

Hvordan endrer samhandlingsreformen kommunens pleie- og omsorgstjenester?

■ BIRGIT ABELSEN • Forskningsleder ved Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM), UiT Norges arktiske universitet

■ MARGRETE GASKI • Seniorforsker ved Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM), UiT Norges arktiske universitet

Sykere pasienter skrives ut til kommunene som i større grad enn før, rettet innsatsen mot behandling og pleie av kort varighet og spesialisert karakter. Store og små kommuner har opplevd og taklet utfordringene i kjølvannet av samhandlingsreformen ulikt.

Nasjonalt senter for distriktsmedisin og IRIS (International Research Institute of Stavanger) Samfunnsforskning har på oppdrag fra KS gjennomført en undersøkelse om virkninger av kommunal betaling fra dag én for utskrivningsklare pasienter. Ordningen ble innført 1. januar 2012 som del av samhandlingsreformen, og innebærer at bostedskommunen må betale helseforetaket drøyt 4000 kroner pr. døgn dersom de velger fortsatt sykehusopphold for en utskrivningsklar pasient.

Betalingsordningen er ment å få utskrivningsklare pasienter ut av sykehus. Før reformen, ble pasienter ofte liggende i sykehus i påvente av et tilbud i kommunen. Dette hindret sykehusene i å ta inn nye pasienter, og forlenget rehabilitering for mange eldre og kronisk syke.

Hva er en utskrivningsklar pasient?

«Forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter»

definerer begrepet utskrivningsklar pasient. Pasienten er utskrivningsklar når lege på sykehus vurderer at det ikke er behov for ytterligere behandling i spesialisthelsetjenesten (jfr. § 9). Dersom pasienten har behov for et kommunalt helse- og omsorgstilbud etter utskrivning, skal sykehuset straks varsle pasientens bostedskommune (jfr. § 10). Forhold rundt utskrivningsklare pasienter reguleres i en egen tjenesteaftale som helseforetak og kommune plikter å inngå som del av samhandlingsreformen.

Økonomisk insentiv med umiddelbar effekt

Betalingsordningen hadde umiddelbar effekt. Hagen og medarbeidere (2013:5) har vist at antall liggedøgn i sykehus pr. 1000 innbyggere generert av utskrivningsklare pasienter, ble redusert fra 21,5 i 2011 til 12,2 i 2012. Før betalingsordningen, var det i stor grad sykehusenes vertskommuner som la beslag på liggedøgnene, og det var

kommuner med god sykehjemslegetekning som i størst grad reduserte sine liggedøgn (Hagen et al 2013).

Antall utskrivningsklare pasienter har økt betydelig. I 2014 ble 84 269 pasienter meldt utskrivningsklar til kommunene (Helsedirektoratet 2015). Det var 89 prosent flere enn i 2012. Majoriteten av disse (76 prosent) ble tatt imot i kommunen samme dag som de ble meldt (Helsedirektoratet 2015). Dette tilsier økt press på den kommunale pleie- og omsorgstjenesten. Fra 2010 til 2014 økte samtidig reinnleggelsene blant de som ble tatt imot av kommunen 0–1 dag etter at de ble meldt, med 5,2 prosent, til et samlet nivå på 19,8 prosent (Helsedirektoratet 2015). En mulig årsak til økningen kan være at utskrivningsklare pasientene er sykere enn før og at kommunene ikke kan gi et godt nok behandlingstilbud for disse pasientene (Statusrapport 2014).

Det store utviklingsbildet

Sentraltendenser i et utvalg indikatorer om pleie- og omsorgstjenesten gir et overordnet bilde av reformendringene. Vi valgte indikatorer som vi antok kunne vise eventuelle endringer i kommunenes respons og prioriteringer som følge av reformen. Indikatorene (se figur 1–4) er basert på tall som kommunene har rapportert via KOSTRA* til Statistisk sentralbyrå. Vi har studert endringene i seksårsperioden 2009–2014. For noen av indikatorene mangler data for 2014.

