

AGENDA Kaupang

Rana kommune

Helseparken i Mo i Rana

Evaluering

RAPPORT

26. mai 2010

Oppdragsgiver: Rana kommune
Rapportnr.: 6782
Rapportens tittel: Helseparken i Mo i Rana – evaluering
Ansvarlig konsulent: Øyvind Meen Kittilsen
Kvalitetssikret av: Kari Sletnes, dr.med. MHA
Dato: 26. mai 2010

Innhold

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | INNLEDNING | 7 |
| 1.1 | BAKGRUNN FOR EVALUERINGEN | 7 |
| 1.2 | MANDAT FOR EVALUERINGEN | 7 |
| 1.3 | PRINSIPPMODELL, DATAINNSAMLING OG METODE | 8 |
| 1.3.1 | Prinsippmodell | 8 |
| 1.3.2 | Datainnsamlingen og metode | 9 |
| 1.4 | STRUKTUR | 9 |
| 2 | SAMMENDRAG | 10 |
| 3 | OM HELSEPARKEN | 15 |
| 3.1 | ORGANISERINGEN AV HELSEPARKEN | 15 |
| 3.2 | TILBUDENE I HELSEPARKEN | 15 |
| 3.3 | INNTAK OG INKLUSJONSKRITERIER | 16 |
| 3.4 | NÆRMERE OM RANA KOMMUNE SOM MODELLKOMMUNE, OG HELGELANDSSYKEHUSET AVD. RANA SOM PILOTSYKEHUS | 17 |
| 3.4.1 | Modellkommune | 17 |
| 3.4.2 | Pilotsykehus | 17 |
| 3.5 | HELSEPARKEN I FORHOLD TIL AMBISJONENE I SAMHANDLINGSREFORMEN | 17 |
| 4 | SAMHANDLINGSASPEKTET OG ORGANISATORISKE FORHOLD | 19 |
| 4.1 | KAPASITET I HELSEPARKEN | 19 |
| 4.1.1 | Bemanning og organisering | 20 |
| 4.1.2 | Nattevaktsløsning mot akuttmottaket ved Helgelandssykehuset avd. Rana | 22 |
| 4.1.3 | Utnyttelsen av ressursene mellom gruppene | 22 |
| 4.1.4 | Sykefraværet ved Helseparken | 23 |
| 4.1.5 | Bruk av vikarer og ekstravakter | 23 |
| 4.1.6 | Organisering av legetjenesten ved Helseparken | 23 |
| 4.2 | PASIENTGRUNNLAG | 24 |
| 4.2.1 | Tildeling av tjenester | 28 |
| 4.2.2 | Omsorgskontorets rolle | 28 |
| 4.2.3 | De ortopediske opptreningsplassene | 29 |
| 4.2.4 | Videre etter Helseparken | 29 |
| 4.2.5 | Ulikheter mellom pasientgruppene | 29 |
| 4.3 | UTSKRIVING AV PASIENTER FRA HELSEPARKEN | 30 |
| 4.3.1 | Starten på utskriving av pasienter fra Helseparken | 30 |
| 4.3.2 | Utskrivingsprosessene/overføringen fra Helseparken til hjem eller annen kommunal tjenesteyting | 31 |
| 4.4 | INFORMASJONSOVERFØRING | 32 |
| 4.4.1 | Dokumentasjonskrav ved overføring fra sykehus til Helseparken | 32 |
| 4.4.2 | Elektronisk samhandling mellom kommunen og helseforetaket i forbindelse med Helseparken | 32 |
| 4.4.3 | Bli epikrisen oversendt tidnok til at en målrettet behandling og pleie kan fortsette uten avbrudd? | 34 |
| 4.4.4 | Individuell plan | 35 |
| 4.5 | HELSEPARKENS Plass I TILTAKSKJEDEN | 35 |
| 4.6 | SAMARBEID | 37 |
| 4.6.1 | Samarbeid med pårørende | 37 |
| 4.6.2 | Samarbeid mellom sykehus og kommune v/Helseparken | 37 |

| | | |
|----------|---|-----------|
| 4.6.3 | Samarbeid mellom fastlegene og Helseparken | 38 |
| 4.6.4 | Samarbeid mellom Helseparken og øvrige tjenester i kommunen | 38 |
| 4.7 | HELSEPARKEN ELLER SYKEHUS | 39 |
| 4.8 | ORGANISATORISKE OG JURIDISKE FORHOLD | 40 |
| 4.8.1 | Det postoperative opptreningstilbudet til proteseopererte pasienter | 41 |
| 4.8.2 | Kommunalt tilbud med ytelsesavtale med regionalt helseforetak | 42 |
| 5 | PASIENTMESSIGE KONSEKVENSER/KVALITET | 44 |
| 5.1 | BEHANDLINGSKVALITET VURDERT AV TIDLIGERE PASIENTER OG PÅRØRENDE | 44 |
| 5.1.1 | Fra fokusgruppeintervjuet | 44 |
| 5.1.2 | Helseparkens egen pasientundersøkelse | 47 |
| 5.1.3 | Samlet inntrykk | 50 |
| 5.2 | BEHANDLINGSKVALITET VURDERT AV ANSATTE | 50 |
| 5.3 | REINNLEGGELSER I SYKEHUS | 54 |
| 5.4 | FOREBYGGENDE HELSEARBEID | 56 |
| 6 | HELSEØKONOMISKE KONSEKVENSER | 57 |
| 6.1 | HELSEPARKENS UTGIFTER | 57 |
| 6.2 | EFFEKT FOR SYKEHUSET | 57 |
| 6.3 | SPARTE OPPHOLD PÅ OPPTRENING SINSTITUSJON | 58 |
| 6.4 | EFFEKT FOR KOMMUNEN | 58 |
| 6.5 | NETTO ENDRING I KOSTNADER – OPPSUMMERING | 59 |
| 7 | KONKLUSJON OG ANBEFALINGER | 60 |
| | SKRIFTLIG DOKUMENTASJON | 62 |

| | |
|---------|-------------------|
| Vedlegg | Organisasjonskart |
| | Aktivitetsplan |

Forord

Helseparken i Mo i Rana er et intermediært samarbeidstiltak mellom Rana kommune og Helgelandssykehuset avd. Rana¹. Kommunen er eier av tilbudet og har vært oppdragsgiver for evalueringen, som har vært utført av Agenda Kaupang AS.

Evalueringen har vært sentrert rundt tre temaområder i tråd med mandatet for evalueringen:

1. En vurdering av kvalitetsmessig effekt for pasientene
2. En vurdering av den kostnadsmessige og faglige effekt for sykehuset og kommunen
3. En vurdering av samhandlingsaspektet ved tiltaket

Datainnsamlingen har vært basert på intervjuer og spørreundersøkelser med så vel ledere i kommunen, Helseparken, sykehuset, ansatte, pasienter, brukere og pårørende. Våre anbefalinger følger av de analyser som er gjort i evalueringsrapporten.

Vi vil få takke alle ansatte, pasienter, pårørende, beslutningstakere, politikere, og tillitsvalgte som har stilt opp til intervjuer og deltatt i spørreundersøkelser underveis i arbeidet.

Evalueringen har vært gjennomført av siviløkonom/MAE Finn Arthur Forstrøm, cand.polit./sykepleier Svein Lyngroth og cand.polit. Øyvind Meen Kittilsen. Prosjektansvarlig har vært Øyvind Meen Kittilsen.

Høvik, 26. mai 2010

Agenda Kaupang AS

¹ I det videre stort sett bare omtalt som sykehuset

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for evalueringen

Helseparken i Mo i Rana er et samarbeidsprosjekt mellom Rana kommune og Helgelandssykehuset avd. Rana. Eier av Helseparken er Rana kommune. Helsepark-konseptet ble utredet i 2006². På den tiden så man for seg en lokalisering i tilknytning til 3. etasje ved Selfors sykehjem, eller i form av et nybygg – eventuelt alternativt bruk av Selfors sykehjem.

Et viktig inklusjonskriterium for pasienter til Helseparken er kravet om at pasientene må kunne utskrives til eget hjem etter avsluttet opphold. Dette er pasienter som med et målrettet behandlingsopplegg og med tilrettelegging av forholdene i hjemmet, ofte klarer seg selv.

I sykehusets søknad til Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) av 6.1.2009 ble det søkt om tilskudd til prosjektet parallelt med at sykehuset ble søkt inn som pilot-sykehus. Det presiseres i søknaden at Helseparken er klar til å settes i drift i sykehusets lokaler etter fristilling og ombygging av 5. etasje ved sykehuset. I søknaden til HOD budsjetteres det med kr 500 000 til evaluering av Helseparken i prosjektfasen, og det presiseres at evalueringen vil bli lagt til grunn for en beslutning om Helseparken skal gå over i permanent drift fra sommeren 2010. Statusen for sykehuset som pilotsykehus følger direkte av at Helseparken ble bestemt lokalisert ved sykehuset.

Meningen med pilotsykehusprosjektene er at de skal ha sitt utspring i sykehus og spesialisthelsetjeneste. Prosjektene skal ta utgangspunkt i kjernevirksomheten og bør omfatte den helhetlige sykehusdriften, men skal ha som mål å utvikle ulike områder, hvor ett av områdene er samhandling internt i sykehus og/eller samhandling mellom første- og andrelinjetjenesten.

Oppstart av prosjektfasen i Helseparken var 1. februar 2009, og første pasient ble tatt inn 16. februar samme år. Prosjektfasen strekker seg frem til 30. juni 2010. Den tidsmessige rammen for evalueringen har foregått i tidsrommet februar til mai 2010.

1.2 Mandat for evalueringen

I henhold til konkurransegrunnlaget skal evalueringen av Helseparken omfatte tre deler:

1. **En vurdering av den kvalitetsmessige effekt for pasientene**
 - a. Pasienters fornøydhet med oppholdet i Helseparken
 - b. Forberedelse av utskriving for de pasientgruppene som mottar behandling i Helseparken
 - c. Ansattes vurdering av kvalitet
 - d. Reinnleggelser i sykehuset etter opphold i Helseparken. Omfang og grunnlag for reinnleggelsen
2. **En vurdering av den kostnadmessige og faglige effekt for sykehuset og kommunen**
 - a. En vurdering av den kostnadmessige effekt for sykehuset
 - b. Endring i antall liggedager i sykehuset som følge av Helseparken
 - c. Hva har ev. frigjort kapasitet i sykehuset betydd faglig og økonomisk for sykehuset?

² Rapporten "Helseparkprosjektet" (desember 2006)

- d. En vurdering av kostnadmessig effekt for helseforetaket gjennom sparte opphold på opptreningsinstitusjon
- e. En vurdering av effekten Helseparken har hatt for kommunen. Hvordan er etterspørselen etter sykehjemsplasser og andre omsorgstjenester påvirket som følge av Helseparken?

3. En vurdering av samhandlingsaspektet ved tiltaket

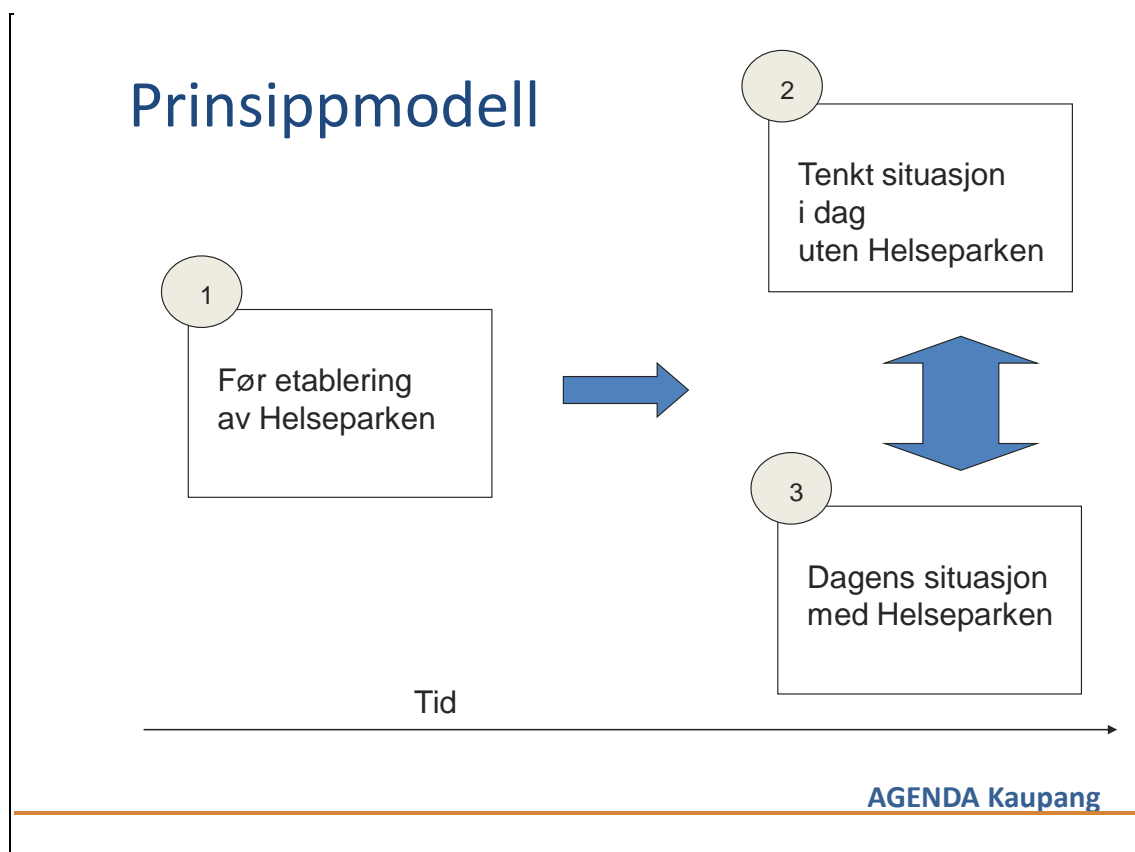
- a. Positive og negative erfaringer knyttet til samhandling mellom kommune og sykehus ved tiltaket.
- b. En vurdering av på hvilken måte organisatoriske forhold representerer en barriere for god samhandling
- c. En vurdering av på hvilken måte økonomiske forhold representerer en barriere for god samhandling
- d. En vurdering av på hvilken måte juridiske forhold representerer en barriere for god samhandling

I tillegg til mandatpunktene over tas det i evalueringen høyde for sentrale føringer i dokument "Prosjektrammer – pilotsykehusprosjekt".

1.3 Prinsippmodell, datainnsamling og metode

1.3.1 Prinsippmodell

Evalueringen har tatt utgangspunkt i følgende prinsippmodell:



Prinsippmodellen er et uttrykk for det metodiske utgangspunktet i evalueringen. I evalueringen har vi sammenliknet dagens situasjon, hvor Helseparken (3) finnes, med en tenkt situasjon *uten* Helseparken (2). Det betyr blant annet at vi bare har brukt tilgjengelige, sammenliknbare data fra tiden *før* etableringen av Helseparken (1), og

etter innføringen av Helseparken (3) der den antatte virkningen mellom årsak (det vil si innføringen av Helseparken) og virkning (de forhold som måles) er svært direkte/opplagt.

Den praktiske anvendelsen av prinsippmodellen i evalueringen kommer blant annet til uttrykk i måten intervju spørsmålene er blitt utformet på.

1.3.2 Datainnsamlingen og metode

I forbindelse med datainnsamlingen ble det utarbeidet en detaljert intervjuguide med spørsmål som reflekterer de problemstillingene som oppdragsgiver ønsker å få belyst i evalueringen.

Bruk av intervjuer, fokusgruppeintervjuer og spørreundersøkelser med informanter som jobber i Helseparken, eller som ivaretar funksjoner inn mot Helseparken, gir en mulighet til å samle førstehåndsinformasjon som vanskelig lar seg fremskaffe ved annen type datainnsamling. Spørsmålene i intervjuguiden har karakter av å være semi-strukturerte. Det vil si at det benyttes ferdig formulerte spørsmål, men informantene står fritt til selv å utforme sine svar. Standardiserte spørsmål kan si oss noe om reliabiliteten (nøyaktigheten) i datamaterialet som samles inn. Jo flere av informantene som gir sammenfallende svar på spørsmålene, desto høyere reliabilitet i datamaterialet er det grunn til å tro at det er. Av dette følger at reliabiliteten i datamaterialet også uttrykker en motsvarende virkelighetsbeskrivelse.

Fokusgruppeintervjuer er en intervjumetodikk hvor flere informanter i fellesskap reflekterer over de spørsmål intervjueren stiller. Intervjumetoden er egnet til å sette i gang prosesser hos deltakerne hvor målet er å frembringe nye perspektiver knyttet til spørsmålene som stilles.

I intervjuene ble det også stilt oppsummerende spørsmål, basert på innholdet i de kvalitative intervjuene. Oppsummering av intervjuer i form av påstander gir ofte et uttrykk for graden av konsistens i intervju svarene. På den måten får intervjueren en mulighet til å "vekte" svarene til informantene, og svarene kan anvendes tilsvarende.

Det presiseres at intervjuene og spørreundersøkelsene samlet utgjør den vesentligste delen av datainnsamlingen for evalueringen av Helseparken i Mo i Rana.

1.4 Struktur

I rapportens del 2 gis et kortfattet sammendrag av hovedfunnene i evalueringen. Del 3 inneholder en beskrivelse av Helseparken, og litt om Rana kommune som modellkommune og Helgelandssykehuset avd. Rana som pilotsykehus. Vi redegjør for hvilke tilbud som gis i Helseparken, og rutiner for inntak og utskrivning av pasienter. En analyse av funn i delundersøkelsen om samhandlingsaspekt og organisatoriske forhold følger i del 4. I del 5 og del 6 analyserer vi henholdsvis funnene i delundersøkelsene om kvalitetsmessig effekt for pasientene, og funnene i delundersøkelse om helseøkonomiske konsekvenser. Konklusjon med anbefalinger følger av del 7.

2 Sammendrag

Om Helseparken

Helseparken kan beskrives som en forsterket korttidsenhet/intermediært tilbud for utskrivningsklare pasienter og pasienter med behov for rehabilitering. Pasientgruppene behandlingsbehov befinner seg på et nivå mellom sykehus og kommunehelsetjeneste. Sengeplasser i Helseparken representerer et tilpasset tilbud for disse pasientgruppene. Sentralt her er Helseparkens økte ressurser hva gjelder lege, sykepleie, ergoterapi og fysioterapi.

Helseparken som tilbud svarer videre godt til betegnelsen Lokalmedisinske sentre (LMS), slik dette omtales i Samhandlingsreformen (St. meld. nr. 47 2008–2009).

Samhandlingsaspektet og organisatoriske forhold

Kapasitet i Helseparken

Hva gjelder pleiefaktor, så ligger Helseparken på et nivå like under gjennomsnittet for et utvalg av intermediærposter som vi har sammenliknet med. Det samme gjelder bemanningsfaktor for sykepleiere og hjelpepleiere som er på et nivå like under det samme utvalget av intermediærposter.

Andel årsverk ergoterapi/fysioterapi utgjør 0,21 % i forhold til antall plasser. Det er relativt høyt sammenliknet med det vi finner i andre sammenliknbare avdelinger.

Den samlede legeressursen i Helseparken er på 0,6 årsverk. Tilgangen på legeressurs i Helseparken er således langt høyere enn det vi finner i ordinære sykehjem, men på nivå med det som finnes i andre forsterkede korttidsavdelinger.

Sykefraværet i Helseparken var i 2009 i snitt på 9,2 %. Fravær på 6–8 % regnes vanligvis som bra i avdelinger med døgnbemannet turnus.

Pasientgrunnlag

Pasientstatistikken viser at sengene i hovedsak er blitt brukt etter intensjonen, selv om det kan se ut som om de utskrivningsklare pasientene legger beslag på noe mindre sengekapasitet (5 mot planlagt 6) enn forutsatt. Det kan indikere at kapasitetsbehovet for de utskrivningsklare pasientene i utgangspunktet har vært satt for høyt, eller at en gjennom ulike tiltak har fått tiltakskjeden i kommunen til å fungere bedre, og/eller fått til samarbeidet mellom sykehus og kommune omkring utskrivningsklare pasienter.

Ved ledig kapasitet i Helseparken blir det i enkelte tilfeller tatt inn pasienter mellom inntaksmøtene. Plassene i Helseparken blir også til en viss grad anvendt fleksibelt. Ledige senger blir forsøkt fylt opp, om nødvendig med pasienter fra en annen gruppe enn forutsatt.

Inntaket til de ortopediske opptreningsplassene skjer i stor grad uten at pasientene behandles i inntaksmøtet. Dersom inntaksmøtet skal beholde sin funksjon, bør det vurderes om også fysioterapeut på Kirurgisk avdeling bør delta fast i inntaksmøtet. Det vil trolig bedre dialogen omkring hvilke proteseopererte pasienter som bør få tilbud om opptreningsplass i Helseparken.

Overføring til annen kommunal tjenesteyting ser ut til å gå bra. Likevel har det fremkommet synspunkter på at fysioterapeuter/ergoterapeuter i kommunen burde vært trukket inn i overføringsprosessen fra Helseparken, særlig med tanke på fysioterapeuter/ergoterapeuter i Helseparken sin kartlegging av hjemmesituasjonen før utskriving.

Det blir pekt på at hjelpemidler noen ganger kan være forsinket. Det har ført til at opphold i Helseparken har blitt unødig forlenget.

Brukerinformantenes vurdering av forskjeller i behandlingsoppleggene til de tre gruppene som tas inn i Helseparken, varierer. Vi anbefaler derfor å forankre Helseparkens aktivitetsplan tydeligere hos brukerne. På den måten kan man oppnå ens forståelse av så vel behandlingsfilosofi som innhold i behandlingsoppleggene.

Utskriving av pasienter fra Helseparken

Planlegging av utskrivning av pasienter fra Helseparken skal starte i samband med at pasienten kommer til Helseparken. Dette er noe man har vedvarende oppmerksomhet på. Fokuset og bevisstheten på dette i Helseparken er god. Oppmerksomheten her er også i tråd med moderne rehabiliteringsfilosofi og vektlegging av pasientforløps-tenkning.

Informantene har videre gode erfaringer med utskrivning/overføring til hjem eller annen kommunal tjenesteyting. Legemiddelhåndtering er likevel en utfordring. Det etterlyses en bedre og mer kortfattet oppsummering av pasientens medisinske status ved inn- og utskrivning i Helseparken. Det etterlyses også noe informasjon om pasientens funksjonsnivå og nytte av oppholdet i Helseparken.

Utskriving fra Kirurgisk avdeling til Helseparken oppleves av enkelte som annerledes enn fra Medisinsk avdeling. Vi anbefaler å etterstrebe felles praksis på overføring fra sykehuset til Helseparken.

Informasjonsoverføring

Elektronisk samhandling er en utfordring nasjonalt, så også i samhandlingen mellom Rana kommune v/Helseparken og sykehuset. Elektronisk samhandling her vil være en fordel med tanke både på utveksling av informasjon journalsystemene i mellom og ikke minst med tanke på forsvarlig håndtering av legemiddelinformasjon ved skifte av omsorgsnivå.

Epikrise ser ut til å bli oversendt tidsnok til Helseparken til at målrettet behandling og pleie kan fortsette uten avbrudd. Det synes likevel å være noe uklart hvilken dokumentasjon som skal følge pasienten fra sykehuset og over i Helseparken. Vi anbefaler å se nærmere på dokumentasjonskravene ved overføring fra sykehus til Helseparken. Målet må være å få til rutiner som gjør at kravene til dokumentasjon ved overgang fra sykehus til Helseparken blir oppfattet likt, og fulgt.

Bruk av Individuell plan er under utvikling i Helseparken. Brukere med behov for Individuell plan bør få tilbud om dette i Helseparken.

Helseparkens plass i tiltakskjeden

Etableringen av forsterkede korttidsavdelinger/intermediæravdelinger som Helseparken er et alternativ til å etablere flere ordinære plasser i eksisterende tjenesteparat. Behandling i denne typen avdelinger kan bli en del av tjenestene som ytes i kommunehelsetjenesten, det vil si en type "høyspesialiserte" korttids plasser i institusjon. Sagt på en annen måte, et trappetrinn i det relativt store gapet som er mellom innleggelse i sykehus og ordinære plasser i sykehjem.

Samarbeid

Ansatte, pårørende og pasienter er svært tilfredse med tilbudet. Pårørende er så godt som samstemte i at det er positivt med et tilbud som Helseparken i lokalmiljøet.

Videre fungerer Helseparken som en katalysator og kontaktpunkt i samarbeidet mellom sykehus og kommune/Helseparken.

Når det gjelder fastlegene, så befinner de seg litt på siden i forhold Helseparken. Vi anbefaler derfor at det utvikles bedre samarbeidsrutiner med fastlegene.

Helseparken eller sykehus

Helseparken er et godt behandlingstilbud til de aktuelle pasientgruppene. Pasientgruppens behandlingsbehov befinner seg på et nivå mellom sykehus og kommunehelsetjeneste. Sengeplasser i en forsterket korttidsenhet som Helseparken representerer ofte et adekvat tilbud til enkelte grupper av eldre, syke pasienter. Økte ressurser til lege, sykepleie, ergoterapi og fysioterapi er sentralt i så måte.

Organisatoriske og juridiske forhold

Det ligger begrensninger i helseforetaksloven med hensyn til helseforetakenes mulighet til å eie virksomhet som yter spesialisthelsetjeneste sammen med andre enn helseforetak. På den annen side: Dersom et helseforetak og kommune går sammen om å yte kommunehelsetjeneste, så stilles det bare krav til organisering i form av begrenset ansvar.

