju. Fra KS har Torun Risnes vært kontaktperson, og hun har sammen med Åse Snåre og Sigrid Askum bidratt med gode innspill til fremdriften i prosjektet.

I Møreforskning har Jorunn H. Rødal vært prosjektleder. Turid Aarseth, Eivind Myhre, Tonje Hungnes og Inger Cecilie Frisvoll har vært viktige prosjektmedarbeidere, og bidratt både i analysearbeidet, som medforfattere og kvalitetssikrere.

Molde, mai 2020

Jorunn Hoås Rødal  
Prosjektleder



---

## INNHold

---

|  |    |
|--|----|
| Forord.....  | iv |
| Innhold .....  | vi |
| Sammendrag .....   | 1  |
| Abstract .....   | 5  |
| 1 Bakgrunn og formål.....  | 9  |
| 1.1 Oppdragets mandat og formål.....   | 10 |
| 1.2 Formelle rammer for utskrivningsbeslutninger .....   | 11 |
| 1.3 Nasjonale pakkeforløp .....  | 12 |
| 1.4 Rapportstruktur.....   | 14 |
| 2 Datamateriale og metode .....  | 15 |
| 2.1 Spørreundersøkelse til leger og sykepleiere .....  | 15 |
| 2.2 intervju med informanter fra kommunale tildelingskontor.....   | 17 |
| 3 Hva mener leger og sykepleiere? Analyser av spørreundersøkelsen .....  | 19 |
| 3.1 Leger og sykepleieres vurdering av endring i utskrivningspraksis .....   | 19 |
| 3.2 Sykehusansatte og kommunalt ansatte sykepleiere har ulik<br>oppfatning av meldetidspunkt for utskrivningsklare pasienter ..... | 21 |
| 3.3 Uenighet rundt legers og sykepleieres roller mot pasientene.....   | 23 |
| 3.4 Vurdering av samarbeid og usikkerhet i utskrivningssituasjonen.....  | 25 |
| 3.5 Betydningen av sykehusinterne og eksterne faktorer for utskrivning.....  | 27 |
| 4 Utskrivningsbeslutninger sett fra kommunenes utsiktspost .....   | 32 |
| 4.1 Vurderinger av formelle rammer .....   | 32 |
| 4.2 Vurderinger av utskrivningstidspunkt .....   | 33 |
| 4.3 Beslutningsgrunnlag og kontakt.....  | 34 |
| 4.4 Psykisk helse og rus - et område med utfordringer .....  | 36 |
| 4.5 Palliasjon – et eksempel på godt samarbeid mellom sykehus og kommune.....  | 38 |
| 4.6 Konsekvenser for kommunene .....   | 39 |
| 5 Oppgaveforskyvning forankret i utskrivningsbeslutninger? .....   | 45 |
| 5.1 Veien videre .....   | 46 |
| 6 Litteratur .....   | 48 |
| 7 Vedlegg.....   | 50 |
| 7.1 Vedlegg 1: Spørreskjema til leger og sykepleiere .....   | 50 |
| 7.2 Vedlegg 2: Tilleggstabeller og testresultater fra analysene i kapittel 3.....  | 57 |
| 7.3 Vedlegg 3: Prinsippal komponentanalyse – utledning av indikatorer .....  | 60 |
| 7.4 Vedlegg 4: Intervjuguide – intervju med representanter fra tildelingskontorer .....  | 64 |

|  |    |
|--|----|
| Figur 1 Illustrasjon av boksplokk .....  | 15 |
| Figur 2 Boksplokk: Legers vurdering av om terskelen for å vurdere når en pasient er utskrivningsklar har endret seg i løpet av de siste fem årene.....               | 20 |
| Figur 3 Boksplokk: Sykepleiernes vurdering av om legenes terskel for å vurdere når en pasient er utskrivningsklar har endret seg i løpet av de siste fem årene ..... | 21 |
| Figur 4 Boksplokk: Vurdering av liggetid for pasienter som meldes utskrivningsklare til kommunene .....  | 22 |
| Figur 5 Boksplokk: Leger og sykepleieres erfaring med prosesser hvor pasienter meldes utskrivningsklare .....  | 24 |
| Figur 6 Boksplokk: Vurdering av samarbeid med kommunene frem mot utskrivning av pasienten .....  | 25 |
| Figur 7 Boksplokk: Vurdering av kommunale forhold som fører til utskrivning tross usikkerhet   | 26 |
| Figur 8 Boksplokk: Hva opplever du vanligvis blir vektlagt i vurderingen av om en pasient er utskrivningsklar eller ikke?.....                                       | 29 |
| Figur 9 Boksplokk: Hvilke forhold kan føre til at en pasient blir meldt utskrivningsklar til tross for at det er usikkerhet /uenighet rundt vurderingene?.....       | 30 |
| Figur 10 Boksplokk: Hvor viktig er følgende faktorer i utskrivningssituasjonen? .....  | 31 |
| <br>   |    |
| Tabell 1 Yrkeserfaring/ansiennitet.....  | 16 |
| Tabell 2 Arbeids- og stillingsinformasjon .....  | 17 |
| Tabell 3 Indikatorer knyttet til utskrivningssituasjonen .....   | 27 |
| Tabell 4: Leger og sykepleieres vurdering av endring i legers terskel for utskrivning de siste 5 år .....  | 57 |
| Tabell 5: Vurdering av liggetid for pasienter som meldes utskrivningsklare til kommunene..   | 57 |
| Tabell 6: Teststatistikk -leger og sykepleieres vurdering av utskrivningssituasjonen.....  | 58 |
| Tabell 7: Teststatistikk – vurdering av samarbeid i prosessen frem til en pasient blir meldt utskrivningsklar .....  | 58 |
| Tabell 8: Teststatistikk – Vurdering av kommunale forhold som innvirker på at det gjøres utskrivninger tross usikkerhet eller uenighet .....                         | 59 |
| Tabell 9 Prinsipal komponentanalyse av Sykehusinterne og eksterne forhold .....  | 60 |
| Tabell 10 Prinsipal komponentanalyse av indikatorene sykehusinterne og eksterne forhold (med uavhengig/ortogonal rotasjon) .....                                     | 61 |
| Tabell 11 Prinsipal komponentanalyse av sykehusinterne og eksterne forhold .....   | 62 |
| Tabell 12: Teststatistikk - indikatorer.....   | 63 |

---

## SAMMENDRAG

---

Hensikten med dette prosjektet har vært å etablere et kunnskapsgrunnlag som belyser om det i forbindelse med beslutninger om å overføre utskrivningsklare pasienter fra sykehus til kommune, skjer en overføring av oppgaver utover det reformintenderte og finansierte.

Overføring av oppgaver mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten har foregått over tid. Samhandlingsreformen (2012) har aktualisert og forsterket disse utviklingstrekkene ved å flytte mer av behandlingsansvaret fra sykehus til kommune, samtidig som samhandlingen skulle bedres. I forbindelse med reformen kom en egen forskrift som formaliserer hvordan utskrivning av pasienter fra sykehus til videre oppfølging i kommunene skal foregå. I tillegg har lovpålagte samarbeidsavtaler spesifikke krav til hvordan en kan sikre at kommunale tilbud blir faglig forsvarlige.

Mens tidligere studier av konsekvenser av samhandlingsreformen i hovedsak har vært orientert mot det kommunale nivået, representerer denne rapporten et kunnskapsgrunnlag der utskrivningsbeslutninger både ses fra sykehusenes og kommunenes utsiktspost. Datamaterialet består på sykehusnivå av en spørreundersøkelse besvart av 77 leger og 250 sykepleiere. På kommunenivå har vi gjennomført åpne intervju med åtte ansatte ved kommunale tildelingskontor, i tillegg til at 58 kommunalt ansatte sykepleiere har svart på deler av den samme spørreundersøkelsen som de sykehusansatte. I de kvantitative analysene er det gjennomført Mann-Whitney U-tester og t-tester for å se etter statistisk signifikante forskjeller i respons mellom to grupper, mens det for spørsmål hvor det skilles mellom flere enn to grupper gjennomføres Kruskal-Wallis H-tester. Vi gjør også prinsipale komponentanalyser (principal component analysis, PCA). Alle analyser er gjennomført ved bruk av Stata SE versjon 15.0. De kvalitative intervjuene er tematisk systematisert. I presentasjon av funnene har vi lagt vekt på å få fram informantenes egne beskrivelser av hvordan de opplever situasjonen rundt utskrivningsklare pasienter.

### **Kommuner og sykehus er uenige om terskel for utskrivning og utskrivningstidspunkt**

Respondentene i sykehusene opplever ikke terskelen for utskrivning som høyere, sammenlignet med fem år tilbake i tid. Det er imidlertid mindre enighet om hvorvidt terskelen for utskrivning vurderes lavere, eller på samme måte, som for fem år siden. Flertallet av leger og sykepleiere er videre samstemte om at utskrivningstidspunkt er riktig. Blant de kommunalt ansatte sykepleierne er imidlertid oppfatningene annerledes. Både de og informantene fra tildelingskontorene, vurderer utskrivningstidspunktet som noe for tidlig. I de kvalitative intervjuene blir det pekt på at er det hadde vært en fordel for pasientene å få en dag eller to ekstra på sykehus.

### **Hva sykehusene mener de vektlegger i utskrivningssituasjonen, og hvordan kommunene ser det**

Det ser ut til at både interne forhold ved sykehuset og forhold knyttet til eksterne faktorer er viktig i utskrivningssituasjonen. Det er dog noen forskjeller mellom hvordan de ansatte på sykehusene og de ansatte i kommunene ser på dette. Mens sykehusrespondentene ser seg selv som *ekstern* orienterte, opplever kommuneinformantene at sykehusene er *internt* orientert rundt utskrivning



av pasienter. Sykehusansatte leger og sykepleiere vurderer at forhold som omhandler press internt i sykehuset tillegges *mindre* vekt i utskrivningssituasjonen, enn forhold som gjelder pasienten og ytre faktorer (som erfaringer fra kommunen om samarbeid, og pasientens ønsker). Sykepleiere i kommunen tegner et motsatt bilde. Disse opplever at pasienten og ytre forhold tillegges *mindre* vekt enn kapasitetspress på sykehuset når utskrivning vurderes. Disse vurderingene finner vi også igjen i intervjuene, hvor det blir påpekt at trykket av pasienter som skrives ut kan oppleves høyere mot helg. Her er det likevel mange som uttrykker stor forståelse for at sykehusene opplever stort kapasitetspress, og at de ser at nedbygging i spesialisthelsetjenesten øker presset på kommunen.

Noen utskrivninger vil det være knyttet usikkerhet til. I slike situasjoner mener sykehusansatte at *ønsker* fra pasienten, *argumenter* fra leger og sykepleiere, og en vurdering av hva som er best for pasienten, *oftere* er årsak til at pasienten meldes ut enn sykehusinterne forhold, som kapasitetsutfordringer. Dette kan tolkes som at både leger og sykepleiere mener at de tar hensyn til pasienten, og at faktorer knyttet til denne veier tyngre i at pasienten utskrives tross usikkerhet, enn internt press. Videre mener flertallet av leger og sykepleiere ved sykehus, at både sykehusinterne og eksterne forhold er av noe betydning når de vurderer en pasient som utskrivningsklar.

Vi har sett på hva leger og sykepleiere mener om hvorvidt at kommunene ikke tar pasienten hjem på dagen, og at kommunene erfaringsmessig er dyktig med komplekse tilstander og dårlige pasienter, er årsaker til utskrivning tross usikkerhet. I det ene tilfellet satser en på at pasienten ikke blir hjemhentet til kommunen på dagen. Konsekvensen her er at pasienten blir på sykehuset og at kommunen får betalingsplikt. I det andre tilfellet rettfærdiggjøres utskrivning under usikkerhet med tillit til kommunens kompetanse til å håndtere komplekse tilstander/dårlige pasienter. Konsekvensen her er da at pasienter – til tross for usikkerhet, overføres til kommunen. Sykepleierne har samme vurdering av aktualiteten til begge alternativene, mens i legesvarene er det en svak tendens til at de i større grad erfarer og vektlegger manglende hjemhenting enn høy kompetanse i kommunene i utskrivningsbeslutninger under usikkerhet.

### **Formelle rammer og maktbalanse i samarbeidet**

De formelle rammene for samarbeid oppleves jevnt over å være greie sett fra kommunenes perspektiv, men det vises til at etterlevelsen kan være mangelfull. Typiske feil går på mangler og forsinkelser når det gjelder helseopplysninger og oppdaterte medisinlister. Videre er det en opplevelse av manglende likeverd i kommunikasjonen mellom sykehus og kommune. Det kommunale nivået befinner seg i en situasjon der de hele tiden må overvåke og reagere på utskrivningsbeslutninger og stadige endringer av disse. Samtidig må de gjerne bruke mye ressurser på å innhente supplerende opplysninger til de digitale meldingene. Kommunene opplever at betalingsplikten for utskrivningsklare pasienter forsterker en form for maktubalanse. At en part kan plikte den andre til betaling, blir trukket fram som en årsak til at partnerskapet ikke oppleves som likeverdig.

### **Noen utfordringer i samarbeidet mellom sykehus og vertskommuner**

Tross store variasjoner i svarene, vurderer sykepleierne på sykehusene samarbeid mellom sykehus og vertskommuner som noe dårligere enn samarbeid med andre kommuner i snitt. Det er grunn

til å anta at vertskommunene gjennomgående er store kommuner, noe som innebærer stor kontaktflate til sykehuset gjennom mange utskrivelser. Spredningene *kan* tyde på at det i denne kontaktflaten er ulike erfaringer med samarbeidet, mens svarene er mer samlet rundt midtverdiene når det gjelder kommuner som *ikke* er vertskommuner. I intervjumaterialet fra kommunene er det også en klar tendens til at de mest kritiske vurderingene kom fra informanter i vertskommuner. Vi skal være forsiktig med å generalisere, men det synes samlet sett som om økt kontakt knyttet til volum på utskrivingsbeslutninger, øker friksjon heller enn gode samhandlingserfaringer. Det kan også synes som om de mindre kommunene, som ikke er vertskommuner, i større grad aksepterer og tilpasser seg sykehusenes vurderinger. Legenes vurderer samarbeidet med kommunene som greit, dog med store positive og negative variasjoner, uavhengig av om det er en vertskommune eller ikke

### **Utfordringer og uklarheter i mottak av rus- og psykiatrispasienter**

Det ble tydelig gjennom intervjumaterialet at kommuner har utfordringer når det gjelder pasienter innen psykisk helse og rus. Psykiatri ble først inkludert i Forskrift om betaling for utskrivningsklare pasienter i 2019, og en del av problemet er knyttet til manglende systemtilpasning. Her opplever kommunene både at meldinger feilsendes og at de ikke får beskjed i det hele tatt når en pasient er ute av spesialisthelsetjenesten. Særlige utfordringer er knyttet til pasienter som potensielt kan utgjøre en risiko. Pakkeforløp for psykisk helse og rus er kritisert tidligere i en Sintef-rapport, der kommunene beskriver sin egen rolle som uklar mot denne pasientgruppen. Det samme er konklusjonen i dette datamaterialet. Området psykisk helse og rus er preget av mye uklarheter både i informasjonsutveksling og samarbeidsformer. Det kan virke som at problemene er større i de større kommunene, trolig grunnet volumet av pasienter.

### **Godt samarbeid om palliative pasienter**

Samlet sett gir intervjumaterialet et bilde av palliasjon som et område der både kontakt og samarbeidet med sykehusene gjennomgående fungerer godt. Årsakene synes å være at pasientene blir prioritert, det dreier seg om et avgrenset tidsperspektiv og at det er ressurser tilgjengelig. Informantene beskriver gode rutiner og samarbeidsvilje der forløpene er kjente, med få overraskelser og gjennomgående god samhandling på ulike nivåer. På mange måter kan palliasjon beskrives som en motsetning til psykisk helse og rus, der utfordringene og usikkerheten er større, forløpene er mer ukjente og ressursene i større grad begrenset.

### **Hva betyr sykehusets utskrivningspraksis for kommunene? Skjer en oppgaveoverføring «i det skjulte»?**

Resultatene viser gjennomgående at det er avstand mellom sykehus og kommune når det gjelder forståelsen av situasjonen rundt utskrivningsklare pasienter. Mens det stort sett er enighet fra sykehusets hold om at pasienter blir skrevet ut på riktig tidspunkt, at samarbeidet med kommunene er godt og at de ikke vektlegger interne kapasitetsbegrensninger i beslutningen om en pasient er utskrivningsklar, så er oppfatningene på kommunenivået annerledes. De opplever at pasienter blir skrevet ut for tidlig, og at kommunenivået i liten grad blir trukket direkte inn i prosessene rundt utskrivning.

Spørsmålet er om vi ut fra avstanden i situasjonsoppfatninger kan identifisere spesifikke områder med oppgaveforskyvning fra sykehus og kommune, utover de endringer som er intenderte og

finansierte? Her vil det i mange tilfeller være glidende overganger, og det må understrekes at det er informantenes egne oppfatninger av hva som er «over grensen» som legges til grunn. Vi tar derfor utgangspunkt i en «romslig» forståelse av hva som menes med oppgaveforskyvning, og lar begrepet omfatte situasjoner og områder der sykehusene bidrar til at kommunene blir påført kostnader og/eller får innsnevret sin frihet, uten at kommunene involveres i beslutningene.

Vi mener å se tre områder der sykehusenes praksis kan få konsekvenser for kommunenes ressursbruk og autonomi. Betalingsplikt for kommunene som ikke mottar den utskrivningsklare pasienten utgjør en bakgrunn for alle tre. Det første området dreier seg om at sykehusene skaper forventninger hos utskrivningsklare pasienter om bestemte tjenestetilbud, som ikke alltid kan innfris. Det andre handler om å utøve forventningspress mht. behandling av pasienter, herunder å utføre avanserte prosedyrer, samt ta ansvar for svært krevende pasientgrupper. Et tredje område handler om de administrative ressursene, altså arbeidstiden, kommunene må bruke for å håndtere kontakten med sykehusene, samt tiden de bruker til å skrive avvik.

Oppdraget er gjennomført av Møreforskning Molde og Høgskolen i Molde på vegne av KS.

---

## ABSTRACT

---

This project aim to establish knowledge on whether or not tasks regarding patients that are ready for discharge, that are *not* financed or intended, are being assigned to municipalities from hospitals.

Transfers of chores from hospitals to municipalities have been observed over some time, and has been reinforced through the Health Care Interaction Reform (lit: Samhandlingsreformen, hereafter “reform”). The reform was introduced among other things to devolve the responsibility of treatment for discharged patients from hospitals to municipalities. Another outspoken goal with the reform was to improve primary care and specialist care interaction. The law ensure professionally sound collaboration agreements between the hospitals and the municipalities. The municipal responsibility of follow-up of the discharged patients are also formalized through regulations.

Previous literature on consequences of the reform are written mostly from the municipal perspective. However, this report presents decisions regarding discharge of patients, both from the view of hospitals and municipalities. The hospital data material is a survey answered by 77 doctors and 250 nurses. The municipal data consists of phone interviews with eight interviewees from distribution centers (lit: Tildelingskontor). In addition to this, 58 municipal nurses answered parts of the same survey as the hospital respondents. In the quantitative analyses, we conducted Kruskal Wallis H-tests, Mann Whitney U-tests and t-tests to check for statistical significance between groups. We also conducted principal component analyses (PCA). All analyses are conducted using Stata SE 15.0. The qualitative interviews are systematized thematically. In the presentation of findings, we have focused on highlighting the interviewees’ perceptions and descriptions regarding patients that are ready for discharge.

### **Municipalities and hospitals disagree on the time for discharge**

The hospitals do not consider the threshold for discharging patients to be higher than it was five years ago. However, doctors and nurses do not fully agree upon whether they perceive the threshold for discharge to be lower or equal compared to what it was five years back in time. The majority of both doctors and nurses at the hospitals agree that the time of discharge is correct. Both the municipal nurses and the interviewees from the distribution centers consider the time of discharge to be premature. Several of the respondents in the qualitative interviews state that it would often be beneficiary to the patient had he or she been given a couple of extra days at the hospital.

### **What hospitals claim to emphasize when discharging patients and how the municipalities see it**

The hospitals consider themselves *externally* oriented when discharging patients, whereas the municipalities regard the hospitals to be *internally* oriented. Doctors and nurses consider conditions related to internal pressure in the hospitals to be *less* emphasized than conditions regarding the patient and external factors (such as experience with municipal cooperation, and the patients’ requests). The municipal nurses see it the other way around. They experience that

the hospitals to a *lesser extent* emphasize external factors and factors relating to the patient, than internal capacity challenges inside the hospital. These assessments are also to be found in the qualitative material, where the interviewees pinpoint that the volume of patients being discharged are in fact higher towards the weekends. However, the interviewees express their understanding for the situation of capacity pressure in the hospitals, as the downscaling of specialist care contribute to an increased pressure in primary care.

The hospital respondents claim that patient requests, arguments from doctors and nurses, as well as an overall consideration of what is in the patients best interest, *more frequently* lead to patients being discharged despite uncertainty, than internal challenges at the hospital, like capacity pressure. One way to interpret this is that both doctors and nurses see themselves as accounting for the patients' needs, and that caring for the patient outweighs internal pressure in a situation where a patient is being discharged despite uncertainty. A majority of hospital nurses and doctors experience both internal and external conditions to be of some importance when deciding to discharge a patient.

Nurses and doctors have answered whether they regard i) municipalities not receiving discharged patients and ii) the municipalities experiences with complex patient conditions and very ill patients, to cause patients being discharged despite uncertainty. In the first case, the municipality will not immediately receive the patient, with the consequence being that the patient stay put at the hospital and the municipality paying the hospital. In the second case, discharging the patient despite uncertainty is justified by the trust that the municipality is able to handle complex conditions and severely ill patients, with the consequence that the patient is discharged despite uncertainty. The nurses consider both alternatives equally, and with large variations. The doctors weakly emphasize the municipalities not receiving discharged patients to be the reason for discharge despite uncertainty.

### **Formal matters and balance of power in the cooperation between hospitals and municipalities**

The municipalities see the formal frames for cooperation mostly to be straightforward. However, the compliance from the hospitals is in some cases viewed upon as inadequate. Typical errors are deficiency or delay regarding information on the patients' health or medicine lists. The municipalities experience that the hospitals take on a superior role in the dialogue between the two sectors. Further, the municipal level find themselves being placed in a situation where they need to surveil and react to the hospitals decisions regarding discharge, while at the same time using resources collecting supplementary information to the digital messages. At the same time, the payment system for discharged patients that are not being taken care of by the municipality, reinforce the inequality between the sectors. One part being able to fine the other will ultimately contribute counteractively to an equal partnership.

### **Challenges regarding cooperation between hospitals and host municipalities**

Despite huge variations in the responses, the hospital nurses contemplate the cooperation between hospitals and host municipalities (lit: Vertskommune)<sup>1</sup> as submissive to cooperation with regular municipalities. There is reason to believe that host municipalities are in fact large, which

---

<sup>1</sup> "Host municipalities" have a large hospital in the municipality.

means a high volume of discharged patients, and frequent contact with the hospitals. The variation in response suggests different experiences regarding cooperation. For the regular municipalities, the respondents are centered on the mean values, which translates into the cooperation being “OK” or “fine”. In the doctors’ responses, we do not find different distributions between normal and host municipalities.

### **Challenges and confusions for patients with substance abuse and psychiatric problems**

Going forward with the interviews, it became apparent that the municipalities have challenges concerning patients with mental health problems and substance abuse. The field of psychiatry was included in the Regulations on payments for patients that are ready for discharge (lit: Forskrift om betaling for utskrivningsklare pasienter) in 2019. Lack of, or inadequate, system adjustments is part of the problem. The respondents from the municipalities experience that messages are being sent elsewhere, as well as them not being informed at all if patients are discharged from specialist care. The challenges particularly follow patients that pose a potential risk either to themselves or to society. The Patient pathways (lit: Pakkeforløp) for mental health and substance abuse have previously been criticized in a Sintef report, where the municipal role towards this group of patients is described as unclear. We reach the same conclusions in this report, as follow-up of this patient group is characterized by confusions both with respect to exchange of information and cooperation. It also appears the problems are of greater magnitude in the larger municipalities, probably due to a higher volume of patients.

### **Functioning cooperation on palliative patients**

The overall picture drawn from the interviews show palliative care as well-functioning both with respect to contact, as well as collaboration with various hospital departments. It seems that this patient group is prioritized, the timeframe is often limited and resources are available. The informants describe well-functioning routines and will to collaborate between sectors on known patient courses. There are few elements of surprise and consistency in interactions at various levels of execution. Hence, palliation can be described as a counterpart to psychiatric patients, where challenges and uncertainty are prominent, the patient courses are unknown, and the resources are limited.