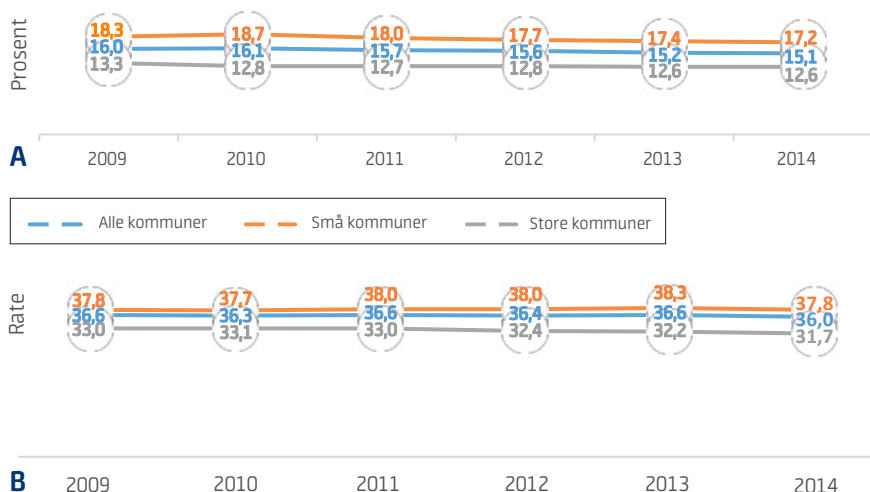
I sentraltendensanalysen skilte vi mellom alle kommuner, store kommuner (20 000 innbyggere eller flere) og små kommuner (under 5000 innbyggere). Vi utelukket mellomkategorien (dvs. kommuner med mellom 5000 og 20 000 innbyggere) for å få et klarere bilde av likheter og ulikheter mellom små og store kommuner.

Færre i institusjon og stabilt i hjemmetjenesten

Figur 1 viser at 15,1 prosent av personer som var 80 år og eldre bodde på institusjon

* Kommunene rapporterer KOSTRA-tall i februar for forutgående år.

FIGUR 1. Beboere i institusjon (A) og mottakere av hjemmetjenester (B) blant de som er 80 år eller eldre. Alle, små og store kommuner. 2009–2014. KILDE: SSB, KOSTRA



lingsreformen sorgstilbud?

(syke- eller aldershjem) i 2014. Små kommuner hadde en høyere dekningsgrad enn de store. Både i store og små kommuner har dekningsgraden i den eldste aldersgruppen avtatt i perioden 2009–2014.

Det framgår også av figur 1 at antallet mottakere av hjemmetjenester regnet pr. 100 personer 80 år og eldre, har holdt seg relativt stabilt på landsbasis i perioden 2009–2014. Dekningsgraden på hjemmetjenester var høyere i små kommuner enn i de store. Utviklingen i antall mottakere har vært relativt stabil i små kommuner, mens de store har redusert tilbudet.

Langtidsplasser endres

I 2014 var det til sammen 41 310 institusjonsplasser for heldøgns pleie og omsorg i landets kommuner. Dette var 239 flere plasser enn i 2009. Økningen i perioden tilsvarer om lag 0,6 plasser netto pr. kommune.

Figur 2 viser at andelen korttidsplasser og plasser til re-/habilitering har økt i perioden 2009–2014 både i små og store kommuner. De store kommunene hadde gjennom perioden den høyeste andelen korttidsplasser, mens de små kommunene hadde den høyeste andelen plasser til re-/habet-

litering. Det er generelt er en lav andel institusjonsplasser som spesifikt er avsatt til re-/habilitering. Så lenge det ikke var noen vesentlig økning i antallet sykehjemsplasser totalt, tyder utviklingen på at langtidsplasser er gjort om til korttidsplasser og re-/habiliteringsplasser.

Økte lege- og sykepleierressurser i institusjon

I perioden 2009–2013 økte antall årsverk pr. bruker i pleie- og omsorgssektoren svakt på landsbasis, for så å falle noe i 2014 (FIGUR 3). Nivået og utviklingen har vært omtrent lik i store og små kommuner. Det vil si at samhandlingsreformen er gjennomført uten særlig tilførsel av «ekstra hender». Men kompetansen har økt noe.

Det har over det siste tiåret vært en gradvis økning i antall legetimer per uke per beboer i sykehjem. Figur 3 viser at de små kommunene har tildelt et lavere antall legetimer enn de store. Forskjellen mellom store og små kommuner er blitt mer markant gjennom perioden. Dette kan ha sammenheng med at de store kommunene i større grad tilsetter egne sykehjemsleger, mens de små bruker fastleger som syke-

hjem sleger innenfor rammen av offentlig legearbeid.