Med referanse til erfaringene til Namdal Rehabilitering, *Høylandet* i Nord-Trøndelag, så anbefaler vi Helseparken v/Rana kommune å avklare mulighetene til å få en ytelsesavtale med Helse Nord RHF på oppretning av ortopediske pasienter, som beskrevet over.

Pasientmessige konsekvenser/kvalitet

Fokusgruppeintervju med pasienter/pårørende

Alle pasienter og pårørende er *helt enige* i at brukerne: Blir ivaretatt med hensyn til konkrete behov for tjenester som personlig hygiene, tannbehandling, medisinske tjenester, fysiologiske behov, trygghet, respekt og forutsigbarhet.

Alle pasienter og pårørende er *helt eller delvis enige* i at brukerne har: Mulighet for å ivareta en mest mulig normal tilværelse med ro og skjermet privatliv, normal døgnrytme, hjelp ved av-/påkledning, hjelp ved måltider, mulighet til egenomsorg.

Alle pasienter og pårørende er *helt eller delvis enige* i at brukerne har: Mulighet for deltakelse i sosiale aktiviteter som samvær og sosial kontakt, og med tilbud om aktiviteter både ute og inne.

Helseparkens egen pasientundersøkelse

Av Helseparkens egen pasientundersøkelse fremgår det at over 90 % opplever: De ansatte på Helseparken som faglig dyktige, at de samarbeider godt med hverandre om det pasienten trenger hjelp til, å bli møtt med høflighet og respekt av ansatte på avdelingen.

Samtidig er over 80 % *helt enig* eller *delvis enig* i: Å få god informasjon om Helseparken i forkant av oppholdet (20 % er likevel *delvis uenig* eller *helt uenig* i dette), At jeg fikk mulighet til å påvirke behandlingsopplegget mitt (litt over 10 % er likevel *delvis uenig* eller *helt uenig* i dette), At jeg har fått en person å forholde meg til som hjelper meg å planlegge hjemreise (nærmere 20 % er likevel *delvis uenig* eller *helt uenig* i dette)

Videre er over 90 % er *helt enig* eller *delvis enig* i at: Jeg har fått hjelp til nødvendig tilrettelegging hjemme, Jeg har fått informasjon om hvilke tjenestetilbud som kan være aktuelle for meg etter utskriving, Jeg har fått informasjon om hva jeg selv kan gjøre for å forebygge plager.

Samlet sett er litt under 100 % *helt enig* eller *delvis enig* i at: Jeg er fornøyd med tilbudet jeg har fått i Helseparken, Jeg opplever at målene med oppholdet er nådd.

Ansatte

Alle ansatte er *helt enige* eller *delvis enige* i at brukerne: Bli ivaretatt med hensyn til konkrete behov for tjenester som trygghet, forutsigbarhet, respekt, tannbehandling, personlig hygiene, fysiologiske behov og medisinske tjenester.

Alle ansatte er *helt enige* eller *delvis enige* i at brukerne har: Mulighet for å ivareta en mest mulig normal tilværelse med ro og skjermet privatliv, normal døgnrytme, hjelp ved av- og påkledning, hjelp ved måltider, og mulighet til egenomsorg.

Alle ansatte er *helt enige* i at brukerne har: Mulighet for deltakelse i sosiale aktiviteter som samvær, sosial kontakt og fellesskap.

De fleste av de ansatte er *delvis enige* i at brukerne: Har tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter både ute og inne. En liten andel er delvis uenige i dette.

Reinnleggelser i sykehus

I vårt intervjumateriale er det fremkommet enkelte synspunkter på at fysioterapi- og ergoterapitjenester med fordel kunne vært bedre i tilbudet til de utskrivingsklare pasientene.

Reinnleggelser i sykehus grunnet tilbakefall blant de ortopedisk opererte pasientene har i henhold til vårt intervjumateriale ofte sin bakgrunn i infeksjoner.

Andelen reinnleggelser i sykehus er samlet sett likevel størst blant de utskrivingsklare pasientene.

Forebyggende helsearbeid

Etter vår vurdering drives det så vel sekundærforebygging som tertiærforebygging i Helseparken. Særlig er det elementer av tertiærforebygging som kommer til uttrykk idet dette ligger tett opp til rehabilitering. Videre sees arbeidet til ergoterapeuter og atmosfæren i Helseparken med trivsel, opplevd trygghet osv. i et forebyggende perspektiv.

Helseøkonomiske konsekvenser

Effekt for sykehuset

Helseparken har vært den viktigste årsaken til at det var mulig å legge ned 17 kirurgiske dagsenger, uten at kirurgisk aktivitet gikk ned.

Sykehuset har nøye fulgt opp effekten for de ulike pasientkategoriene som får tilbud i Helseparken.

Selv om det er metodemessig usikkert å anta at det bare er etableringen av Helseparken som muliggjorde reduksjonen i kirurgiske dagsenger, er det med basis i statistikken grunnlag for å konkludere med at etableringen av Helseparken har ført til at sykehuset hadde knapt 1 500 liggedøgn færre i 2009 enn det en ville hatt uten Helseparken.

Med en antatt kostnad på kr 5 000 pr. liggedøgn gir dette en beregnet besparelse på ca. 7,4 millioner kroner³. Fratrullet inntekter knyttet til kommunens langtidsliggere på 1 million kroner, tilsvarer dette en beregnet besparelse på ca. 6,4 millioner kroner for helseforetaket.

Med en kostnad til Helseparken på ca. 3,8 millioner kroner kan en konkludere med at etableringen av Helseparken har vært netto kostnadsbesparende for helseforetaket.

Sparte opphold på opptreningsinstitusjon

Sparte opphold på opptreningsinstitusjon for de proteseopererte pasientene kommer ikke sykehuset til gode, men gir reduserte kostnader for Helse Nord RHF. Forutsatt samme liggetid fremover for proteseopererte pasienter i Helseparken med 12,1 døgn og en enhetspris på kr 1 465, vil en årlig besparelse for Helse Nord RHF kunne beløpe seg til ca. 1,9 millioner kroner⁴.

Effekt for kommunen

Kommunens oppfatning er at etablering av Helseparken trolig er økonomisk gunstig for kommunen samlet sett, men uten at det foreligger konkrete beregninger.

Vi har gjort en beregning av dette ved å sammenlikne Rana kommunes relative kostnadsnivå til helse, pleie og omsorg i 2008 og 2009. Som sammenlikning har vi brukt gjennomsnittet for kommunegruppen som Rana tilhører. Sammenlikningen viser:

- Økningen var 2,7 % innenfor pleie og omsorg for Rana, mens gjennomsnittet for kommunegruppen Rana tilhører økte med 5,6 %
- Økningen var 8,1 % innenfor helse for Rana, mens gjennomsnittet for kommunegruppen økte med 9,8 % prosent

Sammenlikningen underbygger kommunenes oppfatning om at etableringen av Helseparken trolig er økonomisk gunstig for kommunen samlet sett.

Netto endringer i kostnader – oppsummering

På grunnlag av tilgjengelig informasjon kan det konkluderes med at sykehuset og kommunen ved etableringen av Helseparken totalt sett har fått mindre utgifter enn hva som ville vært tilfellet uten Helseparken.

³ Beløpet kr 5 000 er hentet fra St. meld. nr. 47 Samhandlingsreformen s. 106. Basert på egne, tidligere beregninger så er dette beløpet trolig litt høyt for Helgelandssykehuset avd. Rana. Pris her pr. liggedøgn ligger nok litt under kr 5 000, men ikke lavere enn at regnestykket blir omtrent det samme.

⁴ Enhetsprisen på kr 1 465 er basert på opplysninger fra Helse Nord RHF.

3 Om Helseparken

3.1 Organiseringen av Helseparken

Helseparken er et rent kommunalt tilbud eid av Rana kommune, men lokalisert til 5. etasje ved sykehuset. Helseparken er i prosjektperioden organisert med en helseparkleder og en nestleder. Helseparkens leder er i linje til Avdeling for psykiatri og helse under Helse- og sosialsjefen i Rana kommune.

Lokaliseringen uttrykker i seg selv Helseparken som et samhandlingstiltak mellom kommune og spesialisthelsetjeneste. I pilotfasen som strekker seg til juni 2010, er prosjektet organisert med en egen styringsgruppe.

Styringsgruppen har følgende sammensetning:

- Helse- og sosialsjef, Rana kommune (styringsgruppens leder)
- Direktør ved sykehuset
- Fagsjef Avdeling for psykiatri og helse, Rana kommune
- Omsorgssjefen i Rana kommune
- Leder av Helseparken
- Tillitsvalgt, helseforetaket
- Ansatt fra helseforetaket
- Tillitsvalgt, Rana kommune
- Brukerrepresentant

3.2 Tilbudene i Helseparken

Rana kommune og sykehuset har i fellesskap etablert Helseparken⁵. Hensikten med Helseparkprosjektet er å gi et bedre tilbud til pasienter ved sykehuset som fremdeles har et behov for behandling og oppfølging.

Helseparken gir et tilbud til disse pasientgruppene:

1. Eldre med behov for omfattende hjelp, men som med et målrettet tilbud kan utskrives til hjemmet (utskrivingsklare pasienter)
2. Nyopererte pasienter med behov for opptrening
3. Pasienter med rehabiliteringsbehov

Helseparken har 17 sengeplasser, hvorav:

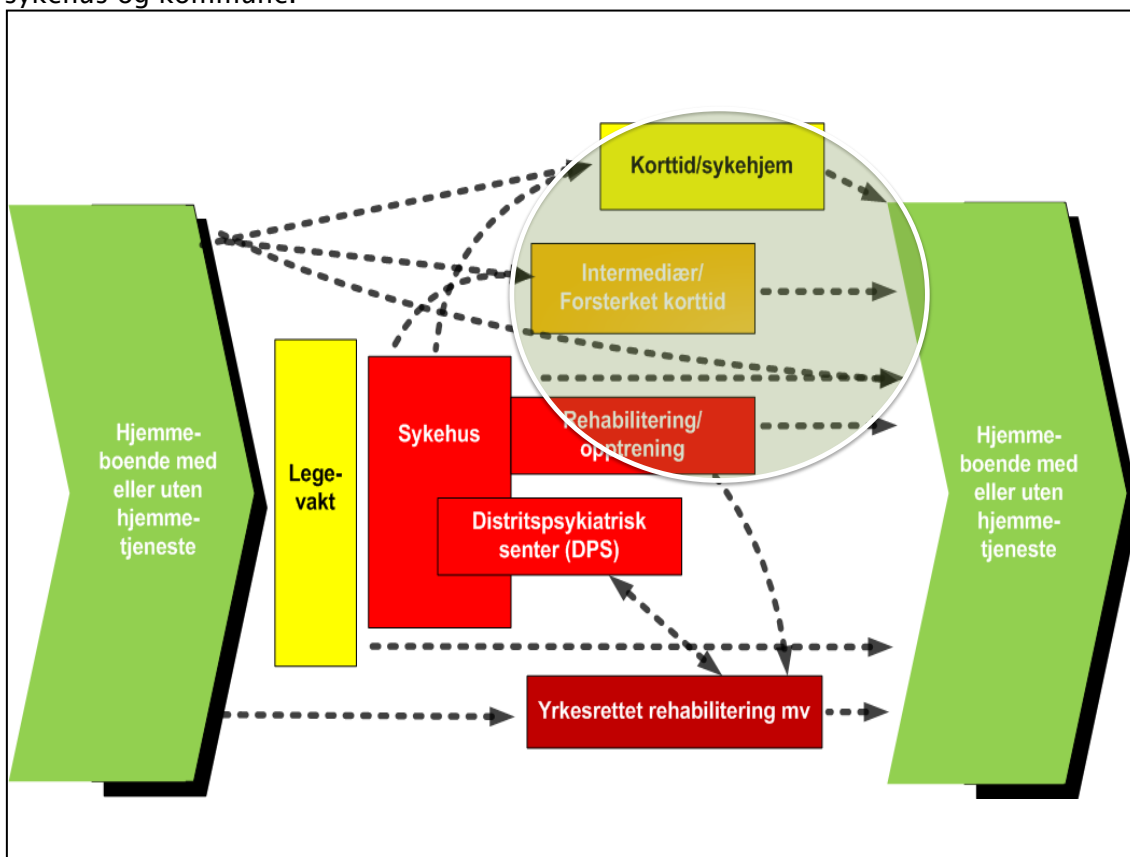
- Seks plasser er intermediære sengeplasser forbeholdt eldre utskrivingsklare pasienter
- Fire plasser er forbeholdt postoperativ opptrening av proteseopererte pasienter
- Syv plasser er forbeholdt pasienter med behov for rehabilitering. Pasientene her er gjerne kronikere, og de har ofte flere kroniske tilstander samtidig

Plassene i Helseparken blir til en viss grad anvendt fleksibelt. Ved ledig sengekapasitet tas det inn pasienter som ikke nødvendigvis hører til den pasientgruppen som sengen er forbeholdt til.

⁵ I St. meld. 47 Samhandlingsreformen introduseres modellen lokalmedisinske sentre. Dette er kommunale tilbud som skal bidra til å sikre observasjon, behandling og etterbehandling på beste effektive omsorgsnivå. Videre skal tilbudene forhindre innleggelse i sykehus, og bidra til større nærhet til og tilfredshet med tjenestetilbudet. Slike oppgaver kan lokaliseres til lokalmedisinske sentre eller forsterka sykehjem utviklet i den enkelte kommune, eller gjennom ulike former for kommunesamarbeid (s. 59–60). Innholdsmessig synes det således ikke å være noe i veien for å omtale Helseparken som et lokalmedisinsk senter.

Oppholdslengde for de ulike pasientgruppene i Helseparken er en-tre uker. De utskrivingsklare pasientene er sjeldent inneliggende lenger enn 10 dager før utskrivning.

Skjematisk kan Helseparken beskrives som et tilbud i skjæringspunktet mellom sykehus og kommune.



Helseparken er et intermediært tilbud/forsterket korttidsenhet for blant annet utskrivingsklare pasienter. Pasientgruppene behandlingsbehov befinner seg på et nivå mellom sykehus og kommunehelsetjeneste. Sengeplasser i en forsterket korttidsenhet som Helseparken representerer ofte et adekvat tilbud for disse pasientgruppene. Sentralt her er Helseparkens økte ressurser hva gjelder lege, sykepleie, ergoterapi og fysioterapi.

3.3 Intak og inklusjonskriterier

Et sentralt inklusjonskriterium for pasienter til Helseparken er kravet om at pasientene må kunne utskrives til eget hjem etter avsluttet opphold. Disse pasientene kan med et målrettet behandlingsopplegg og med tilrettelegging av forholdene i hjemmet ofte klare seg selv. Dette har bidratt til bedre sirkulasjon i kommunenes korttidsplasser, og er en av gevinstene som følge av etableringen av intermediært tilbudet Helseparken.

For pasienter det hefter usikkerhet ved om innfrir dette inklusjonskriteriet, kan et opphold i Helseparken eventuelt benyttes til et avklaringsopphold.

3.4 Nærmere om Rana kommune som modellkommune, og Helgelandssykehuset avd. Rana som pilotsykehus

Rana kommune er en av flere norske kommuner med status som modellkommune, og som nevnt over har Helgelandssykehuset avd. Rana status som pilotsykehus.

3.4.1 Modellkommune

Modellkommunemetodikken har som målsetting å gjøre ansatte i offentlig sektor til aktive deltakere i omstillings- og utviklingsarbeid. Hovedideen er trepartssamarbeidet, et aktivt og likeverdig samarbeid mellom politikere, administrasjon og tillitsvalgte. Hovedmålsettingen er at man gjennom dialog kommer frem til felles beslutninger som alle stiller seg bak og forplikter seg til.

3.4.2 Pilotsykehus

Det overordnede målet for pilotsykehusprosjektet er å skape et bedre grunnlag for realisering av de helsepolitiske målsettingene om å sikre befolkningen likeverdig tilgang til helsetjenester av god kvalitet. For å nå dette målet legges det opp til et bredt samarbeid mellom Helse- og omsorgsdepartementet, regionale helseforetak, KS/kommuner, representanter for brukerorganisasjoner og arbeidstakerorganisasjonene i helseforetakene. Prosjektet har som målsetting å prøve ut nye driftsformer, eller skape prosesser gjennom ulike metodikk som bygger på samarbeid og som evner å utnytte kompetanse, ny teknologi og god organisering til det beste for pasientene. I tillegg er det en målsetting at prosjektet skal bidra til at de ansatte får gode utviklingsmuligheter, er nyskapende og fremstår som inspirerende for andre.

I forbindelse med Helseparken kommer partssamarbeidet blant annet til uttrykk i styringsgruppens sammensetning. I motsetning til modellkommunemetodikken er det her riktigere å snakke om et fempartssamarbeid: administrasjon og fagpersonell ved Helgelandssykehuset avd. Rana og Rana kommune, ansattes organisasjoner ved Helgelandssykehuset avd. Rana, og Rana kommune og brukerrepresentasjon. Samarbeidsformen er forankret gjennom politisk vedtak i Rana kommunestyre.

En av de viktigste faktorene bak etableringen av Helseparken har vært prosessen med medvirkning over mange år fra tillitsvalgte, fagmiljøer, ledere ved Helgelandssykehuset avd. Rana og i Rana kommune. Helseparken har videre vært politisk forankret i Rana kommune og tydelig forankret i Helse Nord RHF. Det har vært gjennomgående brukerrepresentasjon i hele prosessen frem mot Helseparken, og senere i styringsgruppen for Helseparken.

Fagmiljøene i så vel sykehuset som i kommunen har medvirket i utarbeidelsen av både inntakskriterier, inntaksrutiner, og i planleggingen av hovedstrukturen knyttet til personellsammensetningen i Helseparken.

Helseparken har rutiner for månedlig gjennomgang av brukerundersøkelse. Disse gjennomgås blant annet i personalmøter i Helseparken, og danner grunnlaget for utarbeidelse av plan for forbedringspunkter. Det kan dreie seg om faglig innhold, endringer i rutiner – informasjonsrutiner m.m.

3.5 Helseparken i forhold til ambisjonene i Samhandlingsreformen

Helseparken svarer til ambisjoner i St. meld. nr. 47 Samhandlingsreformen.

I stortingsmeldingen introduseres begrepet lokalmedisinske sentre (LMS). LMS skal bidra til å sikre observasjon, behandling/etterbehandling og forhindre innleggelser/reinnleggelser i sykehus. Det er videre en ambisjon i Samhandlingsreformen at LMS skal bidra til større nærhet til og tilfredshet med tjenestetilbudet (s. 59). Helseparken

svarer til disse sentrale kjennetegnene ved lokalmedisinske sentre. Evalueringen viser at nærheten til lokalsamfunnet kombinert med en nesten fysisk "sømløshet" i overgang fra sykehus til Helseparken er verdsatt av så vel ansatte som pårørende og brukere av Helseparken.

I St. meld. nr. 47 vises det til et hensiktsmessig befolkningsgrunnlag i størrelsesorden 20 000–30 000. Vår erfaring fra andre samhandlingstiltak er at dette befolkningsgrunnlaget må til for å sikre god drift av døgnplasser. Opptaksområdet til Helseparken representerer et befolkningsgrunnlag på ca. 25 000, tilsvarende innbyggerantallet i Rana kommune⁶. På den måten representerer befolkningsgrunnlaget i Rana kommune et gunstig utgangspunkt for Helseparken i prosjektperioden, og eventuelt videre fremover.

⁶ Når det gjelder de ortopediske opptreningsplassene i Helseparken, belegges de av pasienter fra hele foretaksområdet til Helgelandssykehuset HF. Det faktiske antallet dette utgjør er begrenset, men siden hele foretaksområdet til Helgelandssykehuset avgir pasienter til opptreningsplassene, så blir det faktiske opptaksområdet til Helseparken vesentlig større enn bare Rana kommune.

4 Samhandlingsaspektet og organisatoriske forhold

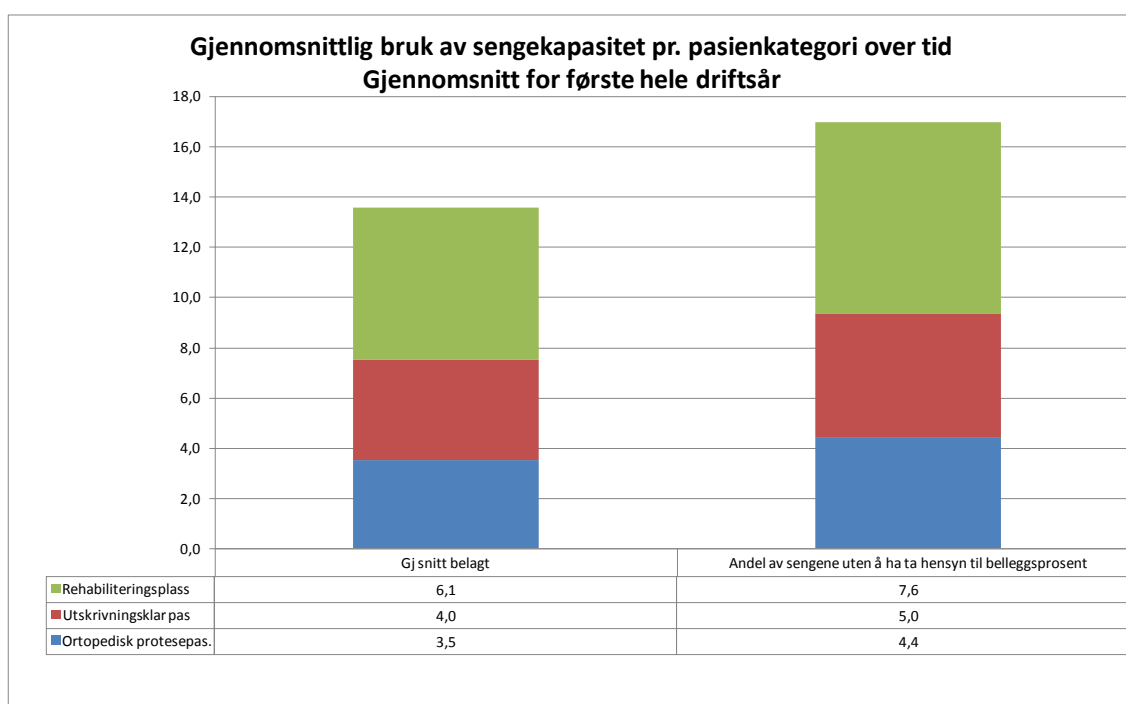
I vurderingene av samhandlingsaspektet og organisatoriske konsekvenser vil vi belyse ulike forhold, som organisering og daglig drift, tildeling av tjenester og flyt av pasienter, informasjonsoverføring, samarbeid mv.

4.1 Kapasitet i Helseparken

Helseparken er et kommunalt tilbud eid av Rana kommune. Lokaliseringen i 5. etasje ved sykehuset uttrykker i seg selv Helseparken som et samhandlingstiltak mellom kommune og spesialisthelsetjeneste.

Helseparkens gode statistikkgrunnlag gir en mulighet til å vise om plassene er brukt etter intensjonen. I figuren under er rehabiliteringspasientene brukt som eksempel:

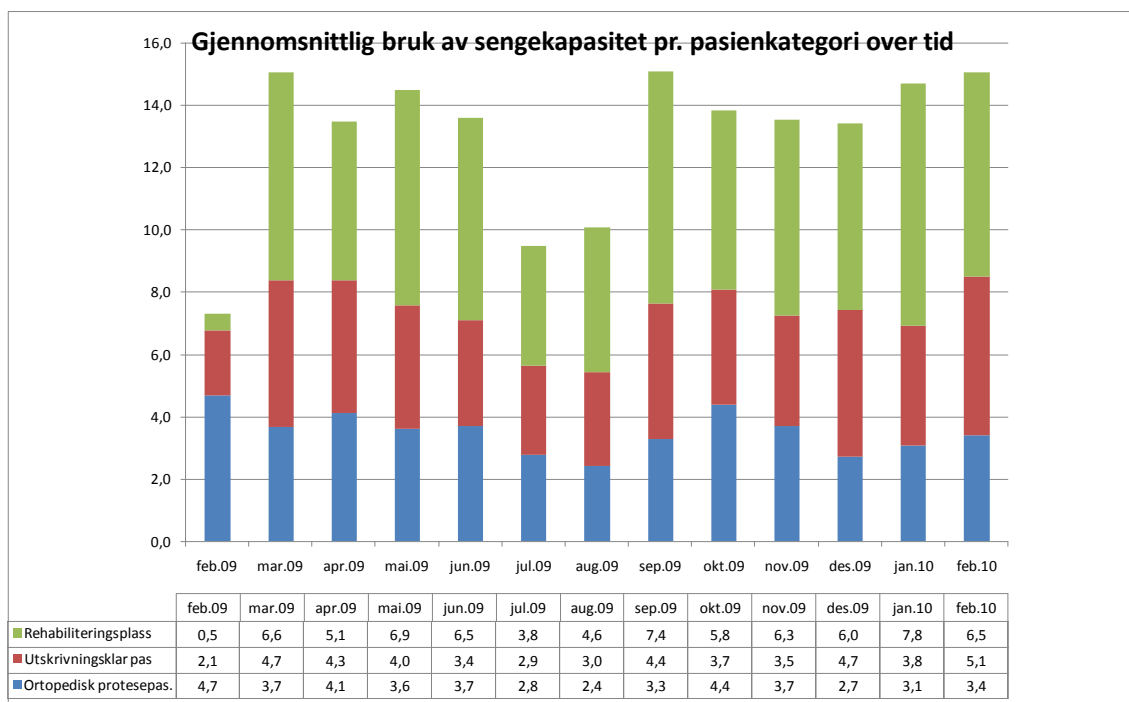
- Det lå gjennomsnittlig 5,9 rehabiliteringspasient i en seng gjennom første driftsår.
- Helseparken kan ikke ha 100 % belegg hele tiden. Med 80 % belegg som gjennomsnitt gjennom et år, så ville rehabiliteringspasienten lagt beslag på 7,6 av sengen.