### **What does hospital discharge practices mean to the municipalities? Is there in fact a “hidden” transfer of tasks?**

We observe a gap between hospitals and municipalities throughout our results regarding the overall understanding of the situation of patients that are ready to be discharged from hospital. On one side, hospital employees agree upon correct timing for discharge, a well-functioning collaboration with the municipalities, and that they do *not* emphasize internal capacity when deciding to discharge the patients. On the other side, municipalities experience premature discharge of patients, as well as limited municipal involvement in the processes concerning patient discharge.

The question is whether or not we can identify certain areas where unintended or unfinanced tasks have been transferred from hospitals to municipalities, based on the above mentioned gap? We have to pinpoint that our conclusions on what constitutes “crossing the border” are based on the perceptions of our respondents. Hence, our understanding of the term “transference of tasks”

comprise of situations and areas where the hospitals incurs increased costs and / or restricted freedom for the municipalities, without the municipalities being involved in making the decisions.

We observe three dimensions where practices in the hospitals might influence on municipal use of resources and autonomy. The fines to municipalities that does not receive the discharged patient constitutes the background for all of them. First, the hospitals build expectations for the patients that are ready for discharge concerning which services or treatments they will receive in the municipalities, that cannot necessarily be met. The second theme is about expectations from the hospitals concerning the level of treatment to the patients in the municipalities, for instance that municipalities should be able to execute advanced procedures and taking responsibility for demanding patient groups. A third area relates to the administrative resources used in the municipalities to be able to handle contact with the hospitals, as well as time spent writing reports on deviations.

Møreforsking Molde (Molde Research Institute) and Molde University College conducted the assignment on behalf of KS

---

## 1 BAKGRUNN OG FORMÅL

---

De kommunale pleie- og omsorgstjenestene omfatter tjenester til mennesker i ulike livsfaser, med ulike behov for hjelp som følge av funksjonshemninger, helsesvikt eller sykdom. Helhetlig pasientomsorg har lenge vært på den politiske og helsefaglige agendaen (R. Hagen & Johnsen, 2013; Vik, 2018). I 2012 ble samhandlingsreformen implementert som en av de mest omfattende reformene som er gjennomført de siste tiårene i det norske helsevesenet (Kassah, Tingvold, & Kassah, 2014; Ramsdal, Bjørkquist, & Ramsdal, 2012). De overordnede målene med reformen er å bedre koordineringen mellom spesialist- og primærhelsetjenesten, samt dempe kostnadsveksten i helsesektoren gjennom å bygge opp tjenester i kommunene (HOD, 2009). For å få til dette, har flere økonomiske virkemiddel blitt introdusert.

Ett av virkemidlene er kommunalt økonomisk ansvar for utskrivningsklare pasienter, som er sentralt i denne undersøkelsen. Manglende tilbud til utskrivningsklare pasienter medfører betalingsplikt for kommunen fra første dag. Per 2020 er døgnprisen kr 5 036 (Helsedirektoratet, 2019b). Fra og med 2019 omfatter ordningen også pasienter innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling. Selv om betalingsplikten skal fungere som incentiver mot kommunene til å ta imot pasienten raskt, er det påpekt at kommuner av ulike årsaker ikke er rustet til å ta imot pasienten, kan velge å betale døgnprisen (Kverndokk & Melberg, 2016). Andre vil kunne ta imot pasienten, men på bekostning av andre pasienter, som dermed ikke mottar sykehjems plasser eller plasser til døgnopphold (Abelsen, Gaski, Nødland, & Stephansen, 2014; Grimsmo, 2013).

Et grunnleggende premiss er at oppgaver ikke skal overføres til kommunene før de er i stand til å håndtere disse oppgavene, og at omstillingen gir brukerne et tilsvarende eller bedre tjenestetilbud enn før (Helse- og omsorgsdepartementet (HOD), 2018). Samhandlingsreformen legger opp til at spesialisthelsetjenesten og kommunene i større grad samarbeider om arbeidsoppgaver, og de lokale samarbeidsavtalene er et virkemiddel for å sikre at det kommunale tilbudet blir faglig forsvarlig og avtalepartene er pålagt å lage et opplegg som sikrer at den andre avtaleparten får nødvendig informasjon og kunnskap (Helse- og omsorgsloven § 6-2). Mange kommunale aktører gir positive tilbakemeldinger på at arbeidet med samarbeidsavtalene har bidratt til opprydding og en tydeligere ansvarsfordelingen mellom kommunene og helseforetaket. Samtidig er det negative erfaringer med at helseforetaket bruker sin definisjonsmakt til å overføre stadig flere oppgaver og tjenester til dem, noe som ofte skjer i strid med samarbeidsavtalen mellom partene, og uten at det drøftes på forhånd (Aarseth, Bachmann, Gjerde, & Skrove, 2015).

De siste årene har pleie- og omsorgssektoren fått en stor tilvekst av oppgaver og brukere (Brevik, 2010; Dale et al., 2015). Målet om å skape pasientenes helsetjenester er ikke realisert, og det kan stilles spørsmål om hvordan forholdet mellom kommuner og sykehus har utviklet seg over tid. I dette prosjektet skal vi se nærmere på ulike problemstillinger knyttet til utskrivning av pasienter fra sykehus. Flere studier har undersøkt hvordan ordningen med kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter påvirker kommunen (f.eks. Abelsen et al., 2014; Grimsmo, 2013; T. P. Hagen, McArthur, & Tjerbo, 2013). Det ser ut til at pasientene som utskrives til oppfølging i kommunene er ved dårligere helse, og med flere og mer sammensatte sykdommer enn før



(Abelsen et al., 2014; Bruvik, Drageset, & Abrahamsen, 2017b; Dale et al., 2015; Tingvold & Magnussen, 2018) og det stilles spørsmål ved om de skrives ut for tidlig (Aarseth et al., 2015; Gautun & Syse, 2017; Hermansen & Grødem, 2015).

Det er få studier som har sett på utskrivningssituasjonen fra sykehusets perspektiv. Ett av de få studiene konkluderer med at det foregår både eksterne og interne forhandlinger i utskrivningssituasjonen (Hellesø & Melby, 2013). Studien gir et interessant innblikk i hvordan leger og sykepleiere arbeider etter ulike planleggingshorisonter, og at mye av forhandlingene er usynlige og foregår på siden av de formelle retningslinjene. Vi tolker beskrivelsene som et uttrykk for kompleksitet og uklarhet, og ser behov for økt innsikt i samspillet mellom formelle krav og faglige vurderinger i selve beslutningssituasjonen. En annen studie viser at PLO-meldinger er et nyttig kommunikasjonsverktøy i utskrivningsprosessen, men at det er nødvendig å komplementere meldingene med muntlig kommunikasjon og møter. PLO-meldingene bidrar til en raskere avklaring og tilgang til informasjon ved store deler av utskrivningsprosessen, men samtidig er det viktig at sykepleierne benytter supplerende informasjonskilder for å sikre den nødvendige informasjonsflyten mellom sykehus og hjemmetjeneste (Brattheim et al., 2016). Aarseth m. fl. (2015) viser at kommunene opplever at de i større grad har blitt mottaker av pasienter som er "ferdig sortert" av ekspertene i sykehusene, samtidig som kontaktflaten mellom kommunene og sykehus har blitt mer sentralisert og formalisert.

Spørsmål om hvorvidt vesentlige endringer av sykehusenes aktiviteter innebærer en forskyvning av oppgaver til kommunene, krever innsikt i hvordan "grensejusteringer" skapes gjennom beslutningsatferd i sykehusene, og da særlig legenes vurderinger av når en pasient er utskrivningsklar. Det er i mindre grad forsket på hvordan ansatte ved sykehusene opplever praksis rundt utskrivning av pasienter og hvorvidt utskrivningssituasjonen oppleves ulikt, ikke bare mellom leger og sykepleiere, men også mellom de sykehusansatte og ansatte i kommunene. Dette kunnskapshullet danner grunnlaget for oppdragets mandat og formål.

### **1.1 OPPDRAGETS MANDAT OG FORMÅL**

Mandatet i dette oppdraget er å belyse om det kan være grunnlag for å si at oppgaveforskyvning fra sykehus til kommuner er gjort uten at disse er finansiert og/eller forankret i avtaler eller lovverk, sett både fra sykehusenes og kommunenes perspektiv. Formålet å etablere et kunnskapsgrunnlag som belyser ulike problemstillinger knyttet til utskrivning av pasienter fra sykehus. Hovedproblemstillingen for oppdraget er:

**Er det grunnlag for å si at det har skjedd en «skjult» forskyving av oppgaver fra sykehus til kommuner, når det gjelder utskrivningsklare pasienter, og hva kjennetegner i så fall denne oppgaveforskyvingen?**

Følgende delproblemstillinger blir belyst i rapporten:

1. Hvordan vurderer leger og sykepleiere tidspunkt for melding av pasienter til kommunene?
  - Opplever leger og sykepleiere at utskrivningspraksis er endret de siste fem årene?

- Vurderer kommunesykepleiere, sykepleiere på sykehus og leger meldetidspunktet på samme måte?
2. Hvordan fattes utskrivningsbeslutninger?
    - Hva skjer internt i sykehuset?
    - Hvilke faktorer vektlegger henholdsvis leger og sykepleiere i utskrivningssituasjonen?
    - Er det forskjeller mellom leger og sykepleiere i vurderinger av når en pasient er utskrivningsklar?
  3. Hvilke perspektiver har representanter fra kommunale tildelingskontor på endringer i utskrivningspraksis de senere årene?
    - Hvordan vurderes formelle rammer og praksis i tråd med disse?
    - Er det områder og pasientgrupper der samhandlingen rundt utskrivning er spesielt utfordrende?
    - Hvordan fungerer pasientflyten og samarbeidet om palliative pasienter sett fra kommunens ståsted??

Med dette som utgangspunkt, går vi gjennom noen tema som utgjør konteksten for tolkningen av resultatene i de følgende avsnittene.

## **1.2 FORMELLE RAMMER FOR UTSKRIVNINGSBESLUTNINGER**

De formelle rammene for kontakt mellom kommunene og sykehus ble endret i forbindelse med samhandlingsreformen. Innføring av lovpålagte samarbeidsavtaler og spesifikke krav til kontakten mellom de to forvaltningsnivåene legger føringer både på hvordan utskrivningsbeslutninger fattes og kommuniseres fra sykehusenes side og hvordan kommunene organiserer mottak av informasjon og pasienter.

Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter (FOR-2011-11-18-1115) trådte i kraft samtidig med samhandlingsreformen og stiller følgende krav til utskrivningsbeslutningen:

1. Dersom sykehuset vurderer at pasienten har behov for helsehjelp etter utskrivning, skal kommunen varsles innen 24 timer etter innleggelse (§ 8).
2. Pasienten skal få en individuell helsefaglig og psykososial vurdering av behov for ytterligere behandling ved døgnopphold i sykehus (§ 9).
3. Kommunen skal varsles straks når pasienten er definert som utskrivningsklar (§ 10).
4. Ved utskrivning skal epikrise sendes til helsepersonell som trenger opplysningene for å gi pasienten forsvarlig oppfølging (§ 12).

Forhold rundt utskrivningsklare pasienter reguleres i en egen tjenesteavtale (avtale 5) som helseforetak og kommuner er pliktige til å inngå som del av samhandlingsreformen. Det er stilt krav gjennom loven til at kommunene skal «ha en koordinerende enhet for habilitering- og rehabiliteringsvirksomhet» (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Fremveksten av tildelingskontor (også kalt bestillerkontor, inntakskontor, forvaltningskontor eller koordinerende enhet) har skjedd de siste 10-15 årene, både som en respons på endringene som følge av samhandlingsreformen, men også for å imøtekomme loven som beskrevet over (Gjerde,

Torsteinsen & Aarseth, 2016). Ordningen med egne tildelingskontor er utbredt (Gjerde et al., 2016). Disse enhetene blir dermed kontaktpunktet mellom sykehus og kommune, og vår undersøkelse (kap. 4) tar som utgangspunkt at ledere og ansatte ved disse organisatoriske enhetene har relevante observasjoner og erfaringer når det gjelder eventuelle endringer i utskrivningspraksis. Det overordnede spørsmålet er om disse endringene går lenger enn det samhandlingsreformen legger opp til når det gjelder overføring av oppgaver til kommunene.

### 1.3 NASJONALE PAKKEFORLØP

Pakkeforløp er utformet som et forsøk på å løse utfordringer med usammenhengende og fragmenterte forløp for pasienter som er under behandling i spesialisthelsetjenesten. Med dette som utgangspunkt, er ikke kommunenes rolle beskrevet i særlig grad i pakkeforløpene.<sup>2</sup> Hensikten er å sikre effektive forløp fra henvisningen er mottatt i spesialisthelsetjenesten til oppstart av behandling eller avsluttet pakkeforløp. Generelt er målet å sikre raske, forutsigbare, helhetlige pasientforløp med økt kvalitet gjennom diagnostikk, utredning, behandling og oppfølging. Det er også et sentralt mål at pasient og pårørende skal få god informasjon, involveres, medvirke og ha god dialog med helsetjenestene gjennom hele forløpet. I Nasjonal kreftstrategi 2013-2017 står det for eksempel at ett av målene er at Norge skal bli et foregangsland for gode pasientforløp, der flere skal overleve og leve lenger med kreft (HOD, 2013).

Fra strategien ble lansert i 2013 og frem til 2019, har det blitt utarbeidet totalt 39 pakkeforløp. Det er 29 pakkeforløp for kreft, åtte for psykisk helse og rus, ett forløp for hjerneslag og ett for spiseforstyrrelser for barn og unge (Helsedirektoratet, 2019a).

I pakkeforløpene for kreft er det definert en forløpskoordinator i spesialisthelsetjenesten som skal sikre en tett og løpende kontakt med pasient og involverte instanser. I kommunehelsetjenesten er det tilsvarende opprettet koordinatører/forløpskoordinatorer. Det står i Nasjonal kreftstrategi at «koordinatører i kommunen og i sykehusene må samarbeide om å skape et helhetlig tilbud» (HOD, 2013, s. 5). Kommunehelsetjenesten er nevnt i følgende delmål i pakkeforløpene: «Sikre at koordinatører i kommunen og i sykehusene samarbeider om å skape et helhetlig tilbud», «Sikre at fastlegen har en sentral rolle i oppfølging av pasienten», «utvikle verktøy for beslutningsstøtte til fastlegene om utredning for ulike kreftformer», Målsetting om at flere fastleger skal være spesialister i allmennmedisin og «utvikle retningslinjer for henvisning til spesialisthelsetjenesten for fastlegene, og beskrive disse i de nasjonale handlingsprogrammene» (HOD, 2013, s. 20-21).

Det er et mål at spesialisthelsetjenestens oppgaver skal desentraliseres og bli utført lokalt, og da gjerne i samarbeid med kommunene (HOD, 2013, s. 12). I strategien kan vi lese at «kommunene skal sørge for helhetlig tenkning med forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging slik at helhetlige pasientforløp i størst mulig grad kan ivaretas innenfor beste effektive omsorgsnivå» (HOD, 2013, s. 12). Dette krever både kapasitet, kompetanse og god koordinering i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Pasienter som har «behov for langvarig og koordinerte tjenester, skal også få utarbeidet en individuell plan». For helsetjenesten

---

<sup>2</sup> Unntaket er pakkeforløp for slag, og psykisk helse (psykiske lidelser barn og unge, psykiske lidelser voksne og rusbehandling).

er rett til individuell plan nedfelt i pasientrettighetsloven § 2-5, spesialisthelsetjenesteloven § 2-5, kommunehelsetjenesteloven § 6-2a og psykisk helsevernloven § 4-1, samt Sosial- og helsedepartementets Forskrift om individuell plan av 010105.

### **1.3.1 PSYKISK HELSE OG RUS**

Psykisk helse og rus henger ofte sammen, men det er viktig å påpeke at psykisk helse og rus ikke alltid er forbundet med hverandre. Likevel er de samlet i samme pakkeforløp som ble innført den 1.1.2019. Til tross for at pakkeforløpet for psykisk helse og rus ikke inngår eksplisitt i oppdragets mandat, leder dataanalysene oss til å forstå at rus- og psykiatrifeltet oppleves å være i en særposisjon, eller rettere sagt – at det faller mellom to stoler når det kommer til samhandling og koordinering av tjenester mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten. Blant utfordringene som nevnes om bruk av pakkeforløp for denne brukergruppen, er nettopp det faktum at pasientforløpet *ikke* er lineært eller ensartet (Fineide & Ramsdal, 2014; Fredwall, 2018, s.42). Imidlertid er forløpet preget av høy risiko for tilbakefall, noe som fordrer samarbeid mellom tjenestene på *alle* nivå, og at forløpet blir tilpasset kompleksiteten de stadige endringene (Evjen, Øiern og Kielland, sitert i Fredwall, 2018).

Sintef har evaluert pakkeforløpene for psykisk helse og rus fra fagfolk i spesialisthelsetjenesten (behandlere, ledere og forløpskoordinatorer i spesialisthelsetjenesten, N = 3431), samt kommunene sine perspektiver (Ådnanes, Kaspersen, Melby, & Lassemo, 2020).<sup>3</sup> I undersøkelsen kommer det frem at «behandlingsenhetene er relativt godt fornøyde med egen innsats når det gjelder brukermedvirkning og brukertilfredshet», og at dette er en generell vurdering uavhengig av pakkeforløpene (s. 35). Videre uttrykte mange av respondentene at pakkeforløpene så langt *ikke* bidrar til bedre koordinering av tjenestene, og det ble uttrykt skuffelse over «kommunenes og fastlegenes manglende kunnskap om og involvering i pakkeforløp så langt» (s.41). Fra kommunene sitt ståsted, var det et flertall som i forkant forventet at pakkeforløpene skulle bidra til bedre rolleavklaringer. Samtidig kom det frem under intervju med bl.a. forløpskoordinatorer i kommunene, at det fortsatt var noe uklart hva som egentlig var forventet av kommunene.

### **1.3.2 PALLIASJON**

Pasienter med behov for palliative tjenester vil ofte trenge disse vekselvis både fra kommunen, fastlegen og spesialisthelsetjenesten. Dette legger føringer for at man må få til et fungerende samarbeid og koordinering mellom kommune- og den kommunale helsetjenesten og spesialisthelsetjenesten må samhandle og koordinere det palliative arbeidet for å sikre gode pasientforløp. Ofte kan både individuelle og organisatoriske forhold, og manglende kunnskap om hverandres praksis og funksjoner ligge til grunn for utfordringer i samhandlingen mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten (Vik, 2018). Velfungerende samhandling mellom tjenestene og sektorene er ofte også premissgivende for at de pasientene som nærmer seg slutten av livet og ønsker det, både får dø hjemme, og tilbringe så mye tid som mulig hjemme eller i nærheten av hjemmet. Realiteten er dog at pasientene i økende grad forflyttes mellom ulike

---

<sup>3</sup> Kommunedata hentet fra SINTEF sine årlige kartlegginger av ressursinnsats i psykisk helse- og rusarbeid gjennom rapporten IS-24/8, samt kartlegging gjennomført av Nasjonalt Senter for Psykisk Helsearbeid, NAPHA, og dybdeintervju og fokusgruppeintervju i to kommuner

tjenester mot slutten av livet, og at så lite som tretten prosent faktisk dør i eget hjem (Loge, Bjordal, & Paulsen, 2006). Samtidig øker andelen som dør i sykehjem, særlig blant kronisk syke eldre (Bruvik, Drageset, & Abrahamsen, 2017a; Mehre, Hanssen, Refsdal, Svendsen, & Wilson, 2015; L. Melby, Das, Halvorsen, & Steihaug, 2017; NOU 2017: 16, 2017).

I spesialisthelsetjenesten har palliative team ambulante funksjoner for personer hjemme og på sykehjem, og disse teamene fungerer som bindeledd mellom første- og andrelinja. Selv om pasienter som har behov for palliativ omsorg ikke er en ensartet gruppe, forbindes palliasjon ofte med mennesker med kreftsykdom, siden en stor andel av pasienter ved lindrende enheter på sykehus er nettopp kreftpasienter (Loge et al., 2006). Kreftkoordinatorerne i kommunene trekkes derfor i stor grad frem som viktige bindeledd mellom tjenesteområdene (Nordsveen & Andershed, 2015; NOU 2017: 16, 2017). Kreftkoordinatorstillingen treffer oftest kreftpasienter i palliativ fase, og mangel på koordinatorstillinger også for andre mennesker i palliativ fase har vært trukket frem som en begrensning ved denne typen stillinger (NOU 2017: 16, 2017). Enkelte kommuner har de siste årene opprettet rene palliative koordinatorstillinger, med mål om å treffe alle pasienter i palliativ fase.

I 2018 fikk Helsedirektoratet oppdraget med å etablere «Pakkeforløp Hjem» for kreftpasienter fra Helse- og Omsorgsdepartementet, med utgangspunkt i Nasjonal kreftstrategi (2018 – 2022) (HOD, 2018). Dette pakkeforløpet er fortsatt under utarbeiding, men har høstet kritikk, blant annet fordi primærhelsetjenesten i motsetning til spesialisthelsetjenesten ikke jobber ut fra enkeltdiagnoser, men ut fra individets samlede helsetilstand og funksjon.

#### **1.4 RAPPORTSTRUKTUR**

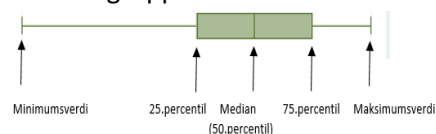
Rapporten er bygget opp i med syv kapitler, hvorav kapittel 6 og 7 inneholder referanser og vedlegg. I kapittel 2 beskriver vi datamateriale og metodisk tilnærming, mens vi i kapittel 3 presenterer analyser av et spørreskjemamateriale besvart av leger og sykepleiere. Kapittel 4 omhandler analyser fra intervju med representanter fra tildelingskontor/ koordinerende enheter. Kapittel 3 og 4 har innledningsvis en oppsummering av de viktigste funnene i venstre marg, slik at leseren kan trekke ut essensen av innholdet uten å lese hele kapittelet. Med utgangspunkt i funnene fra kapittel 3 og 4, gir vi en refleksjon av oppdragets hovedproblemstilling, nemlig hvorvidt det skjer en oppgaveforskyving forankret i utskrivningsbeslutninger i kapittel 5. Her diskuterer vi også ulike samhandlingserfaringer knyttet til palliasjon og psykisk helse.

## 2 DATAMATERIALE OG METODE

Analysene bygger på både kvalitative og kvantitative primærdata. Vi har først analysert data fra en spørreundersøkelse som er besvart av leger og sykepleiere ved norske sykehus. Enkelte spørsmål er også besvart av kommunalt ansatte sykepleiere. Datasettet er samlet inn i forbindelse med et pågående doktorgradsprosjekt. Analysene av surveymaterialet ble lagt til grunn i det videre arbeidet med å utarbeide intervjuguider og gjennomføre kvalitative telefonintervjuer med nøkkelinformanter fra kommunale tildelingskontor.<sup>4</sup> Vi gjorde også en systematisk dokumentanalyse av de 39 pakkeforløpene som er utviklet, for å få en oversikt over hvorvidt, og eventuelt hvordan kommunens roller/oppgaver er beskrevet i de ulike forløpene. Dette ble kun gjort som utgangspunkt for valg av hvilket pakkeforløp vi skulle se nærmere på i de kvalitative intervjuene, og inngår ikke som et eget analysemateriale.

### 2.1 SPØRREUNDERSØKELSE TIL LEGER OG SYKEPLEIERE

Data fra spørreundersøkelsen presenteres i hovedsak som boksplokk, som vist i Figur 1. Boksplokket illustrerer bokser med tilgrensninger ved 25. og 75. percentil av svarene på variablene/spørsmålet som vises, altså de midterste 50 prosentene av datasettet, med en medianlinje på 50. percentil. Boksplokkene viser dermed spredningen i svarene blant respondentene, og er en nyttig illustrasjon ved sammenligning mellom grupper.



**Figur 1** Illustrasjon av boksplokk

Spørreundersøkelsen er gjennomført vår/sommer 2018 blant leger og sykepleiere som er involvert i utskrivningsprosesser ved somatiske sengeposter i norske sykehus. Spørreundersøkelsen ble meldt til Norsk senter for forskningsdata (NSD), men ble vurdert til ikke å være meldepliktig på grunn av distribusjonsmåte og bruk av anonymt, digitalt verktøy. Skjemaet ble sendt til tretten helseforetak i hele landet via en kontaktperson i Helse Møre og Romsdal, og alle ble oppringt før spørreskjemaet ble sendt ut. Undersøkelsen er distribuert via flere ledd før den kom til mottakerne/respondentene, noe som mest sannsynlig har påvirket hvor mange, og hvem som har mottatt undersøkelsen. Vi har ingen oversikt over geografisk fordeling i svarene. Det er derfor viktig å påpeke at det utøves forsiktighet når det gjelder å generalisere konklusjonene på bakgrunn av funnene i denne analysen. Resultatene fra analyser av spørreundersøkelsen er ment å gi indikasjoner på retningen av problemstillingene som skal besvares i oppdraget. Spørreskjemaet er vedlagt i sin helhet i

vedlegg 7.1. Alle teststatistikker ligger i vedlegg 2. Vi har brukt Mann-Whitney U-tester og t-tester for å se etter statistisk signifikante forskjeller i respons mellom to grupper, mens det for spørsmål hvor det skiller mellom flere enn to grupper gjennomføres Kruskal-Wallis H-tester. Vi gjør også

<sup>4</sup> I opprinnelig prosjektplan skulle vi gjennomføre intervju med forløpskoordinatorer. Retningen i prosjektet ble så endret, slik at vi skulle gjennomføre intervju med utskrivningsansvarlige sykepleiere ved et utvalg sykehus, for å bygge under svarene fra spørreundersøkelsen. På bakgrunn av situasjonen med covid-19, ble det bestemt med oppdragsgiver, at dette skulle utgå for ikke å belaste helsevesenet.

prinsipale komponentanalyser (principal component analysis, PCA<sup>5</sup>). Alle analyser er gjennomført ved bruk av Stata SE versjon 15.0.