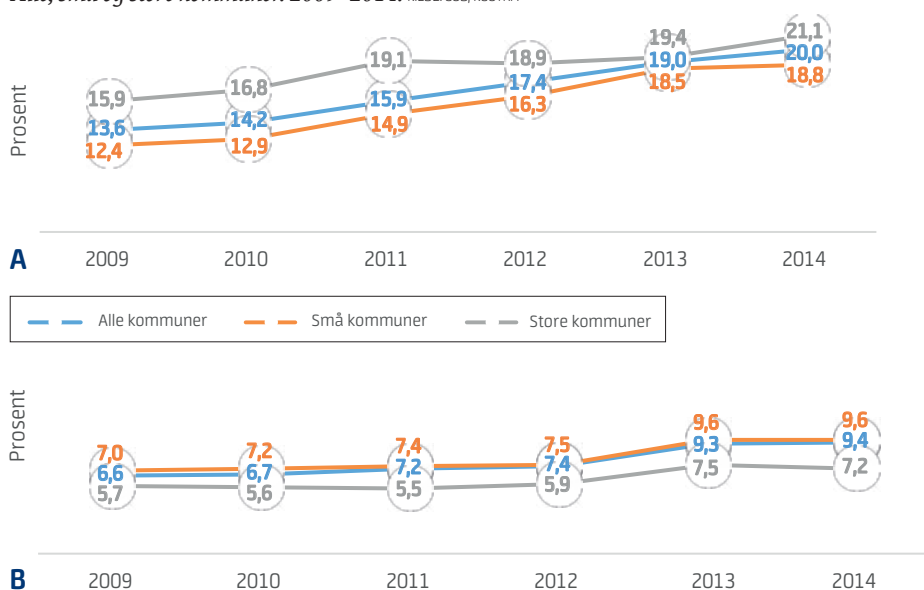
I 2013 ble det utført 56 710 årsverk i brukerrettet tjeneste i kommunale institusjoner. Av disse var 14 879 sykepleierårsverk. Dette var 2002 flere sykepleierårsverk enn i 2009.

Figur 3 på s. 42 viser at sykepleierandelen av årsverkene i institusjon økte i perioden 2009–2013. Det er grunn til å anta at veksten har sammenheng med samhandlingsreformen. Både små og store kommuner har økt sykepleierandelen i institusjon i perioden, og den lille forskjellen som var mellom små og store kommuner i 2009, var blitt enda mindre i 2013.

I 2013 ble det utført 65 541 årsverk i hjemmetjenesten. Av disse var 12 193 sykepleierårsverk. Dette var 2 061 flere sykepleierårsverk enn i 2009. Figur 3 viser at andelen sykepleierårsverk i hjemmetjenesten ikke har økt vesentlig i perioden 2009–2013. Det er imidlertid noe økning fra 2011 til 2012, som kan knyttes til samhandlingsreformen.

Figur 3 viser at sykepleierandelen i institusjon er lavere enn i hjemmetjenesten. Det antas at dette skyldes at de som bor på sykehjem, har større behov for medisinsk behandling enn de som bor hjemme.

FIGUR 2. Andel korttidsplasser (A) og plasser (B) til re-/habilitering. Alle, små og store kommuner. 2009–2014. KILDE: SSB, KOSTRA