Figur 4-1: Bruk av sengekapasiteten pr. kategori. 1 driftsår. Februar 2009–februar 2010

Informasjonen fra figuren gir grunnlag for å si at sengene i hovedsak er blitt brukt etter intensjonen, selv om det kan se ut som at de utskrivningsklare pasientene legger beslag på noe mindre sengekapasitet (5 mot planlagt 6) enn forutsatt.

Som nevnt over blir plassene i Helseparken til en viss grad anvendt fleksibelt. Ved ledig sengekapasitet tas det inn pasienter som ikke nødvendigvis hører til den pasientgruppen som sengen er forbeholdt til. Av figuren under ser vi for eksempel at denne praksisen har gjort at en kunne bruke noe mer sengekapasitet enn forutsatt til rehabiliteringspasienter i september 2009 og i januar 2010.



Figur 4-2 Gjennomsnittlig bruk av sengekapasitet pr. pasientkategori pr. måned

4.1.1 Bemanning og organisering

Leder ved Helseparken har ansvar for økonomi, fag og personale. Leder har det daglige ansvar for ekstravakter og rekruttering av nyansatte. Det går med mye tid til rekruttering av nye medarbeidere samt til å skaffe ekstravakter. Daglig leder har en assisterende leder (sykepleier 1). Assisterende leder har tilleggsoppgaver definert i egen avtale. Assisterende leder bidrar i praksis også med fagutvikling.

Fordelingen av årsverk og kompetansesammensettingen er som følger:

Tabell 4-1 Oversikt over kompetansesammensetting og bemanning

| Stilling | Årsverk |
|-----------------------------------|---------|
| Seksjonsleder | 1 |
| Sykepleier 1 | 1 |
| Geriatrisk sykepleier | 0,75 |
| Sykepleier | 6,9 |
| Hjelpepleier/omsorgsarbeider | 5 |
| Sykepleierstudent (helgestilling) | 0,9 |
| Årsverk pleie | 14,55 |
| Fysioterapeut | 2 |
| Ergoterapeut | 1,5 |
| Lege | 0,6 |

Fysioterapeuter og ergoterapeuter er tilsatt i avdelingen. I tillegg til ovennevnte bemanning er det egne ressurser tilknyttet Kirurgisk avdeling til ergoterapi og fysioterapi for ortopediske pasienter.

Sammenlikning med andre tilsvarende tiltak

Det er vanlig å bruke antall pleieårsverk pr. døgnplass som mal for å beregne bemanningssituasjonen i et sykehjem. I en undersøkelse utført av SINTEF Helse ble denne størrelsen beregnet til å være 0,79 pleieårsverk pr. døgnplass⁷. Undersøkelsen baserte seg på en gjennomgang av 29 ulike sykehjem i Norge. Spredningen i antall pleieårsverk pr. døgnplass var imidlertid stor, og varierte fra 0,62 som lavest, til 0,90 som det høyeste. Pleieårsverkene bestod av sykepleiere, hjelpepleiere/omsorgsarbeidere og pleieassistenter. Årsverkene til renhold og kjøkken ble ikke beregnet inn i tallene, fordi det er store variasjoner angående innkjøp eller egenproduksjon av disse tjenestene som kan påvirke bemanningsfaktoren i nokså stor grad.

Når det gjelder Helseparken, så er det ikke her eget kjøkkenpersonell. Det avsettes en person fra pleiegruppa hver morgen. Denne har ansvar for kjøkkendrift og matbestilling, oppvask samt tilretteleggingsbistand under måltider. Det går en person ut av pleiegruppa til dette i "morgenrushet". Når det gjelder renhold, så gis det, i tillegg til pleiepersonellens renhold i Helseparken, bistand til vasking av gulv samt bad tre ganger i uka fra sykehusets renholdstjeneste.

En sykehjemsavdeling kan ikke nødvendigvis sammenliknes med andre sykehjemsavdelinger uten at man tar høyde for lokaler, hvor praktisk anvendbare lokalene er, størrelsen på avdelingen mv. Dette er forhold vi ikke har hatt mulighet for å gå nærmere inn på i denne sammenheng. Det må imidlertid presiseres at tallene i gjennomsnitt for sykehjem bygger på analyse av langtids somatiske avdelinger. Det er vår erfaring at korttids- og rehabiliteringsavdelinger har høyere bemanning enn det man finner på ordinære somatiske avdelinger, og har ofte en pleiefaktor på 0,85 til 0,90.

I neste tabell viser vi hvordan bemanningen fordeler seg på de ulike postene sett i forhold til gjennomsnitt for utvalg sykehjem samt gjennomsnitt for utvalgte intermedieærposter. Vi har sammenliknet bemanningen i Helseparken med Storetveit, Søbstad, A-hus, Stjørdal og Hennie-Onstad i Bærum. Dette er intermedieær/forsterkede korttidsavdelinger som har liknende pasientgrunnlag som Helseparken.

Tabell 4-2: Sammenlikning av pleiefaktor ved Helseparken og gjennomsnitt for et utvalg norske sykehjem og utvalgte intermedieærposter

| Personellressurser | Gjennomsnitt for sykehjem | Gjennomsnitt utvalgte intermedieærposter | Helseparken |
|----------------------------|---------------------------|--|-------------|
| Pleieårsverk pr. døgnplass | 0,79 | 0,93 | 0,86 |
| Andel høgskoleutdannede | 0,29 | 0,57 | 0,47 |
| Andel hjelpepl./oms.arb. | 0,55 | 0,37 | 0,34 |
| Andel ufaaglærte | 0,16 | | 0,06 |

I tallene for utvalgte modeller er det en stor variasjon i bemanningen. Vi har her tatt ut snittet av de ulike avdelingene. Mens avdelingen med den høyeste bemanningstettheten har en pleiefaktor på 1,17, har forsterket korttid i Drammen 1,0 og Søbstad 0,86. Helseparken ligger på et nivå noe under gjennomsnittet for utvalgte intermedieærposter.

⁷ Gjennomsnittstallene er basert på undersøkelsen "Bemanning og tjenestetilbud i sykehjem", utført av SINTEF Helse 2004

Når det gjelder kompetansesammensettingen ved Helseparken, ser vi at avdelingen er på et nivå like under utvalg av intermediærposter. Samtidig viser oversikten at når det gjelder andel hjelpepleiere/omsorgsarbeidere, så er andelen lavere enn det som er vanlig i sykehjem, men på et nivå med det som er vanlig i andre intermediær-/forsterkede korttidsavdelinger.

Andelen årsverk som er avsatt til ergoterapi og fysioterapi, er 3,5 årsverk i Helseparken. Dette utgjør 0,27 årsverk pr. seng når vi tar høyde for at kun 13 av sengene i Helseparken betjenes av egne fysio- og ergoressurser⁸. Når vi ser på andelen i de øvrige forsterkede korttidsavdelingene/intermediæravdelingene, så ligger denne på 0,05. Helseparkens andel ergoterapi/fysioterapi ligger dermed relativt høyt i forhold til det vi finner i andre sammenliknbare avdelinger. Vi vil imidlertid presisere at andelen ressurser til ergoterapi og fysioterapi ofte er høyere ved rene rehabiliterings-/opp-treningssintitusjoner enn det vi finner ved forsterkede korttidsplasser/intermediæravdelinger.

Det er relativt høy andel sykepleiere ved Helseparken. Årsaken til dette er å sikre den medisinskfaglige tilnærmingen behandlingen skal ha. Andelsmessig er det et nesten sammenfallende antall sykepleiere i Helseparken med det vi finner i andre intermediær/forsterkede korttidsavdelinger. En vanlig andel sykepleiere i ordinære sykehjemsavdelinger er på ca. 15–20 %. I Helseparken er andelen sykepleiere på 47 %.

Intervjuene med ansatte underbygger behovet for et tilstrekkelig antall sykepleiere. Det er gjennomgående en opplevelse at dagens nivå på sykepleierne er riktig i forhold til behovene og de pasientene avdelingen er berammet for.

4.1.2 Nattevaktsløsning mot akuttmottaket ved Helgelandssykehuset avd. Rana

Av hensyn til tilstrekkelig bemanning med Helseparkens egne pleieressurser på dagtid er det inngått en avtale med sykehuset om at nattpersonell ved akuttmottaket på sykehuset også kan fungere som en *backup-løsning* for Helseparken på nattestid. Sykepleier kommer opp til Helseparken en gang pr. natt, og er til stede ca. en halv time⁹. Rutinen gjør at personell som jobber om natten, blir kjent med hverandre og de oppgaver som utføres. Sykepleier fra akuttmottaket deltar i egnede oppgaver i Helseparken i det aktuelle tidsrommet. Helseparken betaler sykehuset kr 200 000 for denne tjenesten pr. år, og prinsipielt er vedkommende da å anse som en kommunalt ansatt når oppgavene i Helseparken utføres¹⁰.

4.1.3 Utnyttelsen av ressursene mellom gruppene

Helseparken har delt pasientene inn i tre grupper: utskrivingsklare pasienter, rehabiliteringspasienter og proteseopererte pasienter. Informantene opplyser at det er et godt samarbeid mellom gruppene. I intervjuene har det imidlertid kommet frem at det er ulik grad av tilgang på ergoterapi/fysioterapi mellom de ulike pasientgruppene.

Dette henger i stor grad sammen med prioriteringen av ressursene når det gjelder ergoterapi og fysioterapi. Mens de proteseopererte pasientene får oppfølging fra sykehusets fysioterapeuter, er det rehabiliteringspasienten som får mest oppfølging i Helseparken med Helseparkens egne ressurser. Samtidig har vi tidligere vist at

⁸ Ergoterapeut og fysioterapeut ved sykehuset betjener, som omtalt andre steder i rapporten, de fire ortopediske pasientsengene.

⁹ I henhold til avtale mellom Helseparken og Helgelandssykehuset avd. Rana skulle sykepleier fra akuttmottaket ved sykehuset komme til Helseparken to ganger pr. natt. Erfaringen med ordningen har imidlertid klarlagt at det holder med en gang pr. natt (leder Helseparken 31.03.10.)

¹⁰ Jf. NOU 2005:3

ressursene til ergoterapi og fysioterapi er relativt høye i forhold til andre sammenliknbare avdelinger.

4.1.4 Sykefraværet ved Helseparken

Sykefravær er et forhold som påvirker bemanningssituasjonen og opplevelsen de ansatte har i den daglige arbeidssituasjonen. Dersom sykefraværet er høyt, er det nærliggende å anta at den subjektivt opplevde bemanningen påvirkes. I neste figur viser vi sykefraværet ved Helseparken for avdelingen samlet.

Tabell 4-3 Oversikt over sykefravær

| 2009 | Korttidsfravær | Fravær over 17 dg. | Totalt fravær |
|---------------------------|----------------|--------------------|---------------|
| 1. kvartal (16/2–31/3) | 1,0 % | 2,5 % | 3,5 % |
| 2. kvartal (1/4 – 30/6) | 3,2 % | 4,1 % | 7,3 % |
| 3. kvartal (1/7 – 30/9) | 3,8 % | 8,0 % | 11,8 % |
| 4. kvartal (1/10 – 31/12) | 2,0 % | 9,3 % | 11,3 % |
| Totalt | 2,3 % | 6,8 % | 9,2 % |
| 2010 | Korttidsfravær | Fravær over 17 dg. | Totalt fravær |
| 1. kvartal (1/1–31/3) | 1,5 % | 7,1 | 8,6 |

Tabellen viser at fraværet ved Helseparken var stigende gjennom 2009. Samtidig er fraværet i første kvartal 2010 beregnet til lavere enn årsgjennomsnittet for 2009. Et fravær på 6–8 % regnes vanligvis som bra i avdelinger med døgnbemannet turnus.

4.1.5 Bruk av vikarer og ekstravakter

I begynnelsen av prosjektperioden var ikke alle stillingene besatt. I denne perioden ble derfor arbeidsmengden på pleiepersonellet noe større ettersom det heller ikke var like lett å få vikarer. Dette representerte en merbelastning på den enkelte, som kan sees i sammenheng med sykefraværet i perioden.

Fravær hos enkeltpersoner eller deler av personalet kan skape forstyrrelser og stress i arbeidshverdagen. En viktig forutsetning for god struktur og forutsigbarhet i pleien er at man lykkes i å håndtere innleie av vikarer og ekstravakter. At vikarer innkalles ved behov og at de har kjennskap til rutiner mv., er viktig for en best mulig pleie og omsorg til brukerne. Det er leder ved Helseparken som har ansvaret for rekruttering av ekstravakter og innleie av personell. Dersom leder ikke har tid, delegeres oppgaven til andre på avdelingen.

4.1.6 Organisering av legetjenesten ved Helseparken

Dagens finansieringsordning for legetjenester i sykehjem er ikke optimal. Dette ble blant annet tatt opp i heftet "Sykehjemmenes rolle og funksjoner i fremtidens pleie- og omsorgstjenester", utgitt av Sosialdepartementet 1999¹¹. Det har nå gått over 10 år, og lite har i denne perioden skjedd med denne utfordringen.

¹¹ "Sykehjemmenes rolle og funksjon i fremtidens pleie- og omsorgstjenester – analyse av alders- og sykehjemsfunksjoner." Rapport. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 1999 (BAK).

Mye tyder på at legetjenesten i norske sykehjem er underdimensjonert. Til sammenlikning har for eksempel Nederland fire ganger høyere legedekning i sine sykehjem.¹²

Helseparken har hatt utfordringer knyttet til rekruttering av leger. Dette har ført til bruk av vikarer og midlertidige løsninger. Avdelingen har imidlertid nylig lyktes med å rekruttere inn en lege i den ledige stillingen. Den alminnelige legemangelen i sykehjem og intermediært tilbud som Helseparken, kan sees i sammenheng med at legejobber i denne typen helsetilbud ikke gir spesialistkompetanse. Legen oppnår ikke nødvendig spesialisering og blir dermed kompetansemessig hengende etter kollegaer som velger seg større fagmiljøer med veiledning og internundervisning ved sykehus.

Legedekningen ved landets sykehjem blir neppe bedre før slike stillinger blir vurdert som tellende tjeneste. Det virker som om verken sykehus eller Legeforeningen i stor nok grad har satt søkelyset på dette problemet, som virkelig hindrer nødvendig rekruttering til sykehjem og intermediært tilbud. Dersom legene i slike tilbud skal få godkjent tjenesten sin som tellende for spesialisering, må de være en del av et fagmiljø som også er en del av et undervisningsopplegg.

Den samlede legeressursen i Helseparken er på 0,6 årsverk. Vår gjennomgang av ulike forsterkede korttidsavdelinger/intermediæravdelinger viser at pleiebemanningen er marginalt høyere enn det vi finner i ordinære korttids plasser i Norge. Derimot er tilgangen på legeressurser langt høyere enn hva vi finner i ordinære sykehjem. Den tradisjonelle måten å organisere legetilbudet på for sykehjemspasienter er ofte ikke tilpasset behovene i sykehjem. Dette fører ofte til sykehusinnleggelses for tilstander som i utgangspunktet godt kunne vært behandlet ved sykehjemmet.

Legedekningen ved Helseparken oppleves som god av de ansatte, men det har vært en utfordring med vikarer og leger som hele tiden skifter. Ved å ha en fast lege oppleves det som enklere å arbeide på en måte som gir individuell oppfølging. Det er også enklere å arbeide etter LEON-prinsippet med en fast lege¹³. Behandling etter laveste effektive omsorgsnivå viser seg i praksis å være enklest med en fast lege som er tryggere i krevende situasjoner enn leger som er inne på kortere besøk/akutte situasjoner.

4.2 Pasientgrunnlag

Tabellen under viser at det ble innlagt 304 pasienter ved Helseparkens første driftsår. Gjennomsnittlig liggetid for de 296 som ble utskrevet, var 16,4 dager, mens beleggsprosenten var 80 %.

¹² Når du blir gammel og ingen vil ha deg. Oslo: Den norske lægeforening, 2001.

¹³ St. meld. 47 Samhandlingsreformen introduserer begrepet BEON (beste effektive omsorgsnivå) til erstatning for LEON (lavest effektive omsorgsnivå). Vi velger imidlertid å bruke begrepet LEON, da vi mener dette begrepet bedre ivaretar målsettingen om at behandling skal gis på det nivået som i tilstrekkelig grad ivaretar pasientens behov.

Tabell 4-4: Antall innlagte og utskrevne pasienter, gjennomsnittlig liggetid og beleggsprosent. Februar 2009-februar 2010

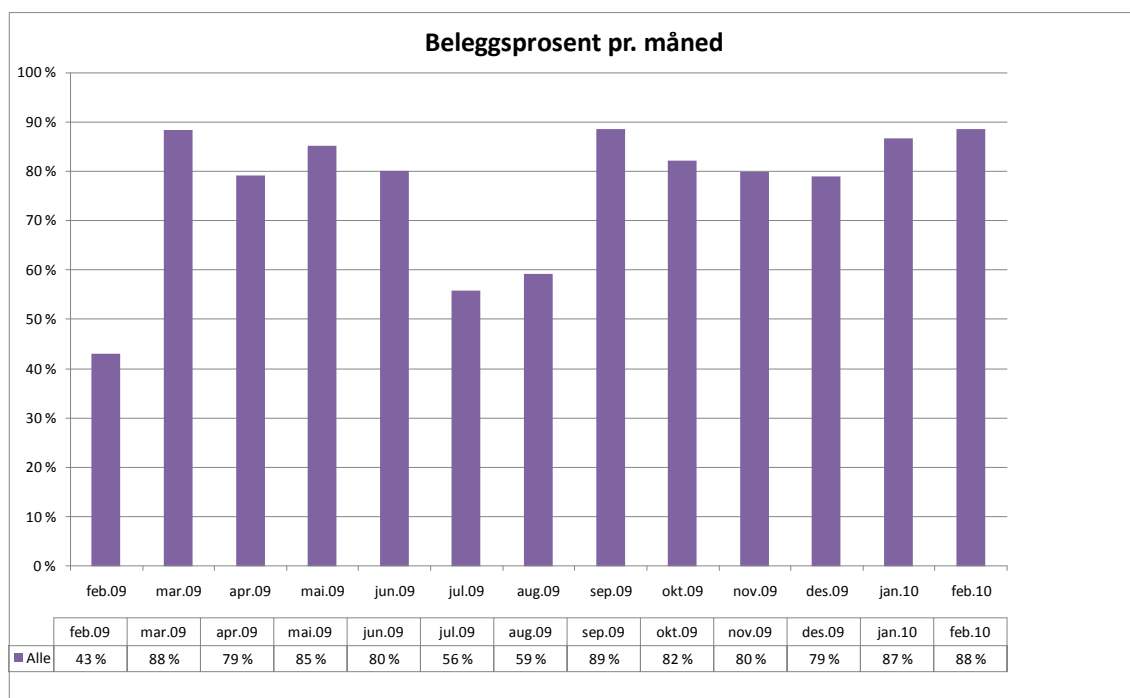
| | Antall innlagte | Antall utskrevne | Gj liggetid | Beleggsprosent |
|-------------------------|-----------------|------------------|-------------|----------------|
| Ortopedisk proteseapas. | 111 | 106 | 12,1 | 88 % |
| Utskrivningsklar pas | 83 | 79 | 18,0 | 66 % |
| Rehabiliteringsplass | 108 | 104 | 20,5 | 87 % |
| Ingen av kategoriene | 2 | 2 | 3,5 | |
| Alle | 304 | 296 | 16,4 | 80 % |

Når det gjelder forskjeller mellom ulike pasientkategorier, så ser vi at de proteseopererte pasientene¹⁴ har langt lavere gjennomsnittlig liggetid (12,1 døgn) enn rehabiliteringspasientene (20,5 døgn) og de utskrivningsklare pasientene.

Siden plassene i noen grad brukes fleksibelt, er forskjellene i beleggsprosent mellom pasientgruppene først og fremst et uttrykk for om bruken av sengene pasientgruppene imellom har vært som forutsatt – noe vi har omtalt over. Det er likevel interessant å se at det ikke er belegget av de proteseopererte pasientene og rehabiliteringspasientene som er høyt (87–88 %), men et lavt belegg av utskrivningsklare pasienter (66 %). Det kan indikere at kapasitetsbehovet for de utskrivningsklare pasientene i utgangspunktet har vært satt for høyt, eller at en gjennom ulike tiltak har fått omsorgstrappa i kommunen til å fungere, og/eller fått til samarbeidet mellom sykehus og kommune omkring utskrivningsklare pasienter.

Belegg mer i detalj

For å kunne vurdere beleggsprosenten ser vi i neste figur hvordan denne varierer over tid:



Figur 4-3: Beleggsprosent pr. måned

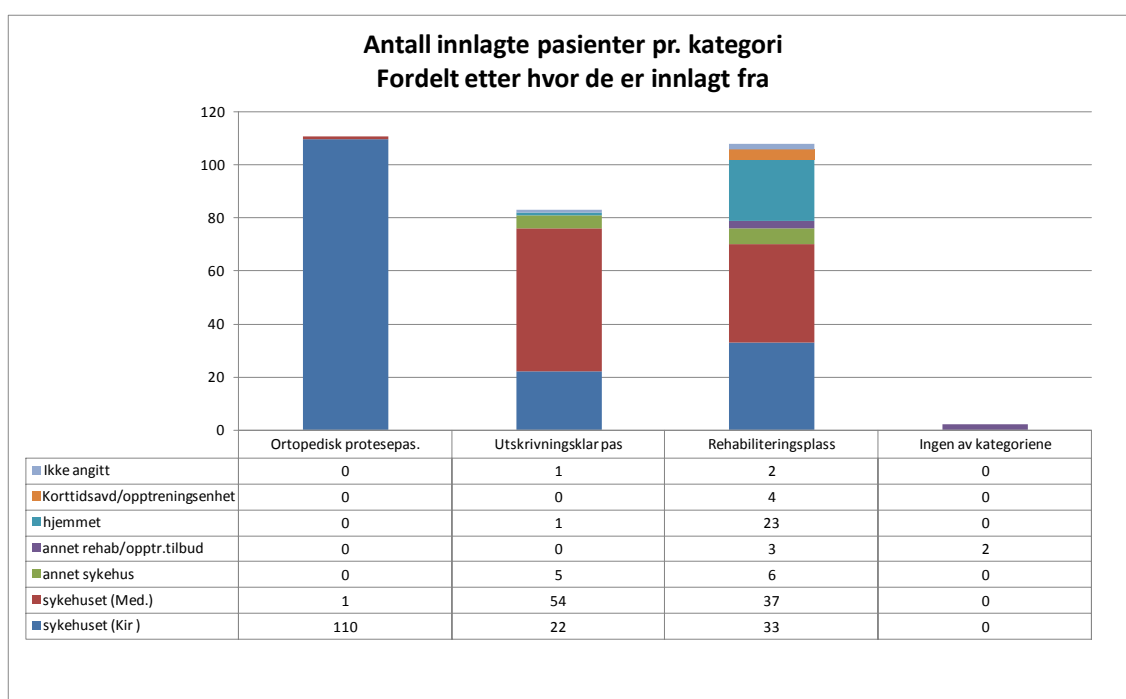
¹⁴ Angitt som ortopediske proteseopasienter i tabellen.

Fra figuren ser vi at sommeren (juli og august) sammen med oppstartsmånedene skiller seg ut med lavt belegg, mens beleggsprosenten de øvrige månedene varierer mellom 80 og 90 % – med et gjennomsnitt på 85 %.

Målt i forhold til langtidsplasser i sykehjem er dette lavt, men et forsterket korttids-tilbud som Helseparken kan ikke ha 100 % belegg for å ivareta sin funksjon i omsorgstrappa. Med tilnærmet fullt belegg ville det da stadig være for eksempel utskrivingsklare pasienter en ikke kunne motta. 85 % belegg, som Helseparken ligger på i snitt utenom sommermånedene, er anbefalt beleggsprosent for den type tilbud som Helseparken representerer.

At belegget den første måneden er lavt, er naturlig. Det lave belegget i juli og august 2009 var, i henhold til den informasjon vi har mottatt, styrt av Helseparken. For øvrig er det en alminnelig trend med lavere elektiv aktivitet ved sykehusene om sommeren, og det er vel rimelig å anta at det har/vil få konsekvenser også for Helseparken – i hvert fall hva gjelder belegget av proteseopererte pasienter i sommermånedene.