### 2.1.1 UTVALGSKARAKTERISTIKK

Det kom inn 77 svar blant legene, og 308 blant sykepleierne. Tabell 1 viser respondentenes arbeidserfaring etter endt grunnutdanning og ved nåværende arbeidssted. Legene hadde i snitt flere års arbeidserfaring enn sykepleierne både på nåværende arbeidssted og samlet.

**Tabell 1 Yrkeserfaring/ansiennitet**

|  |                    | Antall år (std.avvik) | Min. | Max. |
|--|--------------------|-----------------------|------|------|
| Antall års yrkeserfaring etter endt grunnutdanning   | Leger, N=76        | 12,88 (11,31)         | 0,3  | 45   |
|  | Sykepleiere, N=298 | 8,92 (9,15)           | 0    | 44   |
| Antall års arbeidserfaring fra nåværende arbeidssted | Leger, N=71        | 8,44 (8,05)           | 0,3  | 33   |
|  | Sykepleiere, N=267 | 6,49 (6,86)           | 0    | 37   |

En majoritet av respondentene blant sykepleierne i spesialisthelsetjenesten var ansatt i vanlig sykepleierstilling. En liten majoritet av sykepleierne i utvalget var ansatt ved medisinsk døgndrevet sengepost (i overkant av 50 prosent), men nærmere 44 prosent var ansatt i kirurgisk døgndrevet sengepost.

Blant sykepleierne (N=307) var det 58 som oppga at de arbeidet i kommunale pleie- og omsorgstjenester, hvorav 21 i hjemmetjenesten, 28 i sykehjem o.l. og 9 i andre kommunale tjenester. Disse 58 besvarte ikke spørsmål som omhandlet sykehusrelaterte utskrivningssituasjoner og vurderinger.

En majoritet av respondentene blant sykepleierne i spesialisthelsetjenesten var ansatt i vanlig sykepleierstilling. En liten majoritet av sykepleierne i utvalget var ansatt ved medisinsk døgndrevet sengepost (i overkant av 50 prosent), men nærmere 44 prosent var ansatt i kirurgisk døgndrevet sengepost.

Blant sykepleierne (N=307) var det 58 som oppga at de arbeidet i kommunale pleie- og omsorgstjenester, hvorav 21 i hjemmetjenesten, 28 i sykehjem o.l. og 9 i andre kommunale tjenester. Disse 58 besvarte ikke spørsmål som omhandlet sykehusrelaterte utskrivningssituasjoner og vurderinger.

Tabell 2 viser arbeids- og stillingsinformasjon for utvalget. 66 av 77 leger oppga at de arbeidet ved lokalsykehus, resterende ved regionalsykehus. Videre var 40 overleger og 36 LIS1- eller LIS2-leger, én valgte å ikke oppgi tittel. 35 av respondentene blant legene arbeidet ved indremedisinske avdelinger, 21 ved kirurgiske og 21 ved annen type avdelinger.

<sup>5</sup> PCA er en teknikk som brukes for å redusere størrelsen på datasett, dvs. redusere korrelerte variabler til et mindre sett uavhengige variabler, og samtidig lage indeksvariabler ut fra deler av datasettet. Dette gjøres gjennom en lineær kombinasjon, basert på et vektet gjennomsnitt, av et sett med variabler. I analysene under innebærer dette at flere spørsmål samles til en indeksvariabel som angir et sterkere mål på det respondentene svarer på.

En majoritet av respondentene blant sykepleierne i spesialisthelsetjenesten var ansatt i vanlig sykepleierstilling. En liten majoritet av sykepleierne i utvalget var ansatt ved medisinsk døgndrevet sengepost (i overkant av 50 prosent), men nærmere 44 prosent var ansatt i kirurgisk døgndrevet sengepost.

Blant sykepleierne (N=307) var det 58 som oppga at de arbeidet i kommunale pleie- og omsorgstjenester, hvorav 21 i hjemmetjenesten, 28 i sykehjem o.l. og 9 i andre kommunale tjenester. Disse 58 besvarte ikke spørsmål som omhandlet sykehusrelaterte utskrivningssituasjoner og vurderinger.

**Tabell 2 Arbeids- og stillingsinformasjon**

|   | Leger N (%) | Sykepleiere N (%) |
|---|-------------|-------------------|
| <b>Arbeidssted innen spesialisthelsetjenesten</b> | <b>N=77</b> | <b>N=244</b>      |
| Rus/psykiatri                                     | -           | 1 (0,4)           |
| Somatikk lokalsykehus                             | 66 (85,7)   | 123 (50,4)        |
| Somatikk Regionalsykehus                          | 11 (14,3)   | 116 (47,5)        |
| Annet   | -           | 4 (1,6)           |
| <b>Type avdeling</b>                              | <b>N=77</b> | <b>N=239</b>      |
| Indremedisinsk/medisinsk                          | 35 (45,5)   | 120 (50,2)        |
| Kirurgisk   | 21 (27,3)   | 105 (43,9)        |
| Annet   | 21 (27,3)   | 14 (6,1)          |
| <b>Stillingstype lege</b>                         | <b>N=77</b> |                   |
| Overlege  | 40 (52,6)   | -                 |
| Assistent-/LIS-lege                               | 31 (40,8)   | -                 |
| Turnuslege  | 5 (6,6)     | -                 |
| <b>Stillingstype sykepleiere</b>                  |             | <b>N=307</b>      |
| Leder av sengepost                                | -           | 20 (6,4)          |
| Sykepleier  | -           | 239 (77,9)        |
| Spesialsykepleier                                 | -           | 45 (14,7)         |
| Annet   | -           | 3 (1,0)           |

## 2.2 INTERVJU MED INFORMANTER FRA KOMMUNALE TILDELINGSKONTOR

Vi har gjennomført åtte intervju med nøkkelinformanter, i hovedsak ledere, ved tildelingskontor / koordinerende enheter rundt omkring i landet. Vi skulle i utgangspunktet gjennomført elleve intervju, men tre intervju ble kansellert som følger av covid-19. Valget av kommuner ble ikke gjort randomisert, men med utgangspunkt i en inndeling i tre kommunegrupper: 1) Små kommuner med middels bundne kostnader per innbygger, middels frie disponible inntekter. 2) Mellomstore kommuner med middels bundne kostnader per innbygger og middels frie disponible inntekter, og 3) store kommuner utenom de fire største byene. Eksklusjonskriterier for deltakelse i intervju, var at kommunen nylig var sammenslått med en annen kommune eller at informanten nylig var tilsatt i stillingen.



Intervjuguide og fremgangsmåte ble godkjent av NSD før intervjuene ble gjennomført. Alle som ble intervjuet har fått tilsendt referat fra egne intervju per epost, og har skriftlig (seks intervju) eller muntlig (to intervju) godkjent intervjuene for bruk i oppdraget.

Intervjuene ble gjennomført i perioden 21.2. til 12.3.2020 (se vedlagte intervjuguide i vedlegg 7.4). Intervjuene hadde en semistrukturert form. Kategoriene av spørsmålene var avklart og nedfelt på forhånd, mens rekkefølgen varierte mellom intervjuene. Hvert intervju varte ca. en time og ble gjennomført i Skype med to forskere til stede. Den ene tok notater og den andre hadde hovedansvar for å stille spørsmål.

Det var krevende å få avtalt tidspunkt for intervju med informantene da de hadde meget tett program. Noen intervjuavtaler ble flyttet flere ganger, men når avtalene var på plass og intervjuet ble gjennomført, var resultatet meget godt. Vi opplevde stor interesse og velvillighet fra samtlige. Spørsmål om utskrivningsklare pasienter og oppgaveoverføring til kommunene var tydelig noe informantene var opptatt av, og som de hadde meninger om. I intervjuene ble det ofte henvist til «at dette er noe vi har snakket mye om». Vi mener derfor å ha grunnlag for å tolke resultatene som et uttrykk for erfaringer og vurderinger med kommunal forankring utover det den enkelte informant på individuelt grunnlag ga uttrykk for.

## 1 OPPSUMMERING KAPITTEL 3

- Det er variasjoner, men leger og sykepleiere på sykehuset er ganske enige om at terskelen for utskrivning ikke er mye endret de siste fem årene.
- Tendensen er at en mange av de kommunalt ansatte sykepleierne vurderer utskrivningstidspunktet som noe for tidlig.
- En majoritet av leger og sykepleiere mener at utskrivningstidspunkt «svært ofte» er riktig.
- Sykepleiere og leger er enige i at leger har det avgjørende ordet ved uenighet om utskrivning, og at hvem som tar opp spørsmål om utskrivning er likt fordelt.
- Leger og sykepleiere er enige i at sykepleierne er de som oftest har kontakt mot kommunehelsetjenesten. Dette kan relateres til at det ofte er sykepleiere som er utskrivningsansvarlige på sykehusene.
- Legene er av den oppfatning at prosesser knyttet til utskrivning er jevnt fordelt mellom leger og sykepleiere, mens sykepleierne opplever at de oftere er involvert i disse prosessene enn legene.
- Samarbeid med kommuner oppfattes nøytralt/greit for det store flertallet av leger og sykepleiere, men svarene varierer.
- Sykepleierne har noe mer varierte erfaringer med samarbeid med vertskommuner, som kan relateres til at vertskommunene er store kommuner, med store kontaktflater.
- I utskrivningssituasjonen mener leger og sykepleiere selv at de er *eksternt* orienterte, altså at de tar mest hensyn til forhold som gjelder pasient, pårørende og kommunene.
- Kommunesykepleierne har motsatt oppfatning, nemlig at sykehusene er mest *internt* orientert, og at kapasitet og press er mest avgjørende i utskrivningssituasjonen.

## 3 HVA MENER LEGER OG SYKEPLEIERE? ANALYSER AV SPØRREUNDERSØKELSEN

Resultatene i dette kapittelet bygger på data innhentet fra en spørreundersøkelse besvart av leger og sykepleiere ved norske sykehus. Vi har fokusert på et utvalg spørsmål fra spørreundersøkelsen som belyser de ulike problemstillingene presentert i kapittel 1. Først en generell bemerkning før leseren ser på resultatene og boksplottene: Vel så interessant som medianverdien, er spredningen i boksplottet samt maksimum- og minimumsverdier, altså variasjonen i datasettet. Videre er svarskalaene ordinale, med angitte «maksimums- og minimumsverdier», men uten en klar definisjon av verdiene i midten, siden disse er tolket subjektivt av hver respondent. Vi har heller ikke grunnlag for å si noe om drivere bak svarene, altså hvorfor fordelingene ser ut som de gjør, f.eks. om det er sykehus- eller driftsspesifikke variasjoner.

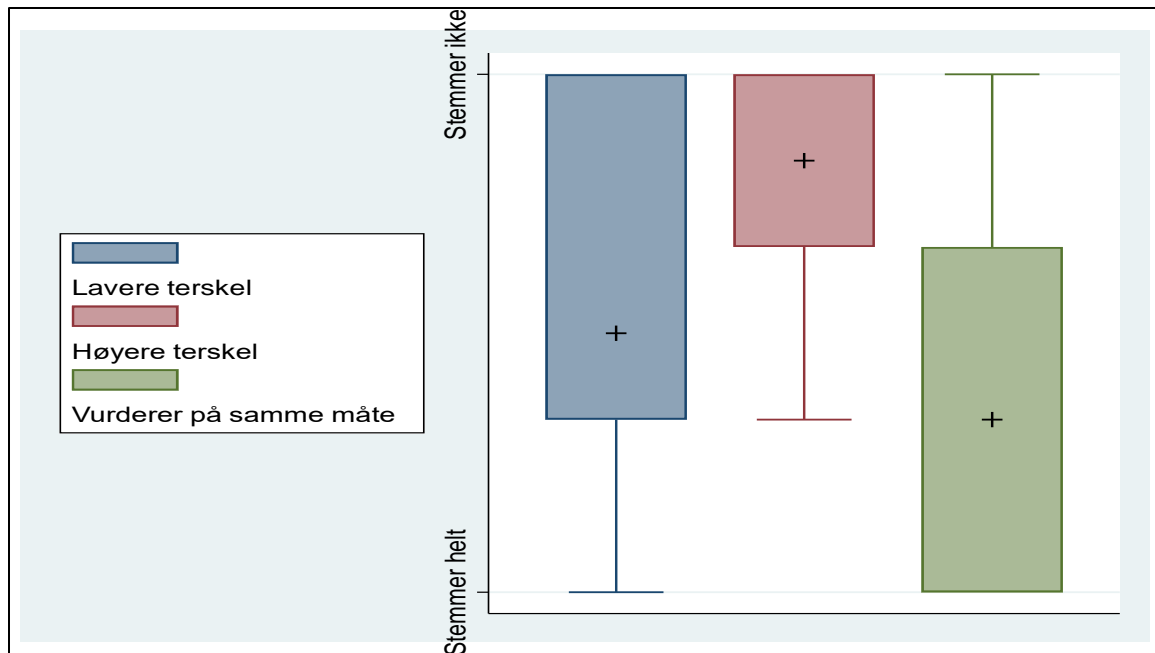
### 3.1 LEGER OG SYKEPLEIERES VURDERING AV ENDRING I UTSKRIVNINGSPRAKSIS

Henholdsvis 47, 46 og 48 leger vurderte hvorvidt terskelen for å avgjøre om en pasient er utskrivningsklar, er lavere, høyere eller tilsvarende som for 5 år siden (kun besvart av leger med mer enn fem års arbeidserfaring). Respondentene besvarte en ordinal skala med verdiene 1 til 7, hvor 1 indikerer «stemmer helt», mens 7 indikerer «stemmer ikke». Vi kan anta at 4 angir noe som er «nøytralt, eller at det «stemmer av og til». Svarene er illustrert ved boksplott i . På spørsmål om terskelen for utskrivning er lavere (blå boks), ligger medianverdien nær nøytralt, men spredningen i svarene fordeler seg i retning av flere mener at det *ikke* stemmer at terskelen for utskrivning er lavere.

Legene synes å være forholdsvis samstemte i at det ikke er *høyere* terskel for å melde pasientene utskrivningsklare nå enn for fem år siden (rød boks), og her er spredningen i svarene noe mindre. Flertallet

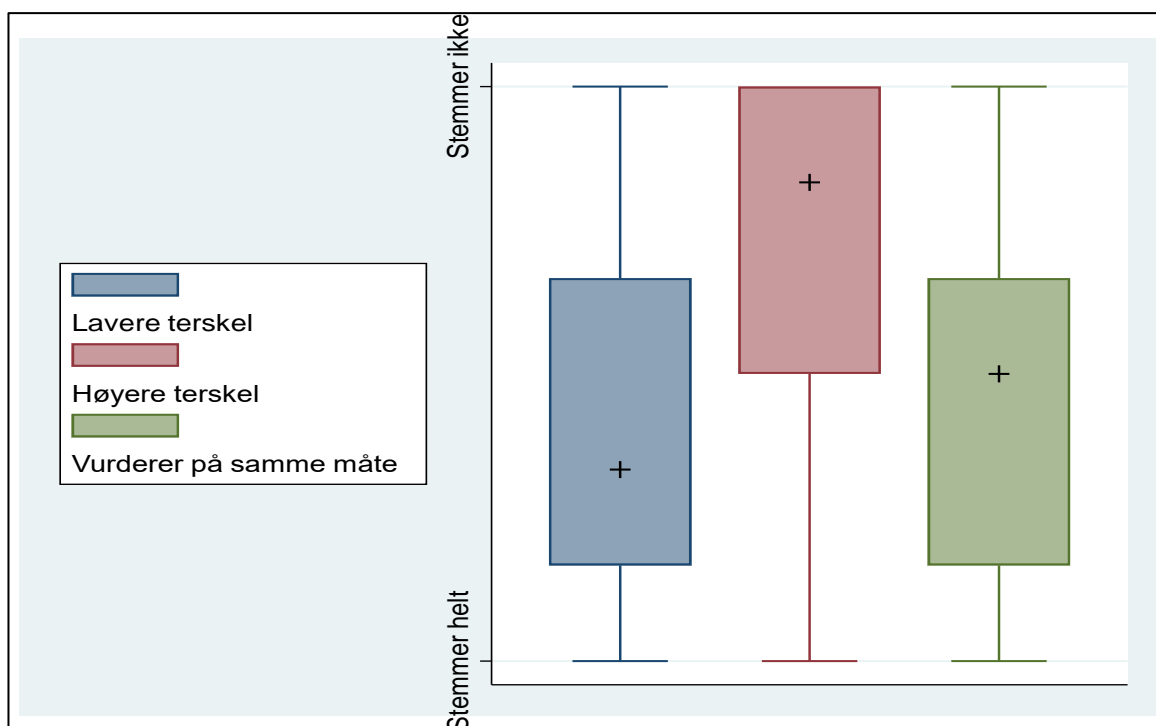
av legene bruker skalaen fra at det stemmer litt, til at det stemmer helt, at vurderingene gjøres på samme måte som for fem år siden (grønn boks). For dette spørsmålet er det i likhet med første spørsmål, ganske stor spredning i svarene.

Oppsummert kan vi si at det er ganske stor enighet om at terskelen for utskrivning ikke oppleves høyere, sett opp mot fem år tilbake i tid. Det er imidlertid mindre enighet om hvorvidt terskelen for utskrivning vurderes lavere, eller på samme måte, som for fem år siden.



Sykepleiere ved sykehusene med mer enn fem års arbeidserfaring besvarte også hvordan de opplever at *legenes* vurderinger av utskrivningstidspunkt er endret de siste fem årene (N=101). Fordelingen av svarene er relativt lik som legenes egne vurderinger. På spørsmål om det er lavere terskel å skrive ut enn for fem år siden (blå boks), ligger medianverdien rundt at dette «stemmer litt». Spredningen i svaret er litt mindre enn for legene, men også sykepleierne bruker hele skalaen. Mange av sykepleierne opplever, i likhet med legene, at terskelen for å vurdere pasientene utskrivningsklar, ikke er høyere enn for fem år siden (rød boks), men i motsetning til legene bruker respondentene hele skalaen. På spørsmål om vurderingene gjøres på samme måte som for fem år siden, ligger medianverdien rundt at dette «stemmer litt», men med mindre spredning i svarene enn legene.

Oppsummert kan vi si at flertallet av sykepleierne mener at det ikke er høyere terskel for utskrivning sammenlignet med for fem år siden. Et lite flertall bruker skalaen som sier at det stemmer at det er litt lavere terskel for utskrivning. Det er ikke statistisk signifikante forskjeller i svarene mellom leger og sykepleiere på noen av vurderingene (se testverdier og scorer i Vedlegg 7.2, Tabell 4).



Figur 2 Bokplott: Sykepleiernes vurdering av om legenes terskel for å vurdere når en pasient er utskrivningsklar har endret seg i løpet av de siste fem årene

### 3.2 SYKEHUSANSATTE OG KOMMUNALT ANSATTE SYKEPLEIERE HAR ULIK OPPFATNING AV MELDETIDSPUNKT FOR UTSKRIVNINGSKLARE PASIENTER

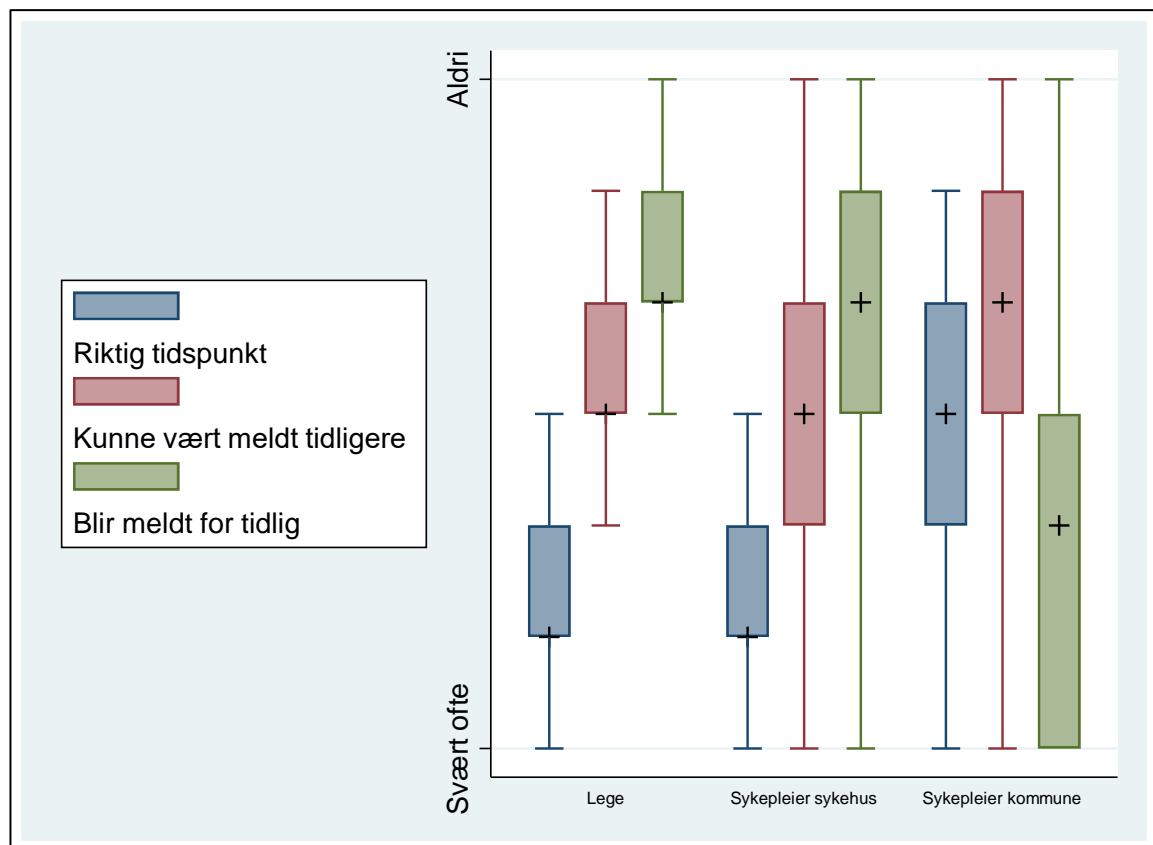
Både leger og sykepleiere i spesialisthelsetjenesten og sykepleiere i kommunehelsetjenesten ble bedt om å vurdere liggetiden for pasienter som meldes utskrivningsklare til kommunene. Respondentene ble bedt om å ta stilling til hvorvidt pasientene meldes utskrivningsklare på riktig tidspunkt, hvorvidt pasientene burde vært meldt tidligere til kommunen, og hvorvidt pasientene blir meldt for tidlig, ved å velge en rangering på en ordinal skala fra «svært ofte» (score = 1) til «aldri» (score = 7). Vi kan ikke si hva verdien 4 tilsvarer, men antar at den angir «av og til» eller «noen ganger». Bokplottet vist i Figur 3 sammenligner vurderingene på spørsmålene for hhv. leger, sykepleiere i spesialisthelsetjenesten og sykepleiere i kommunehelsetjenesten (Lege N=76, sykepleier sykehus N=249, sykepleier kommune N=58).

Sykepleierne ansatt i kommunehelsetjenesten er mer samlet rundt at utskrivningstidspunkt av og til er riktig (blå boks) enn de andre respondentgruppene. Videre er leger og sykepleiere ved sykehus enige om at tidspunkt for utskrivning ofte/svært ofte er riktig og ingen benytter øvre halvdel av svarskalaen (at pasientene aldri utskrives til riktig tidspunkt). Det er ingen av kommunesykepleierne som mener at utskrivningstidspunktet aldri er riktig. Det er ikke statistisk signifikante forskjeller i svarene mellom sykehusansatte sykepleiere og leger i vurderingen av om pasientene meldes på riktig tidspunkt, eller om de er meldt for tidlig. Det er imidlertid statistisk signifikante forskjeller i svarene mellom sykehusansatte samlet på den ene siden, og kommunalt ansatte sykepleiere på den andre.

