

Dei eldre og portvakta

Helse- og omsorgstenester til aldersgruppa 80 år og eldre

■ TORLEIV ROBBERSTAD • Pensjonert distriktslege/helse- og sosialsjef/assisterende fylkeslege

4,4 prosent av befolkninga er 80 år eller eldre. Dei brukar 19 prosent av liggjedagane i somatiske sjukehus, men med svære skilnader mellom kommunane, som denne studien leitar etter forklaringar på. Det trengst, for som del av samhandlingsreforma skal kommunale tenester delvis erstatte statlege spesialisthelsetenester. Overbelegg på sjukehusa forsterkar utskrivingspresset for desse eldre.

I dei 51 største kommunane varierte liggjedagsforbruket frå 186 til 469 dagar pr. 100 personar 80 år og eldre i 2013 (1–3). Tilsvarende spreining har det vore i ei årrekke, men kan ikkje forklarast med ulike medisinske behov. Det kan også handle om kapasitet, kompetanse og sosiale ønskje hos fastlegane, kapasitet og utforming av omsorgstenestene, kommuneøkonomi, lokale faglege sedvanar, tilgang til spesialisttenester, og ikkje minst forventningar hos folk flest.

Materiale og metode

Studien omfattar dei 50 kommunane utanom Oslo som i 2011 hadde meir enn 20 000 innbyggjarar (median 30 900). Den brukar

offentleg statistikk frå Statistisk sentralbyrå (3), Helsedirektoratet (1) og dei regionale helseføretaka (4), sortert med Epi Info 7 (5) for å samanlikne dette utvalet med landsgjennomsnittet, og særleg for å samanlikne dei 13 kommunane med høgast somatisk liggjedagsforbruk i 2013 (gruppe A)¹, med dei 13 med lågast forbruk (gruppe B)². Kvar kommune veg likt, utan omsyn til folketal. Der ikkje anna er sagt, gjeld alle opplysningar rater (pr. 100 personar) for aldersgruppa 80 år og eldre i 2013.

Funn

I 2013 hadde dei 50 kommunane i utvalet 48 prosent av befolkninga og 45 prosent av aldersgruppa 80 år og eldre. Kommunane i



ILLUSTRASJONSFOTO: ALEXANDER PATRIS/CANADIANWAVE/STOCK PHOTO

1 Askøy, Bergen, Haugesund, Karmøy, Kristiansund, Lillehammer, Molde, Nedre Eiker, Porsgrunn, Sandnes, Tromsø, Trondheim og Ålesund
2 Fredrikstad, Halden, Hamar, Kristiansand, Larvik, Moss, Nøtterøy, Rana, Ringsaker, Sarpsborg, Steinkjer, Stjørdal og Ullensaker

	50 KOMMUNAR	GRUPPE A	GRUPPE B
Liggjedagar	314	392	242
Liggjetid pr. døgnopphald	4,9	5,8	4,3
Alle innleggingar	84	96	74
Polikliniske konsultasjonar	188	215	161

TABELL 1. 2013: Forbruk av spesialisthelsetenester, pr. 100 personar 80 år og eldre

	50 KOMMUNAR	GRUPPE A	GRUPPE B
Gjennomsnittleg listelengde, korrigert for kommunale timar	1 336	1 358	1 291
% åpne lister	34	30	36
% fastlegar under 40 år	28	27	28
% fastlegar over 54 år	34	32	33

TABELL 2. Fastlegar 2013

	50 KOMMUNAR	GRUPPE A	GRUPPE B
Direkte kontaktar til fastlege*	631	587	638
Sjukebesøk frå legevakt	8	7	4

* Direkte kontaktar er konsultasjonar og sjukebesøk

TABELL 3. Allmennlegetenester 2013, pr. 100 personar 80 år og eldre

	50 KOMMUNAR	GRUPPE A	GRUPPE B
Heimetenester	32,4	31,2	33,3
Døgnplass i institusjon	12,5	14,4	10,8
I heildøgnsbemanna bolig	3,9	3,0	5,6
Alle med heildøgnsomsorg	16,4	17,4	16,4
Alle med omsorgstenester	44,9	45,6	44,1

TABELL 4. 2013: Prosentdelar av aldersgruppa 80 år og eldre med omsorgstenester

gruppe A hadde i snitt 70 prosent fleire innbyggjarar enn gruppe B, aldersgruppa 80 år og eldre var 15 prosent mindre.