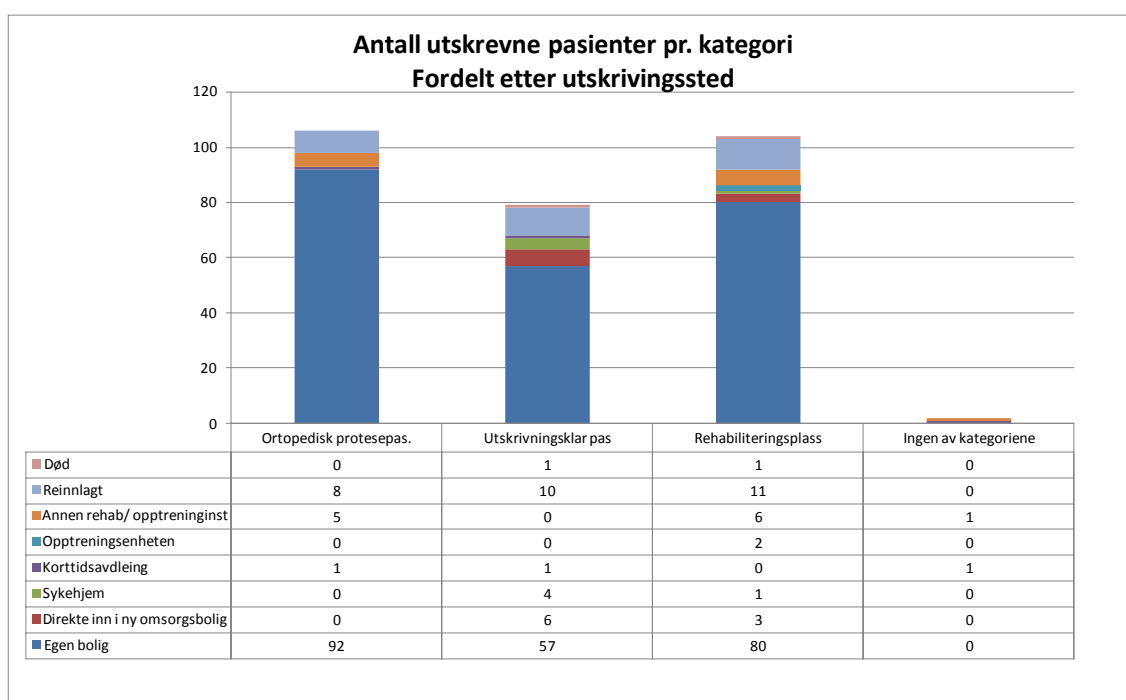
Neste figur viser hvor pasientene ble innlagt fra.



Figur 4-4: Antall innlagte pasienter pr. kategori. Fordelt ut fra hvor de er innlagt fra

Det vi særlig skal merke oss er den høye andelen utskrivingsklare pasienter og rehabiliteringspasienter som kommer fra Kirurgisk avdeling ved sykehuset. For rehabiliteringspasientene utgjør det i perioden over 30 pasienter.

Hvor blir pasientene utskrevet til?

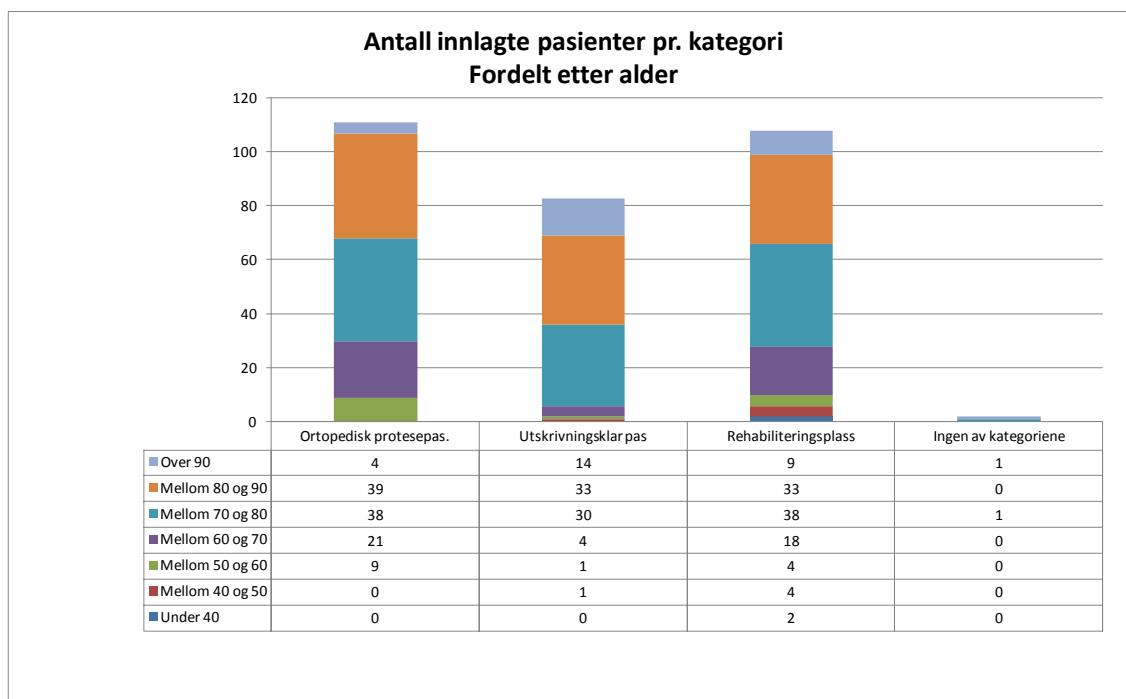


Figur 4-5: Antall pasienter pr. kategori. Fordelt etter utskrivingssted

Om vi ser antall utskrevne etter utskrivingssted i sammenheng med reinnleggelser i sykehus (jf. del 5.2.), så fremgår det av våre intervjuer at andelen reinnleggelser i sykehus ikke har gått opp, men heller noe ned etter etableringen av Helseparken. Det kan tyde på at opphold i Helseparken styrker pasientene i forhold til inntakskriteriet om at pasienter som får plass i Helseparken, er pasienter som med et målrettet tilbud kan utskrives til hjemmet. Som vi senere kommer tilbake til, så kan vi av Samdata rapport "Sektorrapport for somatisk spesialisthelsetjeneste 2006" lese at reinnleggelsesratene for personer 70 år og eldre var 19,3 % for dem som ble utskrevet til annen institusjon, og 15,3 % for dem som ble utskrevet til bosted. Med enn total reinnleggelsesrate på 10 % etter opphold i Helseparken ligger en her godt under reinnleggelsesraten fra 2006 for utskriving til annen institusjon, og også godt under reinnleggelsesraten samme år etter utskriving til hjemsted.

Hvor gamle er pasientene?

Neste figur viser andelen pasienter etter ulike aldersgrupper.



Figur 4-6: Antall innlagte pasienter fordelt etter alder og kategori

Som vi ser av figuren, er det aldersgruppene fra 70 til 80 år og fra 80 til 90 år som er de to dominerende aldersgruppene blant så vel de proteseopererte pasientene som de utskrivningsklare pasientene og rehabiliteringspasientene.

4.2.1 Tildeling av tjenester

Pleie- og omsorgstjenesten i Rana kommune er organisert etter en bestiller/utførermodell. Omsorgskontoret behandler alle søknader om omsorgstjenester. Å skille mellom forvaltning og drift kan være en organisatorisk modell for å sikre at forvaltningens arbeid er av høy kvalitet.

4.2.2 Omsorgskontorets rolle

Det er omsorgskontoret i Rana kommune som fatter vedtak om innleggelse og utskrivning av pasientene ved Helseparken. Dette understøtter prinsippet om at pasientene som er inneliggende i Helseparken, er under kommunehelsetjenesteloven. Omsorgskontoret styrer vedtakene om plass gjennom inntaksmøtet. Inntaksmøtet til Helseparken finner sted en gang i uken. I inntaksmøtet drøftes årsaker til de aktuelle pasientenes innleggelse i sykehuset. Inntaksmøtet, minus sykehusets medlemmer, identifiserer i etterkant de pasientene som skal få et tilbud om opphold i Helseparken.

I inntaksmøtet deltar leder av omsorgskontoret i Rana kommune og saksbehandler i samme enhet. Videre møter leder av Helseparken og assisterende leder. Fra Kirurgisk avdeling ved sykehuset møter assisterende leder. Ved behov møter også fysioterapeut. Fra Medisinsk avdeling møter tilsvarende assisterende leder.

Pasientenes vei fra sykehuset til Helseparken går formelt sett via omsorgskontoret i kommunen. Sykehuset søker om plass i Helseparken for aktuelle pasienter. Pasienter til rehabiliteringsplassene i Helseparken kan også søkes inn fra hjemmet via omsorgskontoret. I slike tilfeller må det også foreligge en legeerklæring. I noen tilfeller blir pasienter tatt inn i Helseparken mellom inntaksmøtene – såfremt det er ledig kapasitet i Helseparken.

4.2.3 De ortopediske opptreningsplassene

Det er som nevnt inntaksmøtet som tar stilling til hvilke pasienter som bør få tilbud om plass i Helseparken. I henhold til samarbeidsavtalen er det likevel bestemt at sykehuset skal beslutte inntaket av pasienter til de ortopediske opptreningsplassene

I dag skjer dette langt på vei uten at disse pasientene passerer inntaksmøtet. Skal inntaksmøtet beholde sin funksjon i forhold til alle pasientgruppene, bør det vurderes om også fysioterapeut på Kirurgisk avdeling bør delta fast i inntaksmøtet. Dette vil trolig bedre dialogen omkring hvilke proteseopererte pasienter som bør få tilbud om opptreningsplass i Helseparken. I dag fungerer inntaket av denne pasientgruppen delvis parallelt med de øvrige pasientene. Med et inntaksmønster for enkelte av pasientene til Helseparken som skjer parallelt, og på siden av inntaksmøtet, kan på sikt bli en utfordring for inntaksmøtets legitimitet med de konsekvenser det kan få for samarbeidet om Helseparken i sin helhet.

4.2.4 Videre etter Helseparken

Dersom pasientens situasjon og funksjonsnivå ikke er endret etter et opphold i Helseparken, er det Helseparken som gjerne tar direkte kontakt med hjemmetjenesten. De pasientene som enkelte ganger er i behov av langtidsplass i sykehjem etter et opphold i Helseparken, får en slags "prioritert" status. Det presiseres imidlertid at omsorgskontoret arbeider aktivt for at brukerne skal få muligheten til å komme hjem.

Det er et fåtall pasienter i Helseparken som har behov for langtidsplass i sykehjem etter endt opphold. Denne pasientgruppen kvalifiserer ikke til opphold i Helseparken. På den annen side så vil et opphold i Helseparken tydelig avklare status med hensyn til tilstand og funksjonsnivå også for disse pasientene.

I intervjuene fremkom det synspunkter på at fysio/ergo i kommunen burde vært trukket inn i overføringsprosessen fra Helseparken på et tidligere tidspunkt. Det gjelder spesielt i samband med fysio/ergo i Helseparken sin kartlegging av hjemmesituasjonen før pasientenes utskrivning fra Helseparken. Tilbakemeldingene her går på at fysio/ergo i kommunen bør kobles på den ordinære kartleggingen av hjemmesituasjonen som fysio/ergo i Helseparken gjør, før pasientenes utskrivning til hjemmet. Vi anbefaler at fysio/ergo i kommunen blir trukket inn i overføringsprosessen fra Helseparken.

I intervjuene blir det også pekt på at hjelpemidler noen ganger kan være forsinket. Det har ført til at opphold i Helseparken har blitt unødig forlenget. Særlig har dette gjort det vanskelig for mennesker med behov for trappeheis, rullestol osv.

4.2.5 Ulikheter mellom pasientgruppene

Ved Helseparken er det tre pasientgrupper som behandles i samme avdeling. Det er seks intermedieære sengeplasser forbeholdt eldre utskrivingsklare pasienter, fire plasser er forbeholdt postoperativ opptrening av proteseopererte pasienter og syv plasser er forbeholdt pasienter med behov for rehabilitering. Pasientene her er ofte kronikere, og de har gjerne flere kroniske tilstander samtidig.

Vi får opplyst i intervjuene at plassene i Helseparken blir anvendt fleksibelt. Ved ledig sengekapasitet tas det inn pasienter som ikke nødvendigvis hører til den pasientgruppen som sengen er forbeholdt til.

Til tross for forskjeller og ulikheter pasientgruppene i mellom er likevel treningsopplegget for gruppene langt på vei det samme. Fellestrim er en vesentlig del av

behandlingsopplegget i Helseparken, og det gjennomføres to slike økter pr. dag à en time.

I intervjurunden spurte vi informantene om hvordan de vurderer kombinasjonen av de tre gruppene som har et tilbud i Helseparken, og fordelingen av plassene gruppene i mellom. Informantene viser til at rehabiliteringspasientene og de utskrivingsklare pasientene ofte er "overlappende". Det er noen ganger vanskelig å avgjøre om pasienten er det ene eller det andre.

På spørsmål om hvordan forskjellen i behandlingsoppleggene til de tre pasientgruppene i Helseparken kan beskrives, svarer informantene litt forskjellig basert på oppfatning og erfaringer med tilbudene i Helseparken. Mange har en klar oppfatning av tilbudene og beskriver disse i tråd med innholdet i Helseparkens aktivitetsplan (jf. vedlegg).

Samtidig blir det fra enkelte informanter pekt på at tilbudet til de utskrivingsklare pasientene har et særskilt funksjonsfokus, mens de proteseopererte pasientene får ren opptrening og rehabiliteringspasientene blir rehabilitert med sikte på å klare seg best mulig hjemme.

De proteseopererte pasientene får et treningsprogram som blir ivaretatt av fysioterapeut ved Kirurgisk avdeling. I tillegg til opptreningen ved Kirurgisk avdeling deltar de proteseopererte pasientene også i fellestrimmen på Helseparken to ganger daglig.

Vi anbefaler å vurdere hvorvidt Helseparkens aktivitetsplan bør forankres tydeligere hos brukerne, for på den måten å sikre ens forståelse av så vel behandlingsfilosofi som innhold i behandlingsoppleggene i Helseparken.

4.3 Utskriving av pasienter fra Helseparken

4.3.1 Starten på utskrivning av pasienter fra Helseparken

Planlegging av utskrivning av pasienter fra Helseparken skal starte i samband med at pasienten skrives inn i Helseparken, og at dette er noe man skal ha en vedvarende oppmerksomhet på. Fokuset og bevisstheten på dette i forbindelse med Helseparken er god og må sees i sammenheng med inntakskriteriet om at pasientene som får et tilbud om opphold i Helseparken, skal hjem etter endt behandling. Oppmerksomhet, som her, rundt tidlig planlegging av utskrivning er dessuten i tråd med moderne rehabiliteringsfilosofi og vektlegging av pasientforløpstenkning.

Av intervjumaterialet kan vi lese nærmere om planlegging av utskrivningen, og at den konkret starter etter en innledende kartleggingssamtale, hvor kartlegging av hjemmesituasjonen også tematiseres. Ved kartlegging av situasjonen i hjemmet kan opphold bli forlenget som følge av at forhold må utbedres før det kan bli aktuelt med hjemreise.

Underveis i oppholdet avholdes teammøter rundt den enkelte pasient, og endringer i pasientens status registreres som grunnlag for utskrivningstidspunktet. I disse teammøtene deltar fysioterapeut, ergoterapeut, sykepleier og hjelpepleier. Lege deltar på enkelte av møtene.

Når pasienten nærmer seg utskrivningstidspunktet, kalles det inn til et samordningsmøte hvor også omsorgskontoret og hjemmetjeneste deltar. Antallet slike møter kan variere, men det er ikke uvanlig med både to og tre slike møter før utskrivning.

Enkelte av våre informanter beskrev et opphold i Helseparken som en sammenhengende planlegging av utskriving. Vårt inntrykk er også at det er et gjennomgående fokus på utskriving i Helseparken.

4.3.2 Utskrivingsprosessene/overføringen fra Helseparken til hjem eller annen kommunal tjenesteyting

Våre informanter forteller om gode erfaringer med utskrivingsprosessene. Spesielt trekkes frem arbeidet ergoterapeutene gjør med hensyn til kartlegging av situasjonen i hjemmet før hjemreise. Informantene setter også de gode erfaringene med utskrivingsprosessene i sammenheng med god medisinsk oppfølging, oversiktighet, og nærhet til bosted for de aller fleste som får et opphold i Helseparken.

Nå er det også de blant våre informanter som trekker frem den begrensede erfaringen som så langt foreligger med hensyn til antallet pasienter som har et opphold i Helseparken bak seg. Det gjør det vanskelig å trekke noen sikre konklusjoner med hensyn til hvorvidt utskrivingsprosessene/overføringen fra Helseparken til hjem eller annen kommunal tjenesteyting fungerer tilfredsstillende.

Det har fremkommet noe informasjon om at epikrise ikke alltid forteller at pasienten går til et opphold i Helseparken etter endt behandling i sykehus. Vi anbefaler at dette tas opp med sykehuset og gjøres til en fast rutine.

Resepthåndtering mv. blir beskrevet som en utfordring i samband med utskriving. Videre er medikamentbruk og endringer i medisiner i intervjuene blitt beskrevet som et vanskelig og kritisk punkt. Det hender at endringer i medikamentbruk under opphold i Helseparken ikke når fastlegen med sluttnotatet fra Helseparken, selv om medikamentkortet kan være oppdatert. Det betyr at er det slik at endringer i medikamentbruk under opphold i Helseparken ikke når fastlegen, så er det også nærliggende å tro at dette kan være en utfordring i forhold til overføringen til hjem eller annen kommunal tjenesteyting. Dette er en generell problemstilling i norsk helsevesen ved skifte av omsorgsnivå. Sentrale myndigheter jobber med problemstillingen, og det er håp om at situasjonen vil forbedres med innføringen av e-resept¹⁵.

Noen av våre informanter nyanserer likevel bildet her idet de peker på at legen i Helseparken representerer en "sikkerhetsventil" i forhold til resepter mv. Legen i Helseparken kan om nødvendig rydde opp i resepter som mangler. Erfaringene til enkelte av våre informanter er likevel at dette er et større problem ved utskriving fra sykehus enn fra Helseparken.

Alt i alt etterlyses det i vårt intervjumateriale en bedre og mer kortfattet oppsummering av pasientens medisinske status ved inn- og utskriving i Helseparken. Videre etterlyses det noe informasjon om pasientens funksjonsnivå (mobilisering), om pasientens behov for hjelpemidler og til slutt en tilbakemelding på om pasienten har hatt nytte av oppholdet i Helseparken.

Vi anbefaler at det i rutine for lege i Helseparken klargjøres et ansvar for å avklare pasientenes resepter og medisiner i sin helhet før utskriving.

I intervjumaterialet blir det trukket frem at ingen pasienter så langt har kommet tilbake til Helseparken. Det kan være et uttrykk for at utskrivingsprosessene/overføring fra Helseparken til hjem eller annen kommunal tjenesteyting i det alt vesentlige fungerer tilfredsstillende. Samtidig er det ingen formelle hindringer for at pasienter kan få et

¹⁵ Seim 2010:6

nytt opphold i Helseparken. De som reiser hjem, har vært klare til å reise hjem, og ingen reiser hjem uten at det er klarlagt hva de reiser hjem til.

En foreløpig konklusjon etter gjennomgangen over er at utskrivingsprosessene til hjem eller kommune i det alt vesentlige synes å fungere. Når det er sagt, virker det likevel som om det er et potensial for forbedringer noen steder knyttet til mer prosedyremessige forhold.

I intervjuene har det fremkommet synspunkter på at pasienter fra Kirurgisk avdeling ikke bør tas inn før det foreligger en skriftlig søknad på pasienten. Utskriving fra Kirurgisk avdeling til Helseparken oppleves som annerledes enn fra Medisinsk avdeling. Det legges til fra enkelte av de spurte et spørsmål om det ikke burde finnes en sjekkliste i overgangen mellom sykehuset og Helseparken.

Vår vurdering i forhold til det fremtidige samarbeidet rundt Helseparken er å vurdere de formelle kriteriene for overføring fra sykehus til Helseparken. Det betyr å sørge for lik praksis hva gjelder overgangen fra Medisinsk og Kirurgisk avdeling til Helseparken.

4.4 Informasjonsoverføring

4.4.1 Dokumentasjonskrav ved overføring fra sykehus til Helseparken

Gjennomgående er de fleste informantene positive til etablering av Helseparken. Likevel er det en opplevelse av at tilbudet genererer ekstra papirarbeid. Ved overføring av proteseopererte pasienter skal sykepleier rapport, funksjonsskjema samt søknad for pasienten om opphold i Helseparken fylles ut. Til sammenlikning er det ved utskrivning av disse pasientene til Nordtun HelseRehab bare epikrise og trygdegarantiskjema som medfølger.

Her er det likevel en forskjell ute og går mellom hvordan Kirurgisk og Medisinsk avdeling opplever situasjonen. I fokusgruppeintervju med Medisinsk avdeling var en av tilbakemeldingene at informasjonsoverføringen med sykepleier rapport og epikrise samt en muntlig orientering, skjer når pasienten hentes. Informasjonsoverføringen er tilfredsstillende, og ganske lik informasjonsoverføringen mellom de ulike enhetene i kommunen.

En forklaring på opplevelsen av forskjell i informasjonsoverføring her kan være at Kirurgisk avdeling har hatt ganske innarbeidede rutiner for overføring av proteseopererte pasienter til opptrening ved Nordtun HelseRehab. Ekstra krav til dokumentasjon ved overføring av pasienter til Helseparken oppleves da som et "ekstra byråkratisk element", for å bruke noen av informantenes egne ord.

Vi anbefaler å se nærmere på rutinene for overføring av pasienter fra Kirurgisk avdeling til Helseparken. En av utfordringene kan være å se om kravene til dokumentasjon ved overføring kan ivaretas på en annen måte.

4.4.2 Elektronisk samhandling mellom kommunen og helseforetaket i forbindelse med Helseparken

Av intervjuene fremkommer det at elektronisk samhandling mellom kommune og sykehus ikke fungerer optimalt. Det er ingen tilknytning til helsenettet, og derfor ingen elektronisk overføring av informasjon mellom sykehus og kommune.

Våre intervjuer viser likevel at det er et ønske om elektronisk informasjonsoverføring mellom kommune og helseforetak, men at det er formelle hindringer ute og går. Det er ikke lov å utveksle elektronisk informasjon mellom kommune og helseforetak.

Intervjuene avdekker videre at kommunenes journalsystem PROFIL og sykehusets journalsystem DIPS ikke kan utveksle informasjon sammen¹⁶. Det er et konkret uttrykk for de formelle begrensningene som finnes i håndteringen av elektronisk journalinformasjon mellom nivåer i helsesektoren.

I fraværet at elektronisk samhandling mellom kommunen og sykehuset ble det gjort et praktisk grep for å forenkle samarbeidet mellom kommunen og sykehuset i den daglige driften av Helseparken. Den første legen ved Helseparken fikk tilgang til journalsystemet i sykehuset med fulle skriverettigheter. Denne ordningen fungerte imidlertid ikke så godt, og juridisk sett var den også litt i grenseland. Det har vært stor "turnover" blant legene siden Helseparken ble åpnet, og erfaringsgrunnlaget med tilgang til sykehusets journalsystem var ikke optimalt.

En generell erfaring som ble formidlet i intervjuene, er begrenset tilgang på prøvesvar fra sykehuset, selv om adgangen til disse tjenestene ved sykehuset oppleves som god.

I intervjuene har det videre fremkommet at fysioterapeut i sykehuset som ivaretar opptreningen av de proteseopererte pasientene i Helseparken, må gjøre sine funksjonsregistreringer to ganger. Først i journalsystemet i sykehuset og deretter i journalsystemet i Helseparken. Det betyr også at fysioterapeuten må bevege seg fysisk fra Kirurgisk avdeling og en etasje opp for å gjøre de samme registreringene i journalsystemet i Helseparken.

Denne gjennomgangen viser begrensningene i mulighetene til å etablere gode elektroniske samhandlings- og kommunikasjonsløsninger mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Dette fører til at det lages "erstatningsløsninger" og "erstatningsrutiner". Intervjuene viser imidlertid at slike erstatninger ikke dekker behovene i Helseparken for velfungerende elektronisk samhandling mellom kommune og sykehus. På lang sikt vil det være nødvendig med gode systemer for elektronisk samhandling også her, og med en funksjonalitet som ivaretar journalinnsyn på tvers av omsorgsnivå. Videre at sikker legemiddelhåndtering blir prioritert, og at det utvikles en struktur for enkel formidling av sykepleierrapport, funksjonsskjema og annen dokumentasjon mellom omsorgsnivåene. Med pasientens samtykke bør det også, uavhengig av omsorgsnivå, bli mulig å få tilgang til henvisningen fra fastlege og epikrise etter endt behandling.

En av hovedutfordringene er et utilstrekkelig lov- og regelverk som vanskeliggjør mange sider ved en elektronisk meldingsutveksling mellom kommune og sykehus. Slik det er i dag har den enkelte virksomhet/nivå et ansvar for sine journalførings-systemer. Her er Pasientjournalforskriften konkret og grensesettende. I tillegg ligger det begrensninger i Helseregisterloven.

Ambisjonene i "Nasjonal strategi for elektronisk samhandling i helse- og omsorgssektoren 2008-2013" er klare nok, og det nye statsforetaket Norsk Helsenett har fått en viktig rolle her, blant annet som følge av Samhandlingsreformen. Norsk Helsenett skal bidra til informasjonsflyt i helsesektoren. Det være seg om den flyter på tvers av enheter, geografisk, frem og tilbake til myndighetene eller mellom utførende enheter¹⁷.

¹⁶ Det er under utvikling en nasjonal kjernejournal her til lands. Det er vanskelig å si når kjernejournalen kommer på plass, men den er tenkt som en integrert del av Norsk helsenett. Med en nasjonal kjernejournal på plass vil mange av de journalutfordringene vi her drøfter, være løst.