Flertallet av kommunalt ansatte sykepleiere mener at pasientene aldri kunne vært meldt tidligere til kommunen (rosa boks). Sykepleierne på sykehus har en ganske normalfordelt spredning i svarene, med en medianverdi som sier at pasientene som skrives ut, *av og til* kunne vært meldt tidligere. Her er variasjonen stor, og hele svarskaalen brukes. Blant legene er medianverdien den samme som for sykepleierne på sykehus, men spredningen i svarene er mye mindre.

Flere av sykepleierne i kommunehelsetjenesten mener at pasientene *av og til* eller *svært ofte* blir meldt for tidlig (grønn boks). Flertallet av leger og sykepleiere på sykehus heller mot at pasientene aldri blir meldt for tidlig. Sykepleierne bruker hele skalaen, men ingen av legene bruker nedre del av skalaen (at meldetidspunkt ofte er for tidlig).

Tross variasjoner, er tendensen at en høy andel av de kommunalt ansatte sykepleierne vurderer utskrivningstidspunktet som noe for tidlig. Leger og sykepleiere ved sykehus er mer samstemte i svarene, og majoriteten mener at utskrivningstidspunkt «svært ofte» er riktig, samtidig som svaralternativet “for tidlig utskrivning” får svært liten støtte. Gjennomsnittsverdier og teststatistikker presenteres i vedlegg 7.2, Tabell 5.



**Figur 3 Boksplott: Vurdering av liggetid for pasienter som meldes utskrivningsklare til kommunene**

### 3.3 UENIGHET RUNDT LEGER OG SYKEPLEIERES ROLLER MOT PASIENTENE

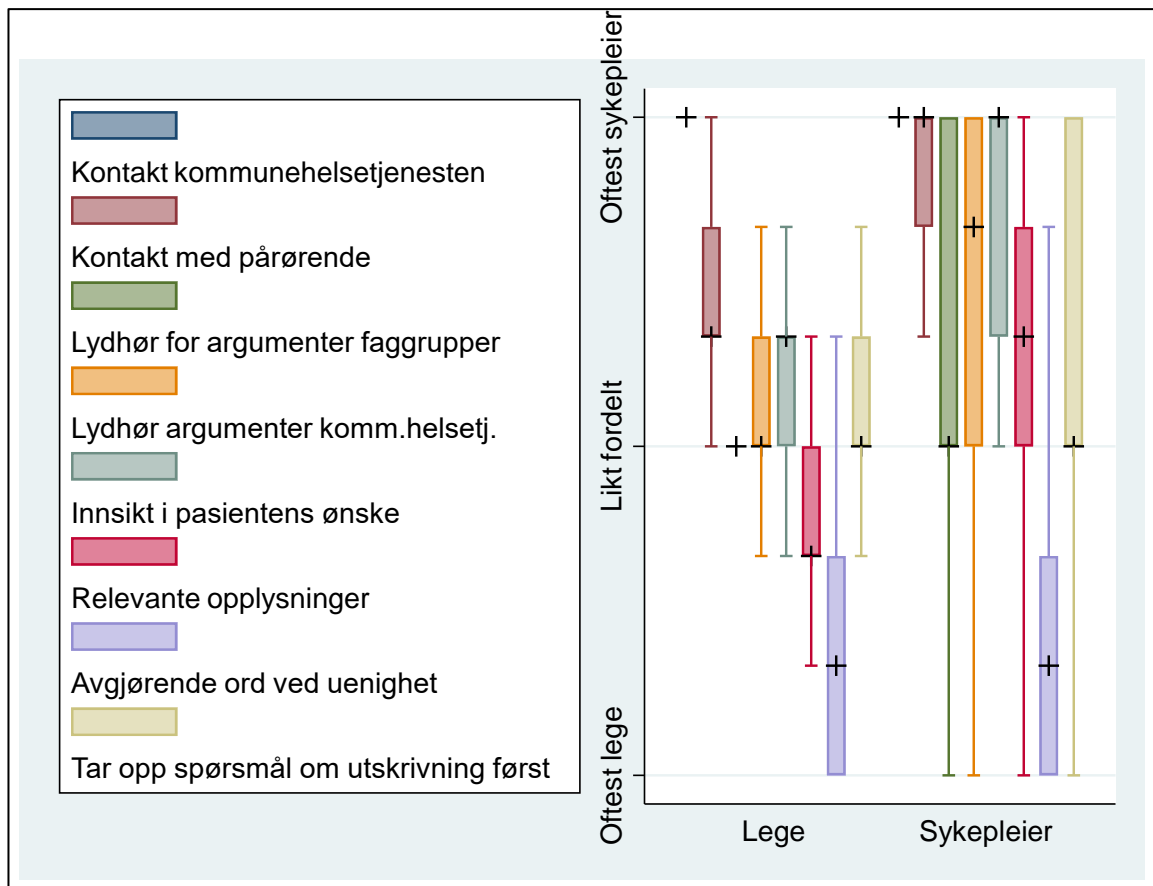
Utvalget ble bedt om å ta utgangspunkt i egne opplevelser og erfaringer fra prosesser der pasientene skal meldes utskrivningsklare. Kommunalt ansatte sykepleiere har ikke tatt stilling til dette spørsmålsbatteriet. Leger og sykepleiere skulle vurdere hvorvidt det oftest er lege eller sykepleier som gjennomfører en rekke oppgaver relatert til utskrivningssituasjonen. Fordelingen av resultatene presenteres som boksplokk i Figur 4 (Lege N=77, Sykepleier N=239). Gjennomsnittsverdier og testresultater presenteres i vedlegg 7.2. For alle situasjoner unntatt den som gjelder hvem som har det avgjørende ordet i tilfelle uenighet (markert i lilla), er det statistisk signifikante forskjeller i svarene mellom leger og sykepleiere. Majoriteten av både leger og sykepleiere mener at det oftest er lege som har det avgjørende ordet ved uenighet om utskrivningssituasjonen.

Når det gjelder hvem som oftest har kontakt med kommunehelsetjenesten, er majoriteten av både sykepleiere og leger enige i at det er sykepleierne som gjør dette. Ellers ser vi av boksplokket at variasjonen i de midterste 50 prosent av svarene, er større blant sykepleierne enn legene. Medianverdien for hvem som oftest har kontakt med pårørende er nærmere «likt fordelt» blant legene enn sykepleierne. Det betyr at det er enighet om at det er sykepleierne som er mest sentrale når det gjelder å ivareta kontakt med pårørende. Medianverdien for hvem som oftest er lydhør for argumenter fra andre faggrupper på sykehuset (grønn), ligger på «likt fordelt» for både leger og sykepleiere, men variasjonen i responsen er langt større blant sykepleierne, som er mer sidetunge mot at det oftest er sykepleier som er lydhør. Når det gjelder spørsmålet om hvem som er mest lydhør for argumenter fra kommunehelsetjenesten (oransje), er legene sentrert rundt svarene om at dette er likt fordelt. Blant sykepleierne er svarene mer fordelt mot at det oftest er sykepleierne som er lydhøre mot kommunehelsetjenesten.

På spørsmålet om hvem som har mest innsikt i pasientenes ønsker og synspunkt (blågrå), heller både leger og sykepleiere mot at dette som oftest er sykepleierne, men legene senterer i større grad svarene rundt at dette er likt fordelt enn hva sykepleierne gjør.

Variasjonen er stor i svarene blant sykepleierne, når det gjelder hvem som har flest opplysninger som er relevante for å vurdere om pasientene er utskrivningsklare eller ikke (rosa). Medianverdien for begge respondentgrupper ligger i nærheten av at dette oppleves likt fordelt, men sykepleierne mener i større grad at dette som oftest er sykepleierne, mens legene i større grad heller mot at det som oftest er legene. Når det gjelder hvem som først tar opp spørsmålet av om en pasient er utskrivningsklar eller ikke, mener majoriteten av både leger og sykepleiere at dette er likt fordelt, men variasjonen i svarene (i retning av at det oftest er sykepleierne) er større blant sykepleierne.

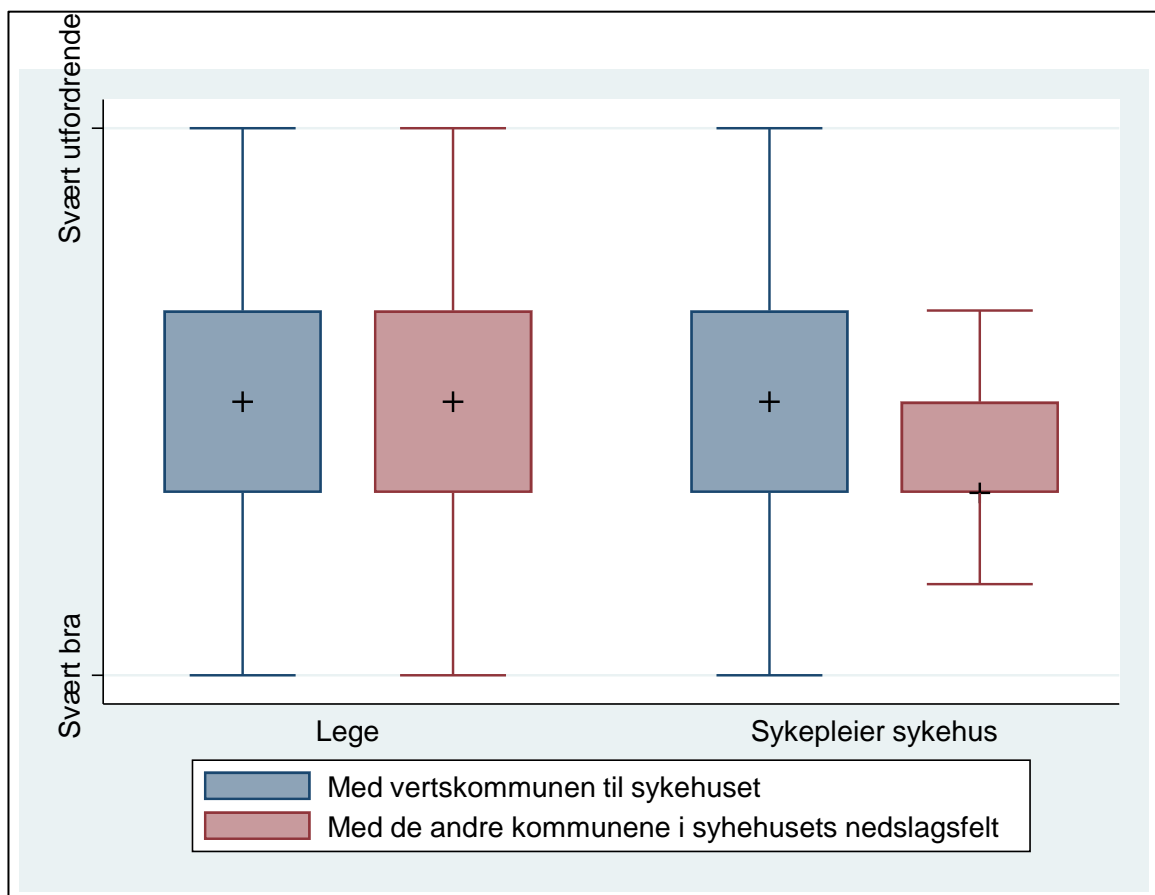
Oppsummert kan det virke som at det for enkelte punkter generelt er ulik oppfatning blant leger og sykepleiere. Tendensen i svarene fra legene er at de ser en likefordeling mellom egen faggruppe og sykepleierne når det gjelder initiativ, kontaktmønster og kunnskapsgrunnlag i utskrivningsbeslutningene. Sykepleierne ser på sin side at de er mest sentrale når det gjelder å håndtere spørsmål om utskrivningsklare pasienter, med unntak av spørsmålet om hvem som har det avgjørende ord ved uenighet. Disse forskjellene kan tyde på profesjonsbaserte vurderinger og en viss rolleklarhet, men det kan også gjenspeile ulike praksiser på ulike sykehus.



Figur 4 Boksplott: Leger og sykepleieres erfaring med prosesser hvor pasienter meldes utskrivningsklare

### 3.4 VURDERING AV SAMARBEID OG USIKKERHET I UTSKRIVNINGSSITUASJONEN

Leger og sykepleiere på sykehus ble bedt om å vurdere hvordan samarbeidet med hhv. vertskommunen til sykehuset og med de andre kommunene i sykehusets nedslagsfelt er frem til pasienten blir meldt utskrivningsklar. Det er 75 leger og 239 (238) sykepleiere som har besvart spørsmålet. Verdien 1 angir «svært bra», mens 7 angir «svært utfordrende». Verdien 4 kan tenkes å oppfattes som «nøytralt», eller «greit». Svarene ser ut til å følge en normalfordeling, med en median og et snitt som er nøytralt, og respondentene bruker hele svarskalaen. For sykepleiernes svar på samarbeid med de andre kommunene i nedslagsfeltet, ligger medianverdi litt nærmere «svært bra» enn de øvrige svarene, og det er mindre variasjon i svarene. Det er ingen statistisk signifikante forskjeller i svarene mellom respondentgruppene. Likevel kan det ligge en viktig observasjon i at det er større spredning i svarene fra sykepleierne når det gjelder samarbeid med vertskommunene, enn når det gjelder de andre kommunene i nedslagsfeltet. Det er grunn til å anta at vertskommunene gjennomgående er store kommuner, noe som innebærer stor kontaktflate til sykehuset gjennom mange utskrivelser. Spredningene kan tyde på at det i denne kontaktflaten er ulike erfaringer med samarbeidet, mens svarene er mer samlet rundt midtverdiene når det gjelder kommuner som *ikke* er vertskommuner. I legenes svar er det ingen slike forskjeller, samarbeidet vurderes på samme måte uavhengig av om det er en vertskommune eller ikke.

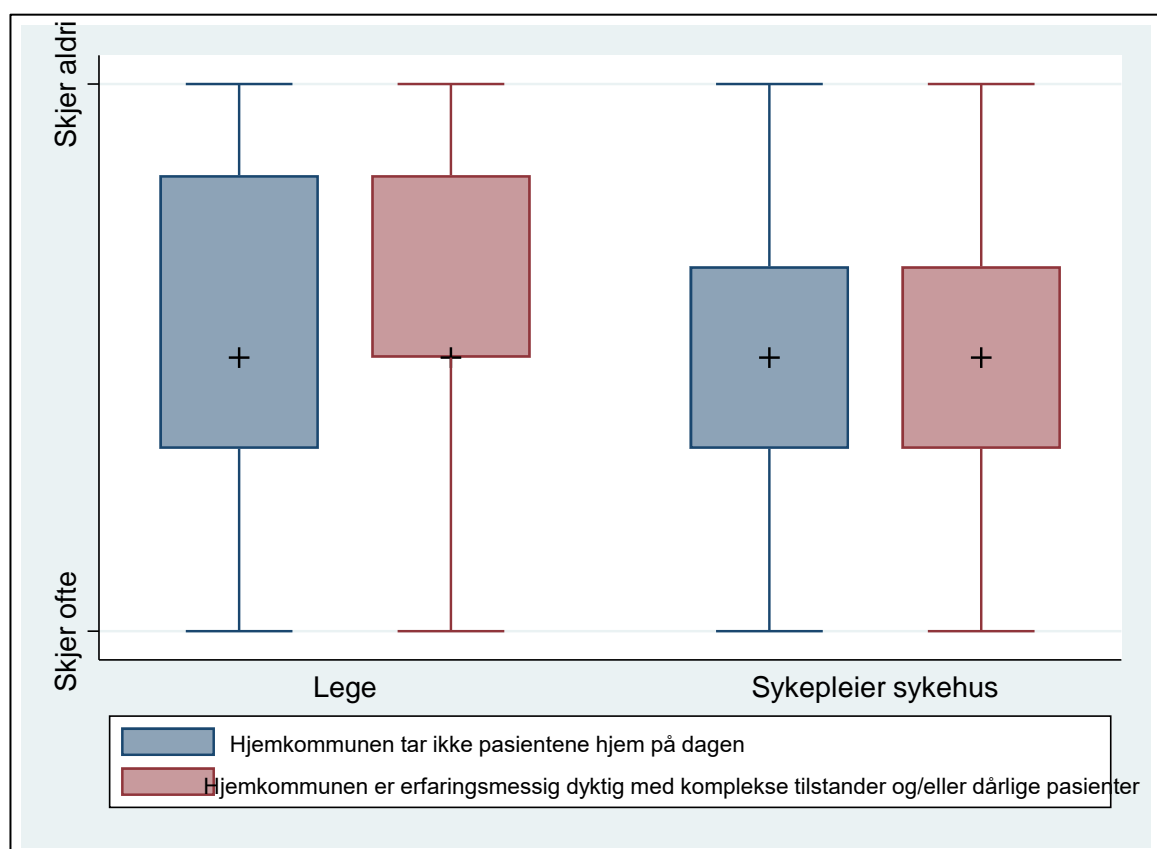


Figur 5 Boksplott: Vurdering av samarbeid med kommunene frem mot utskrivning av pasienten



Figur 6 viser to av spørsmålene som også vil inngå i analysene i kapittel 3.5. Vi skiller ut disse spørsmålene fordi de går på vurderinger av kommunale forhold som fører til utskrivning til tross for usikkerhet. Teststatistikk ligger i vedlegg 7.2, Tabell 8. Til tross for at det er noe ulik fordeling i svarene, der legene har en større andel som svarer i retning av «skjer aldri», er medianverdi i svarene de samme for gruppene for begge spørsmål. Sykepleierne bruker hele skalaen i responsen, men sentreres omtrent midt i boksen, noe som kan tolkes som «av og til».

På tross av at flertallet av respondentene mener pasientene blir skrevet ut på riktig tidspunkt (se Figur 3), synliggjør svarmønstrene at det likevel kan skje eksterne vurderinger i situasjoner der en er usikker på om pasienten er utskrivningsklar. De to alternativene viser til to helt ulike vurderingskriterier. I det ene tilfellet satser en på at pasienten ikke blir hjemhentet til kommunen på dagen. Konsekvensen her er at pasienten blir på sykehuset og at kommunen får betalingsplikt. I det andre tilfellet rettfærdiggjøres utskrivning under usikkerhet med tillit til kommunens kompetanse til å håndtere komplekse tilstander/dårlige pasienter. Konsekvensen her er da at pasienter – til tross for usikkerhet, overføres til kommunen. Sykepleierne har samme vurdering av aktualiteten til begge alternativene, mens i legesvarene er det en svak tendens til at de i større grad erfarer og vektlegger manglende hjemhenting enn høy kompetanse i kommunene i utskrivningsbeslutninger under usikkerhet.



Figur 6 Boksplott: Vurdering av kommunale forhold som fører til utskrivning tross usikkerhet

### 3.5 BETYDNINGEN AV SYKEHUSINTERNE OG EKSTERNE FAKTORER FOR UTSKRIVNING

I dette delkapittelet presenteres resultatene av prinsipale komponentanalyser for de tre spørsmålsoverskriftene som presenteres i Tabell 3. Hensikten med analysen er å utlede indikatorer/mål for hva som vektlegges i tre utvalgte spørsmål, basert på et batteri av påstander. Det første steget i analysen er å utlede indikatorene. Det andre steget i analysen er å bruke indikatorene i videre analyser for å se etter forskjeller mellom respondentgruppene altså hvorvidt indikatorene faktisk ser ut til å være av betydning, og om det er forskjeller mellom leger og sykepleiere i vurderingen av indikatorens betydning for spørsmålene. Spørsmål 1 i tabell 3 tilsvarer spørsmål 4 i spørreskjemaet som ligger i vedlegg i kapittel 7.1. Spørsmål 2 tilsvarer spørsmål 12, mens spørsmål 3 tilsvarer spørsmål 10. I dette vedlegget ligger en oversikt over alle mulige påstander som inngår i analysen for hvert av spørsmålene. Resultatene/gjennomføring av den prinsipale komponentanalysen, samt utfyllende oversikt over påstander og spørsmål og teststatistikk ligger i vedlegg 7.3.

Det første steget i analysene viser at det for alle tre spørsmål er sykehusinterne forhold som utgjør den ene av indikatorene og «eksterne forhold» som utgjør den andre. Vi gir ytterligere forklaring av hva indikatorene inneholder av påstander når dataene presenteres.<sup>6</sup>

**Tabell 3 Indikatorer knyttet til utskrivningssituasjonen**

|    | Opprinnelig spørsmål  | Indikatorer   |
|----|---|---|
| 1. | Hva opplever du <i>vanligvis</i> blir vektlagt i vurderingen av om en pasient er utskrivningsklar eller ikke?                         | <ul style="list-style-type: none"><li>• Sykehusinterne forhold</li><li>• Eksterne forhold</li></ul> |
| 2. | Hvilke forhold kan føre til at en pasient blir meldt utskrivningsklar til tross for at det er usikkerhet/uenighet rundt vurderingene? | <ul style="list-style-type: none"><li>• Sykehusinterne forhold</li><li>• Eksterne forhold</li></ul> |
| 3. | I vurderingen av om en pasient er utskrivningsklar eller ikke, hva er det viktigste for deg?  | <ul style="list-style-type: none"><li>• Sykehusinterne forhold</li><li>• Eksterne forhold</li></ul> |

<sup>6</sup> Basert på de ulike variablene som inngår i hver av indikatorene, utregnes en tilhørende verdi for hver av de nye indikatorene. Dette gjøres ved å addere scorene for hvert spørsmål indikatoren lader på, og deretter dividere med antall spørsmål/variabler. Dersom vi bruker indikatoren Sykehusinterne forhold som et eksempel, legger vi sammen scorene (fra 1 til 7) for variablene «det er fullt på sengeposten», «påtrykk fra ledere ved sengeposten», «for å unngå eventuelle korridorpasienter», «det nærmer seg helg/høytid» og «et ønske om å holde liggetiden nede for hvert individ», for hvert individ, og dividerer den samlede scoren med fem. Den nye variabelen vil dermed ha en verdi i intervallet [1,7].

Indikatoren «Sykehusinterne forhold» inneholder:

- Sengeposten er full/ har overlegg
- Det nærmer seg helg/høytid
- Legene har stort arbeidspress
- Sykepleierne på sengeposten har stort arbeidspress
- Det er lav sykepleier-/legedekning på sengeposten grunnet planlagt eller uforutsett fravær

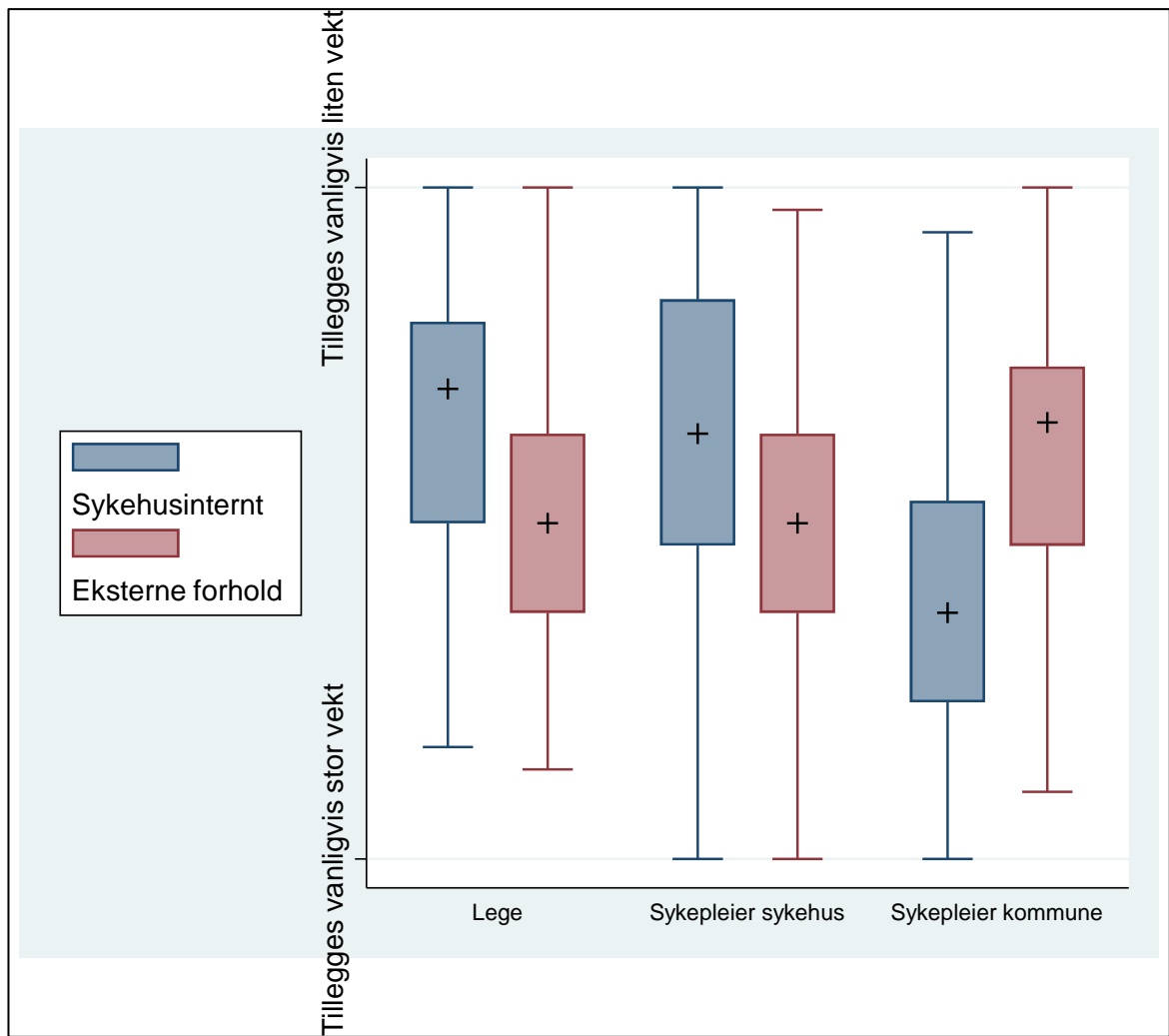
Indikatoren «Eksterne forhold» inneholder:

- Kommunens vurderinger av pasientens tilstand
- Tidligere erfaringer med pasientens hjemkommune (f.eks. kompetansenivå, hvor raske de er til å ta hjem pasienten)
- Pasientens muligheter for hjelp fra familie og/eller øvrig sosialt nettverk
- Pasientens eget og pårørendes ønske

Spørsmålet «Hva opplever du *vanligvis* blir vektlagt i vurderingen av om en pasient er utskrivningsklar eller ikke?» ble stilt til hele utvalget, og besvart ved å velge en kategori i en ordinal skala med spenn fra «Tillegges vanligvis stor vekt» (verdien 1) til «Tillegges vanligvis lite vekt» (verdien 7). Analysene viser at spørsmålet lader på to komponenter. Den ene omhandler kapasitetsutfordringer på sykehuset (forkortes «Sykehusinterne forhold»). Den andre indikatoren relateres til Individuelle faktorer og ytre faktorer utenfor sykehuset (forkortes «eksterne forhold»).