Det var store skilnader i både liggjedagsforbruket (spenn 186–469) og innleggingsraten (spenn 61–124) i utvalet, som i snitt var som landsgjennomsnittet. Gruppe A hadde 62 prosent høgare liggjedagsforbruk enn gruppe B (SJÅ TABELL 1), 30 prosent fleire innleggingar men 46 prosent fleire planlagde innleggingar, 35 prosent lengre gjennomsnittleg liggjetid, og 35 prosent fleire polikliniske konsultasjonar.

Allmennlegetenesta er både fastlegar og legevakt, men her er personar 80 år og eldre med institusjonsplass ikkje med i utrekningsgrunnlaget for fastlegane.

Gruppe A hadde same aldersfordeling av fastlegane, men fem prosent lengre lister og 17 prosent færre åpne lister enn gruppe B (SJÅ TABELL 2), og åtte prosent færre direkte fastlegekontaktar men fleire sjukebesøk frå legevakt (SJÅ TABELL 3). Gruppe A hadde 35 prosent fleire polikliniske konsultasjonar enn gruppe B, og 14 prosent høgare førekomst av somatiske avtalespesialistar. Aldersgruppa 50–66 år viste eit liknande forbruksmønster, både for allmennlege- og spesialisthelsetenester.

Aldersgruppa er 43 prosent av dei som får kommunale omsorgstenester (heimetenester og institusjonsplassar). Heildøgnsomsorg omfattar også heildøgnsbemanna boligar, som 0–14 prosent av aldersgruppa bur i og som blir dekte av heimetenestene. Gruppe A hadde 33 prosent fleire med institusjonsplass enn gruppe B men bare seks prosent fleire med heildøgnsomsorg, og seks prosent færre med heimetenester (SJÅ TABELL 4). Gruppe B hadde 23 prosent fleire fysioterapitimar pr. plass, 31 prosent større andel plassar for tidsavgrensa opphald, og 16 prosent fleire opphald pr. slik plass.

Den viktigaste indikatoren på sunn kommuneøkonomi er netto driftsresultat i prosent av brutto driftsutgifter. Det viser kor mykje kommunen har att til driftsauke og investeringar når dei faste utgiftene er betalte. Utvalet hadde 14 prosent lågare netto driftsresultat og 10 prosent høgare lånegjeld enn landsgjennomsnittet. Gruppe A hadde 65 prosent lågare driftsresultat og 6 prosent høgare lånegjeld enn gruppe B.

27 av dei 50 kommunane er vertskommunar for somatiske sjukehus, med overvekt i gruppe A. Vertskommunane hadde 12 prosent høgare legedekking enn dei 23 andre kommunane, men 33 prosent fleire lister med under 1000 pasientar, færre åpne lister, 16 prosent fleire fastlegar over 54 år og 3,5 gonger så stor dekking med somatiske avtalespesialistar. Der var færre direkte kontaktar til fastlege, men fleire polikliniske konsultasjonar og innleggingar. 14 prosent fleire av aldersgruppa 80 år og eldre hadde kommunal institusjonsplass, men tilsvarende færre var i heildøgnsbemanna bolig. Vertskommunane hadde 20 prosent mindre fysioterapi på sjukeheimane, men elles var omsorgstenesteprofilane nokså like.

Drøfting

Alle kommunane i denne studien er så sentrale at både omsorgstenestene og vegen til fastlegar og legevakt blir lite påverka av

lokalgeografi, og såpass store at dei bør ha gode føresetnader for å utvikle robuste faglege og organisatoriske miljø (2). Utvalskommunane hadde i snitt same liggjedagsforbruk som landsgjennomsnittet, men det var store skilnader mellom gruppe A og gruppe B. Statistikk gir sjeldan endelege svar, men er ofte eit godt grunnlag for å stille dei rette spørsmåla.

Det er omsorgstenestene som har kome i fokus for opphoping av eldre pasientar på sjukehus. Men omsorgstenestene er så ressurskrevande at dei er heilt avhengige av kommuneøkonomien. Særleg i større kommunar er det ikkje nok omsorgsressursar, derfor byggjer desse ned ein sprengt langtidsplasskapasitet for å skaffe fleire korttidsplassar som er mykje dyrare i drift, men dette lyfter terskelen for både institusjonsplass og heimetenester (6).