¹⁷ It.helse, s. 7, 2010

Kortere tid fra pasienten er ferdigbehandlet til epikrise foreligger har i lang tid vært en målsetting i norsk helsevesen, ikke minst med tanke på den videre oppfølgingen av pasienter som trenger det. God elektronisk informasjonsflyt vil også bety noe når det gjelder epikrisetid, og ser vi til fastlegene, så kommer nå epikrisene oftere elektronisk. Epikrise fra sykehus til et kommunalt tilbud som Helseparken støter imidlertid på begrensningene som ligger i elektronisk samhandling mellom spesialisthelsetjeneste og kommune. Epikrise og øvrig dokumentasjon som Helseparken skal motta i samband med en pasients ankomst, håndteres altså manuelt.

4.4.3 Blir epikrisen oversendt tidsnok til at en målrettet behandling og pleie kan fortsette uten avbrudd?

Av våre intervjuer fremkommer det at epikrise, sykepleierrapport og funksjonsskjema nesten alltid blir oversendt tidsnok til at behandling og pleie kan fortsette uten avbrudd. De gangene pasienten ikke har med seg denne dokumentasjonen, kommer den gjerne i løpet av samme dag.

Fra intervjuene fremheves det at det ser ut til å være en sammenheng mellom det å ha fått plass i Helseparken, og kort epikrisetid. Epikrisen ser ut til å komme raskt i de tilfeller pasientene skal til Helseparken.

En mulig forklaring på denne mulige sammenhengen fremgår også av intervju-materialet. Med Helseparken lokalisert i 5. etasje ved sykehuset er det få "brudd" som kan skje i overgangen mellom sykehusavdeling og Helseparken. Epikrise skal i henhold til intervjumaterialet foreligge før, eller samtidig med pasientens ankomst til Helseparken. Den korte fysiske avstanden fra utskrivning fra sykehusavdeling til opphold i Helseparken gir således kort tid til å ferdigstille epikrise.

Nå er det ikke noe i veien for at målrettet behandling og pleie kan starte opp uten epikrise, i henhold til noe av den informasjonen som har fremkommet i intervjuene. Foreligger det en sykepleier rapport som er god – og den foreligger nesten alltid – og en medisinkurve, så kan man starte opp. Noen av informantene fremholder viktigheten av epikrisen ved starten på et opphold i Helseparken, siden det kan være slik at medisiner blir seponert (tatt bort) ved utskrivning fra sykehuset.

Når det gjelder den dokumentasjonen som skal følge pasienten fra sykehuset og over i Helseparken, så varierer dette i den informasjonen vi har samlet inn. Epikrise, sykepleier rapport og funksjonsskjema går igjen. I tillegg skal laboratorieopplysninger og kopi av medisinkurve følge pasienten til Helseparken. Det er viktig å ha gode rutiner omkring dokumentasjon som skal følge pasienten til Helseparken, og dette bør trolig klargjøres og styrkes ytterligere.

I henhold til dokumentet "Helseparkens faglige opplegg" skal kontaktperson ved Helseparken¹⁸ hente pasienten ved Kirurgisk eller Medisinsk avdeling, og få med seg nødvendig informasjon, epikrise og kopi av medisinkurve. Med bakgrunn i gjennomgangen så langt fremstår det rimelig klart at det er ulik praksis og ulike oppfatninger ute og går med hensyn til hvilken informasjon som skal følge med ved overgang til Helseparken.

Vi anbefaler derfor å se nærmere på dokumentasjonskravene ved overføring fra sykehus til Helseparken i sin alminnelighet. Målet med en slik gjennomgang må være et fornyet fokus på dokumentasjonen som skal følge pasientene ved

¹⁸ Alle pasienter som ankommer Helseparken får utnevnt en kontaktperson

overgang fra sykehus stil Helseparken, og sørge for rutiner som gjør at kravene til dokumentasjon blir fulgt.

4.4.4 Individuell plan

Individuell plan blir i Wisløff-utvalgets innstilling "Fra stykkevis til helt (NOU 2005:3)" beskrevet som et viktig verktøy i samhandlingen omkring pasienter som trenger langvarige og koordinerte tjenester. I henhold til § 6 i "Forskrift om Individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven" har kommunens helse- og sosialtjeneste en selvstendig plikt til å sørge for at Individuell plan utarbeides for tjenestemottakere med behov for langvarige og koordinerte tjenester.

På spørsmål om pasienter i Helseparken med rett til Individuell plan faktisk får et tilbud om det, så svarer nesten samtlige av våre informanter vet ikke, eller tror ikke det. Andre svarer at de ikke tror pasienter i Helseparken har behov for Individuell plan.

Rana kommune har utfyllende informasjon om Individuell plan på sine nettsider under Helse- og sosialavdelingen. I tråd med dette har Helseparken nå iverksatt et arbeid for å avklare hvor relevant Individuell plan er for pasienter i Helseparken. Kompetanseprogrammet i geriatri i regi av UNN er kontaktet, og det vil bli gitt en innføring i Individuell plan med fokus på tverrfaglig samarbeid, rehabilitering og hvilke kartleggingsverktøy som er utviklet. I tillegg vil det bli lagt opp til et par dagers hospitering fra kompetanseprogrammet i Helseparken.

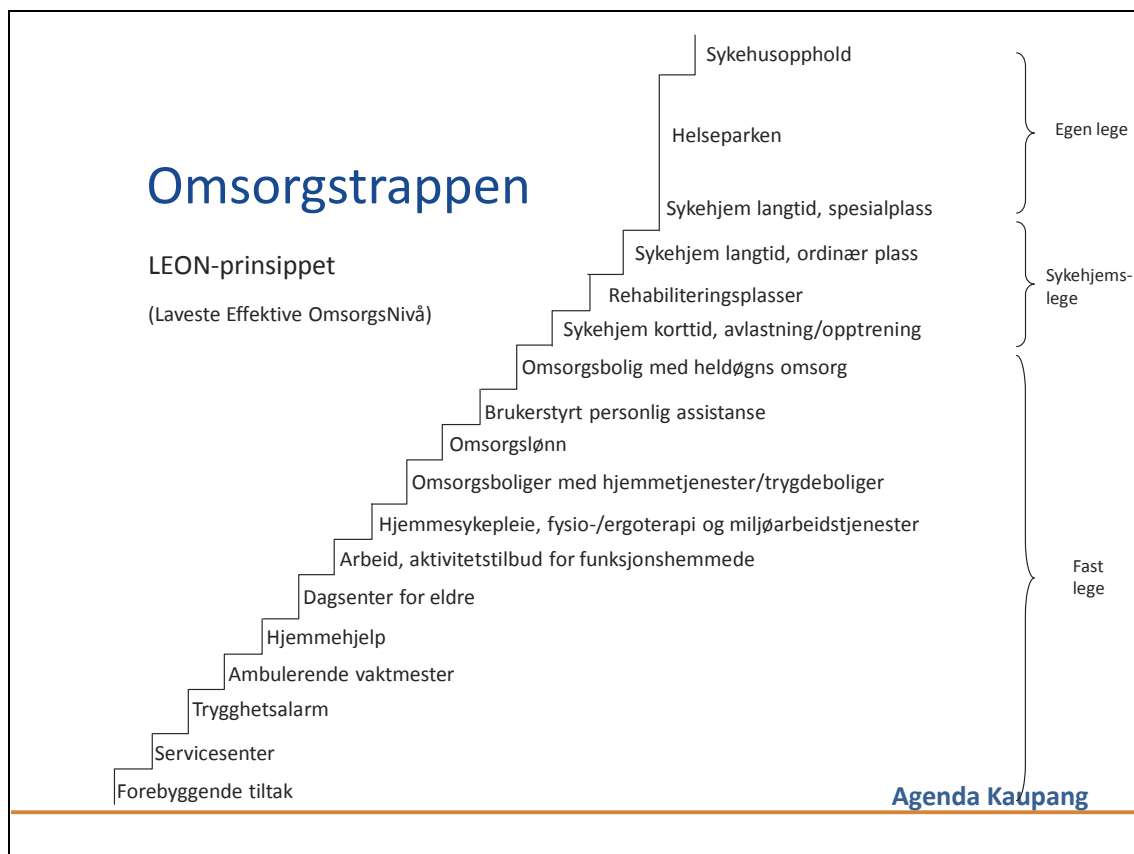
Individuell plan er mest aktuelt for pasienter med sammensatte behov, og rehabiliteringspasientene i Helseparken er en nærliggende pasientgruppe i så måte. Denne pasientgruppen har ofte langvarige pasientforløp og behov for koordinerte helse- og sosialtjenester.

4.5 Helseparkens plass i tiltakskjeden

For kommunehelsetjenesten er det en stor utfordring å kunne møte nye pasientgrupper med oppdatert kunnskap og kompetanse hos personalet både i institusjonene og i hjemmesykepleien. Det er en trend at mye av behandlingen som før foregikk i sykehus, nå gjøres i hjemmet eller på sykehjemmene, og det forventes ikke at denne trenden vil snu. Behovet for kompetanseoverføring mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten vil derfor sannsynligvis bare øke med årene. Et tiltak for å møte det økte behovet for spesialkompetanse i kommunehelsetjenesten er en endring av strukturen på bruk av institusjonsplasser i kommunene.

LEON-prinsippets tjenestemodell starter med et fundament som er selvhjulpenhet eller fullstendig egenomsorg. De fleste eldre i Norge befinner seg på dette nivået. Laveste trinn i omsorgstrappen er forebyggende arbeid, trygghetsalarm mv., og senere beveger pasientene seg oppover trappetrinnene i samsvar med økende behov. Til slutt kan de ende på det øverste trinnet, som er langtidsbehandling i sykehjem eller opphold på skjermet enhet i sykehjem. Parallelt med de ulike tiltakene er det ofte behov for innleggelse i sykehus. Etter slike innleggelse opplever flere av pasientene at det er en stor overgang til kommunale tjenester, og de ender for ofte på korttids-plass eller langtids-plass i institusjon. Ved å arbeide målstyrt etter LEON-prinsippet, hvor man tar hele tiltakskjeden fra sykehuset og til kommunale tiltak, får man en eldreomsorg som er bedre tilpasset brukernes behov samtidig som den blir billigere for partene. I LEON-prinsippet er det en målsetting at brukerne av tjenestene skal bevege seg mellom nivåene i omsorgstrappa på en mer fleksibel måte. Det er kun de aller mest pleietrengende som skal ha tjenester på øverste nivå, innlegges i sykehus eller ha fast langtids-plass i institusjon.

I neste figur har vi skissert en teoretisk fordeling av ulike tiltak i tråd med LEON-prinsippet til eldre mennesker. Vi har også tegnet inn gapet som vanligvis er mellom pleie- og omsorgstjenester i kommunene og opphold i sykehus samt plassert inn Helseparken. I tillegg har vi skissert hvilken legegruppe som er ansvarlig for tiltakene. Figuren viser som følger:



Figur 4-7: LEON-prinsippet

Mye av begrunnelsen for LEON-prinsippet er at dette samlet sett vil gi en bedre kvalitet og en mer kostnadseffektiv helsetjeneste. Utvikling av nye organisasjonsformer, for eksempel gjennom etablering av Helseparken eller halvannenlinjemodeller, må derfor måles mot kravet om at tjenesten skal være mer kostnadseffektiv enn dagens alternativ. En måte å betrakte dette på er at etableringen av forsterkede korttids-avdelinger/intermediæravdelinger kan sees på som et alternativ til å etablere flere ordinære plasser i eksisterende tjenesteapparat. Behandling i denne type avdelinger kan slik sett bli en del av tjenestene som ytes i kommunehelsetjenesten. Det vil si en type høyspesialisterte korttids plasser i institusjon som kan fungere som en trapp i det relativt store gapet som er mellom innleggelse i sykehus og ordinære plasser i sykehjem.

En annen effekt av å opprette forsterkede korttidsavdelinger er at hjemmeboende pasienter kan komme i gang med tidlig behandling og opptrening før det inntreffer en "kollaps" som krever sykehusinnleggelse. Det vil gi pasienter og pårørende trygghet og bidra til at pasienten vil kunne bo lengre i eget hjem. På den måten reduseres presset mot de øverste trinnene i kommunens omsorgstrapp. Dette gjelder særlig de pasientene som har hyppige, kortvarige sykehusinnleggelse, der de kan ha god nytte av å få bedre tid til behandling, rekonvalesens og planlegging av utreise.

På spørsmål om hvordan Helseparken bidrar til at man i større grad arbeider etter en god behandlingsskjede, opplyser de fleste av våre informanter at Helseparken er en viktig brikke i dette arbeidet. Det henger sammen med den rollen Helseparken har ved at de bidrar til å være en mellomstasjon mellom sykehuset og andre omsorgstjenester i kommunen. Etter opprettelsen av Helseparken er det ikke lenger like mange pasienter som blir sendt rundt i tjenesteapparatet.

Også fra sykehuset oppleves Helseparken som en viktig rolle i forhold til tiltakskjeden. Flere informanter fra sykehuset fremhever at flyten av pasienter går bedre, og liggetiden for flere pasientgrupper er noe redusert. Gjennomgående er det en holdning fra våre informanter fra sykehuset at det er lettere å få ut pasienter nå enn før etableringen av Helseparken.

Hovedkonklusjonen fra informantene er dermed at tiltakskjeden er mer utfyllende, og man har i større grad fylt opp mellomnivået som vanligvis er mellom sykehus og ordinære pleie- og omsorgstjenester.

4.6 Samarbeid

4.6.1 Samarbeid med pårørende

Tilbakemeldingen fra fokusgruppeintervjuet med pårørende og pasienter i Helseparken er at de er svært tilfredse med tilbudet. I intervjuene ble det stilt spørsmål om samarbeidet med de pårørende har endret seg etter etableringen av Helseparken. Tilbakemeldingene er her stort sett positive, selv om det samtidig sies at pårørende ikke er en ensartet gruppe. Likevel, det at Helseparken involverer pårørende tidlig i forløpet, danner en standard og gjør at folk har forventninger. Andre igjen påpeker at det alltid har vært et godt samarbeid med pårørende, og at det har bidratt til at pårørende gjerne vil at pasientene skal få et tilbud i Helseparken.

Generelt opplever pårørende at det er positivt med et tilbud som Helseparken i lokalmiljøet. Pårørende opplever at rehabiliteringspasientene, herunder slagpasienter, får raskere plass. Samtidig meldes det om at det for disse pasientene noen ganger glipper med samtale med pårørende ved overføring til Helseparken. Etter etableringen av Helseparken overføres disse pasientene nå tidligere med oppfølging i Helseparken.

Intervjuene forteller at samarbeidet med de pårørende etter etableringen av Helseparken er godt. Samtidig gir intervjuene inntrykk av at dette egentlig er en videreføring av en tradisjon i Rana kommune fra tiden før Helseparken ble etablert.

4.6.2 Samarbeid mellom sykehus og kommune v/Helseparken

Flere av informantene er klare på at Helseparken har vært en viktig katalysator for samarbeid mellom sykehus og kommune. Samarbeidet er godt, og spesielt godt mellom sykehuset og Helseparken.

Helseparken har blitt et kontaktpunkt og møteplass for samarbeid mellom sykehus og kommune. Helseparken er et tiltak som har vært med på å fremme samhandling i helsesektoren. Det presiseres likevel at samhandling/samarbeid utvikles over tid, selv om samhandlingen allerede er blitt bedre som følge av økt kontakt og økt vilje til kontakt.

Tidligere var det problemer med de utskrivingsklare pasientene. Generelt har Helseparken blitt en arena for samarbeid mellom kommune og sykehuset. Noen av informantene presiserer at samarbeidet mellom kommune og sykehuset var bra før også, men med etableringen av Helseparken flyter ting lettere.

Rent økonomisk blir det blant våre informanter pekt på som gunstig for samarbeidet at dagbøter for utskrivingsklare pasienter er tatt vekk i prosjektperioden.

4.6.3 Samarbeid mellom fastlegene og Helseparken

Når det gjelder samarbeidet med fastlegene som følge av Helseparken, så er informantene gjennomgående usikre på om etableringen av Helseparken har hatt noen betydning. Det virker som om samarbeidet med fastlegene er som det alltid har vært. Fastlegene står litt på utsiden, og noen av informantene tror ikke det ville betydd noe for samarbeidet om Helseparken om fastlegene hadde vært tettere integrert. Opplevelsen er at det er ikke store endringene å spore hva gjelder samarbeidet med fastlegene etter at Helseparken ble etablert.

Tilbakemeldingene her svarer til vår opplevelse i intervjusituasjonen om at fastlegene ikke i særlig grad forholder seg til Helseparken, og at det generelle kunnskapsnivået om tilbudet er lavere enn hos andre samarbeidspartnere. Kanskje ikke helt unaturlig ettersom fastlegene primært henviser pasientene til undersøkelser og behandling ved sykehuset, og mottar svar og epikriser fra sykehuset. I utgangspunktet er det ikke noen direkte link mellom fastlegene og Helseparken. På den annen side bør det være en ambisjon å styrke fastlegenes bevissthetsnivå om Helseparken. Vi foreslår derfor at Helseparken gjennomfører et strukturert informasjonsopplegg mot fastlegene samt utarbeider tydelige samarbeidsrutiner som grunnlag for en utvikling av samarbeidet med fastlegene.

4.6.4 Samarbeid mellom Helseparken og øvrige tjenester i kommunen

Av intervjuene fremgår det at samarbeidet mellom Helseparken og øvrige tjenester i kommunen i det store og det hele fungerer bra. Noen informanter viser til samarbeidet i inntaksmøtet som et uttrykk for at samarbeidet mellom Helseparken og tilstøtende tjenester i kommunen er godt.

Samtidig påpekes det at samarbeidet mellom ergo/fysio i kommunen og i Helseparken kunne vært lettere. Vi anbefaler at de signaler vi har fått om at ergoterapeuter i kommunen ønsker et samarbeid med ergoterapeutene i Helseparken, følges opp.

Det fremkommer av intervjumaterialet at det i Helseparken er ansatte med kjennskap til og relevant arbeidserfaring fra andre tilstøtende kommunale sektorer. Det vurderes som en fordel når det kommer til samarbeid mellom Helseparken og øvrige tjenester i kommunen. At Helseparken er lagt i linje under helse- og sosialavdelingen sikrer link til kommunens dagrehabiliteringstilbud og et gjennomgående fokus på rehabilitering.

Det fremgår videre av våre intervjuer at samordningsmøtet i kommunen bidrar til et godt samarbeid mellom Helseparken og øvrige kommunale tjenester. I den forbindelse understrekes det at samarbeidet mellom Helseparken og omsorgskontoret er viktig, og det fungerer.

Samarbeidet mellom hjemmetjenesten og fastlegene blir trukket frem, og blir generelt beskrevet som positivt. Nå sies det samtidig at informasjon fra hjemmetjenesten lettere skulle tilflyte andre etater i kommunen. Det har likevel ikke fremkommet noe informasjon om at dette er en problemstilling i forhold til Helseparken.

Det overordnede inntrykket er at samarbeidet mellom Helseparken og øvrige tjenester i kommunen fungerer tilfredsstillende.

4.7 Helseparken eller sykehus

Vår gjennomgang i de tidligere kapitler peker på at Helseparken er et godt eksempel på en behandlingsmodell for syke, gamle mennesker.

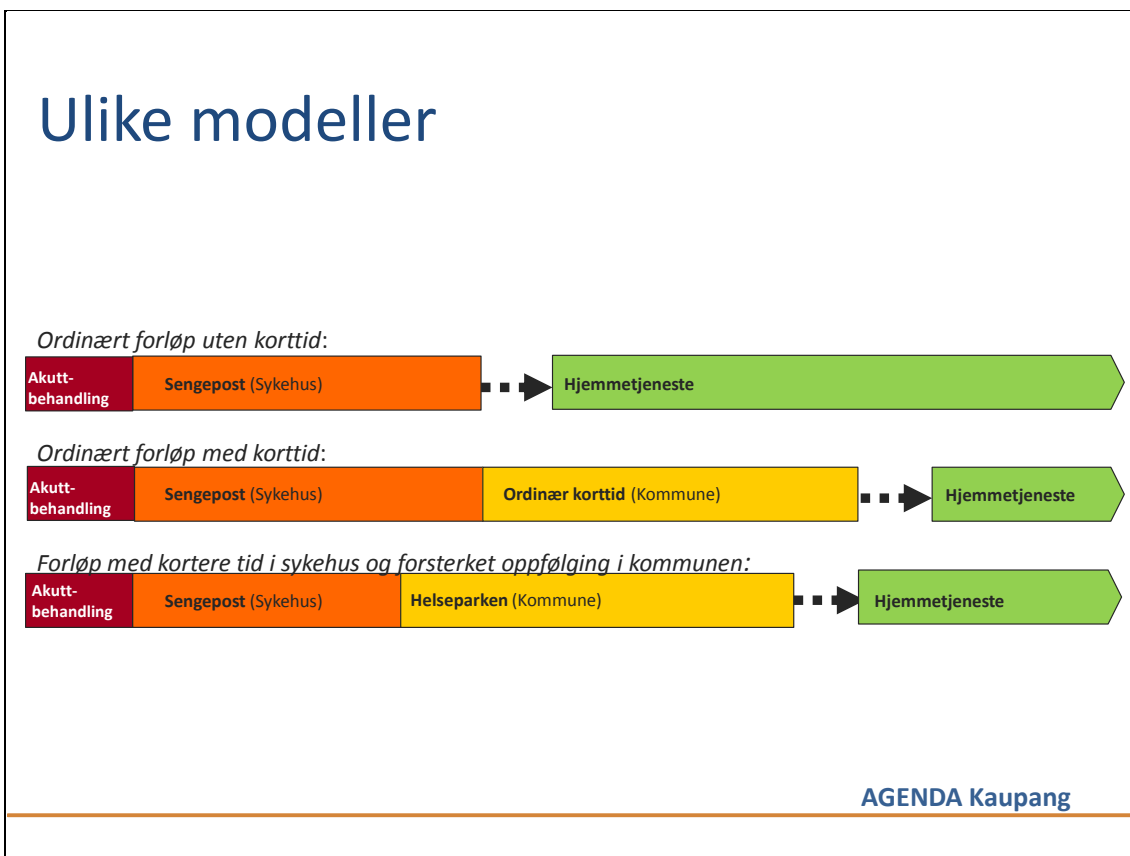
En litteraturgjennomgang av randomiserte kliniske studier, presentert i Tidsskrift For Norsk Legeforening i 2007, viser til at tidlig og integrert geriatrisk rehabilitering av eldre pasienter med sammensatte lidelser, akutt sykdom eller hoftebrudd har gode effekter. Denne type behandling kan også være mer effektiv enn behandling i tradisjonelle sykehusavdelinger uten at kostnadene øker¹⁹. Det er store grupper av eldre mennesker med sammensatte lidelser som ofte innlegges i sykehus. Dette er pasienter som ofte er skrøpelige og multisyke gamle med akutt sykdomsbilde, slagpasienter, pasienter med hoftebrudd mv. Innen disse gruppene er det flere som trenger lengre opphold i institusjon for medisinsk behandling og rehabilitering. For denne gruppen av pasienter er forsterkede korttidsavdelinger/intermediæravdelinger som kan ta imot pasienter med behov for etterbehandling og rehabilitering viktig. Dette krever imidlertid at sykehjemmene må styrkes med både flere lege- og sykepleierressurser og mer tverrfaglig personell, for eksempel fysioterapeuter og ergoterapeuter.

I Norge er det mange sykehus som ikke har akuttgeriatriske eller ortogeriatriske enheter²⁰. Mye tyder på at slike enheter bør utvikles for at eldre, akutt syke skal få optimal medisinsk behandling og rehabilitering. Det vil imidlertid likevel være behov for et lengre institusjonsopphold for flere av pasientgruppene ut over sykehusoppholdet.

I neste figur viser vi en skjematisk fremstilling mellom tradisjonell behandling i sykehus før pasientene kommer hjem, og etterbehandling i ordinært korttid og forsterket korttid.

¹⁹ Pettersen R, Wyller TB. Rehabilitering integrert i akuttbehandling av sykdom Tidsskrift Norsk Legeforening 2007; 127: 600–3

²⁰ Pettersen R, Wyller TB. Rehabilitering integrert i akuttbehandling av sykdom Tidsskrift Norsk Legeforening 2007; 127: 600–3



Figur 4–8: Oversikt over ulike tilnærminger

Ordningen med avdelinger, som representerer et nivå mellom en vanlig sykehjemsavdeling og sykehus, er blant annet utviklet i Storbritannia som en behandlingsstrategi i regi av National Health Services. Dette er et program for helsetjenester til eldre i kommunal regi. Her har målsettingen vært å bedre tilstanden til pasientene, redusere unødvendige innleggelser, sørge for velkoordinert utskrivning etter opphold til rett tid samt å styrke mulighetene for at pasientene kan leve mest mulig selvstendig. Modellen er ikke vitenskapelig evaluert, men erfaringene fra klinisk praksis er svært gode. Likevel er det ikke konstatert at antall innleggelser eller samlet antall liggedøgn i institusjon reduseres. Det som imidlertid har vært en utfordring knyttet til disse avdelingene er at de i begrenset grad har benyttet seg av geriatrisk spesialistkompetanse, og at det har vært for lite satsing på rehabilitering samt at pasientene flyttes unødig²¹.

4.8 Organisatoriske og juridiske forhold

Helseparken som et intermediært tilbud kommer allerede til uttrykk i og med lokaliseringen i 5. etasje ved sykehuset. Lokaliseringen er i seg selv en invitasjon til å reflektere rundt organisatoriske og juridiske problemstillinger som kan vanskeliggjøre god samhandling rundt et intermediært tilbud som Helseparken. Helseparken er et rent kommunalt tilbud, men lovverket setter klare begrensninger på mulighetene til å få til gode samhandlingsløsninger mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste.