Det er interessant å se at leger og sykepleiere samlet vurderer interne kapasitetsutfordringer under ett, mens andre forhold (de som ligger under «eksterne forhold»), som ikke har med press på sykehuset å gjøre, også samles under et eget mål. I denne indikatoren inngår altså *både* kommunale forhold og forhold som gjelder pasient/pårørende, som «ytre forhold», i det samme målet/indikatoren.

Vi ser i figuren under at leger og sykepleiere på sykehus ser ut til å være samstemte i *betydningen* av de to indikatorene: De opplever at sykehusrelaterte forhold tillegges mindre vekt i utskrivningssituasjonen enn forhold som gjelder individet og ytre faktorer. For sykepleiere i kommunen er bildet imidlertid det motsatte, sammenlignet med de sykehusansatte. De kommunalt ansatte sykepleierne opplever at individet og ytre forhold tillegges *mindre* vekt i vurdering av utskrivning, enn kapasitetspress på sykehuset. Forskjellen mellom gruppene er statistisk signifikant for begge indikatorer.



Figur 7 Bokplott: Hva opplever du vanligvis blir vektlagt i vurderingen av om en pasient er utskrivningsklar eller ikke?

Indikatoren «Sykehusinterne forhold» inneholder:

- Det er fullt på sengeposten
- Påtrykk fra ledere ved sengeposten
- For å unngå eventuelle korridorpasienter
- Det nærmer seg helg/høytid
- Et ønske om å holde liggetiden nede

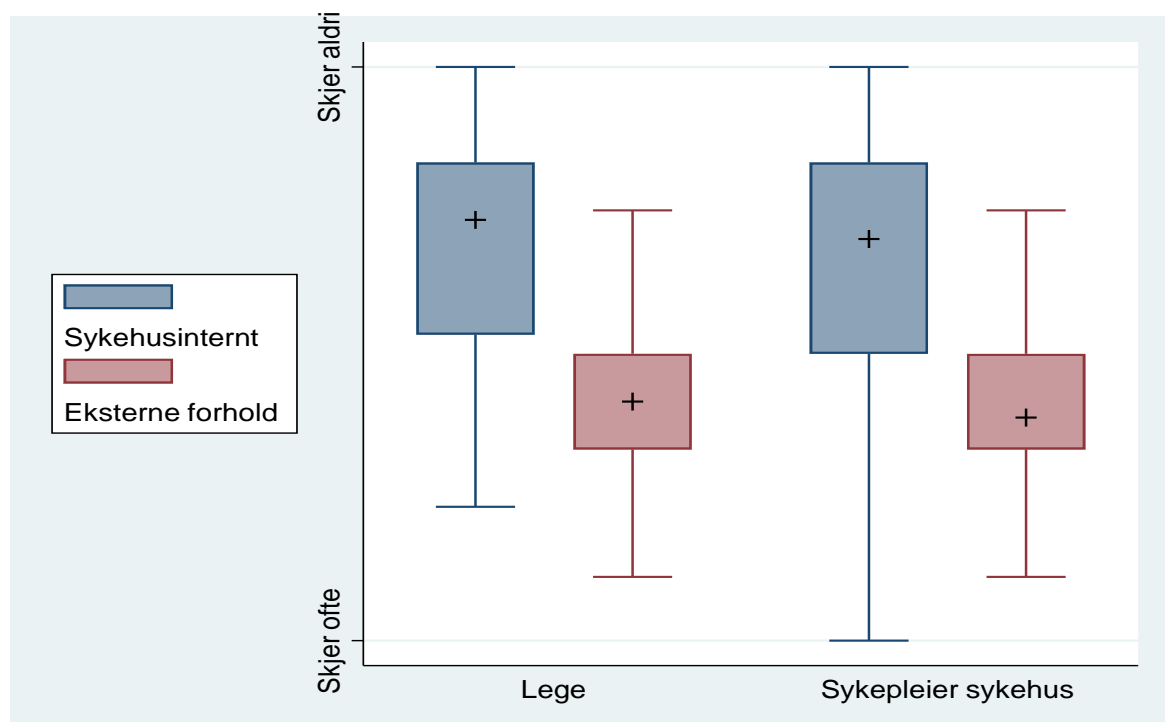
Indikatoren «Eksterne forhold» inneholder:

- Pasienten ønsker det selv
- Det kan ikke forventes ytterligere forbedring i pasientens tilstand
- Argumenter fra leger
- Argumenter fra sykepleiere
- Det er ikke til pasientens beste å bli liggende på sykehus

Spørsmålet «Hvilke forhold kan føre til at en pasient blir meldt utskrivningsklar til tross for at det er usikkerhet/uenighet rundt vurderingene?», ble kun besvart av sykehusansatte, ved at de krysset én av syv kategorier i spennet fra «Skjer ofte» (verdien 1) til «skjer aldri» (verdien 7). Svarene på dette lader, som på to kategorier som omfatter sykehusinterne forhold, som i spørsmålet over, og i tillegg forhold som gjelder individet og argumenter rundt han/henne (eksterne forhold).

Leger og sykepleiere er samstemte i vurderingene, og mener at sykehusinterne forhold *sjeldnere* tilfeller er årsak til at pasienten meldes utskrivningsklar tross usikkerhet, enn forhold som går på pasienten selv. Med andre ord er det enighet om at *ønsker* fra pasienten, *argumenter* fra leger og sykepleiere, og en vurdering av hva som er best for pasienten, *oftere* fører til utskrivning tross usikkerhet og uenighet, enn det faktum at det er press i ulike former internt på sykehuset. Vi ser videre at svarene for den nye

indikatoren som beskriver forhold rundt pasienten er mer samlet, enn svarene for sykehusinterne faktorer. Dette kan gi indikasjoner på at både leger og sykepleiere mener at de tar hensyn til pasienten, og at faktorer knyttet til denne veier tyngre i utskrivningssituasjonen enn internt press på sykehuset.



Figur 8 Boksplott: Hvilke forhold kan føre til at en pasient blir meldt utskrivningsklar til tross for at det er usikkerhet /uenighet rundt vurderingene?

Indikatoren «Sykehusinterne forhold» inneholder:

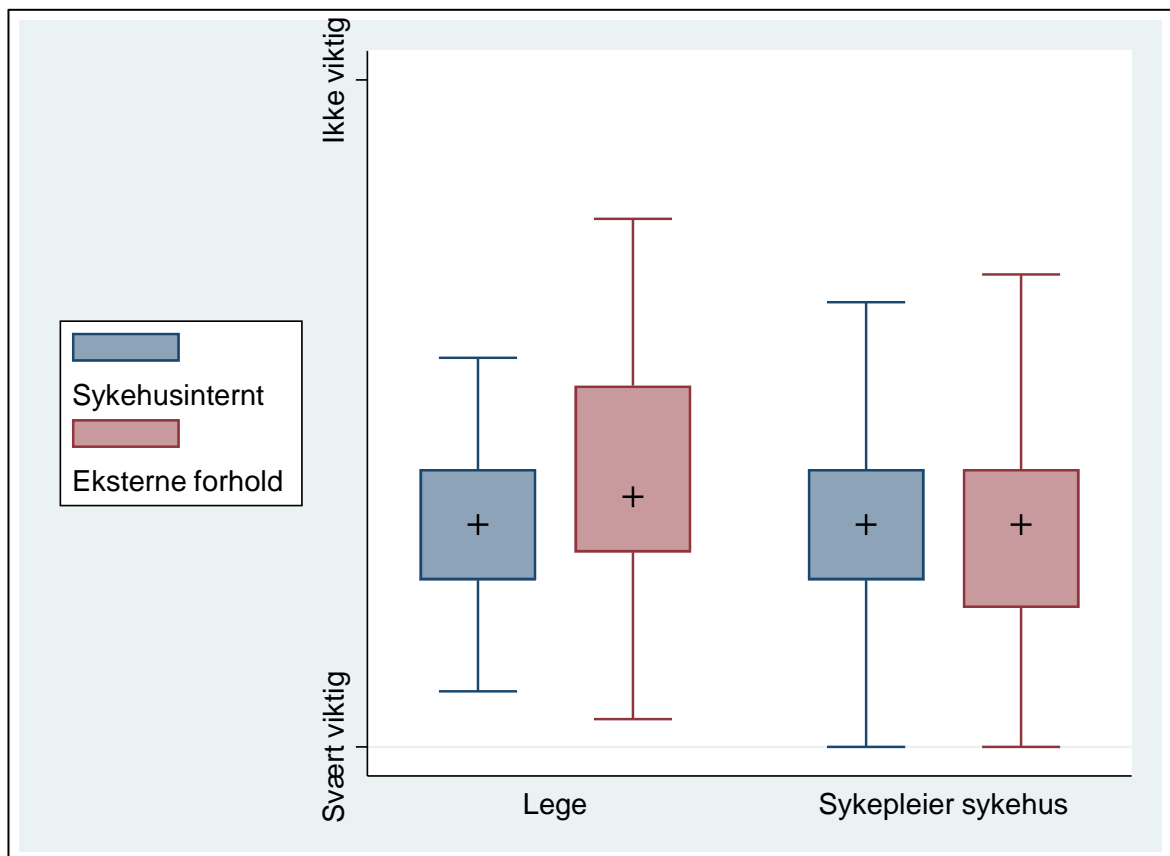
- Det medisinfaglige
- Situasjonen på sengeposten/sykehuset

Indikatoren «Eksterne forhold» inneholder:

- Pasientens ønsker
- Pasientens fysiske funksjonsnivå
- Forholdene i hjemkommunen til pasienten
- Pårørendes meninger/ønsker

Spørsmålet «I vurderingen av om en pasient er utskrivningsklar eller ikke, hva er det viktigste for deg?», ble besvart kun av ansatte ved sykehusene. Respondentene valgte én av syv kategorier i spennet fra «Svært viktig» (verdien 1) til «Ikke viktig» (verdien 7). Svarene på disse spørsmålene lader også på to indikatorer, som faller under samme kategori som den første, nemlig sykehusinterne forhold og eksterne forhold.

Ingen av legene eller sykepleierne bruker skalaen fullt ut, dvs. vurderer indikatorene som «ikke viktig». Vi ser at medianverdien ligger noe nærmere «svært viktig» enn «ikke viktig» for betydningen av både sykehusinterne forhold og eksterne forhold i utskrivningssituasjonen. Legene og sykepleierne er enige i svarene, og det er ikke statistisk signifikante forskjeller mellom gruppene. Vi tolker det slik, at for majoriteten av de som har svart, er både interne forhold ved sykehuset og forhold knyttet til eksterne faktorer, viktig i utskrivningssituasjonen.



Figur 9 Boksplott: Hvor viktig er følgende faktorer i utskrivningssituasjonen?

## OPPSUMMERING KAPITTEL 4

Informantene fra de kvalitative intervjuene opplever at formelle rammer fungerer greit, men viser til mangelfull etterlevelse i sykehusene.

Det er en klar oppfatning at pasientene skrives ut for tidlig, noe de mener har sammenheng med kapasitetsproblemer i sykehusene.

Kontakt med sykehusene i forbindelse med mottak av utskrivningsklare pasienter, preges av følgende forhold:

- Digital kommunikasjon fungerer godt, men likevel behov for supplerende kommunikasjonskanaler.
- Det brukes mye ressurser på å overvåke digital trafikk og å jakte på personer og opplysninger. Initiativet ligger i kommunen.
- Sykepleierkontakten dominerer.
- Det stilles spørsmål både ved sykehusets kjennskap til pasienten som skal utskrives, og kommunen som skal overta ansvaret.

Psykisk helse og rus beskrives som et krevende område, der endringer i spesialisthelsetjenestens tilbud har store konsekvenser for kommunene.

Palliasjon fremstår som et eksempel på et område med godt samarbeid mellom kommuner og sykehus.

Intervjuene avdekket tre områder der sykehusenes praksis synes å ha konsekvenser for kommunenes ressursbruk og autonomi, utover det reformintenderte og avtalte:

- Sykehuskapte forventninger hos pasientene om bestemte tjenestetilbud.
- Forventningspress knyttet til avanserte prosedyrer og krevende pasientgrupper.
- Ressursbruk knyttet til systemhåndtering og kontroll.

## 4 UTSKRIVNINGSBESLUTNINGER SETT FRA KOMMUNENES UTSIKTSPOST

Analysene av svarene fra sykehusansatte leger og sykepleiere, tyder på at de i stor grad har tilpasset seg kortere liggetid for pasienter, og at de i hovedsak mener at pasientene blir skrevet ut på riktig tidspunkt. Vi har sett at disse oppfatningene ikke deles av de kommunalt ansatte sykepleierne, som i langt større grad mener pasienter skrives ut for tidlig. De kommunale respondentenes svar bekrefter dermed andre studier som reiser kritiske spørsmål om reformen har ført til at pasienter skrives ut for tidlig til oppfølging i kommunene (Abelsen & Gaski 2016; Aarseth, Bachmann, Gjerde, & Skrove, 2015; Gautun & Syse, 2013; Grimsmo, 2013; Hermansen & Grødem, 2015).

I dette kapittelet skal vi utforske hvordan spørsmål om utskrivningsklare pasienter vurderes av representanter for det kommunale mottaksapparatet, det vil i hovedsak si ledere av tildelingskontor eller lignende. Ser de trekk ved sykehusenes utskrivningspraksis som kan tyde på oppgaveoverføring utover forhold som er planlagt og finansiert?

Vi har valgt å la informantenes egne beskrivelser få relativt stor plass i framstillingen. Ved intervjuforankret framstilling og bruk av sitater er det vist til løpenummer på intervjuene.

### 4.1 VURDERINGER AV FORMELLE RAMMER

Innledningsvis stilte vi spørsmål om hvordan informantene opplevde de formelle rammene for samarbeidet med sykehuset om utskrivningsklare pasienter. Her skilte de gjennomgående mellom hva som er de formelle rammene og hvordan de blir praktisert. Forskriften og samarbeidsavtalene blir omtalt som «greie», men noen peker på behov for forenkling og klargjøring av begreper: «Det er vanskelig å holde rede på hva som er det formelle samarbeidet. Var med på å skrive disse avtalene, men ser det har blitt komplekst med 13-14 avtaler» (4). Hovedproblemene synes likevel å være etterlevelse – både når det gjelder forskrift og avtaler. Flere spør om sykehusansatte har godt nok kjennskap til

de formelle reguleringene. En uttrykker tvilen slik: «De [på sykehuset] som behandler avvik, kan umulig ha lest forskriftene ut ifra de svarene de gir» (10).

Typiske feil går på mangler og forsinkelser når det gjelder helseopplysninger og oppdatert medisinliste. Videre er det en opplevelse av overformynderi i sykehusets kommunikasjon til kommunen: «Mange på sykehuset mer opptatt av å beskrive hva kommunen skal gjøre, enn å dokumentere pasientens funksjonsnivå» (10). Ulikheten i makt aktualiseres og forsterkes av betalingsplikten, og flere er opptatt av at partnerskapet ikke er likeverdig, så lenge den ene parten kan «bøtelegge» den andre: «Dette med betaling fungerer ikke bra» (7).

## 4.2 VURDERINGER AV UTSKRIVNINGSTIDSPUNKT

Flere av informantene ser en naturlig nedgang i liggetider som følge av medisinsk og teknologisk utvikling. I ett av intervjuene oppsummeres endringene i behandlingsskjeden på denne måten:

Vi merker at spesialisthelsetjenesten er mer spesialisert. For ti år siden ved f.eks. lårbeinsfraktur, lå pasienten en og en halv uke på sykehus, deretter korttidsopphold på sykehjem. Nå operert og sendt rett hjem. Før lymfom – preopphold hydrering, hvile over helgen, deretter opphold. Nå poliklinisk og hjem. Bivirkninger er de samme og de får de nå hjemme, noe som blir vårt ansvar (1).

På tross av forståelse for utviklingstrekk og samhandlingsreformens intensjoner om å flytte ansvar og oppgaver til kommunene, er det likevel en generell oppfatning at pasienter skrives ut for tidlig:

Jeg kjenner meg igjen veldig godt igjen i at sykehuset skriver ut for fort. De starter behandling og så må kommunen overta. De burde vente til situasjonen var mer avklart. Det fører ofte til reinnleggelser og kommunen får ofte skylda. Det kan være feil type behandling og tilleggsdiagnoser som sykehuset ikke har oppdaget (7).

Pasientene er knapt våknet av narkosen før de skal ut... Mener at sykehusene burde beholdt pasientene 1-2 dager lenger. Da hadde en også unngått så mange reinnleggelser (10).

Mitt inntrykk er at sykehuset mener det er riktig de tidspunkter de setter for utskrivning, men det virker som et sjansespill om at kanskje går det bra. Pasienter kan meldes utskrivningsklare i håp om at de er klare, men det er ikke alltid det. Vi får pasienter som burde vært innlagt noen dager til for å slippe reinnleggelser (11).

Det virker som jo eldre man er, jo fortere skrives man nesten ut på en måte. Hvis man er eldre blir det fort kommunenes ansvar (12).

Flere forteller om at også tidspunkt på dagen har betydning, noe som bidrar til usikkerhet rundt utskrivningen. Her er det opplevelser av at sykehusene venter på siste prøvesvar, slik at melding gis helt opp til tidsfristen. Videre blir det pekt på at «Utskrivning sitter løse på fredag enn mandag. Det er noe alle opplever» (1). På spørsmål om utskrivningstidspunkt, blir det også argumentert på vegne av pasientene:



Pasientene spør ofte, kan jeg ikke bli noen flere dager? Vi svarer at hvis de ønsker dette, må de snakke med sykehuset og vi kan ikke love noe som helst (11).

Tror at de fleste pasienter ønsker den ekstra dagen på sykehus (10).

Tror mange av pasientene gjerne hadde tatt en dag eller to til på sykehuset (7).

Samtidig uttrykker informantene stor forståelse for at sykehusene er i en presset situasjon og at dette kan forklare det de opplever som for tidlig utskrivning:

Ser at sykehusene også er presset, og det kan nok være at de skriver ut multisyke pasienter for tidlig (4).

Når det i spesialisthelsetjenesten er stadige nedleggelse, ressurskutt og sentralisering, fører det til problemer for kommunene (6).

Ser at kapasiteten i sykehusene halveres, samtidig som det ikke er nok kapasitet i kommunene (10).

Sykehuset har lagt ned mange enheter... har mindre kapasitet (13).

Det er press på sykehuset og mangel på sengeplasser (11).

Samlet sett gir intervju materialet lite støtte til oppfatningene blant flertallet blant sykehusansatte om at pasientene skrives ut på riktig tidspunkt. Derimot er vurderingene mer i tråd med svarene fra de kommuneansatte sykepleierne i spørreundersøkelsen: Pasientene skrives ut for tidlig. Vi har sett at de kommunale informantene peker på kapasitetsproblemer i sykehusene som mulige forklaringer på det de mener er for tidlig overføring til kommunene. Det neste punktet går nærmere inn på hvordan selve utskrivningssituasjonen oppfattes av våre informanter: Hva kjennetegner kontaktpunkter, informasjonsutveksling og kunnskapsgrunnlag?

### **4.3 BESLUTNINGSGRUNNLAG OG KONTAKT**

Kommunikasjonen mellom sykehus og kommune skjer i hovedsak digitalt, og informantene har gjennomgående positive vurderinger av de systemene som brukes. Samtidig er flere opptatt av behov for supplement og ser svakheter ved kun digitale kontaktflater:

E-link fungerer godt, men blir mange meldinger og en del dobbeltsending. Elektronisk meldingssystem gjør det enklere å sende korte beskjeder, noe som gir færre telefoner. Sparer ressurser, men kan være krevende med mange meldinger. Det som er bra med e-link er at vi snakker samme språk. Når vi bruker ord og uttrykk, så skjønner alle hva vi snakker om (6).

Vi har mest elektroniske meldinger, men også kontakt på telefon mellom kommunene og sykehus. Det er krevende med mye meldinger. Jeg har sett nærmere på meldingene, og kan vise til eksempel der kommunen mottok 20 meldinger angående en pasient i løpet av ti dager. Vi kan jo ikke holde av en plass i ti dager (4).

Volumet på meldingstrafikken varierer naturlig nok mellom kommunene. Mens informanter i små kommuner beskriver en situasjon fra daglige meldinger til et par i uka, så er situasjonen i de store kommunene preget av rundt 20 utskrivelser per dag. Flere beskriver en sterk økning. En informant forteller at de i gjennomsnitt hadde tre utskrivelser per dag i 2012, mens de nå håndterer 17 per dag (10). Uansett volum, beskriver informantene et velorganisert «overvåkingssystem» med ansvarsvakter og rask lokal respons. Flere påpeker at arbeidet er svært ressurskrevende:

Det er rundt 15 til 20 meldinger hver dag, noen ganger mer eller mindre. Noen meldinger er på samme pasient. Vi ser en økning i meldinger utover den primære tiden mellom klokken 7 og 15.30 (12).

Kontaktflaten utenom meldingssystemet beskrives ulikt. Vi har både eksempler fra en vertskommunen som har eget kontor med daglig tilstedeværelse på sykehuset og informanter som bruker mye tid på å «jakte» på sykehusansatte med kjennskap til aktuelle pasienter:

Arbeidsformen på sykehuskontoret er slik at vi er i avdelingen og prater med sykepleier først, deretter prater vi med pasienten. Vi har mange forskjellige avdelinger med ulik praksis (11).

Vanskelig å komme i kontakt med de rette personene på sykehuset for å adressere disse problemene (7).

Når jeg ringer og tar kontakt med sykehuset, så må jeg få tak noen som kjenner pasienten godt. Ofte må jeg bli satt over til noen som kjenner den enkelte saken til pasienten godt. Det er sjelden jeg møter på noen på første forsøk når jeg ringer som kan svare ut godt på de spørsmålene jeg har (6).

Vi har nettverksmøte med sykehuset i komplekse saker. Da reiser vi inn med primærkontakt og eventuelt fastlege. En times reisevei (1).

På spørsmål om hvem de vanligvis har kontakt med, bekrefter informantene at kommunikasjonen i hovedsak går på sykepleiernivå:

Sykepleierkontakten er den første vi har. Den daglige informasjonen opp mot kommunene er det i hovedsak sykepleierne som tar seg av. Sykepleierne gjør ofte vurderingen, men leger er også på banen. De skriver: «Pasienten må på sykehjem». Da har de ryggen fri (10).

Min kontakt til sykehuset er vanligvis på avdelingsnivået, vanligvis til sykepleiere. Har ikke ofte kontakt på legenivå (12).

Vi har mest dialog med sykepleierne. Det er også sykepleierne som møter de pårørende vil jeg tro (7).

På tross av noen ulikheter i informantenes erfaringer når det gjelder kontakt med sykehuset, tegnes et bilde av at initiativet gjennomgående ligger på kommunenivå. Informantene beklager

tid og krefter som brukes på å jakte på travle sykepleiere i sykehusene. Men bildet er ikke helt entydig. En av informantene skiller seg klart ut og beskriver et mer likeverdig samarbeid med sykehuset når det gjelder utskrivningsbeslutninger:

Vi har en felles forståelse ved inn- og utskrivning. Fungerer veldig bra. Siden 2017 har vi hatt to pasienter som vi har betalt døgnbøter på. Resten har vi tatt direkte. Dette skyldes også et godt samspill med sykehuset der vi har kunnet si «gi oss to timer til, så fikser vi det» (1).