Kommunane får 36 prosent av inntektene sine frå kommuneskatt og 31 prosent som rammeoverføring, men med etterslep i vekstkommunar. 75 prosent av utgiftene går til barnehagar, grunnskule og helse- og omsorgstenester. Gruppe A har større befolkning og folkevekst enn gruppe B, og dårlegare kommuneøkonomi, så då kan omsorgssektoren lett bli nedprioritert i budsjettet.

Storbyar har høgare institusjonsdekking enn landsgjennomsnittet, men lågare rater for heimesjukepleie (7). Gruppe A har mykje høgare liggjedagsforbruk på sjukehus enn gruppe B trass i mykje sterkare satsing på institusjonsomsorg, men gruppe A har lågare lege- og fysioterapibemanning der, mindre kapasitet av tidsavgrensa institusjonsplassar, mange færre heildøgnsbemanna boligar og færre som får heimetenester. Effektiv pasientgjennomstrøyming i korttidsplassane er ein nøkkelfaktor for å ha kapasitet til å ta mot utskrivingsklare pasientar (6). Gruppe B har betre kommuneøkonomi, og dei eldste aldersgruppene der er større og aukar fortare. Kan dette ha gitt omsorgstenestene der høgare prioritet og større omstillings- og meistringsevne?

Gruppe A har færre fastlegekonsultasjonar og tilsvarende fleire polikliniske konsultasjonar og planlagde innleggingar enn gruppe B. Lågare terskel for spesialisttenester kan vere ein måte å saldere fastlegars arbeidsdag på.

Akuttinnleggingar er frå både fastlegar og legevakt, men der er ingen pålitelege kommunedelte tal for fastlegars deltaking i legevakt (8) eller innleggingspraksis der (1). I 2008 deltok bare halvparten av fastlegane i legevakt, og vakttdeltakinga avtok med aukande alder, aukande listelengde og aukande sentralitet (9).

Fastlegeordninga har kapasitetsproblem. I 2008 var det 3980 fastlegar, og Helsedirektoratet tilrådde ein nettoauke på 2000 innan 2015 (10), men bare femteparten av denne kom i 2009–2013. I 2014 var tredjeparten av fastlegane over 54 år – ei dobling sidan 2001. Stadig fleire legar forventar meir fritid og familietid og kvir seg med store investeringar for å bli fastlege (11), og bare tredjeparten av fastlegane er fornøgde med dagens praksisavtalar (12). Med fleire åpne fastlegelister kan legane gjere meir av jobben sjølv og tilvise færre, men konkurranse om pasientars velvilje kan tenkjast å virke andre vegen.

Høgt og sprikande forbruk av spesialisthelsetenester ser ut å henge saman med svært ulik praktisering av fastlegane sin portvaktfunksjon (13). Prioriteringsutvalet peikar på at uheldig variasjon i tilvingspraksis betyr mykje for samla ressursbruk (14), og Helsedirektoratet ser det som aktuelt å sjå meir på samanhengen mellom spesifikk aktivitet i kommunane og bruken av sjukehus (7). Gode faglege retningslinjer må vere særleg viktige støttetiltak for kommunale tenester med tunge portvaktfunksjonar.

Liggjetid på sjukehus består av tid for diagnostikk og terapi og utskrivingsklar ventetid, og er mykje lengre for gruppe A enn gruppe B. Det kan vere fordi sjukehuset har høgare døgnplassdekking (15), fordi pasientar i gruppe A treng lengre liggjetid dersom dei er dårlegare utgreidde før innlegging, og/eller fordi omsorgstenestene har mottaksproblem. Data om utskrivingsklar ventetid har usikker kvalitet (1).

Vertskommunane har fleire fastlegar. Desse er eldre, og dei har kortare lister, fleire lukka lister og færre konsultasjonar, som blir spegla i eit meirforbruk av spesialisttenester. Gruppe A har overvekt av vertskommunar.

I 2009 kosta eitt liggjedøgn på sjukehus 12 109 kr (16), – like mykje som 26 konsul-

tasjonar hos fastlege eller 10 hos avtalespesialist (17), og i 2013 var liggjedøgnprisen 31 prosent høgare (18). Både gruppe A og vertskommunane har færre fastlegekonsultasjonar og stort meirforbruk av spesialisttenester. Dette høver dårleg med krava i helsepersonellova om at helsehjelp ikkje skal medføre unødvendig utgift (19), og etiske reglar for legar (20) seier at medisinske ressursar bør bli fordelt i samsvar med allmenne etiske normer.