Oppgavefordelingen mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste, og organiseringen av tjenesteytingen i henholdsvis et forvaltningsnivå og i foretak,

²¹ Young J, Stevenson J. Intermediate care in England: where next? Age Ageing 2006; 35: 339–41.

representerer ulike muligheter med hensyn til å eie og alternativt drive tilbud sammen. Kommunene kan både eie og drive helsetjenester sammen med helseforetak.

Helseforetakene møter en begrensning i helseforetaksloven som sier at helseforetak ikke kan eie virksomhet som yter spesialisthelsetjenester sammen med andre enn helseforetak. På den måten blir det tilnærmet umulig for helseforetak å drive tilbud som yter spesialisthelsetjenester sammen med kommuner. På den annen side, dette er begrenset til å gjelde spesialisthelsetjenestene, eller annen kjernevirksomhet innenfor spesialisthelsetjenesten. Virksomheter som ikke yter spesialisthelsetjenester, kan eies i sameie mellom helseforetak og annen offentlig virksomhet. Tilbud som dette krever et begrenset ansvar som organisasjonsform. Det betyr at dersom et helseforetak vil etablere et selskap sammen med en kommune om å yte kommunehelsetjenester, må ansvarsformen være et begrenset ansvar.

De formelle begrensningene knyttet til å etablere felles løsninger mellom kommuner og helseforetak gjør det vanskelig å finne måter å drive slike tilbud på. Forsøk med nye organisasjonsmodeller som har oppgaver fra både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, kan faktisk ikke etableres etter den statlige overtakelsen av spesialisthelsetjenesten (NOU 2005:3).

4.8.1 Det postoperative opptreningstilbudet til proteseopererte pasienter

I Helseparkens tilbudsportefølje inngår fire opptreningsplasser til postoperativ opptrening av proteseopererte pasienter. Hovedelementet i opptreningen av disse pasientene består av fysikalsk opptrening og oppfølging. For øvrig deltar pasientgruppen i de øvrige aktivitetene i Helseparken.

Opptreningen gjennomføres på dagtid. Pasientene reiser hver virkedag ned til 2. etasje til Fysikalsk avdeling på sykehuset, og mottar en times fysikalsk opptrening mellom kl. 09:00 og 10:00 med fysioterapeut fra avdelingen.

Denne rutinen har også et element av direkte sykehusbehandling i et tilbud i kommunehelsetjenesten. Vi tror ikke dette rammes av de formelle begrensningene gjengitt over om at helseforetak ikke kan drive tilbud som yter spesialisthelsetjenester sammen med kommuner. Tilbudet har litt karakter av hospitering, en velkjent ordning i norsk helsevesen. Samtidig er det tale om en styrking av fysioterapiressurser som allerede finnes i Helseparken. I henhold til Kommunehelsetjenestelovens § 1–3 er også kommunene forpliktet til å ha fysioterapi som en del av sin tjenesteportefølje, det være seg i egne stillinger eller i form av avtaler med personell om privat helsevirksomhet.

Tradisjonelt skjer opptrening av proteseopererte pasienter i private opptrenings- / – rehabiliteringsinstitusjoner med avtale med regionale helseforetak. Helse Nord har p.t. avtale med seks private opptrenings- / rehabiliteringsinstitusjoner som varer frem til og med 2010:

- Opptreningssenteret i Finnmark
- Skibotnsenteret
- Rehabiliteringssenteret Nord–Norges Kurbad
- Salangen HelseRehab
- Valnesfjord Helsesportsenter
- Nordtun HelseRehab

Fire av disse institusjonene har et opptreningstilbud til proteseopererte pasienter:

- Opptreningssenteret i Finnmark

- Rehabiliteringssenteret Nord–Norges Kurbad
- Salangen HelseRehab
- Nordtun HelseRehab

Proteseopererte pasienter i Helse Nord kan formelt sett velge blant disse institusjonene for et opptreningsopphold. Vanligvis er det likevel slik at proteseopererte pasienter reiser til en bestemt opptrenings-/rehabiliteringsinstitusjon, gjerne den nærmeste, for opptrening etter protesekirurgi. For proteseopererte pasienter på Helgeland representerer i tillegg Helseparken et alternativ.

I utgangspunktet er tilbudene ved de private opptrenings-/rehabiliteringsinstitusjonene å betrakte som en del av spesialisthelsetjenesten. Det innebærer at de plikter som er regulert i spesialisthelsetjenesteloven, også gjelder for de private institusjonene, herunder også pasientrettighetslovgivningen. På den annen side, etter at de regionale helseforetakene overtok bestiller- og finansieringsansvaret for de private institusjonene fra Rikstrygdeverket i 2002, er godkjenningskravene til opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner nå historie. Etter en 4-årig overgangsperiode frem til 1.1.2006 følger nå godkjenning som opptrenings-/rehabiliteringsinstitusjon som en direkte følge av en ytelsesavtale med et regionalt helseforetak. Ytelsesavtale med et regionalt helseforetak erstatter derfor den tidligere godkjenningen som opptrenings-/rehabiliteringsinstitusjon i spesialisthelsetjenesten²².

4.8.2 Kommunalt tilbud med ytelsesavtale med regionalt helseforetak²³

Namdal Rehabilitering Høylandet i Nord–Trøndelag er et interkommunalt selskap (IKS) eid av 14 kommuner i Nord–Trøndelag, og en kommune i Nordland. Institusjonen har 26 døgnplasser, og har i dag en ytelsesavtale på åtte døgnplasser med Helse Midt–Norge RHF for opptrening av ortopediske pasienter samt behandling av pasienter med muskel-/skjelettilstander. De åtte plassene utgjør 2 552 døgn i året.

Historien til *Namdal Rehabilitering Høylandet* begynte før helseforetaksreformen da institusjonen hadde en intensjonsavtale med Namdal sykehus på 10 plasser innen spesialisert rehabilitering. Denne avtalen ble overtatt av Helse Midt–Norge RHF etter foretaksreformen i 2002. Fra 2006 fikk *Namdal Rehabilitering Høylandet* en ytelsesavtale med Helse Midt–Norge RHF etter en ordinær anbudsrunde.

Frem til og med 2009 omfattet denne avtalen 12 plasser. Ytelsesavtalen var fagspesifikk med et generelt element knyttet til somatikk. Avtalen omfattet bløtdelskirurgi, hjerte/lunge rehabilitering og øvrige somatiske tilstander. Under kategorien "øvrige somatiske tilstander" tok institusjonen blant annet inn rehabiliteringspasienter som eldre med *komorbiditære* kroniske lidelser. Utgangspunktet for inntak her var en tydelig somatisk hoveddiagnose, men med andre kroniske følgetilstander.

Selv om forløpet til *Namdal Rehabilitering Høylandet* frem mot ytelsesavtale med Helse Midt–Norge RHF er spesiell, peker institusjonen på noen "suksesskriterier" på veien frem mot en ytelsesavtale:

- Politisk forankring, og med politikere som jobbet opp mot fylkesmannen og nasjonale myndigheter, helseforetak/RHF m.m.
- Prosessen vis-à-vis Helse Midt–Norge RHF medførte at det regionale helseforetaket senhøstes 2003 ga signaler om at det var innstilt på å kjøpe et antall plasser ved *Namdal Rehabilitering* knyttet til spesialisert opptrening og rehabilitering

²² Helsedirektoratet: Truls Grøteig

²³ Namdal Rehabilitering, *Høylandet*: daglig leder Åshild Nymo

- Utviklingen av tilbudet som en næringside
- Jobbet grundig med behandlingskonseptet "Høylandsmodellen". Det ble avgjørende for å komme i posisjon
- Tok signaler fra det regionale helseforetaket om at det var ønskelig å se opptreningstilbud til hoft- og kneproteseopererte i et forløpsperspektiv

Høylandsmodellens behandlingspedagogiske utgangspunkt er å bruke kultur og humor som redskap til å mestre en ny situasjon. Modellen fokuserer på ressursene i mennesket, og styrking av brukernes sterke sider (*salutogene faktorer*). Brukerne skal lære seg å ta nye sjanser og i løpet av oppholdet få kjennskap til nye sterke sider ved seg selv. I Høylandsmodellen ligger det også et tydelig samhandlingselement idet modellen skal bidra til å styrke rehabiliteringskompetansen på både kommunalt og regionalt nivå. Modellens trenings-/opptreningselementer omfatter blant annet funksjonsorientert trening, gruppetrening og egentrening.

På grunnlag av gjennomgangen over anbefaler vi følgende fremgangsmåte for Helseparken v/Rana kommune for å få avklart mulighetene for en ytelsesavtale med Helse Nord RHF på opptrening av ortopediske pasienter:

- Erfaringene til Namdalen Rehabilitering *Høylandet* med å få en ytelsesavtale med Helse Midt-Norge RHF legges til grunn. Helseparken v/Rana kommune starter en tilsvarende prosess vis-à-vis Helse Nord RHF med sikte på å få klarlagt forutsetningene for en tilsvarende avtale. Med referanse til egne tilbud som har vesentlige fellestrekk med opplegget ved Namdalen Rehabilitering *Høylandet*, og med henvisning til dokumentasjonen i foreliggende evaluering, bør utgangspunktet være å få avklart mulighetene for en avtale for opptrening av ortopediske pasienter.
- I forlengelsen av dette arbeidet styrkes betoningen av Helseparkens faglige opplegg:
 - Helseparkens "sømløse" samhandling med sykehuset utdypes
 - Tydeliggjøring av behandlingslinje/pasientforløp for ortopediske pasienter til opptrening²⁴.
 - Utdyping av Helseparkens faglige opplegg knyttet til vektleggingen av den enkelte pasientens ressurser (jf. Salutogenese/Antonovsky 1979)
- Helseparken sees i sammenheng med Rana kommune sin satsing på å fremstå som en attraktiv næringsutviklingskommune i Norge. Rana kommunen fikk 12.-plass på en nasjonal ranking her tidligere i år (NHO-magasinet 01/2010).

²⁴ Hva gjelder kirurgien: En ny Cochran-oversikt av Rotter mfl. viser at detaljerte planer for hvem på sykehuset som gjør hva og når, bidrar til å redusere infeksjoner etter kirurgi (DM 29/03/10).

5 Pasientmessige konsekvenser/kvalitet

Helseparkens betydning for behandlingskvalitet er drøftet med tidligere pasienter, pårørende og ansatte i Helseparken, i Rana kommune og ved sykehuset. I det følgende presenterer vi de ulike informantenes oppfatning. I forbindelse med gjennomgangen av vurderingene til tidligere pasienter og pårørende har vi også med data fra Helseparkens egen pasientundersøkelse. Denne presenteres i et eget delkapittel under.

5.1 Behandlingskvalitet vurdert av tidligere pasienter og pårørende

5.1.1 Fra fokusgruppeintervjuet

Vi har her lagt til grunn den informasjon som har fremkommet i fokusgruppeintervjuet ettersom vi i fokusgruppeintervjuet har hatt mulighet til dialog og oppklarende spørsmål med pasienter og pårørende.

I fokusgruppeintervjuene deltok tidligere pasienter og pårørende fra samtlige tre pasientkategorier i Helseparken. Når det gjelder synet på behandlingskvalitet, ba vi pasientene og de pårørende ta stilling til ulike utsagn. De samme utsagnene ble også stilt til ansatte. Utsagnene kan oppsummeres i tre grupper:

- Ivaretagelse av konkrete behov for tjenester
- Mulighet for å ivareta en mest mulig normal tilværelse
- Mulighet for deltakelse i sosiale aktiviteter

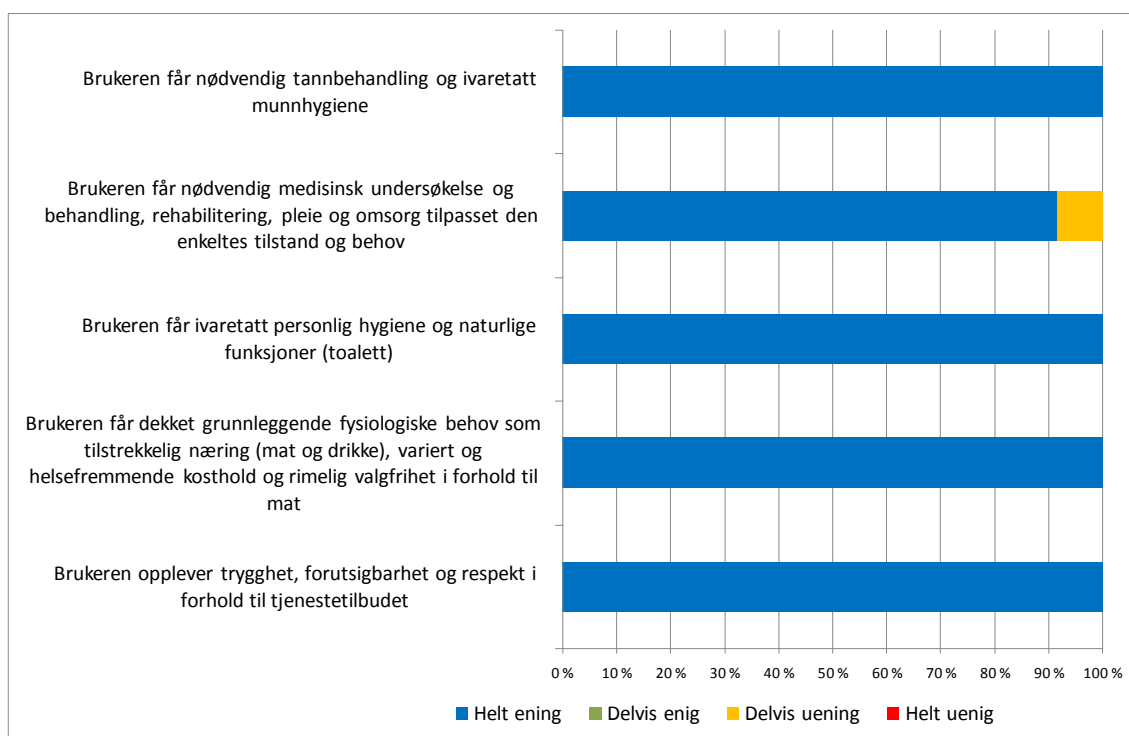
Ivaretagelse av konkrete behov for tjenester

Når det gjelder den mer overordnede påstanden om brukerne opplever trygghet, forutsigbarhet og respekt i forhold til tjenestetilbudet, er pasientene og de pårørende helt enige i denne påstanden (jf. figur nedenfor). Videre ser vi av figuren at alle er enige i at brukeren får:

- Dekket grunnleggende fysiologiske behov som tilstrekkelig næring (mat og drikke) variert og helsefremmede kosthold og rimelig valgfrihet i forhold til mat
- Ivaretatt personlig hygiene og naturlige funksjoner (toalett)
- Naturlig tannbehandling og ivaretatt munnhygiene

Når det gjelder om brukeren får nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling, rehabilitering, pleie og omsorg tilpasset den enkeltes tilstand og behov, er ca. 92 % enige i den påstanden, mens litt over 8 % er delvis uenige. Blant de sistnevnte presiseres følgende:

- Litt variabelt når det gjelder tilbud om fysioterapi til utskrivingsklare pasienter



Figur 5-1: Brukerkvalitet. Andel av tidligere pasienter og pårørende som har hatt en oppfatning vedrørende konkrete behov for tjenester til beboere ved Helseparken

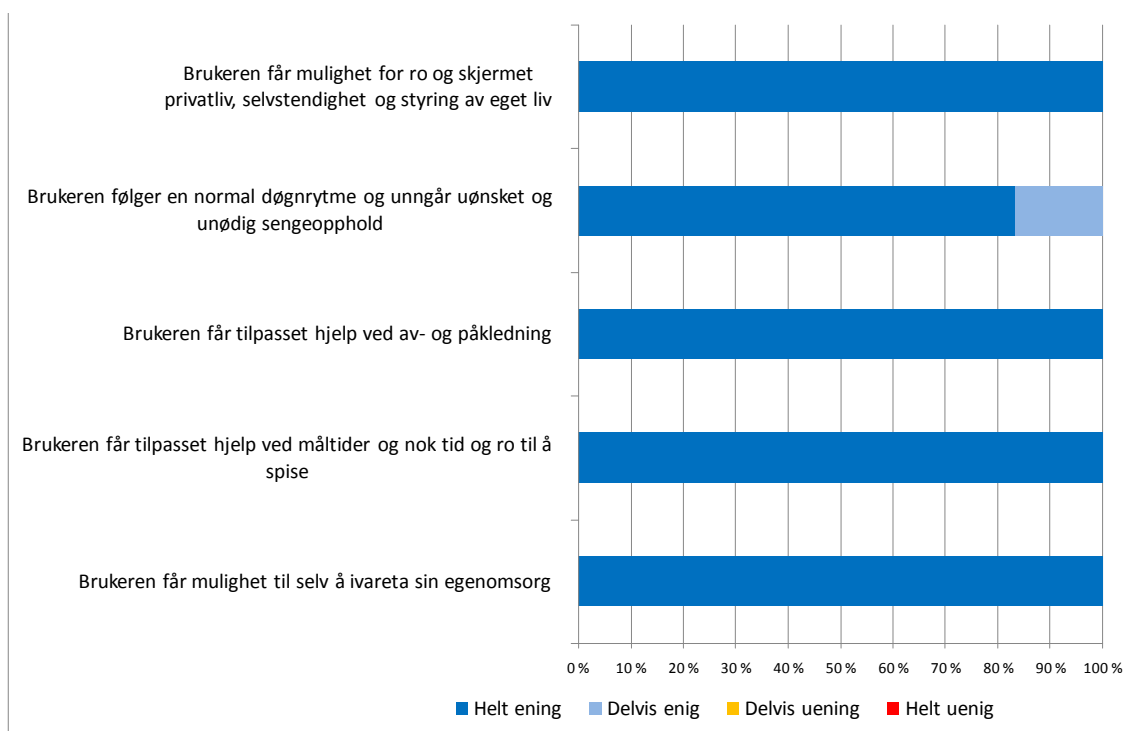
Mulighet for å ivareta en mest mulig normal tilværelse

Svarene fra tidligere pasienter og pårørende fremgår av figur en på neste side. Vi ser at svarene deler seg i to grupper:

- Alle er helt enige i at brukeren får:
 - Mulighet til selv å ivareta sin egenomsorg
 - Tilpasset hjelp ved måltider og nok tid og ro til å spise
 - Tilpasset hjelp ved av- og påkledning
 - Mulighet for ro og skjermet privatliv, selvstendighet og styring av eget liv
- Alle er helt eller delvis enige i at brukeren:
 - Følger en normal døgnrytme og unngår uønsket og unødig sengeopphold

Brutt ned så er ca. 83 % helt enige i at brukeren følger en normal døgnrytme og unngår uønsket og unødig sengeopphold, mens ca. 17 % er delvis enige. De som svarer delvis enig, oppgir to grunner til det:

- Det blir noe uro når flere beboere bor sammen
- Det skulle vært større beboelsesrom/stuer når flere beboere bor sammen



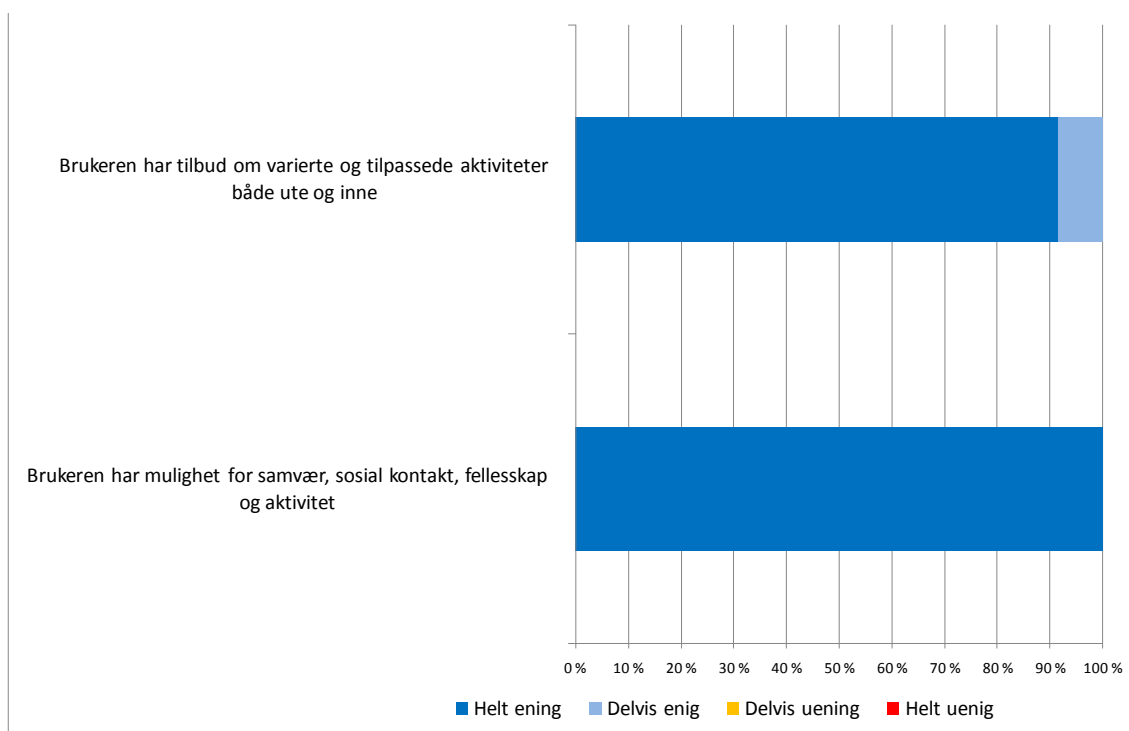
Figur 5-2: Brukerkvalitet. Andel av tidligere pasienter og pårørende som har hatt oppfatning vedrørende ulike påstander knyttet til beboerens mulighet til å ha en mest mulig normal tilværelse i Helseparken

Mulighet for deltakelse i sosiale aktiviteter

Fra figur 5-3 ser vi at alle pasienter og pårørende er helt enige i at brukeren har mulighet for samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet.

Når det gjelder påstanden om at brukeren har tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter både ute og inne, ser vi at alle er helt enige eller delvis enige. Ett forbehold anføres av dem som bare er delvis enige:

- Ikke alle kan bevege seg ute grunnet behandlingsbehovet



Figur 5–3: Brukerkvalitet. Andel av tidligere pasienter og pårørende som har hatt oppfatning vedrørende ulike påstander knyttet til beboerens mulighet til deltakelse i sosiale aktiviteter i Helseparken

5.1.2 Helseparkens egen pasientundersøkelse

Som en del av Helseparkens kontinuerlige forbedringsarbeid blir pasienter (alternativt med hjelp fra pårørende) bedt om å fylle ut et evalueringsskjema i etterkant av oppholdet.

Skjemaet inneholder i alt 17 spørsmål, hvorav fem er bakgrunnsvariabler og ett er et åpent spørsmål.

I de øvrige 11 spørsmålene blir pasientene bedt om å ta stilling til ulike utsagn vedrørende behandlingskvalitet. Utsagnene kan grupperes i tre kategorier som illustrerer pasientforløpet fra *i forkant og under oppholdet*, til tiden *etter oppholdet*, og med en *samlet resultatvurdering* til slutt:

Det foreligger data for perioden mai 2009 til februar 2010. 166 pasienter har i denne perioden besvart evalueringsskjemaet.

I forkant og under oppholdet

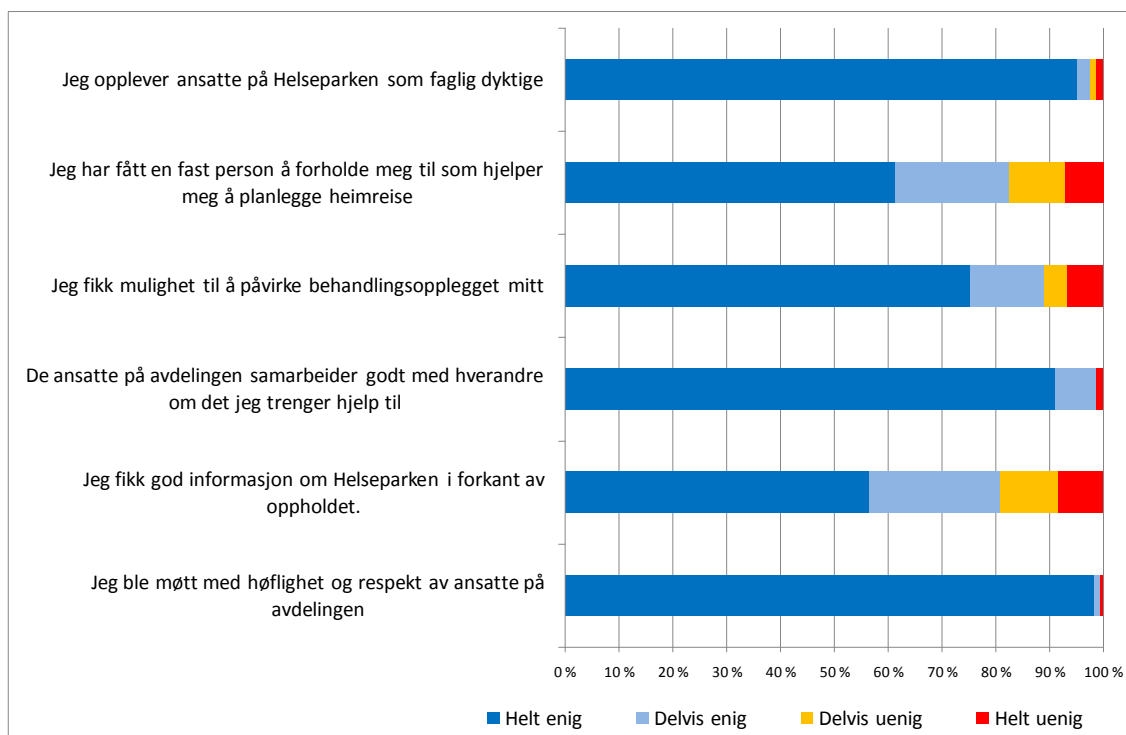
Av figur 5–4 under ser vi at de aller fleste (over 90 %) opplever:

- De ansatte på Helseparken som faglig dyktige
- At de ansatte på avdelingen samarbeider godt med hverandre om det jeg trenger hjelp til
- Å bli møtt med høflighet og respekt av ansatte på avdelingen

Samtidig er over 80 % *helt enig* eller *delvis enig* i:

- Å få god informasjon om Helseparken i forkant av oppholdet
 - Likevel er nesten 20 % *delvis uenig* eller *helt uenig* i dette.