Et annet forhold som trekkes fram, er at kunnskapen blant sykehusansatte om de aktuelle pasientene er liten, gitt de korte oppholdene:

Vi bruker mye tid på å etterspørre opplysninger vi trenger for å gjøre jobben vår ... Hjemmesykepleien må også jakte på opplysninger fra sykehuset fordi dokumentasjonen ikke alltid er på plass. Det brukes mye ressurser på disse grenseoppgangene... De ansatte på sykehuset springer og springer. En standardfrase er: «Har fått pasienten i dag og kjenner han/henne ikke» (11).

I tillegg til at våre informanter opplever at sykehusansatte har lite kunnskap om pasienter på «korttidsopphold», påpeker de også at manglende kjennskap til kommunen er et problem. En informant formulerer seg slik:

Jeg tror ikke sykehusene er klar over situasjonen her ute i små kommuner. Vi har for eksempel ikke lege hver dag, og må bruke legevakta og så blir det gjerne reinleggelse... Sykehuset skaper visse forventninger hos pasienter om hva de kan forvente. Dette kan skyldes at sykehuset ikke kjenner til hva hver enkelt kommune kan tilby (7).

Det er vanskelig å gjøre en direkte sammenligning mellom svarene fra de sykehusansatte og våre kommunale informanter når det gjelder opplevelse av kontakt og samhandlingsklima i utskrivningsarbeidet. Vi ser likevel at noen forhold bekreftes. Det gjelder i første rekke enigheten mellom de sykehusansatte sykepleierne og informantene om at det er sykepleierkontakten som så å si er enerådende. Legene fremstår som mer perifere. Videre kan en med forsiktighet antyde at samarbeidet mellom sykehus og kommune synes å være vurdert som bedre av sykehusansatte (se figur 6), enn det bildet som samlet sett tegnes av våre informanter på kommunenivå.

#### **4.4 PSYKISK HELSE OG RUS - ET OMRÅDE MED UTFORDRINGER**

Prosjektet var i utgangspunktet ikke vinklet mot å fange opp eventuelle variasjoner mellom somatikk og psykiatri. Spørreundersøkelsen er rettet mot somatikken, og vi mangler dermed primærdata fra spesialisthelsetjenesten når det gjelder utskrivningsbeslutninger og kontakt med kommunenivået. Når vi likevel velger å presentere funn som omhandler samarbeid om psykiatriske pasienter, er det fordi disse spørsmålene kom opp i samtlige intervju. Informantene formidlet at de opplevde håndtering av psykiatriske pasienter og relasjonen til denne delen av spesialisthelsetjenesten, som utfordrende. De beskrev til dels svært detaljert sine bekymringer og erfaringer med hvordan denne pasientgruppen ble ivaretatt, her er noen eksempler:

Det føres ikke avvik innen psykisk helse. Her er det helt krise, og det er fælt hvor syke de er når de skal ha behandling. Plutselig går de fra oppfølging til å dra hjem. Ønsker mer fokus på de psykisk syke. Det føres ikke tilsyn på denne pasientgruppen og det er skremmende. Det er et stort problem med pasienter i psykiatrien som skriver seg ut selv (13).

Omtrent halvparten av pasientene innen psykisk helsevern skriver seg ut selv, og ikke alle ønsker at kommunen skal varsles. Dette er en vanskelig gruppe å følge opp for kommunen (10).

Psykiatri ble først inkludert i Forskrift om betaling for utskrivningsklare pasienter i 2019, og psykiatrien synes ikke helt å ha tilpasset seg de nye systemkravene: «Det er psykiatrien som er dårligst på meldinger og hvor de skal gå. Ofte er de feil adressert.» (7)

Mange uttrykker uro over hvordan utviklingen skal bli framover, og flere ser tendenser til at spesialisthelsetjenesten trekker seg raskt ut i de tilfeller de ikke ser framgang:

Kan ikke alltid være så resultatorientert. Det er ikke sikkert at alle skal ut i samfunnet og klare seg helt selv, noen må kanskje alltid ha en form for kontakt med hjelpetjenester i hele tiden. Når spesialisthelsetjenesten er så resultatfokusert, havner alt ansvaret for de som ikke blir bedre, i kommunen (6).

Mest redd for økning innen rus og psykiatri. Usikker på om spesialisthelsetjenesten setter seg ned og tenker gjennom «Hva betyr dette for dere?» Redd vi ikke er likeverdige partnere (1).

Det er flere likheter mellom kommunene når det gjelder hvordan pasienter innen psykiatrien blir fulgt opp, men det finnes også ulikheter som har med kommunestørrelse og strukturelle rammer. Hvordan psykiatrien er organisert og hva slags tilbud som finnes har betydning. En informant antyder at det kanskje var bedre før i tiden:

Det som er med psykiatri da er at det tar lang tid å oppnå gode relasjoner og det er spesifikke utfordringer med denne pasientgruppa. Det gamle DPS-systemet hadde kanskje vært bedre. At pasienter kan komme inn raskt når de ikke føler seg bra, men det er en balansegang (6).

Enkelte kommuner har få pasienter innen psykiatrien og opplever at dette ikke utgjør noe stort problem. Andre kommuner som er større, rapporterer om flere problemer og avvik. Ofte er dette relatert til mangel på ressurser og dårlig kommunikasjon. Ikke minst er det et tilbakevendende diskusjonstema hva kommunene skal gjøre med de såkalt «vanskelige» pasientene og mangelen på et lovverk som fungerer godt i praksis med det behovet som eksisterer i kommunene:

Kommuner mangler et lovverk som stemmer overens med behovet. Kommunene mangler verktøy for å håndtere de vanskelige pasientene. Trist sak at vi ender opp med å diskutere hvem som skal ta ansvar for disse pasientene (1).

Flere pasienter ser ut til å falle «mellom to stoler» – de kan ikke straffes eller behandles slik lovverket er utformet. Tvang kan sjelden brukes på disse pasientene og det er utfordrende å kunne gi pasientene god nok behandling over lengre tid, noe som fører til flere og kortere innleggelses enn før. Ikke minst er det et spørsmål om samfunnssikkerhet og om det eksisterer en form for oppgaveforskyving også når det gjelder psykiatri:

Ikke god nok behandling. Pasienter har ofte kortere innleggelses enn før i psykiatrien. Samfunnssikkerhet gjør at politiet blir involvert, men politiet har ikke lyst til å involvere seg når det er psykiatri inni i bildet. Også en form for oppgaveforskyving når det gjelder psykisk helsevern (10).

En generell bekymring blant flertallet av informantene er relatert til risikovurderinger og farlighet. Informantene beskriver tilfeller der det er en følelse av at pasientene ikke blir godt nok sikkerhetsvurdert:

Psykiatrien omtaler ofte pasientene som at de ikke kan bli behandlet, så de blir sendt hjem. Det er en opplevelse av at pasienter er på oppbevaring i psykiatrien. Mange pasienter blir ikke godt nok sikkerhetsvurdert eller de har ikke noe sted å være, noe som kan føre til at potensielt farlige pasienter kan gå fritt i samfunnet (10).

Generelt eksisterer det en usikkerhet blant informantene når det gjelder hvordan pasienter i psykiatrien skal håndteres. Denne usikkerheten synes å være spesielt forbundet med risiko og hvorvidt pasientene potensielt kan være farlige for lokalsamfunnet de er en del av:

Jeg etterspør ofte voldsrisikovurderinger og da kan jeg få f.eks. tilbake at det finnes en moderat risiko, men hva betyr egentlig det? I hvilke konkrete situasjoner kan en pasient utgjøre en risiko? Dette er viktig for meg å få kjennskap til (11).

Samlet sett gir intervjumaterialet et inntrykk av flere utfordringer når det gjelder pasienter innen psykiatrien i kommunene. Spesielt gjelder dette pasienter som potensielt kan utgjøre en risiko. Informantene trekker frem psykisk helse og rus som et område preget av mye uklarhet, både når det gjelder informasjonsutveksling og samarbeidsformer. Vi skal være forsiktige med å sammenligne kommuner, men det synes å være en klar forskjell mellom små og større kommuner når det gjelder problembeskrivelser. Det er særlig informanter fra de større kommunene som beskriver problemer med uklare ansvarlinjer og mangelfulle systemer for informasjonsutveksling.

#### **4.5 PALLIASJON – ET EKSEMPEL PÅ GODT SAMARBEID MELLOM SYKEHUS OG KOMMUNE**

Lindrende behandling i livets slutfase er en krevende og sårbar periode for pasientene det gjelder. Det gir også en rekke utfordringer til de ansatte som jobber både på sykehusene og lokalt i kommunene. I intervjuene med informantene har vi spurt om hvordan det jobbes spesifikt med palliasjon og hvordan samarbeidet fungerer på dette området. Flere informanter trekker frem at det eksisterer et godt samarbeid med sykehusene og at området blir prioritert:

Palliasjon er et eksempel på et område der det fungerer godt og det er større sikkerhet med utskrivningsdato. Avdelingen bærer preg av tverrfaglighet og god samhandling. De er

lette å samarbeide med og åpne for innspill. Forløpene er av avtalt/kjent varighet. Pasientene er godt forberedte, og det kommer ikke som en overraskelse når de skal utskrives (11).

Informantene gir inntrykk av at det generelt foreligger gode rutiner og forløp når det gjelder palliasjon, selv om det også eksisterer utfordringer:

Vi føler at sykehusene ikke er flinke nok til å forstå vår rolle i det palliative arbeidet i kommunen. Det er helt annerledes å jobbe så tett med pasienter i hjemmet i forhold til på sykehuset. Å jobbe i hjemmene i kommunen gir helt andre utfordringer (6).

Palliasjon er noe som foregår både i hjemmet og på sykehusene. Å behandle pasientene i hjemmet er noe som beskrives som utfordrende. Flere kommuner har egne kreftkoordinatorer, som også har ansvar eller er involvert i palliative forløp:

Vi har palliasjon i hjemmet og på sykehjemmet. I stor grad er det hjemmetjenesten og fastlegen som samarbeider. Det vil bli en palliativ avdeling på det nye helsehuset. Vi har kreftkoordinator, men koordinatoren er også inne i flere diagnoser og har mye å bidra med (7).

Intervjuene med informantene gir inntrykk av at palliasjon er et prioritert område som fungerer gjennomgående godt med ressurser til stede, men at dette samtidig går utover andre områder og prioriteringer:

Hun som er kreftkoordinator, er også koordinator for palliasjon. Kanskje noe mer forståelse fra sykehuset når det gjelder palliasjon. Ikke mange som ønsker en hjemmedød, men dette ligger kanskje litt i kulturen her. Ender ofte med innleggelse på sykehjem helt mot slutten. Kommunen prioriterer disse pasientene. Palliasjon blir prioritert, men det går samtidig utover andre ledd og prioriteringer (12).

Samlet sett gir intervjumaterialet et bilde av palliasjon som et område der det fungerer gjennomgående godt, og generelt bedre enn kontakt og samarbeid med andre sykehusavdelinger. Årsakene synes å være at pasientene blir prioritert, at det dreier seg om et avgrenset tidsperspektiv og at det er ressurser tilgjengelig. Informantene beskriver en gjennomgående god samhandling på ulike nivåer, preget av at forløpet er godt kjent med gode rutiner og samarbeidsvilje, samt at det eksisterer en trygghet og ro med få overraskelser. På mange måter kan palliasjon beskrives som en motsetning til psykisk helse og rus, der utfordringene og usikkerheten er større, forløpene er mer ukjente og ressursene i større grad er begrenset.

#### **4.6 KONSEKVENSER FOR KOMMUNENE**

Nasjonale føringer legger opp til at spesialisthelsetjenesten og kommunene i større grad samarbeider om arbeidsoppgaver. De lokale samarbeidsavtalene er ment å sikre at det kommunale tilbudet blir faglig forsvarlig og avtalepartene er pålagt å lage et opplegg som sikrer at den andre avtaleparten får nødvendig informasjon og kunnskap (Heomsl. § 6-2). Kravene

vektlegger systemutforming basert på frivillighet og samstyring, i tråd med det vi legger i en likeverdslogikk.

Intervjumaterialet gir grunn til å stille flere spørsmål ved om situasjonen preges av en likeverdslogikk når det gjelder utskrivningsklare pasienter. Gjennomgangen har så langt vist at våre kommunale informanter opplever at pasienter blir skrevet ut for tidlig, og at kommunenivået i liten grad blir trukket direkte inn i prosessene rundt utskrivning. De må på sin side sørge for rask og relevant respons på meldinger og oppgir å bruke mye ressurser på pasientoverganger og innhenting av supplerende opplysninger.

I denne delen skal vi se nærmere på i hvilke grad intervjumaterialet gir rom for å identifisere spesifikke områder med oppgaveforskyvning fra sykehus og kommune, utover de endringer som er intenderte og finansierte. Her vil det i mange tilfeller være glidende overganger, og det må understrekes at det er informantenes egne oppfatninger av hva som er «over grensen» som legges til grunn. Vi tar derfor utgangspunkt i en «romslig» forståelse av hva som menes med oppgaveforskyvning, og lar begrepet omfatte situasjoner og områder der sykehusene bidrar til at kommunene blir påført kostnader og/eller får innsnevret sin frihet, uten at kommunene involveres i beslutningene.

Vi mener å se tre områder der sykehusenes praksis kan få konsekvenser for kommunenes ressursbruk og autonomi. Det første området dreier seg om å skape forventninger hos utskrivningsklare pasienter om bestemte tjenestetilbud. Det andre handler om å utøve forventningspress mht. å utføre avanserte prosedyrer samt ta ansvar for svært krevende pasientgrupper. Et tredje område handler om de administrative ressursene kommunene må bruke for å håndtere kontakten med sykehusene, samt tiden de bruker til å skrive avvik. Krav om betaling for utskrivningsklare pasienter som ikke blir hjemhentet samme dag, utgjør en viktig bakgrunn for samtlige tre områder.

### **Sykehuskapt pasientforventinger**

Intervjumaterialet gir flere eksempler på at pasienter skrives ut med en «bestilling» på et bestemt tjenestetilbud i kommunen:

Sykehuset mangler ofte respekt med tanke på hva kommunene egentlig kan tilby av tjenester. Mange pasienter blir forespeilet tilbud om sykehjemsplass, selv om det finnes andre ansvarlige ressurser og alternativ i kommunen. Da sier de gjerne «Legen har sagt det» (11).

Det er også viktig hva sykehuset signaliserer overfor pasienten. Kan oppleve at et kommunalt tilbud er «bestilt» fra sykehuset (12).

Noen ganger lover sykehuset pasienter mer enn det kommunene kan tilby. Det er vi i kommunen som må ta ansvaret, bestemme og orientere pasienten hva vi kan gi av tjenester. Pasienten kommer ofte med klare forventninger som sykehuset har vært med på å skape (6).

Vi har ikke tall som kan bekrefte i hvilken grad denne type forventninger faktisk innfris i kommunene, men det fortelles om pasienter som klager og «går i kjelleren» om de ikke får tilbudet de ble forespeilet. Disse eksemplene må ses i sammenheng med det flere informanter viser til som «sykehusets definisjonsmakt»:

Sykehusene legger føringer på at kommunene skal overta pasientene på et spesifikt omsorgsnivå slik som sykehjem. Sykepleiere og leger ser det fra sitt perspektiv (11).

Sykehuset har definisjonsmakten for når en pasient er ferdigbehandlet (1).

I noen av svarene kommer det også fram at kommunene vurderer seg selv i forhold til om de klarer å leve opp til sykehusets forventninger. En nevner at de får «skryt» av sykehuset for at de er godt organisert og tar hjem pasienter på dagen (4). De sykehusskapte forventningene synes i hovedsak å dreie seg om at kommunen må stille med sykehjemsplass. I sum kan et eksternt definert behov for institusjonsplasser, oppfattes som en «innblanding» i de kommunale beslutningene om hvordan tjenestetilbudet som helhet skal utformes.

I denne del av svarmaterialet finnes det visse likhetstrekk med svarmønsteret i spørreskjemaundersøkelsen som omhandler spesielle utfordringer i samhandling mellom sykehus og kommune. På samme måte som sykehusansatte sykepleiere i større grad opplevde utfordringer i forhold til vertskommunene, er det en klar tendens til at de mest kritiske vurderingene kom fra informanter i vertskommuner. Vi skal være forsiktig med å generalisere, men det synes samlet sett som om økt kontakt knyttet til volum på utskrivingsbeslutninger, øker friksjon heller enn gode samhandlingserfaringer. Det kan også synes som om de mindre kommunene, som ikke er vertskommuner, i større grad aksepterer og tilpasser seg sykehusenes vurderinger.

### **Forventningspress knyttet til avanserte prosedyrer og krevende pasientgrupper**

Blant informantene ligger det en klar forståelse av at samhandlingsreformen legger opp til en overføring av behandlingsansvar til kommunene. Noen forteller at de har problemer med å møte alle deler av forventningene bl.a. fordi det er vanskelig å rekruttere høgskolekompetanse (7), mens andre beskriver i positive ordelag hvordan de har økt kompetansen og omorganisert tilbudet:

Vil si det er et paradigmeskifte før og etter samhandlingsreformen. Økte krav til kvalitet og kompetanse har gjort at vi har blitt tvunget til å endre oss, siden vi får mer komplekse pasienter (1).

Men utover disse aksepterte tilpasningene, finner vi eksempler på at informantene opplever at de må forholde til spesifikke forventninger fra sykehuset. Det dreier seg både om spesielt krevende pasientgrupper og krav om at kommunene skal ta ansvar for avanserte prosedyrer. Mange informanter forteller at de tar ansvar for bl.a. intravenøs antibiotikabehandling, men noen «holder igjen». Flere opplever at forventningspresset og økt volum utfordrer grensene for det de som kommune kan håndtere:



Vi har mange ALS-pasienter, pasienter med Locked-in syndrom (LIS), kreftpasienter, pasienter som krever sondenæring og terminale pasienter, altså kompliserte pasienter som du må følge opp hele døgnet... Vi blir også presset på at vi skal gi intravenøs antibiotikabehandling. Dette synes vi ikke alltid er faglig forsvarlig. Kommunen er langstrakt med flere øybosettinger, noe som gjør det vanskelig å ta ansvar for slik behandling (10).

Det er et ressurs spørsmål at sykehuset presser på kommunen pasienter. Flere og flere trenger mer hjelp... Sykehusbudsjettene er såpass stramme at løsningen blir å sende pasientene over til kommunen. Det skjer en fraskrivning av ansvar. Kommunen får mer ansvar (12).

Alle ansatte hos oss skal kunne legge inn kanyler, kateter etc. Grunnutdanningen i sykepleien må brukes i praksis. Før stell og ernæring, nå behandling. Kompetansen er skrudd opp både hos sykepleiere og helsefagsarbeidere. Viktigste grepet vi har gjort. Spørsmålet er når det øker i volum, greier vi å svare ut de helsemessige utfordringene pasientene har (1)?

Flere informanter viser til at mange av de mer komplekse oppgavene krever institusjonsplasser i kommunene. I en av kommunene fremheves akutt plasser på sykehjemmet som en forutsetning for å kunne ta imot utskrivningsklare pasienter (4). Samtidig er det i andre kommuner gjennomført restruktureringsprosesser der hensikten har vært å nedbygge institusjonsplasser til fordel for omsorgsboliger og hjemmetjenester. Disse endringene gjør det ekstra vanskelig å håndtere forventningspresset og tidlig utskrivning av svært syke pasienter:

Vi har mye omsorgsboliger og lite institusjonsplasser i kommunen. Vi må ha flere institusjonsplasser for å møte utfordringene fremover. Vi klarer ikke å ta unna alle pasientene slik det er nå (12).

Ser vi her en mismatch mellom pågående kommunalt endringsarbeid i retning av institusjonsnedbygging og muligheten til å overta behandlingsansvar for svært syke pasienter i tråd med forventningene fra spesialisthelsetjenesten? Vi skal imidlertid være forsiktige med å trekke slutninger på bakgrunn av et så begrenset datamateriale, som også inneholder eksempel på en kommune som ikke ser problemer med mangel på institusjonsplasser. Informanten mener i dette tilfellet at utfordringene dreier seg om økonomiske ressurser og i hvilken grad fastlegene er villige til å komme på hjemmebesøk (13).

Et annet punkt som viser et område der det oppleves en form for «enveiskjøring» fra spesialisthelsetjenesten, gjelder overføring av terminale pasienter som kommunen ikke har kjennskap til i utgangspunktet:

Registrerer en utvikling der svært syke pasienter, som ikke har hatt noe tilbud i kommunen i utgangspunktet, men har vært i spesialisthelsetjenesten i flere måneder, blir sendt til hjemkommunen helt på slutten. Mange av disse pasientene dør tre til syv dager etter

utskrivelse, og en stiller spørsmål om denne praksisen er til pasientens beste. Denne praksisen er noe annet enn det gode samarbeidet en har med Palliativ avdeling på sykehuset (10).

Det er vanskelig ut fra våre data å vite hvor utbredt denne praksisen er, men det var tydelig et område det var knyttet sterke følelser til, da en opplevde at en forflytning til ukjent sted i aller siste fase, både var svært belastende for pasienten og krevende for kommunen.

Vi har tidligere pekt på at endringer i spesialisthelsetjenestens psykiatritilbud har store og til dels uoversiktlige konsekvenser for kommunene. Vi skal ikke gjenta funnene her, men avslutter med noen illustrerende sitater:

Sykehuset skriver ut når det vil, og da har kommunene økende og mer kompliserte oppgaver og saker å jobbe med. Tung psykiatri og meget syke mennesker som gjerne skulle vært lenger på sykehus (13).

Det er mye reinnleggelser og psykiatrien sliter med å følge opp pasienter slik systemet fungerer i dag. Vi jobber med stor usikkerhet på dette området (11).

#### **Ressursbruk knyttet til systemhåndtering og kontroll**

Særlig i de større kommunene tegnes det er bilde av at det brukes mye ressurser på kommunikasjon rundt pasientoverganger og å melde avvik. Det kan synes som om forskriften og samarbeidsavtalene har fremmet en vektlegging av administrative rutiner og økonomi, heller enn faglig og klinisk samarbeid på tvers av forvaltningsnivå. Flere nevner avmelding av pasienter og jakt på nødvendige opplysninger som «ressurssluk» i kommunen. Noen etterlyser «en dør» inn i sykehusverden, slik at de slipper å gå gjennom mange ledd:

Sykehuset har ikke en egen koordinator jeg kan forholde meg til, og de ønsker ikke på det nåværende tidspunkt å ansette noen i en slik rolle. For meg hadde det vært en fordel å ha en slik person å forholde meg til (11).

Samtlige informanter er på en eller annen måte opptatt av de økonomiske konsekvensene av sykehusenes utskrivningspraksis i form av antall bøter. Mens noen viser til mangel på betalingsplikt som et suksesskriterium, er andre langt mer orientert mot revisorrollen:

Det brukes mye ressurser i kommunen. Vi har merarbeid grunnet mangler og feil fra sykehusenes side. 80 % avvik på fakturaer. Sykehusene selv synes ikke å ha gode rutiner på fakturaavvik (10).

Disse forholdene er også beskrevet i andre studier, bl.a. omtaler Aarseth m.fl. (2015) en utvikling i kommunene preget av *kalkulatorlogikk*. Her ser vi tegn til det som i litteraturen omtales som 'audit society' der ulike former for kontroll skaper et reguleringsystem med kontinuerlig spenning mellom tillit og mistillit (Olson mfl.2001; Power 1994). Forsøkene på å skape tillit gjennom kontroll og evaluering er sjelden særlig vellykket, fordi kontrollen i utgangspunktet er orientert mot å

avdekke feil og avvik; aktørene blir lett fanget inn av denne logikken og ensidig opptatt av å fremskaffe bevis på at ikke alt fungerer slik det skal (Rønhovde 2012, Gjerde 2012). Et par informanter gir uttrykk for at de ikke har tradisjon for å skrive avvik (4 og 6), noe som både kan tolkes som et uttrykk for tillit og som en mangel på tro på at det nytter å gi tilbakemelding. I de aktuelle intervjuene synes det i første rekke å være snakk om en tillitsfull relasjon og lavt volum på utskrivninger av pasienter som trenger kommunal oppfølging.

---

## 5 OPPGAVEFORSKYVNING FORANKRET I UTSKRIVNINGSBESLUTNINGER?

---

Med utgangspunkt i analysene fra kapittel 3 og 4 og oppdragets mandat, skal vi i det følgende diskutere om det kan ha foregått en oppgaveforskyvning fra sykehus til kommuner når det gjelder utskrivningsklare pasienter, og hvordan samhandlingen fungerer. Data fra spørreundersøkelsen og intervjuene er innhentet for ulike formål og de er samlet inn på ulike tidspunkt. Dette innebærer at det er noen områder i de kvalitative dataene, spesielt det som går på pasientgruppene psykiske helse og palliasjon, som ikke korresponderer, eller er direkte sammenlignbare med spørreskjemamaterialet. Dette medfører at vi ikke har grunnlag for å belyse alle temaer fra både sykehus- og kommuneperspektiv.