Konklusjonar

Kommunar med lågt liggjedagsforbruk på sjukehus ser ut til å ha omsorgstenester med større fleksibilitet, trass i at dei har færre døgnplassar. Dette kan vere ei delforklaring på både færre innleggingar og kortare liggjetid. Kommunane treng meir kunnskap om kva omsorgstiltak som gir best nytte for pengane, særleg fordi aldersgruppa 80 år og eldre vil vere 50 prosent større om 15 år.

Omsorgstenestene treng mykje pengar, og stor folkevekst gir større inntektsetter-slep i kommunane. Dei kan gjere noko med omsorgskapasiteten sin, men ikkje med fastlegars innleggingspraksis. Dette talar for betalingsplikt for utskrivingsklare pasientar men mot kommunal medfinansiering som styringstiltak.

Innleggingspraksis sprikjer urimeleg mykje, og har endra seg lite med samhandlingsreforma. Dette pressar sjukehusa, og må nå bli tatt på alvor. Kapasitetsauke i fastlegetenesta vil gi betre rammevilkår, og faglege retningslinjer kan vere nyttige dersom fastlegane opplever dei som relevante. Større innslag av fastlegar kan venteleg gi meir målretta legevaktpraksis.

Storbrukarkommunar – og særleg vertskommunar for somatiske sjukehus – ser ut til å ha ein institusjonskultur med stor vekt på sjukehusbruk og sjukeheimar, endå dette er samfunnsøkonomisk dyrare.

Gir dette betre folkehelse, trur folk flest det er betre, er det helsepersonellet som helst vil ha det slik, eller er det gamle vanar? Slikt gir ikkje denne studien noko svar på.

REFERANSER

1. www.helsedirektoratet.no/finansiering/okonomiske-virkemidler-i-samhandlingsreformen/styringsdata-for-kommuner (15.05.2015)
2. St meld nr 47 (2008–2009) Samhandlingsreformen
3. www.ssb.no/statistikbanken (10.04.2015)
4. www.helse-nord.no; www.helse-midt.no; www.helsevest.no og www.helse-sorost.no (12.12.2014)
5. www.cdc.gov/epiinfo
6. Abelsen B. et al.: Samhandlingsreformens konsekvenser for det kommunale pleie- og omsorgstilbudet. Nasjonalt senter for distriktmedisin/IRIS; 2014. Rapport IRIS – 2014/382.
7. Rapport IS-2245 Samhandlingsstatistikk 2013-14. Helsedirektoratet, 2015.
8. Nasjonalt senter for legevaktmedisin, Uni helse; e-post 28.04.2015
9. Sandvik H, Hunskaar S. og Diaz E.: Hvilke fastleger deltar i legevakt? Tidsskr Nor Legeforen nr 20, 2012; 132.
10. Rapport IS-1652 Utviklingsstrategi for legetjenestene i kommunene. Helsedirektoratet, 2008.
11. Bergset T.: Unge leger skremmes av fastlegeordningen. Tidsskr Nor Legeforen nr 16, 2013: 133.
12. Misnøye med fastlegekontraktene. Dagens medisin 9/2015
13. Førde O.H, Breidablik H.J. og Øgar P.: Truar skilnadene i tilvingsratar målet om likeverdige helsetenester? Tidsskr Nor Legeforen nr 19, 2011: 1878–81.
14. Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten. Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon; 2014. NOU 2014:12.
15. Borge L-E og Nyhus O.H.: Kommunal medfinansiering av sykehus tjenester. SØF-rapport nr 01/13. Trondheim: Senter for økonomisk forskning as, mai 2013.
16. Rapport IS-0293 Samdata spesialisthelsetjenesten 2009. Oslo: Helsedirektoratet, 2010.
17. Aktivitetsstatistikk 2009 for fastleger, legevakt og avtalespesialister. HELFO-rapport, 2011.
18. Rapport IS-2194 Samdata spesialisthelsetjenesten 2013. Oslo: Helsedirektoratet, 2014.
19. LOV-1999-07-02-64 Helsepersonelloven, §6.
20. Den norske legeforenings etiske reglar for legar, I, §12.

■ TROBBE@LYSE.NET