- At jeg fikk mulighet til å påvirke behandlingsopplegget mitt
 - Likevel er litt over 10 % *delvis uenig* eller *helt uenig* i dette.
- At jeg har fått en person å forholde meg til som hjelper meg å planlegge hjemreise
 - Likevel er nærmere 20 % *delvis uenig* eller *helt uenig* i dette.

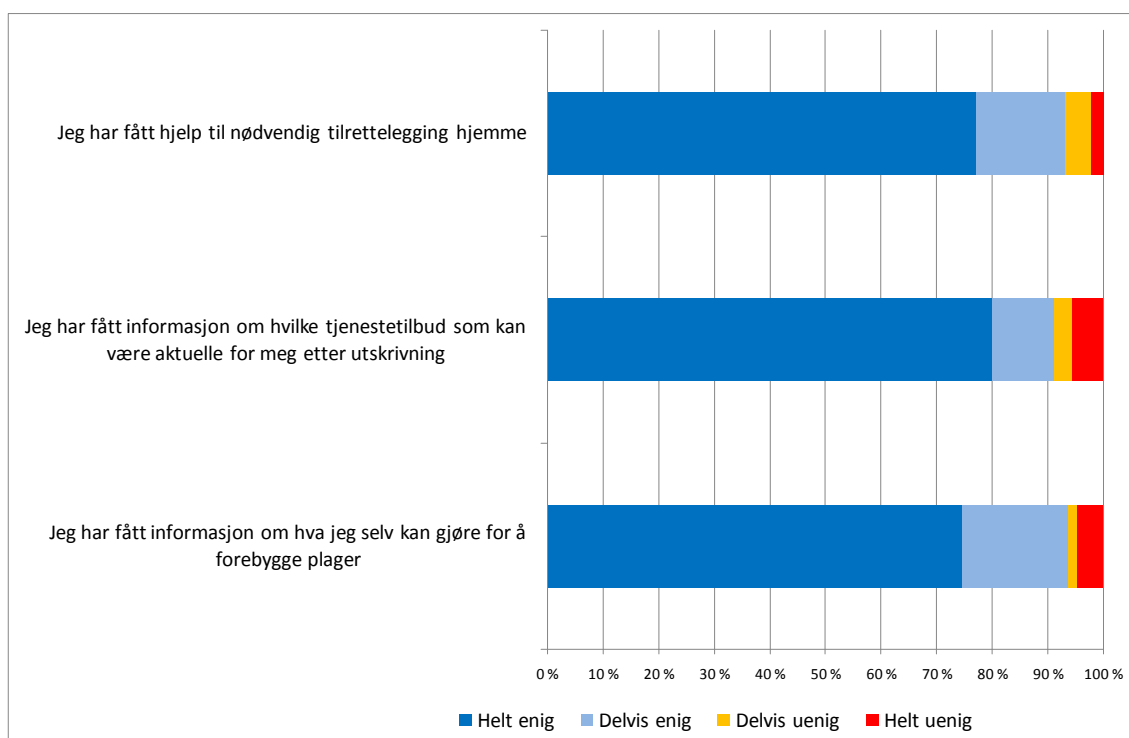


Figur 5-4: Brukerkvalitet. Andel av pasienter som har hatt oppfatning vedrørende ulike påstander knyttet til ulike forhold før og under oppholdet Helseparken

Etter oppholdet

Av figur 5-5 under ser vi at de aller fleste (over 90 %) er *helt enige* eller *delvis enige* i at:

- Jeg har fått hjelp til nødvendig tilrettelegging hjemme
- Jeg har fått informasjon om hvilke tjenestetilbud som kan være aktuelle for meg etter utskriving
- Jeg har fått informasjon om hva jeg selv kan gjøre for å forebygge plager

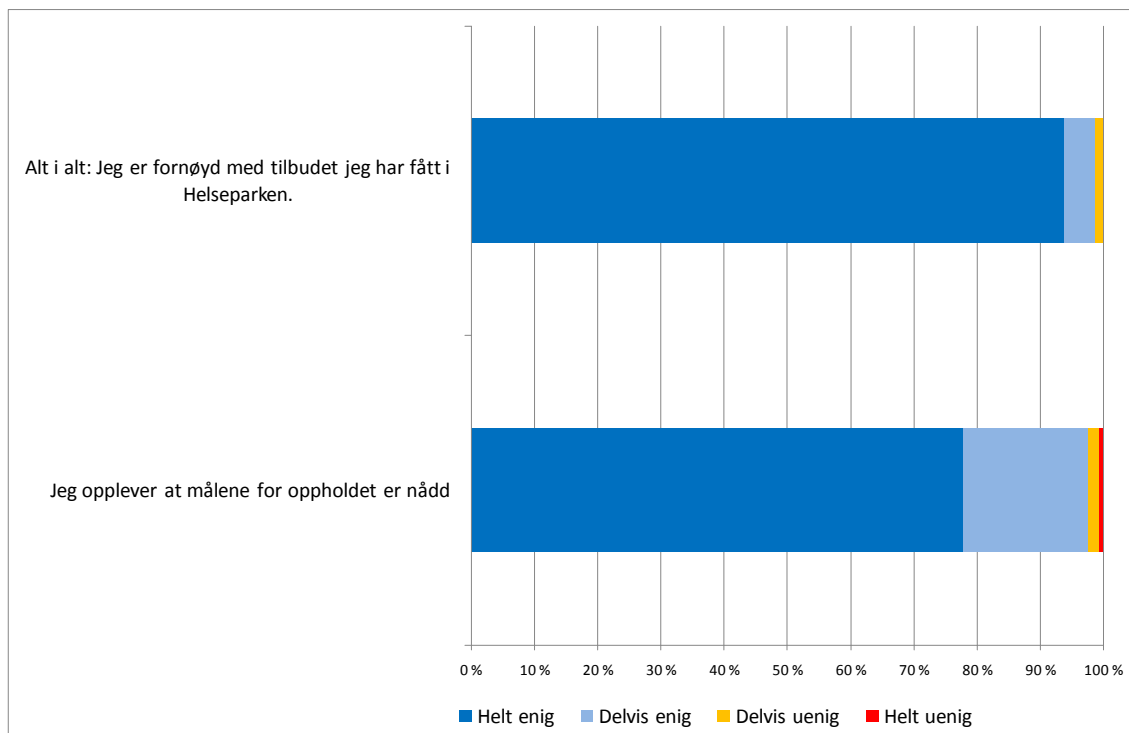


Figur 5-5: Andel av pasienter som har hatt oppfatning vedrørende ulike påstander knyttet til forhold som har betydning for behandlingskvalitet etter oppholdet Helseparken

Samlet resultatvurdering

Av figur 5-6 under ser vi at litt under 100 % er *helt enig*, eller *delvis enig* i at:

- Jeg er fornøyd med tilbudet jeg har fått i Helseparken
- Jeg opplever at målene med oppholdet er nådd



Figur 5-6: Andel av pasienter som har hatt oppfatning vedrørende påstander om hvor fornøyd en totalt sett har vært med oppholdet ved Helseparken

5.1.3 Samlet inntrykk

Hovedinntrykket etter gjennomføringen av fokusgruppeintervjuet med pårørende og pasienter i Helseparken, og oppsummeringen av Helseparkens egen pasientundersøkelse, er stor grad av tilfredshet med både tilbudet Helseparken og innholdet i tilbudet. Samlet sett er tilbakemeldingene i Helseparkens egen pasientundersøkelse likevel litt mer nyansert enn tilbakemeldingene i fokusgruppeintervjuet. En grunn til det kan være at det ikke er de samme spørsmålene knyttet til kvalitet som er benyttet i de to undersøkelsene, og at noen av spørsmålene i Helseparkens egen pasientundersøkelse har fanget opp områder hvor det er større variasjon i pasientenes opplevelser. Et annet forhold som kan forklare noe av variasjonene i svarene i de to undersøkelsene er svarsituasjonene. I Helseparkens egen pasientundersøkelse blir den enkelte pasient bedt om å formidle sin opplevelse/inntrykk av oppholdet i Helseparken. I fokusgruppeintervjuet ble en gruppe pårørende og tidligere pasienter forespurt om de ville delta i et gruppeintervju. I en slik situasjon kan det lett bli slik at det særlig er pasienter som er fornøyd med oppholdet, som sier ja til å stille til intervju. Når det er sagt, vil vi likevel få understreke at Helseparkens egen pasientundersøkelse er viktig i det fortløpende kvalitetsarbeidet som gjøres i Helseparken.

5.2 Behandlingskvalitet vurdert av ansatte

Når det gjelder synet på behandlingskvalitet, har vi også bedt ansatte ved Helseparken, i Rana kommune og ved sykehuset om å ta stilling til en rekke utsagn. Utsagnene er oppsummert i tre grupper:

Gruppene er konkret knyttet til det tilbudet som gis til pasientene ved Helseparken, og er de samme som ble stilt til tidligere pasienter og pårørende:

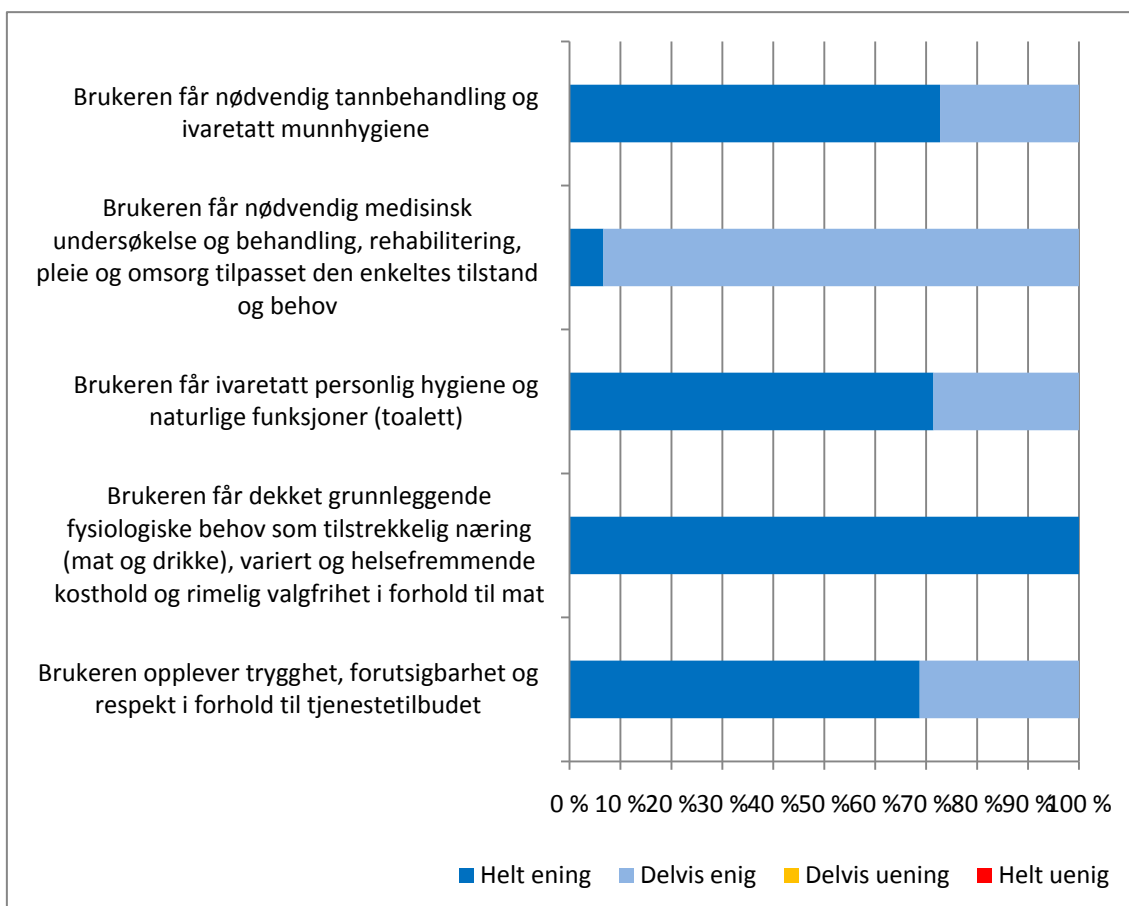
- Ivaretagelse av konkrete behov for tjenester
- Mulighet for å ivareta en mest mulig normal tilværelse
- Mulighet for deltakelse i sosiale aktiviteter

Ivaretagelse av konkrete behov for tjenester

Fra figur 5-4 ser vi at alle som er forelagt disse utsagnene, er *helt enig* eller *delvis enig* i at brukeren får:

- Nødvendig tannbehandling og ivaretatt munnhygiene
 - Ca. 73 % av de spurte er enige i denne påstanden, mens ca. 27 % av de spurte sier de er delvis enige. Blant disse er det dem som understreker at mange av pasientene her er selvhjulpne.
- Nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling, rehabilitering, pleie og omsorg tilpasset den enkeltes tilstand og behov
 - Her svarer bare ca. 7 % at de er helt enige. Ca. 93 % svarer at de er delvis enige.
- Ivaretatt personlig hygiene og naturlige funksjoner (toalett)
 - Her svarer over 70 % at de er helt enig. Litt under 30 % sier de er delvis enig.
- Dekket grunnleggende fysiologiske behov som tilstrekkelig næring (mat og drikke), variert og helsefremmende kosthold og rimelig valgfrihet i forhold til mat
 - Alle informantene sier seg helt enig i dette
- Trygghet og respekt og forutsigbarhet i forhold til tjenestetilbudet
 - I forhold til denne påstanden sier litt under 70 % av de spurte seg helt enig. Tilsvarende er litt over 30 % av de spurte delvis enig.

Av figuren ser vi at andelen som er delvis enige i en påstand er vesentlig større for nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling, rehabilitering, pleie og omsorg (ca. 93 %) enn for de øvrige behovene.



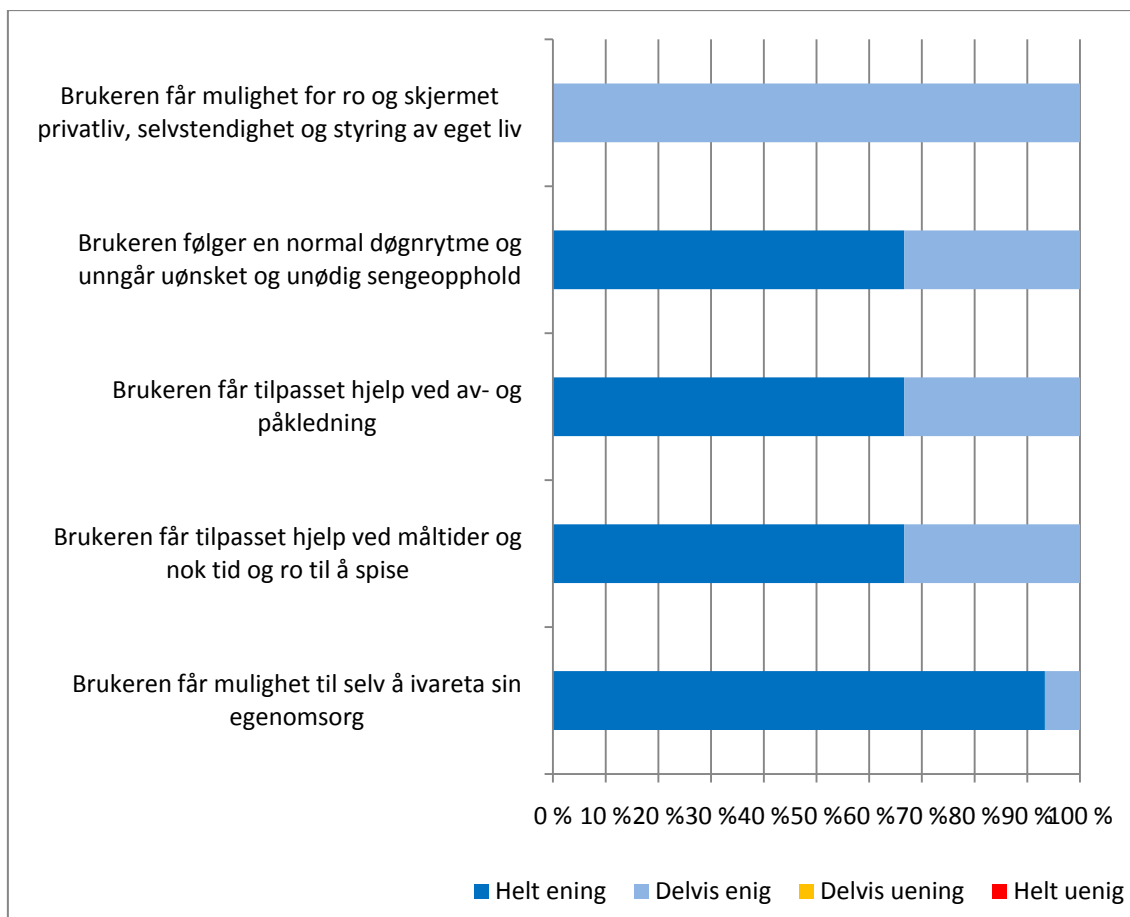
Figur 5-7: Brukerkvalitet. Andel av ansatte som har hatt oppfatning vedr. konkrete behov for tjenester til beboere i Helseparken

Mulighet for å ivareta en mest mulig normal tilværelse

I figur 5-8 ser vi at graden av enighet fordeler seg slik:

- Alle er delvis enige i at brukeren får mulighet for ro og skjermet privatliv, selvstendighet og styring av eget liv. Det som nyanserer informantenes svar her er knyttet til eneromsproblematikken:
 - Mangel på enerom er en utfordring
 - I den grad/omfang det går an i avdelinger med dobbeltrom
- Brukeren følger en normal døgnrytme og unngår uønsket og unødig sengeopphold. Ca. 67 % er helt enige i denne påstanden, og ca. 33 % er delvis enig.
 - Delvis enig begrunnes blant enkelte med at det kan være litt støy på tremanns rom.
- Brukeren får tilpasset hjelp ved av- og påkledning.
 - Forholdet mellom helt enig og delvis enig er her som over (ca. 67 % vs. ca. 33 %). Blant de grunner som nyanserer oppfatningene er en opplevelse blant ansatte om et større behov for ekstra hjelp til av- og påkledning blant noen av pasientene.

- Brukeren får tilpasset hjelp ved måltider og nok tid og ro til å spise.
 - Igjen fordeler svarene seg omtrent som over (ca. 67 % vs. ca. 33 %). Svarmaterialet gir oss imidlertid lite som kan forklare hvorfor ca. 33 % av informantene her svarer bare delvis enig.
- Brukeren får mulighet til selv å ivareta sin egenomsorg.
 - Her svarer ca. 93 % helt enig, og ca. 7 % delvis enig. En solid bekreftelse på at mulighet til egenomsorg blir ivaretatt i Helseparken.



Figur 5–8: Brukerkvalitet. Andel av ansatte som har hatt oppfatning vedr. ulike påstander knyttet til beboerens mulighet til å ha en mest mulig normal tilværelse i Helseparken

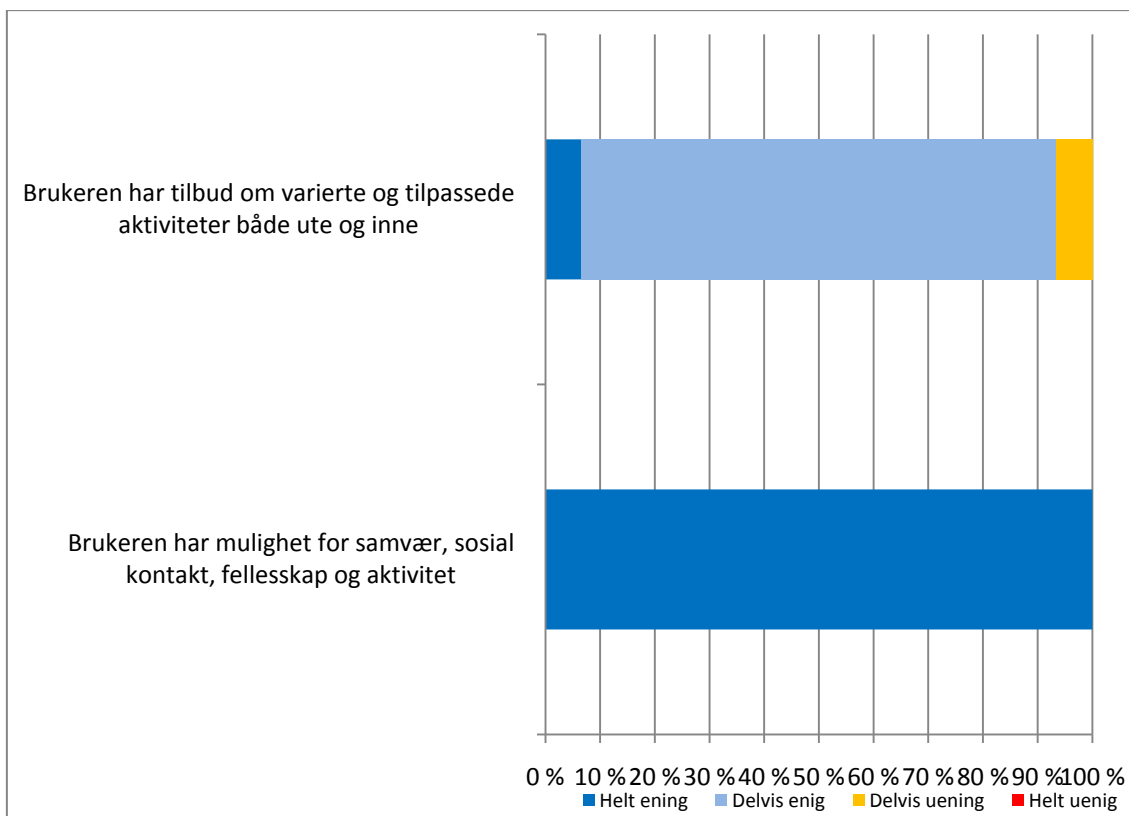
Mulighet for deltakelse i sosiale aktiviteter

Fra figur 5–9 ser vi at alle er helt enige i at brukeren har mulighet for samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet.

Når det gjelder påstanden om at brukeren har tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter både ute og inne, ser vi at kun ca. 7 % er helt enige i denne påstanden. Samtidig svarer ca. 85 % at de er delvis enig, og ca. 8 % sier de er delvis uenig.

Det fremkommer følgende årsaker til delvis enig/delvis uenig her:

- Problemer ute om vinteren
- Helseparkens lokalisering til 5. etasje ved sykehuset representerer også en utfordring mht. tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter både ute og inne.



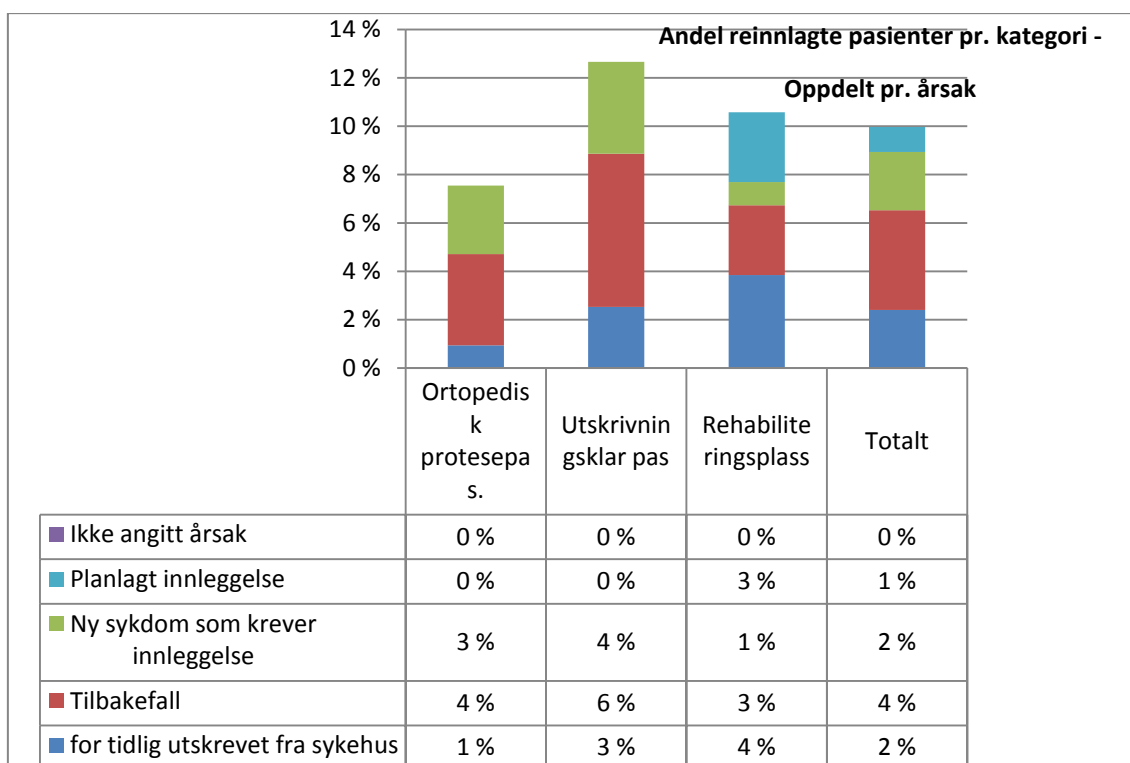
Figur 5-9: Brukerkvalitet. Andel av ansatte som har hatt oppfatning vedr. ulike påstander knyttet til beboerens mulighet til deltakelse i sosiale aktiviteter i Helseparken

5.3 Reinnleggelser i sykehus

I forhold til reinnleggelser i sykehus er rehabilitering og oppfølging av fastlege og hjemmesykepleie, ergoterapi og fysioterapi viktige forhold etter innleggelse i sykehus. I vårt intervjumateriale har det fremkommet enkelte synspunkter på at fysioterapi og ergoterapi med fordel kunne vært bedre i tilbudet til de utskrivingsklare pasientene.