Basert på spørreskjemamaterialet mener vi å ha dekning for å si at sykehusene jevnt over (dog med unntak) er fornøyd med utskrivningstidspunktet for sine pasienter. Flertallet av sykehusansatte svarer at terskelen for utskrivning ikke er vesentlig endret de senere årene, og at tidspunkt for utskrivning ofte er riktig. Dette står i kontrast til vurderingene i kommunene, som både bekreftes fra spørreundersøkelsen og fra intervjuene. Kommunene vurderer jevnt over utskrivningstidspunktet over å være for tidlig, slik det også er vist i tidligere studier (Aarseth et al., 2015; Gautun & Syse, 2013; Grimsmo, 2013; Hermansen & Grødem, 2015).

Mens de i sykehusene ser seg selv som *eksternt* orienterte, opplever kommunene at sykehusene er mer *internt* orientert rundt utskrivning av pasienter. Mange av de sykehusansatte oppgir at de tar mer hensyn til eksterne forhold (som gjelder pasienten, pårørende og pasientens hjemkommune), enn sykehusinterne forhold (som går på press, f.eks. knyttet til kapasitet) når en pasient vurderes utskrivningsklar. I forlengelsen av dette mener mange av de sykehusansatte at nettopp interne forhold i sjeldnere tilfeller er grunnen til at en pasient skrives ut til tross for usikkerhet rundt vurderingene, enn forhold som gjelder pasienten og andre eksterne forhold. Sykehusene mener at de alt i alt legger godt til rette for pasienten. Kommunesykepleierne fremhever det motsatte, at sykehusene vektlegger nettopp sykehusinterne forhold over pasientnære forhold i utskrivningsvurderingen. Det samme ser vi fra intervjuene, hvor det blir påpekt at man ser en økning i utskrivninger for eksempel mot helg.

Denne mangelen på samsvar mellom hvordan ansatte i kommunene og sykehusene oppfatter utskrivning av pasienter kan skyldes flere forhold, som vi ikke har grunnlag for å konkludere på. Kommunene opplever imidlertid at betalingsplikten for utskrivningsklare pasienter forsterker en form for ulikhet i makt. Det er sykehusene som faktisk definerer pasienten som utskrivningsklar, og dermed har definisjonsmakt slik det er påpekt i Gautun, Martens, & Veenstra (2016). Vi kan derfor si at misforholdet kan være et problem i seg selv, fordi det *kan* tyde på en «vi-og-dem»-mentalitet, særlig når det gjelder hvordan pasientene vurderes på sykehusene.

Vurderingen av samarbeid mellom sykehus og kommuner om utskrivning er ikke entydig fra sykehusansattes side, men mange vurderer samarbeidet som greit. Det er dog mer varierende oppfatninger av samarbeidet med vertskommuner, enn med andre kommuner blant sykepleierne. Dette kan skyldes at vertskommunene har større kontaktflate mot sykehusene grunnet større

volum av pasienter, noe vi også kan finne støtte for i kommunenes perspektiv gjennom intervjumaterialet. Store kommuner og vertskommuner fremstiller utfordringer som skyldes nettopp volumet av pasienter, som noe som går foran alt, og som ligger til grunn for flere problemstillinger. De store kommunene beskriver et stort volum av pasienter i dag, som har blitt mangedoblet siden innføring av samhandlingsreformen, og som skaper utfordringer rundt hvordan man skal klare å møte pasientene.

En av pasientgruppene som skiller seg ut, er psykiatriske pasienter. Dette virker å være en pasientgruppe hvor oppfølging og tjenester er preget av uklarheter, både når det gjelder informasjonsutveksling, samarbeidsformer, rolleavklaringer, risikovurderinger og hvilket tilbud den enkelte pasient skal få. Det kan virke som at de større kommunene opplever mer utfordringer enn de små, noe som også kan relateres til volum. Slik sett bekreftes skisseringene Sintef har gjort i sin rapport om pakkeforløp for psykisk helse og rus. Dette står i klar kontrast til det palliative feltet, hvor samarbeidet fra kommunenes ståsted vurderes å være både prioritert og godt i primær- og spesialisthelsetjenesten. Palliative pasienter blir prioritert, det dreier seg om et avgrenset tidsperspektiv, og det er ressurser tilgjengelig.

Arbeidet med utskrivningsklare pasienter – åtte år etter at samhandlingsreformen ble iverksatt – er tydelig noe som engasjerer og blir debattert i de kommunale mottaksapparatene. Intervjuene bekrefter langt på vei at de problemene som ble pekt på i de tidlige studiene etter at reformen ble iverksatt, fortsatt har gyldighet (Abelsen & Gaski 2016; Aarseth, Bachmann, Gjerde, & Skrove, 2015; Gautun & Syse, 2013; Grimsmo, 2013; Hermansen & Grødem, 2015).

Oppgaveforskyvingen rundt utskrivningsklare pasienter er ikke nødvendigvis «skjult». Den oppleves likevel som uavklart og ulik, med utgangspunkt i hvilken side av utskrivningstidspunktet man befinner seg. Som nevnt i kapittel 4.6, er det særlig forventninger som blitt gitt pasientene om gitte behandlingstilbud, slik det påpekes også i tidligere studier (Hungnes, 2017), forventningspress rundt avansert behandlingsprosedyrer for pasientene, samt ressurser som brukes til kontakt med sykehus og avvikshåndtering, som skiller seg ut i våre data. Slik vi tolker vårt materiale, kan vi se at de sykehusansatte er i sin egen verden. Det formelle virker å være i orden mellom kommunene og sykehusene. Det er kanskje mer grunn for å stille spørsmål ved *kunnskapsgrunnlaget* på sykehusene, rundt hvilke *forutsetninger* som ligger til grunn for å sende ut pasientene, og som ikke nødvendigvis er mulig å ivareta. Sist, men ikke minst, som Gautun, Martens, & Veenstra (2016) også påpeker: «En forutsetning for å lykkes med samhandlingsreformen er at de som jobber i de kommunale tjenestene, har tilstrekkelig med ressurser til å klare oppgavene».

## 5.1 VEIEN VIDERE

Selv om datamaterialet gir oss grunnlag for å svare på noen spørsmål, åpner det også opp for ytterligere felt og tema som bør undersøkes videre. Som et eksempel bør spørreundersøkelsen følges opp med en kvalitativ studie blant ansatte på sykehus som jobber med utskrivning av pasienter, slik det opprinnelig var tenkt i dette oppdraget. Videre bør samhandling rundt pasientgruppen som faller under psykisk helse og rus følges opp videre. En studie her burde gå i dybden på hva som ikke fungerer i samarbeid og forventninger, med mål om å bidra med kunnskap

som kan bistå i å gjøre utfordringene lettere for pasienter og pårørende, og for kommunene. Erfaringene fra de kommunale informantene er på de aller fleste områdene samstemte. Likevel er synspunktene mer nyanserte og situasjonsspesifikke enn vi i denne rapporten har kunnet formidle. Blant annet ser vi at trekk ved den kommunale konteksten har betydning. Vi foreslår derfor at en bredere anlagt studie ville ha fordel av å inkludere kontekstuelle forhold i større grad.

---

## 6 LITTERATUR

---

- Aarseth, T., Bachmann, K. E., Gjerde, I., & Skrove, G. K. (2015). Mot samhandlingskommunen? Om endringer i kommunenes eksterne og interne relasjoner i møte med en nasjonal helsereform. *Nordiske Organisasjonsstudier*, 17(3), 109–133.
- Abelsen, B., Gaski, M., Nødland, S. I., & Stephansen, A. (2014). *Samhandlingsreformens konsekvenser for det kommunale pleie- og omsorgstilbudet. Rapport IRIS - 2014/382.*
- Ådnanes, M., Kaspersen, S. L., Melby, L., & Lassemo, E. (2020). *Pakkeforløp for psykisk helse og rus-fagfolks erfaringer første året.*
- Brattheim, B. J., Hellesø, R., & Melby, L. (2016). *Elektronisk meldingsutveksling ved utskrivning av pasienter fra sykehus til kommune.*
- Brevik, I. (2010). *De nye hjemmetjenestene langt mer enn eldreomsorg: utvikling og status i yngres bruk av hjemmebaserte tjenester 1989–2007.* Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Bruvik, F., Drageset, J., & Abrahamsen, J. F. (2017a). Fra sykehus til sykehjem-hva samhandlingsreformen har ført til. *Sykepleien Forskning*, 12, 60613.
- Bruvik, F., Drageset, J., & Abrahamsen, J. F. (2017b). From hospitals to nursing homes—the consequences of the Care Coordination Reform. *Sykepleien Forskning*, 60613.
- Dale, B., Folkestad, B., Førland, O., Hellesø, R., Moe, A., & Sogstad, M. (2015). *Er tjenestene fortsatt «på strekk»? om utviklingstrekk i helse- og omsorgstjenestene i kommunene fra 2003 til 2015.*
- Fineide, M. J., & Ramsdal, H. (2014). Prosesstenkning—utvikling av standardiserte pasientforløp og behandlingslinjer. [Process thinking—development of clinical pathways and chains of care]. *Velferdens Organisering Oslo: Universitetsforlaget*, 108–121.
- Fredwall, T. E. (2018). *Pasientforløp for personer med samtidig rusmiddellidelse og psykisk lidelse—En oppsummering av kunnskap.*
- Gautun, H., Martens, C. T., & Veenstra, M. (2016). Samarbeidsavtaler og samarbeid om utskrivning av pasienter. *Tidsskrift for Omsorgsforskning*, 2(02), 88–93.
- Gautun, H., & Syse, A. (2013). *Samhandlingsreformen: Hvordan tar de kommunale helse- og omsorgstjenestene i mot det økte antallet pasienter som skrives ut fra sykehusene?*
- Gautun, H., & Syse, A. (2017). Earlier hospital discharge: a challenge for Norwegian municipalities. *Nordic Journal of Social Research*, 8(0 SE-Articles). <https://doi.org/10.7577/njsr.2204>
- Gjerde, I., Torsteinsen, H., & Aarseth, T. (2016). *Offentleg sektor i endring - Fjordantologien 2016, kap.4.* Universitetsforlaget.
- Grimsmo, A. (2013). Hvordan har kommunene løst utfordringen med utskrivningsklare pasienter? *Sykepleien Forskning*, 8(2), 148–155.
- Hagen, R., & Johnsen, E. (2013). Styring gjennom samhandling: samhandlingsreformen som kasus. In A. T. og L. Melby (Ed.), *Samhandling for helse. Kunnskap, kommunikasjon og teknologi i helsetjenesten.* Oslo: Gyldendal akademisk.
- Hagen, T. P., McArthur, D. P., & Tjerbo, T. (2013). *Kommunal finansiering av utskrivningsklare pasienter. Erfaringer fra første året.* Oslo University, Health Economics Research Programme.
- Hellesø, R., & Melby, L. (2013). Forhandlinger og samspill i utskrivningsplanleggingen av pasienter på sykehus. In A. Tjora & L. Melby (Eds.), *Samhandling for helse Kunnskap, kommunikasjon og teknologi i helsetjenesten.* Oslo: Gyldendal akademisk (pp. 222–242). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2018). *Oppdragsdokument 2018 Helse Midt-Norge RHF.*
- Helse- og omsorgstjenesteloven (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (LOV-2011-06-24-30).* Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>. , (2011).

- Helsedirektoratet. (2019a). Nasjonale anbefalinger, råd og pakkeforløp.
- Helsedirektoratet. (2019b). Utskrivningsklare pasienter.
- Hermansen, A., & Grødem, S. A. (2015). Reformeffekt: Redusert liggetid blant de eldste. *Sykepleien Forskning*, 10(1), 24–32.
- HOD. (2013). *Sammen - mot kreft. Nasjonal kreftstrategi 2013-2017*. Oslo.
- HOD. *Leve med kreft. Nasjonal kreftstrategi (2018 - 2022)*. , (2018).
- Hungnes, T. (2017). *Reorganizing healthcare services: Sensemaking and organizational innovation*.
- Kassah, B. L. L., Tingvold, W.-A., & Kassah, A. K. (2014). *Samhandlingsreformen under lupen: kvalitet, organisering og makt i helse- og omsorgstjenestene*. Fagbokforlaget.
- Kverndokk, S., & Melberg, H. O. (2016). *Using fees to reduce bed-blocking: A game between hospitals and care providers*.
- Loge, J. H., Bjordal, K., & Paulsen, Ø. (2006). Tilnærming til pasienter som trenger palliativ behandling. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 126(4), 462–466.
- Lovdata. (2012). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 6-2. Krav til avtalens innhold*.
- Mehre, K., Hanssen, S. B., Refsdal, K., Svendsen, I., & Wilson, K. (2015). *Rapport om tilbudet til personer med behov for lindrende behandling og omsorg mot livets slutt - å skape liv til dagene*.
- Melby, L., Das, A., Halvorsen, T., & Steihaug, S. (2017). *Evaluering av tjenestetilbudet til personer med behov for lindrende behandling og omsorg*.
- Nordsveen, H., & Andershed, B. (2015). Pasienter med kreft i palliativ fase på vei hjem- Sykepleieres erfaringer av samhandling. *Nordisk Sygeplejeforskning*, 5(03), 239–252.
- NOU 2017: 16. (2017). *På liv og død. Palliasjon til alvorlig syke og døende*. Oslo: Helse og Omsorgsdepartementet.
- Omsorgsdepartementet, H. (2009). *Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Oslo.
- Ramsdal, H., Bjørkquist, C., & Ramsdal, H. (2012). *Innovasjonsperspektiver på Samhandlingsreformen*. Høgskolen i Østfold.
- Tingvold, L., & Magnussen, S. (2018). Økt spesialisering og differensiering i sykehjem. *Tidsskrift for Omsorgsforskning*, 4(02), 153–164.
- Vik, E. (2018). Helseprofesjoners samhandling—en litteraturstudie. *Tidsskrift for Velferdsforskning*, 21(02), 119–147.



---

## 7 VEDLEGG

---

### 7.1 VEDLEGG 1: SPØRRESKJEMA TIL LEGER OG SYKEPLEIERE

Inger Cecilie Frisvoll

Høgskolen i Molde

13.2.2018

#### Utskrivningsklare pasienter

Samhandlingsreformen ble iverksatt i 2012 og førte til flere endringer i det norske helsevesenet, blant annet ble kommunene tillagt utvidet ansvar.

I ettertid er det forsket mye på hvordan samhandlingsreformen har påvirket helsetjenestene i kommunene, men vi vet lite om hvordan reformen har påvirket sykehusene. Med å svare på denne undersøkelsen kan du bidra til å øke kunnskapen om akkurat det.

Ved spørsmål om studien, ta kontakt med Inger Cecilie Frisvoll ved Høgskolen i Molde, [inger.cecilie.frisvoll@himolde.no](mailto:inger.cecilie.frisvoll@himolde.no)

#### Screeningspørsmål:

1.

Yrke:

- Lege
- Sykepleier

2.

Antall års yrkeserfaring

- Etter endt grunnutdanning
- På nåværende arbeidssted

3.

Nåværende arbeidssted:

#### Til sykepleiere:

- Pleie- og omsorg i kommunchelsetjenesten
- Hjemmetjenesten
- Sykehjem eller lignende
- Annet

} Får kun presentert spørsmål 4 og 5  
Differensieres for å kunne sammenligne svarene mellom gruppene og tjenestenivåene

#### Til sykepleiere og leger:

- Spesialisthelsetjenesten
- Psykiatri/rus

1

- Somatikk
    - Lokalsykehus °
    - Regionalsykehus °
    - Annet
  - Annet
  - Annet
- } Utvalg  
Leger og sykepleiere må her få forskjellige spørsmål, 3b

**3b.**Lege

- Type avdeling
    - Indremedisinsk avdeling °
    - Kirurgisk avdeling °
    - Annet
  - Stillingstype
    - Overlege °
    - Assistent-/LIS-lege °
    - Turnuslege °
    - Annet
- } Utvalg
- } Utvalg

Sykepleier

- Jobber du på døgndrevet sengepost?
    - Nei
    - Ja, medisinsk °
    - Ja, kirurgisk °
    - Ja, annet
  - Stillingstype
    - Leder av sengepost (avdelingssykepleier/enhetsleder)
    - Sykepleier °
    - Spesialsykepleier °
    - Annet
- } Utvalg
- } Utvalg

° = Utvalg

Spørsmål til alle:

4.

| Hva opplever du <i>vanligvis</i> blir vektlagt i vurderingen av om en pasient er utskrivningsklar eller ikke?      | Tillegges vanligvis stor vekt |  |  |  |  |  | Tillegges vanligvis lite vekt |
|--|-------------------------------|--|--|--|--|--|-------------------------------|
| Kliniske markører (f.eks. blodprøveverdier, vitale parametre, røntgensvar m.m.)                                    |                               |  |  |  |  |  |                               |
| Riktig behandling er igangsatt   |                               |  |  |  |  |  |                               |
| Eventuelt postoperativt forløp   |                               |  |  |  |  |  |                               |
| Pasienten mestrer forflytning (f.eks. fra seng til stol)   |                               |  |  |  |  |  |                               |
| Pasientens generelle allmenntilstand er tilnærmet lik habitualtilstanden   |                               |  |  |  |  |  |                               |
| All invasiv behandling er avsluttet (f.eks. iv-behandling, smertepumpe, dren/kateter)                              |                               |  |  |  |  |  |                               |
| Vurderinger gjort av annet fagpersonell på sykehuset (f.eks. lege, sykepleier, ergo-/fysioterapeut)                |                               |  |  |  |  |  |                               |
| Kommunens vurderinger av pasientens tilstand   |                               |  |  |  |  |  |                               |
| Tidligere erfaringer med pasientens hjemkommune (f.eks. kompetansenivå, hvor raske de er til å ta hjem pasientene) |                               |  |  |  |  |  |                               |
| Pasientens muligheter for hjelp fra familie og/eller øvrig sosialt nettverk  |                               |  |  |  |  |  |                               |
| Pasientens kognitive og/eller mentale tilstand   |                               |  |  |  |  |  |                               |
| Pasientens eget ønske  |                               |  |  |  |  |  |                               |
| Pårørendes ønske   |                               |  |  |  |  |  |                               |
| Sengeposten er full / har overbelegg   |                               |  |  |  |  |  |                               |
| Det nærmer seg helg/høytid   |                               |  |  |  |  |  |                               |
| Legene har stort arbeidspress  |                               |  |  |  |  |  |                               |
| Sykepleierne på sengeposten har stort arbeidspress   |                               |  |  |  |  |  |                               |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Det er lav sykepleier-/legedekning på sengeposten grunnet planlagt eller uforutsett fravær |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

5.

| Generelt sett – hvordan vil du vurdere liggetiden for pasienter som meldes utskrivningsklare til kommunene? (Se bort fra liggetiden <u>etter</u> at de er meldt til kommunene, såkalte overliggerdøgn eller betalingsdøgn.) |            |  |  |  |  |  |       |
|---|------------|--|--|--|--|--|-------|
|   | Svært ofte |  |  |  |  |  | Aldri |
| Pasientene blir meldt til kommunene på riktig tidspunkt   |            |  |  |  |  |  |       |
| Pasientene kunne vært meldt til kommunene tidligere   |            |  |  |  |  |  |       |
| Pasientene blir meldt til kommunene for tidlig  |            |  |  |  |  |  |       |

Spørsmål til utvalget (leger/sykepleiere på sykehus):

6.

| Hvor ofte er det en aktuell problemstilling for deg:                 |                     |        |                   |                      |                                  |  |       |
|--|---------------------|--------|-------------------|----------------------|----------------------------------|--|-------|
|  | Flere ganger daglig | Daglig | 1-4 ganger i uken | 1-3 ganger i måneden | Sjeldnere enn 3 ganger i måneden |  | Aldri |
| Om en pasient er utskrivningsklar eller ikke?                        |                     |        |                   |                      |                                  |  |       |
| At det er uenighet rundt når en pasient skal meldes utskrivningsklar |                     |        |                   |                      |                                  |  |       |

7.

| Hvordan vurderer du at samarbeidet vanligvis er i prosessen frem til en pasient blir meldt utskrivningsklar? |           |  |  |  |  |  |                   |
|--|-----------|--|--|--|--|--|-------------------|
|  | Svært bra |  |  |  |  |  | Svært utfordrende |
| Med pasienten  |           |  |  |  |  |  |                   |
| Innad i egen profesjon   |           |  |  |  |  |  |                   |
| Mellom sykepleiere og leger på sengepostene  |           |  |  |  |  |  |                   |
| Med annet fagpersonell på sykehuset  |           |  |  |  |  |  |                   |

4

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Med vertskommunen til sykehuset                  |  |  |  |  |  |  |  |
| Med de andre kommunene i sykehusets nedslagsfelt |  |  |  |  |  |  |  |
| Med pårørende i geografisk nærhet                |  |  |  |  |  |  |  |
| Med pårørende som bor langt unna                 |  |  |  |  |  |  |  |

8.

| Ta utgangspunkt i egne opplevelser og erfaringer fra prosesser der pasienter skal meldes utskrivningsklare. Er det lege eller sykepleier som: |                    |  |  |              |  |  |                          |
|---|--------------------|--|--|--------------|--|--|--------------------------|
|   | Som oftest<br>lege |  |  | Likt fordelt |  |  | Som oftest<br>sykepleier |
| Har mest kontakt med kommunehelsetjenesten  |                    |  |  |              |  |  |                          |
| Har mest kontakt med de pårørende   |                    |  |  |              |  |  |                          |
| Er mest lydhøre for argumenter fra andre faggrupper på sykehuset  |                    |  |  |              |  |  |                          |
| Er mest lydhøre for argumenter fra kommunehelsetjenesten  |                    |  |  |              |  |  |                          |
| Har mest innsikt i pasientenes ønsker og synspunkt  |                    |  |  |              |  |  |                          |
| Har flest opplysninger som er relevante for å vurdere om pasientene er utskrivningsklare eller ikke   |                    |  |  |              |  |  |                          |
| Har det avgjørende ordet i tilfeller der det er uenighet  |                    |  |  |              |  |  |                          |
| Først tar opp spørsmålet om pasientene er utskrivningsklare eller ikke  |                    |  |  |              |  |  |                          |

9.

|  | Flere ganger<br>daglig | Daglig | 1-4 ganger i<br>uken | 1-3 ganger i<br>månedten | Sjeldnere<br>enn 3 ganger<br>i måneden | Aldri |
|--|------------------------|--------|----------------------|--------------------------|--|-------|
| Har du opplevd at pasienter blir definert som utskrivningsklare selv om du ønsker å vente? |                        |        |                      |                          |  |       |

10.

|   |
|---|
| Hvilke forhold kan føre til at en pasient blir meldt utskrivningsklar til tross for at det er usikkerhet/uenighet rundt vurderingene? |
|---|

|  | Skjer ofte |  |  |  |  |  | Skjer aldri |
|--|------------|--|--|--|--|--|-------------|
| Pasienten ønsker det selv  |            |  |  |  |  |  |             |
| Ønske fra pårørende  |            |  |  |  |  |  |             |
| Uenighet rundt pasientens medisinske tilstand  |            |  |  |  |  |  |             |
| Uenighet rundt totalvurderingen av pasientens tilstand   |            |  |  |  |  |  |             |
| Det kan ikke forventes ytterligere forbedring i pasientens tilstand                                      |            |  |  |  |  |  |             |
| Det er fullt på sengeposten  |            |  |  |  |  |  |             |
| Argumenter fra leger   |            |  |  |  |  |  |             |
| Argumenter fra sykepleiere   |            |  |  |  |  |  |             |
| Påtrykk fra lederen av sengeposten   |            |  |  |  |  |  |             |
| For å unngå eventuelle korridorpasienter   |            |  |  |  |  |  |             |
| Det nærmer seg helg/høytid   |            |  |  |  |  |  |             |
| En viss grad av usikkerhet vil alltid være tilstede  |            |  |  |  |  |  |             |
| Det er ikke til pasientens beste å bli liggende på sykehuset   |            |  |  |  |  |  |             |
| Et ønske om å holde liggetiden nede  |            |  |  |  |  |  |             |
| Pasienten må ikke være innlagt på sykehus for å få den planlagte behandlingen/oppfølgingen               |            |  |  |  |  |  |             |
| Hjemkommunen til pasienten tar erfaringsmessig ikke hjem pasientene på dagen                             |            |  |  |  |  |  |             |
| Hjemkommunen til pasienten er erfaringsmessig dyktig med komplekse tilstander og/eller dårlige pasienter |            |  |  |  |  |  |             |
| Pasienten «passer ikke inn» / er krevende å ha på sengeposten  |            |  |  |  |  |  |             |

**11.**Til leger:

Har du noen gang avgjort at en pasient skal meldes utskrivningsklar selv om din vurdering er at pasienten ikke er det?

- Ja  
 Nei

**12.**Til alle i utvalget:

|   |
|---|
| I vurderingen av om en pasient er utskrivningsklar eller ikke, hvor viktig er det følgende for deg? |
|---|

|   | Svært viktig |  |  |  |  |  | Ikke viktig |
|---|--------------|--|--|--|--|--|-------------|
| Det medisinskfaglige                    |              |  |  |  |  |  |             |
| Pasientens ønsker                       |              |  |  |  |  |  |             |
| Pasientens fysiske funksjonsnivå        |              |  |  |  |  |  |             |
| Forholdene i hjemkommunen til pasienten |              |  |  |  |  |  |             |
| Pårørendes mening/ønske                 |              |  |  |  |  |  |             |
| Situasjonen på sengeposten/sykehuset    |              |  |  |  |  |  |             |

## 13.

Til leger:

| Har dine vurderinger rundt når en pasient er utskrivningsklar endret seg i løpet av de siste 5 årene? |              |  |  |  |  |  |              |
|---|--------------|--|--|--|--|--|--------------|
|   | Stemmer helt |  |  |  |  |  | Stemmer ikke |
| Jeg har lavere terskel for å melde pasienter utskrivningsklare nå enn tidligere                       |              |  |  |  |  |  |              |
| Jeg har høyere terskel for å melde pasienter utskrivningsklare nå enn tidligere                       |              |  |  |  |  |  |              |
| Jeg vurderer pasientene på samme måte som tidligere   |              |  |  |  |  |  |              |

Til sykepleiere:

| Har legenes vurderinger rundt når en pasient er utskrivningsklar endret seg i løpet av de siste 5 årene? |              |  |  |  |  |  |              |
|--|--------------|--|--|--|--|--|--------------|
|  | Stemmer helt |  |  |  |  |  | Stemmer ikke |
| Legene har lavere terskel for å melde pasienter utskrivningsklare nå enn tidligere                       |              |  |  |  |  |  |              |
| Legene har høyere terskel for å melde pasienter utskrivningsklare nå enn tidligere                       |              |  |  |  |  |  |              |
| Legene vurderer pasientene på samme måte som tidligere   |              |  |  |  |  |  |              |

## På avslutningssida:

Ved spørsmål om studien, ta kontakt med Inger Cecilie Frisvoll ved Høgskolen i Molde, [inger.cecilie.frisvoll@himolde.no](mailto:inger.cecilie.frisvoll@himolde.no)

## 7.2 VEDLEGG 2: TILLEGGSTABELLER OG TESTRESULTATER FRA ANALYSENE I KAPITTEL 3

Tabell 4 viser median- og gjennomsnittsverdier, samt teststatistikk for boksplokkene i og Figur 2. Verdien 1 angir at påstanden stemmer helt, mens en verdi nær 7 angir at påstanden ikke stemmer.

**Tabell 4: Leger og sykepleieres vurdering av endring i legers terskel for utskrivning de siste 5 år**

|                           | Lege   |                         |      | Sykepleier<br>spesialisthelsetjeneste |                         |      | Uavhengig<br>t-test (p-<br>verdi) |
|---------------------------|--------|-------------------------|------|---------------------------------------|-------------------------|------|-----------------------------------|
|                           | Median | Gj.snitt<br>(Std.avvik) | Obs. | Median                                | Gj.snitt<br>(Std.avvik) | Obs. |                                   |
| Lavere terskel            | 4      | 4,51 (0,29)             | 47   | 3                                     | 3,49 (0,19)             | 101  | 0,998                             |
| Høyere terskel            | 6      | 5,85 (0,18)             | 46   | 6                                     | 5,25 (0,17)             | 100  | 0,986                             |
| Vurderer på<br>samme måte | 3      | 3,34 (0,33)             | 48   | 4                                     | 3,82 (0,19)             | 101  | 0,106                             |

Tabell 5 viser median- og gjennomsnittsverdier, samt testresultater fra verdiene angitt i boksplokket i Figur 3. Gjennomsnittsverdiene kan ikke knyttes direkte til svarene fra respondentene, men verdier mot 7 angir svar nært «aldri», mens verdier mot 1 angir svar nært «Svært ofte». Det er statistisk signifikante forskjeller i svarene mellom minst en av gruppene.

**Tabell 5: Vurdering av liggetid for pasienter som meldes utskrivningsklare til kommunene**

| Pasientene                                | Lege   |                         |      | Sykepleier<br>spesialisthelsetjeneste |                         |      | Sykepleier<br>kommunehelsetjeneste |                         |      | Kruskall-<br>Wallis |
|---|--------|-------------------------|------|---------------------------------------|-------------------------|------|------------------------------------|-------------------------|------|---------------------|
|   | Median | Gj.snitt<br>(Std.avvik) | Obs. | Median                                | Gj.snitt<br>(Std.avvik) | Obs. | Median                             | Gj.snitt<br>(Std.avvik) | Obs. |                     |
| Blir meldt på riktig<br>tidspunkt         | 2      | 2,22<br>(1,05)          | 76   | 2                                     | 2,43<br>(1,12)          | 249  | 4                                  | 3,88<br>(1,30)          | 58   | 0,000***            |
| Kunne vært meldt<br>tidligere             | 4      | 4,35<br>(1,20)          | 75   | 4                                     | 3,86<br>(1,57)          | 247  | 5                                  | 4,84<br>(1,67)          | 58   | 0,000***            |
| Blir meldt til<br>kommunene for<br>tidlig | 5      | 5,23<br>(1,13)          | 74   | 5                                     | 5,00<br>(1,30)          | 248  | 3                                  | 3,10<br>(1,96)          | 58   | 0,000***            |

\* p<.05 \*\* p<.01 \*\*\* p<.001

Tabell 6 viser median- og gjennomsnittsverdier samt Mann-Whitney testresultater fra spørsmålene presentert i boksplokket i Figur 4. Gjennomsnittsverdiene kan ikke knyttes direkte til svarene fra respondentene, men verdier mot 7 angir svar nært at det oftest er sykepleier, 1 angir svar nært at det oftest er lege, mens 4 angir at det er likt fordelt. For alle forhold unntatt «har det avgjørende ordet i tilfeller der det er uenighet», er det statistisk signifikante forskjeller i svarene mellom leger og sykepleiere.



**Tabell 6: Teststatistikk -leger og sykepleieres vurdering av utskrivningssituasjonen**

| Er det lege eller sykepleier som   | Lege   |                         |     | Sykepleier<br>spesialisthelsetjeneste |                         |     | Mann- Whitney<br>p-verdi |
|--|--------|-------------------------|-----|---------------------------------------|-------------------------|-----|--------------------------|
|  | Median | Gj.snitt<br>(Std.avvik) | Obs | Median                                | Gj.snitt<br>(Std.avvik) | Obs |                          |
| Har mest kontakt med kommunehelsetjenesten   | 7      | 6,90<br>(0,35)          | 77  | 7                                     | 6,95<br>(0,29)          | 239 | 0,002**                  |
| Har mest kontakt med de pårørende  | 5      | 5,34<br>(1,33)          | 77  | 7                                     | 6,47<br>(0,89)          | 239 | 0,000***                 |
| Er mest lydhøre for argumenter fra andre faggrupper på sykehuset                             | 4      | 3,95<br>(0,80)          | 76  | 4                                     | 5,01<br>(1,35)          | 239 | 0,000***                 |
| Er mest lydhøre for argumenter fra kommunehelsetjenesten                                     | 4      | 4,53<br>(1,09)          | 75  | 6                                     | 5,65<br>(1,38)          | 237 | 0,000***                 |
| Har mest innsikt i pasientenes ønsker og synspunkt   | 5      | 4,74<br>(1,04)          | 76  | 7                                     | 6,04<br>(1,14)          | 236 | 0,000***                 |
| Har flest relevante opplysninger for å vurdere om pasientene er utskrivningsklare eller ikke | 3      | 3,27<br>(1,25)          | 77  | 5                                     | 4,92<br>(1,56)          | 238 | 0,000***                 |
| Har det avgjørende ordet i tilfeller der det er uenighet                                     | 2      | 1,92<br>(1,06)          | 77  | 2                                     | 2,32<br>(1,64)          | 238 | 0,248                    |
| Først tar opp spørsmålet om pasientene er utskrivningsklare eller ikke                       | 4      | 4,18<br>(1,59)          | 77  | 4                                     | 4,84<br>(1,76)          | 239 | 0,002**                  |

\* p<.05 \*\* p<.01 \*\*\* p<.001

Tabell 7 viser teststatistikk for Figur 5. Verdi nær 1 indikerer at samarbeidet er svært bra samarbeid, mens svar nær 7 indikerer at samarbeidet er svært utfordrende. Svar nært tallet 4 er nøytralt/greit. Det er ikke statistisk signifikante forskjeller mellom svarene.

**Tabell 7: Teststatistikk – vurdering av samarbeid i prosessen frem til en pasient blir meldt utskrivningsklar**

|   | Lege   |                         |      | Sykepleier<br>spesialisthelsetjeneste |                         |     | Uavhengig<br>t-test (p-<br>verdi) |
|---|--------|-------------------------|------|---------------------------------------|-------------------------|-----|-----------------------------------|
|   | Median | Gj.snitt<br>(Std.avvik) | Obs. | Median                                | Gj.snitt<br>(Std.avvik) | Obs |                                   |
| Samarbeid med vertskommunen til sykehuset         | 4      | 3,99<br>(0,17)          | 75   | 4                                     | 3,79<br>(0,08)          | 239 | 0,858                             |
| Med den andre kommunene i sykehusets nedslagsfelt | 4      | 3,77<br>(0,15)          | 75   | 3                                     | 3,57<br>(0,08)          | 238 | 0,894                             |

\* p<.05 \*\* p<.01 \*\*\* p<.001

Tabell 8 viser teststatistikk knyttet til boksplokk presentert i Figur 6. Verdien 1 angir at det skjer svært ofte, mens 7 angir at det aldri skjer. Verdien 4 kan tolkes som at det skjer av og til. Det er ikke statistisk signifikante forskjeller i svarene mellom respondentgruppene.

**Tabell 8: Teststatistikk – Vurdering av kommunale forhold som innvirker på at det gjøres utskrivninger tross usikkerhet eller uenighet**

|  | Lege   |                         |      | Sykepleier<br>spesialisthelsetjeneste |                         |     | Uavhengig<br>t-test (p-<br>verdi) |
|--|--------|-------------------------|------|---------------------------------------|-------------------------|-----|-----------------------------------|
|  | Median | Gj.snitt<br>(Std.avvik) | Obs. | Median                                | Gj.snitt<br>(Std.avvik) | Obs |                                   |
| Hjemkommunen til pasienten tar erfaringsmessig ikke pasientene hjem på dagen                           | 4      | 4,14<br>(0,20)          | 76   | 4                                     | 4,39<br>(0,18)          | 242 | 0,869                             |
| Hjemkommunen til pasient er erfaringsmessig dyktig med komplekse tilstander og/eller dårlige pasienter | 4      | 3,88<br>(0,11)          | 75   | 4                                     | 4,17<br>(0,09)          | 240 | 0,875                             |

\* p<.05 \*\* p<.01 \*\*\* p<.001

### 7.3 VEDLEGG 3: PRINSIPAL KOMPONENTANALYSE – UTLEDNING AV INDIKATORER

Alle tabeller som viser resultatene av PCA, illustrerer hvilke av de opprinnelige spørsmålene som inngår som en del av den eller de nye indeksvariablene. Generelt beholdes ladninger på en indikator som har en egenverdi  $> 1$ , og egenvektorverdier  $|\lambda| > 0,3$ . Cronbach's Alpha benyttes som test for reliabilitet/indre konsistens i indeksvariablene, altså hvor godt indeksvariabelen måler det vi antar at den skal måle. Disse testscorene presenteres i tabellene, og generelt ønsker vi å bruke indeksvariabler med Cronbach's Alpha score  $> 0,7$ . Vi presenterer ikke spørsmålene som ikke har egenvektorverdier  $|\lambda| > 0,3$ . Tabell 9 viser resultatene av en PCA uten rotasjon, av svarmulighetene på spørsmålet «Hva opplever du *vanligvis* blir vektlagt i vurderingen av om en pasient er utskrivningsklar eller ikke?». Dette spørsmålet ble stilt til hele utvalget, og besvart ved å velge en kategori i en ordinal skala med spenn fra «Tillegges vanligvis stor vekt» (1) til «Tillegges vanligvis lite vekt» (7). I tabellen viser vi spørsmålene som lader godt på de to overordnede indikatorene «Individuelle faktorer» og «Kapasitetspress». Høy Cronbach's Alpha viser at indikatorene ser ut til å beskrives/måle det vi ønsker. Hvilke spørsmål som angir hvilken indikator vises med uthevet skrift (ladninger  $> 0,3$ ), og beskrives under. Alle spørsmål med unntak av «pasienten mestrer forflytning» fra spørsmål 4 i spørreskjemaet i vedlegg 7.1, er med i analysen.

**Tabell 9 Prinsipal komponentanalyse av Sykehusinterne og eksterne forhold**

| Hva opplever du <i>vanligvis</i> blir vektlagt i vurderingen av om en pasient er utskrivningsklar eller ikke?     | Prinsipale komponenter (egenvektorer) for latente variabler (ingen rotasjon) N=342 |                  |
|---|--|------------------|
|   | Sykehusinterne forhold   | Eksterne forhold |
| Kommunens vurderinger av pasientens tilstand  | 0.0868   | <b>0.3487</b>    |
| Tidligere erfaringer med pasientens hjemkommune (f.eks. kompetansenivå, hvor raske de er til å ta hjem pasienten) | 0.0350   | <b>0.3391</b>    |
| Pasientens muligheter for hjelp fra familie og/eller øvrig sosialt nettverk                                       | 0.0354   | <b>0.3565</b>    |
| Pasientens eget ønske   | 0.1456   | <b>0.3537</b>    |
| Pårørendes ønske  | 0.0240   | <b>0.3552</b>    |
| Sengeposten er full/ har overlegg   | <b>0.3651</b>  | 0.1571           |
| Det nærmer seg helg/høytid  | <b>0.4123</b>  | 0.1146           |
| Legene har stort arbeidspress   | <b>0.4079</b>  | 0.1579           |
| Sykepleierne på sengeposten har stort arbeidspress  | <b>0.3967</b>  | 0.1854           |
| Det er lav sykepleier-/legedekning på sengeposten grunnet planlagt eller uforutsett fravær                        | <b>0.3691</b>  | 0.1733           |
| Eigenverdi  | 4,071  | 3,222            |
| Cronbach's alpha  | 0,906  | 0,735            |

Tabell 10 viser PCA av svarmulighetene på spørsmålet «I vurderingen av om en pasient er utskrivningsklar eller ikke, hva er det viktigste for deg?». Svarene på disse lader på to indikatorer, hhv. Personrelaterte faktorer og Sykehusrelaterte faktorer. Vurderingene er besvart ved å krysse en av syv kategorier i spennet fra «Svært viktig» (= 1) til «Ikke viktig» (= 7).

**Tabell 10 Prinsipal komponentanalyse av indikatorene sykehusinterne og eksterne forhold (med uavhengig/ortogonal rotasjon)**

| I vurderingen av om en pasient er utskrivningsklar eller ikke, hva er det viktigste for deg? | Prinsipale komponenter (eigenvektorer) for latente variabler N=316 |                        |
|--|--|------------------------|
|  | Eksterne forhold   | Sykehusinterne forhold |
| Det medisinskfaglige   | 0,0735   | <b>0,7487</b>          |
| Situasjonen på sengeposten/sykehuset   | 0,2425   | <b>-0,5873</b>         |
| Pasientens ønsker  | <b>0,4756</b>  | 0,2907                 |
| Pasientens fysiske funksjonsnivå   | <b>0,4371</b>  | -0,0326                |
| Forholdene i hjemkommunen til pasienten  | <b>0,4659</b>  | -0,0935                |
| Pårørendes meninger/ønske  | <b>0,5491</b>  | 0,0127                 |
| Eigenverdi   | 2,116  | 1,047                  |
| Cronbach's Alpha   | 0,6238   | NA                     |

Tabell 11 viser resultatene av en prinsipal komponentanalyse med oblique rotasjon, av svarmulighetene på spørsmålet «Hvilke forhold kan føre til at en pasient blir meldt utskrivningsklar til tross for at det er usikkerhet/uenighet rundt vurderingene?». Dette spørsmålet ble kun stilt til sykehusansatte, og ble besvart ved å krysse en av syv kategorier i spennet fra «Skjer ofte» (=1) til «skjer aldri» (=7). Dersom vi sammenligner analysen under med resultatene som vist i Tabell 9 ser vi at ladningene treffer tilsvarende kategorier av spørsmål. I tabellen under kaller vi indikatorene hhv. «Sykehusbelastning» og «eksterne forhold».

**Tabell 11 Prinsipal komponentanalyse av sykehusinterne og eksterne forhold**

| Hvilke forhold kan føre til at en pasient blir meldt utskrivningsklar til tross for at det er usikkerhet/uenighet rundt vurderingene? | Prinsipale komponenter (eigenvektorer) for latente variabler, N=303 |                  |
|---|---|------------------|
|   | Sykehusinterne forhold  | Eksterne forhold |
| Pasienten ønsker det selv   | -0,051  | <b>0,364</b>     |
| Det kan ikke forventes ytterligere forbedring i pasientens tilstand   | -0,041  | <b>0,408</b>     |
| Argumenter fra leger  | 0,086   | <b>0,337</b>     |
| Argumenter fra sykepleiere  | 0,103   | <b>0,366</b>     |
| Det er ikke til pasientens best å bli liggende på sykehus   | -0,013  | <b>0,363</b>     |
| Pasienten må ikke være innlagt på sykehus for å få den planlagte behandlingen/ oppfølgingen   | -0,079  | <b>0,382</b>     |
| Det er fullt på sengeposten   | <b>0,404</b>  | 0,046            |
| Påtrykk fra ledere ved sengeposten  | <b>0,404</b>  | -0,050           |
| For å unngå eventuelle korridorpasienter  | <b>0,451</b>  | -0,009           |
| Det nærmer seg helg/høytid  | <b>0,436</b>  | 0,002            |
| Et ønske om å holde liggetiden nede   | <b>0,328</b>  | -0,015           |
| Eigenverdi  | 4,51  | 1,94             |
| Cronbach's Alpha  | 0,868   | 0,675            |

Tabell 12 viser teststatistikk for indikatorene som er utledet over.

**Tabell 12: Teststatistikk - indikatorer**

| Opprinnelig spørsmål  | Indikator                                       | Lege   |                         |      | Sykepleier<br>spesialisthelsetjeneste |                         |     | Sykepleier<br>kommunehelsetjeneste |                         |     | Kruskall Wallis<br>(KW)/ t-test (p-<br>verdi) |
|---|---|--------|-------------------------|------|---------------------------------------|-------------------------|-----|------------------------------------|-------------------------|-----|---|
|   |   | Median | Gj.snitt<br>(Std.avvik) | Obs. | Median                                | Gj.snitt<br>(Std.avvik) | Obs | Median                             | Gj.snitt<br>(Std.avvik) | Obs |   |
| Hva opplever du vanligvis blir vektlagt i vurderingen av om en pasient er utskrivningsklar eller ikke?                                | Kapasitetspress/sykehusrelaterte forhold        | 5,20   | 4,99<br>(1,26)          | 76   | 4,80                                  | 4,73<br>(1,48)          | 248 | 3,20                               | 3,36<br>(1,54)          | 57  | 0,000***(KW)                                  |
|   | Individuelle forhold/ forhold utenfor sykehuset | 4,00   | 4,02<br>(1,14)          | 76   | 4,00                                  | 4,07<br>(1,14)          | 249 | 4,90                               | 4,59<br>(1,30)          | 58  | 0,003**(KW)                                   |
| I vurderingen av om en pasient er utskrivningsklar eller ikke, hva er det viktigste for deg?  | Kapasitetspress/sykehusrelaterte forhold        | 5,40   | 5,07<br>(1,33)          | 74   | 5,20                                  | 4,85<br>(1,37)          | 238 |                                    |                         |     | 0,888   |
|   | Individuelle forhold/ forhold utenfor sykehuset | 3,50   | 3,50<br>(0,93)          | 74   | 3,33                                  | 3,44<br>(0,82)          | 237 |                                    |                         |     | 0,711   |
| Hvilke forhold kan føre til at en pasient blir meldt utskrivningsklar til tross for at det er usikkerhet/uenighet rundt vurderingene? | Kapasitetspress/sykehusrelaterte forhold        | 2,50   | 3,00<br>(0,69)          | 77   | 3,00                                  | 3,02<br>(0,93)          | 239 |                                    |                         |     | 0,421   |
|   | Individuelle forhold/ forhold utenfor sykehuset | 2,75   | 3,36<br>(0,98)          | 76   | 3,00                                  | 2,96<br>(1,01)          | 238 |                                    |                         |     | 0,997   |

\* p<.05 \*\* p<.01 \*\*\* p<.001

## 7.4 VEDLEGG 4: INTERVJUGUIDE – INTERVJU MED REPRESENTANTER FRA TILDELINGSKONTORER

### OPPGAVEOVERFØRING FRA SYKEHUS TIL KOMMUNE

#### Før oppstart av intervjuene:

Referere til informasjonsskriv og samtykkeskjema. Gjennom intervjuene er målet å få innsikt i hvordan dere som arbeider på tildelingskontoret opplever ulike sider ved dagens praksis når det gjelder mottak av **utskrivningsklare** pasienter (fra ett eller flere sykehus) dere jobber på tildelingskontoret i kommunen, hvilke roller og oppgaver kommunene har, samt belyse konsekvenser av utskrivningspraksis for volum og innretning av tjenestene. Spesielt opptatt av hvorvidt dere erfarer **endringer** de siste årene når det gjelder

- hva som kjennetegner kommunikasjonen mellom dere og sykehus(ene)

- hvilken oppfølging de utskrivningsklare pasientene har behov for

#### Personvern:

- Det du sier i denne samtalen skal kun brukes til dette formålet: En vurdering av hvordan du som arbeider på tildelingskontoret opplever ulike sider ved dagens praksis når det gjelder mottak av utskrivningsklare pasienter

- Jeg gjør ingen opptak av samtalen, men noterer fortløpende mens du snakker. Etter intervjuet renskriver jeg mine notater fra intervjuet, og de blir sendt deg for samtykke.

| Fylles ut av forsker før/etter intervjuet |  |
|---|--|
| Dato for intervju                         |  |
| Løpenr. på informant                      |  |
| Antall minutter                           |  |
| Intervjuer                                |  |

|                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| Har du noen spørsmål før vi begynner? |  |
|---------------------------------------|--|

#### Bakgrunn: Stilling og organisering av arbeidet

|  |  |
|--|--|
| Hva er din rolle i tildelingskontoret (eller annet navn)?                                  |  |
| Kan du si noe kort om organisering av tjenesten i din kommune?<br><i>Ansvarsfordeling?</i> |  |
|  |  |

### Dagens utskrivningspraksis – form/innhold og konsekvenser

|   |  |
|---|--|
| Formelle rammer/forskrift/samarbeidsavtale: Hva kjennetegner kommunikasjonen? Endringer? Vurderinger?   |  |
| Vurdering av utskrivningstidspunkt av pasienter? Ser dere endringer?  |  |
| Spesielle utfordringer knyttet til mottak av utskrivningsklare pasienter? Hva krever ekstra/nye ressurser/kompetanse? Er «oppgaveoverføring/forskyvning» begreper du finner dekkende? Hvorfor/hvorfor ikke? |  |
| Hvordan er forholdet mellom behov og tilbud i denne kommunen? Er det spesielle områder som fungerer spesielt godt/er utfordrende?   |  |
| Hvordan vurderer du at utskrivningspraksis er av betydning for hvordan dere innretter tjenestene?   |  |
|   |  |

### Samarbeid mellom sykehus, kommunene og kommunale tildelingsenheter

|   |  |
|---|--|
| Sykepleie -legekontaktpunkter   |  |
| Forholdet mellom det formelle og uformelle?   |  |
| Har du synspunkter på situasjonen i sykehusene? Ser du endringer som har betydning for dere i kommunen? |  |
| Hvordan er samarbeidet om palliative pasienter? Kan du fortelle litt om denne gruppen generelt?         |  |

### Avslutning

|   |  |
|---|--|
| Har du noen videre tanker om utviklingen når det gjelder utskrivningsklare pasienter og tildelingskontorets rolle fremover? |  |
| Er det andre ting du vil legge til ut over det vi har pratet om?  |  |





**MØREFORSKING**

MOLDE

**MØREFORSKING MOLDE AS**

Britvegen 4

NO-6410 Molde

**TEL** +47 71 21 40 00

[mfm@himolde.no](mailto:mfm@himolde.no)

[www.moreforsk.no](http://www.moreforsk.no)

NO 984 369 344



**MØREFORSKING**

---