Reinnleggelser i sykehus grunnet tilbakefall blant de ortopedisk opererte pasientene har ofte sin bakgrunn i infeksjoner, noe som også gjenspeiler seg i vårt intervju-materiale. Intervjuene forteller videre at infeksjonsraten synes å være konstant selv etter etableringen av Helseparken.

Neste figur viser at andelen reinnleggelser etter et opphold i Helseparken samlet sett er størst blant de utskrivingsklare pasientene. Deretter følger rehabiliteringspasientene og de ortopediske pasientene.



Figur 5-10: Andel reinnlagte pasienter pr. kategori

Årsakene til at tilbakefall er den vanligste årsaken til reinnleggelser i sykehus for utskrivningsklare pasienter etter opphold i Helseparken, er det vanskelig å si noe sikkert om. I vårt intervjumateriale har det fremkommet noen synspunkter på at fysioterapi og ergoterapi med fordel kunne vært bedre i tilbudet til de utskrivningsklare pasientene.

Blant rehabiliteringspasientene er den største andelen reinnleggelser forklart med for tidlig utskrevet fra sykehus. Den totale andelen reinnleggelser for denne gruppen er ca. 11 %.

Samlet sett fremgår det av våre intervjuer at andelen reinnleggelser i sykehus ikke har gått opp, heller noe ned etter etableringen av Helseparken. I Samdata rapport "Sektorrapport for somatisk spesialisthelsetjeneste 2006" fremgår det at reinnleggelsesratene for personer 70 år og eldre var 19,3 % for dem som ble utskrevet til annen institusjon, og 15,3 % for dem som ble utskrevet til bosted. Med enn total reinnleggelsesrate på 10 % etter opphold i Helseparken ligger en her godt under reinnleggelsesraten fra 2006 for utskriving til annen institusjon, og også godt under reinnleggelsesraten samme år etter utskriving til hjemsted. Dette er et godt kvalitetsparameter på Helseparken, og kan si noe om så vel graden av adekvat behandling, som trivsel og opplevelse av trygghet i Helseparken.

I intervjumaterialet fremkommer det synspunkter på at nedgang i reinnleggelser i sykehus kan ha sammenheng med at "storforbrukere" har gått bort. Andre vektlegger fastlegens rolle. Hadde fastlegen vært kontaktet, så hadde kanskje terskelen for reinnleggelser vært lavere. Dette siste momentet kan tyde på at det kan være noe å hente hva gjelder forebygging av reinnleggelser ved å være mer bevisst laveste effektive omsorgsnivå (LEON).

En litt løsere sammenheng som kan leses ut av vårt intervjumateriale, er relatert til opplysningene om at søknader til korttid og langtids plass i sykehjem er gått ned. Det kan det tyde på at kommunen treffer på viktige inntakskriterier til Helseparken, som at

pasientene skal ha et tilstrekkelig rehabiliteringspotensial til å klare seg selv etter et opphold i Helseparken. Disse pasientene havner således i sin alminnelighet ikke i gruppen av pasienter som blir søkt inn til korttidsplass eller langtidsplass i sykehjem. Tilsvarende kan det være grunn til å tro at et opphold i Helseparken reduserer sjansene for reinnleggelse i sykehus, idet Helseparken ivaretar pasientene helhetlig med vekt på både faglige og sosiale faktorer.

5.4 Forebyggende helsearbeid

I dokumentet "Prosjektrammer – pilotsykehusprosjekt" er forebyggende helsearbeid trukket frem som et moment som skal svare til sykehusenes rolle i et bredere perspektiv.

I våre intervjuer spurte vi om det drives noen form for forebyggende helsearbeid i Helseparken. Tilbakemeldingene går på at det ikke er lagt opp til forebygging per se i Helseparken, men at tilbudene i Helseparken representerer tydelige elementer av forebygging. Vår oppfatning er at særlig sekundærforebygging (hindre at problemer varer ved og videreutvikles), og tertiærforebygging (motvirke en forverring av problemer) er effekter av tilbudene i Helseparken. Elementer av tertiærforebygging kommer tydeligst til uttrykk. Tertiærforebygging ligger tett opp til rehabilitering. Som en av våre informanter sa: "All rehabilitering er forebyggende."

Informantene er videre klare på at arbeidet ergoterapeuter gjør hjemme hos pasientene før utskrivning må sees i et forbyggingsperspektiv. Videre vektlegger våre informanter verdien av trivsel, mening og trygghet i hverdagen som forebyggende aspekt ved opphold i Helseparken.

6 Helseøkonomiske konsekvenser

6.1 Helseparkens utgifter

Utgifter knyttet til Helseparken i 2009 var ca. 11,8 millioner kroner. Helseparken kom i drift i februar 2009. Dette innebærer utgifter til 10,5 måneders drift i tillegg til oppstartsutgifter.

På den måten blir budsjett 2010 et bedre utgangspunkt for hva de årlige utgiftene vil være. Budsjetterte utgifter i 2010 er ca. 13,8 millioner kroner.

Hovedspørsmålet vi skal vurdere i denne delanalysen er hvor mye utgiftene ved sykehuset og i kommunen er redusert som følge av etableringen av Helseparken.

Som redegjort for i kapittel 1 kan en ikke sammenlikne situasjonen før og etter innføring av Helseparken. Spørsmålet er hvorvidt de samlede utgifter i dagens situasjon *med* Helseparken er mindre enn en tenkt situasjon *uten* Helseparken.

Selv om det viktigste for kommunen/sykehuset har vært effekten totalt, er det naturlig å se på effekten for sykehuset og kommunen hver for seg.

For 2009 ble utgiftene til Helseparken (11,8 millioner kronene) delt slik: ca. 3,8 millioner kroner for helseforetaket og ca. 8 millioner kroner for kommunen.

6.2 Effekt for sykehuset

Etableringen av Helseparken har ført til at helseforetaket bruker færre ressurser enn de ville gjort uten Helseparken. Sykehuset gjorde flere grep samtidig som Helseparken ble etablert. Informantene fra sykehuset mener imidlertid at etableringen av Helseparken var den viktigste årsaken til at det var mulig å legge ned 17 kirurgiske dagsenger, uten at kirurgisk aktivitet gikk ned.

Sykehuset har nøye fulgt opp effekten for de ulike pasientkategoriene i Helseparken.

Helt konkret foreligger det statistikk som viser at antall liggedøgn knyttet til *utskrivingsklare pasienter* er redusert med ca. 360 fra 2008 til 2009, og at gjennomsnittlig liggedøgn for protese- og bruddpasienter er redusert.

Med gjennomsnittlig antall liggedøgn som i 2008 ville protese- og bruddpasientene som ble behandlet i 2009, lagt beslag på sengekapasitet i totalt ca. 1 110 dager mer enn de faktisk gjorde, slik det fremgår av tabellen nedenfor.

Tabell 6-1 Beregnet antall reduserte liggedøgn fra 2008 til 2009

| Pasientkategorier | | Antall pasienter 2009 | Nedgang i gj. liggetid fra 2008 til 2009 | Beregnet antall reduserte |
|-------------------|--------------------------|-----------------------|--|---------------------------|
| Bruddpasienter | benskjerhet | 8 | 3 | 24 |
| | brudd i lårben | 151 | 4,3 | 649 |
| | Brudd i ryggen | 44 | 3,3 | 145 |
| | Brudd i kne/ankel | 97 | 0,2 | 19 |
| | Totalt | | | 838 |
| Protesepasienter | Totalprotese i hofteledd | 3 | 0,9 | 3 |
| | Totalprotese i hofteledd | 18 | -1,2 | -22 |
| | Totalprotese i hofteledd | 70 | 4,2 | 294 |
| | Totalt | | | 275 |
| Totalt | | | | 1113 |

Sammen med reduserte liggedøgn knyttet til utskrivingsklare pasienter så betyr dette totalt ca. 1 470 reduserte liggedøgn.

Med en antatt kostnad på kr 5 000 pr. liggedøgn gir dette en beregnet besparelse på ca. 7,4 millioner kroner²⁵. Fratrasket inntekter knyttet til kommunens langtidsliggere på 1 million kroner, gir en netto beregnet besparelse på ca. 6,4 millioner kroner for helseforetaket.

Vi understreker at dette er beregnede størrelser idet det er metodemessig usikkert å anta at det bare er etableringen av Helseparken som har bidratt til disse endringene.

Med en beregnet besparelse på ca. 6,4 millioner kroner i forhold til en kostnad på ca. 3,8 millioner kroner bør en kunne konkludere med at etableringen av Helseparken har vært netto kostnadsbesparende for helseforetaket.

Og det før vi har startet diskusjonen om besparelser for protesepasientene, som alternativt ville bli sendt til en opptreningsinstitusjon.

6.3 Sparte opphold på opptreningsinstitusjon

Sparte opphold på opptreningsinstitusjon fører som kjent ikke til reduserte kostnader for Helgelandssykehuset avd. Rana, men for Helse Nord RHF. Avtaler med private rehabiliterings-/opptreningsinstitusjoner inngås ikke mellom helseforetakene og de enkelte institusjonene, men med det regionale helseforetaket.

Statistikken for Helseparken gjengitt i kapittel 2 viste følgende data for 1. driftsår for protesepasientene: 106 utskrevne pasienter med en gjennomsnittlig liggetid på 12,1 døgn.

Informanter fra sykehuset sier at nesten samtlige av disse protesepasientene ville vært aktuelle for et opptreningsopphold ved en opptreningsinstitusjon som Helse Nord RHF har avtale med.

Forutsatt sammen liggetid, og med 106 behandlede pasienter til en gjennomsnittlig enhetspris pr. døgn som ved opptreningsinstitusjonene på kr 1 465, så ville årlige besparelser for Helse Nord RHF kunne beløpe seg til ca. 1,9 millioner kroner²⁶.

6.4 Effekt for kommunen

Kommunen var i en situasjon med behov for kapasitetsøkning innen helse, pleie og omsorg. Etablering av Helseparken med medfølgende kostnader ble valgt som tiltak for å øke innsatsen her.

Informanter fra kommunen sier at det ikke ble kuttet i andre tjenester. Med andre ord ble *økningen innenfor helse, pleie og omsorg kanalisert inn i Helseparken*. Kommunens oppfatning er at etablering av Helseparken trolig er økonomisk gunstig for kommunen samlet sett, men uten at det foreligger konkrete beregninger.

For å forsøke å underbygge denne påstanden har vi sammenliknet Rana kommunes relative kostnadsnivå til helse, pleie og omsorg i 2008 (før etableringen av Helseparken) og 2009 (etter etablering av Helseparken). Som sammenlikning har vi brukt gjennomsnittet for kommunegruppen som Rana tilhører.

²⁵ Beløpet kr 5 000 er hentet fra St. meld. nr. 47 Samhandlingsreformen s. 106. Basert på egne, tidligere beregninger så er dette beløpet trolig litt høyt for Helgelandssykehuset avd. Rana. Pris her pr. liggedøgn ligger nok litt under kr 5 000, men ikke lavere enn at regnestykket blir omtrent det samme.

²⁶ Enhetsprisen på kr 1 465 er basert på opplysninger fra Helse Nord RHF.

Denne sammenlikningen viser at utgiftene pr. innbygger justert for behov har økt mindre i Rana enn for gjennomsnittet²⁷:

- Økningen var 2,7 % innenfor pleie og omsorg for Rana mens gjennomsnittet for kommunegruppen Rana tilhører økte med 5,6 %.
- Økningen var 8,1 % innenfor helse for Rana mens gjennomsnittet for kommunegruppen økte med 9,8 % prosent

Denne sammenlikningen underbygger med andre ord kommunens oppfatning om at etablering av Helseparken trolig er økonomisk gunstig for kommunen samlet sett.

6.5 Netto endring i kostnader – oppsummering

Driften av Helseparken kostet 11,8 millioner kroner i 2009 (10,5 måneders drift) og vil årlig koste ca. 13,8 millioner kroner.

Ut fra informasjon vi har fått tilgang til er det grunnlag til å konkludere med at sykehuset og kommunen gjennom etablering av Helseparken har fått lavere utgifter totalt sett enn de ellers ville ha hatt.

²⁷ Utgiftene pr. innbygger justert for behov er gjort ut ifra delekostnadsnøkkel for pleie og omsorg fra Kommunal- og regionaldepartementet (KRD).

7 Konklusjon og anbefalinger

Overordnede vurderinger

- *Utgangspunkt i lokale utfordringer:* I Helseparken har man klart å etablere en ny modell som har vokst ut et av behov som de lokale parter har ansett som viktig å løse.
- *Likeverd:* Partene i prosjektet har klart å etablere en gjensidig forståelse og likeverd i det arbeidet som er gjort.
- *Overordnet forankring:* Partene i Helseparken har klart å forankre tiltakene hos politikerne i kommunen, og i ledelsen både ved sykehuset og i kommunen. Samtidig har en klart å trekke med de ansatte på en måte som gir prosjektet et solid fundament for videre drift.
- *Omsorgstrappa fungerer* bedre etter LEON-prinsippet, er mer på pasientens premisser og har vist seg viktig for at pasientene skal kunne skrives ut fra sykehuset tidligere. Dette samtidig som det blir gitt en kvalifisert oppfølging før retur til eget hjem.
- *Finansieringssystemet:* I arbeidet med Helseparken har partene blitt enige om en finansieringsmodell hvor man har klart å skille mellom hva som er sykehusets ansvar og hva som er kommunens ansvar.
- *Omsorgskontoret* fungerer på en god måte i forhold til oppgavene som skal løses.
- *Samfunnsøkonomisk lønnsomt:* Helseparken er samfunnsøkonomisk lønnsom med forbedret kvalitet/reduerte kostnader.
- *Lokalisering:* Helseparkens lokalisering til 5. etasje ved sykehuset har gitt et godt utgangspunkt for samhandlingen mellom sykehuset og kommunen. Likevel er det en forutsetning at det er kommunens omsorgskontor som styrer pasientflyten.
- *Pilotsykehus:* Helseparken er sentral i sykehusets status som pilotsykehus.

Driftsmessige forhold ved Helseparken

- *Ergoterapi og fysioterapi:* Ergoterapi og fysioterapi tilsvarer 3,5 årsverk i Helseparken. Helseparkens andel ergoterapi/fysioterapi ligger dermed ganske høyt i forhold til sammenliknbare tilbud.
- *Andelen hjelpepleier/omsorgsarbeider:* Andelen hjelpepleiere/omsorgsarbeidere er relativt likt det som er vanlig i andre intermedieære/forsterkede korttidsavdelinger.
- *Andelen sykepleiere:* Andelen sykepleiere er relativt likt det som er vanlig i tilsvarende avdelinger.
- *Legeressursene:* Den samlede legeressursen i Helseparken er på 0,6 årsverk. Tilgangen på legeressurs i Helseparken er på nivå med det som finnes i andre forsterkede korttidsavdelinger.
- *Sykefraværet:* Sykefraværet hos de ansatte i Helseparken var på 9,2 % i 2009. Ledelsen bør arbeide med å holde sykefraværet så lavt som mulig.

Lærings- og suksessområder

- *Tilfredshet hos pasienter og pårørende:* Helseparken har ført til høy tilfredshet hos pasientene/pårørende.
- *Tilfredshet hos ansatte:* Etableringen av Helseparken har ført til høy tilfredshet hos ansatte.
- *Samarbeid mellom sykehus og kommune:* Etableringen av Helseparken har bidratt til et bedre samarbeid mellom sykehus og kommune.

- *Økt behandlingskvalitet:* Helseparken fører til økt behandlingskvalitet for pasientene.
- *Helhetlig oppfølging:* Helseparken gir helhetlig oppfølging av pasientene.
- *Samhandling mellom sykehus og kommune:* Samhandlingen mellom sykehuset og Helseparken fungerer bra.
- *Yrkesstolthet:* Helseparken har gitt de ansatte større yrkesstolthet og gjort det mer attraktivt å arbeide i helse- og omsorgssektoren.
- *Inntrykket av helse- og omsorgstjenestene:* Helseparken bidrar til et positivt inntrykk av helse- og omsorgstjenestene.
- *Effektiv bruk av ressurser:* Helseparken har bidratt til en mer effektiv bruk av ressurser i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten sett under ett.
- *Relevant tilbud:* Pasientene har fått et bedre og mer relevant tilbud etter opprettelsen av Helseparken.
- *Kontinuitet i behandlingen:* Etableringen av Helseparken har bidratt til større kontinuitet for pasientene.
- *Målgruppen:* Utvelgelsen av pasientene til Helseparken er den riktige i forhold til målgruppene.

Anbefalinger

- *Drift av Helseparken:* Driften av Helseparken bør videreføres.
- *Ressurser til ergoterapi/fysioterapi:* Fordeling av ressurser til ergoterapi/fysioterapi bør tilbys individuelt og ikke på grunnlag av "pasientgruppe" i Helseparken.
- *Aktivitetsplan:* Det bør vurderes hvorvidt Helseparkens aktivitetsplan bør forankres tydeligere hos brukerne. På den måten kan man oppnå ens forståelse av så vel behandlingsfilosofi som innhold i behandlingsoppleggene.
- *Overføring til Helseparken:* Det må sørges for lik praksis i håndtering av dokumentasjon ved overgangen fra Medisinsk og Kirurgisk avdeling til Helseparken.
- *Overføringen fra Helseparken:* Det må vurderes om fysioterapeuter/ergoterapeuter i kommunen bør bli trukket inn i overføringsprosessene fra Helseparken.
- *Epikrisen:* Det må fremgå av epikrisen at pasienten er overført til Helseparken.
- *Resepter før utskriving:* Tydeliggjøre arbeidsinstruksjonen for lege i Helseparken når det gjelder avklaring av pasientenes behov for resepter og medisiner i sin helhet før utskriving.
- *Tettere samarbeid med fastlegene.* Det bør iverksettes et arbeid som går på tettere samarbeid mellom fastlegene, Helseparken og de øvrige pleie- og omsorgstjenestene.
- *Hjelpemidler:* Bedre dagens rutiner for hjelpemidler for brukere i Helseparken, slik at de er klare når pasientene kommer hjem etter endt opphold.
- *Individuell plan:* Sørg for at de pasientene med behov for individuell plan får tilbud om dette.
- *Ytelsesavtale:* Ta initiativ vis-à-vis det regionale helseforetaket med sikte på å få en ytelsesavtale for opptrening av ortopediske pasienter ved Helseparken.
- *Informasjon:* Sikre god informasjonen til pasientene om tilbudet i Helseparken i forkant av et opphold.
- *Hjemreise:* Påse at pasientene har en person å forholde seg til, og som hjelper til med å planlegge hjemreise.

Skrifflig dokumentasjon

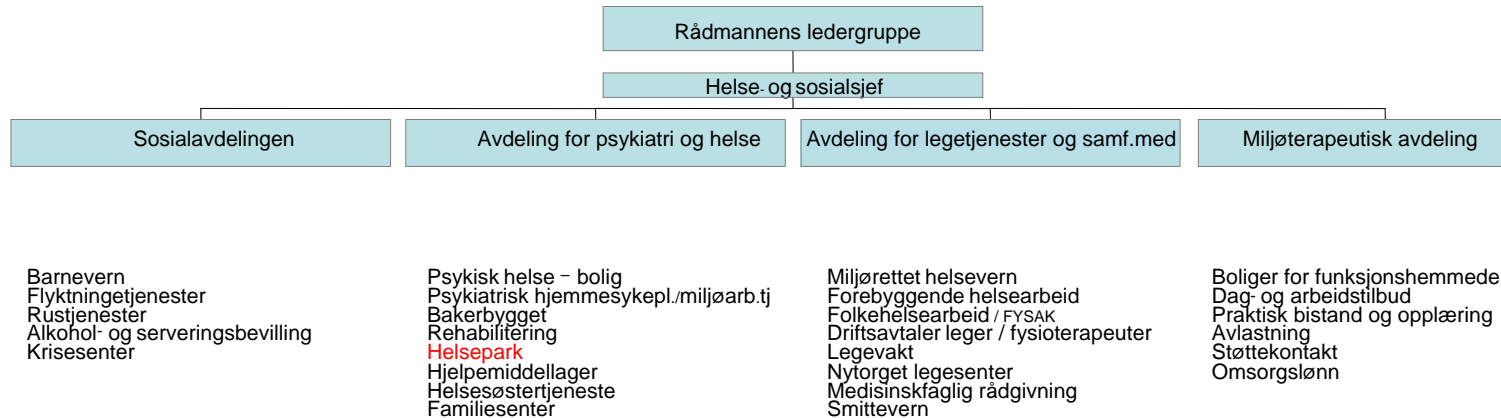
- Antonovsky, Aron, *Health, Stress and Coping*, San Francisco: Jossey-Bass. 1979
- Dagens Medisin, *Færre komplikasjoner med behandlingslinjer*, 29. mars 2010
- Den norske lægeforening, *Når du blir gammel og ingen vil ha deg*, 2001
- Forskrift om individuell plan. Forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven (2004-12-23)
- Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste, NOU 2005: 3
- Helseparkens faglige opplegg, *internt skriv Helseparken*
- Helseparkprosjektet, *Forprosjektrapport*, Helgelandssykehuset & Rana kommune, desember 2006
- Nasjonal strategi for elektronisk samhandling i helse- og omsorgssektoren 2008 – 2013
- NHO-magasinet 01/2010
- Notat angående samarbeid mellom Helgelandssykehuset avd. Rana og Helseparken vedrørende nattbistand til Helseparken
- Pettersen R, Wyller TB., *Rehabilitering integrert i akuttbehandling av sykdom*, i Tidsskrift for den norske legeforening, 2007; 127: 600 – 3
- Prosjektrammer – pilotsykehusprosjekt, mai 2008, versjon 1
- Samdata rapport "Sektorrapport for somatisk spesialisthelsetjeneste 2006"
- Samhandlingsreformens glansbilde falmer allerede, i *Mandagmorgen*, nr. 3, 25. januar 2010
- Seim, Abjørn, i Temaavisen "*Media Planet*", mars 2010, s. 6
- SINTEF-rapport, *Bemanning og tjenestetilbud i sykehjem*, oktober, 2004
- Skynder seg langsomt, i *it:helse*, nr. 1, februar 2010
- Sosial- og helsedepartementet, *Sykehjemmenes rolle og funksjon i fremtidens pleie- og omsorgstjenester – analyse av alders- og sykehjemsfunksjoner*, rapport, Oslo, 1999
- St. meld. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid
- Velkommen som ny medarbeider i Helseparken
- Young J, Stevenson J., *Intermediate care in England: where next?*, i *Age Ageing*, 2006; 35: 339 – 41

Vedlegg

Organisasjonskart

Aktivitetsplan

Organisasjonskart mars 2010



Felles:

Samordning av hjelp og tjenester.

For sosialavdelingen, miljøterapeutisk avdeling og avdeling for psykiatri og helse kan det innebære deltakelse og/eller koordineringsansvar, for eksempel knyttet til arbeid med individuelle planer.



RANA KOMMUNE

HELSEPARKEN AKTIVITETSPLAN

| Uke Tid | Mandag | Tirsdag | Onsdag | Torsdag | Fredag | Lørdag | Søndag |
|---------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|------------|------------|
| 8.15 | Frokost | Frokost | Frokost | Frokost | Frokost | Frokost | Frokost |
| 9-10 2.et. | Trim for protesepas. | Trim for protesepas. | Trim for protesepas. | Trim for protesepas. | Trim for protesepas. | | |
| | | | TURDAG Ca. 11-13.30 | | | | |
| 12.00 | Lunsj | Lunsj | Lunsj | Lunsj | Lunsj | Lunsj | Lunsj |
| 13.00 | Fellestrim | Fellestrim | Fellestrim | Fellestrim | Fellestrim | Fellestrim | Fellestrim |
| 14.30 | Middag | Middag | Middag | Middag | Middag | Middag | Middag |
| Ca. 16.00 | | Baking Termik | | Spillkveld | | | |
| 18.00 | Fellestrim | Fellestrim | Fellestrim | Fellestrim | Fellestrim | Fellestrim | Fellestrim |
| 19.00 | Kvelds | Kvelds | Kvelds | Kvelds | Kvelds | Kveldskos | Kvelds |