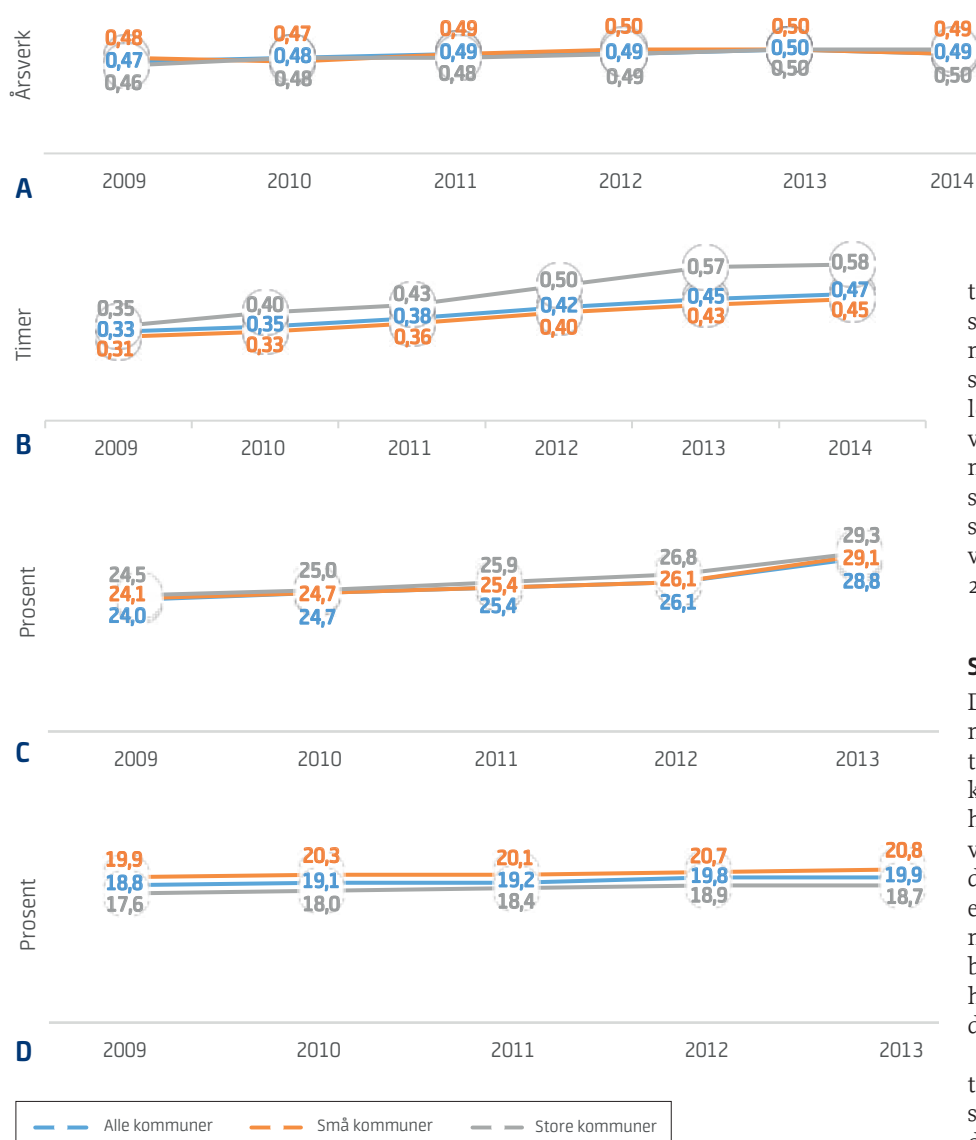


Økte medisinske kostnader

Økte kostnader knyttet til den medisinske behandlingen er en indikasjon på sykere pasienter. Kommunene rapporterer kostnader til medisinsk forbruksmateriell, medikamenter og medisinsk utstyr. I vår analyse har vi slått disse kostnadene sammen og omtaler dem med samlebetegnelsen *medisinske kostnader*.

Økningen totalt sett i medisinske kostnader i institusjon var på 8,6 prosent fra 2011 til 2013, mens den i hjemmetjenesten var på 36,3 prosent. Prisstigningen var i samme periode på 2,9 prosent. Hovedtyngden av utskrivningsklare pasienter kommer rett hjem, og de økte medisinske kostnadene i hjemmetjenesten er det rimelig å knytte til samhandlingsreformen.

Figur 4 på s. 43 viser at de medisinske kostnadene i institusjon fordelt per beboer



FIGUR 3. Årsverk (A), legetimer (B) og sykepleierårsverk i institusjon (C) og hjemmetjeneste (D). Alle, små og store kommuner. 2009–2013/2014. KILDE: SSB, KOSTRA

I casekommunene gjennomførte vi intervju enkeltvis og gruppevis med til sammen 130 informanter. Vi la vekt på å få med informanter som kjente pleie- og omsorgssektoren fra ulike ståsteder – fra toppledernivå til brukersiden. Vi la særlig lagt vekt på å inkludere informanter fra det tjensteproduserende nivået både i institusjon og hjemmetjenesten (sykehjemsleger, sykepleiere og andre fagarbeidere). Intervjuene ble gjennomført i første halvdel av 2014.

Sykere pasienter

Det var en utbredt oppfatning blant informantene i de store kommunene at pasienter som sykehusene meldte utskrivningsklare, ofte var sykere, i den forstand at de hadde mer alvorlige, mer behandlingskrevende og/eller komplekse sykdomstilstander, enn før samhandlingsreformen. Pasienter som tidligere lå på sykehus til den medisinske behandlingen var avsluttet, ble nå meldt utskrivningsklar så snart behandlingen virket og pasienten var i bedring.

I de små kommunene fortalte informantene at de stort sett alltid har tatt imot utskrivningsklare pasienter med en gang. De delte i mindre grad oppfatningen om at utskrivningsklare pasienter var sykere enn før. Samhandlingsreformen syntes dermed for de små kommunene å være en formalisering av en måte de har jobbet på i mange år. Spesielt i små kommuner i nord, som har sykestuer fordi det er lang reisevei til sykehus, rapporterte informantene om lite endring som følge av reformen. Vi fant samme tendens i små kommuner på Vestlandet med lang vei til sykehus.

Både i små og store kommuner opplevde man at tempoet i utskrivningsprosessene var skrudd opp som følge av reformen.

Større utfordringer for store kommuner

Mottaket av et økt antall utskrivningsklare pasienter ble taklet ulikt i store og små kommuner. Både små og store kommuner var opptatt av at de ikke skal pådra seg kostnader ved at utskrivningsklare pasienter ble liggende i sykehus. De store kom-

har økt i perioden 2009–2013. Små kommuner hadde gjennom perioden et høyere gjennomsnittlig kostnadsnivå enn de store. Små kommuner med høye kostnader, kan være kommuner med lang vei til sykehus som i større grad behandler syke eldre lokalt.

Figur 4 viser at de medisinske kostnadene i hjemmetjenesten fordelt per mottaker også økte i perioden 2009–2013. Her var økningen mest markant fra 2012 til 2013. De medisinske kostnadene per mottaker 80 år og eldre var imidlertid bare en brøkdel av de medisinske kostnadene per institusjonsbeoer 80 år og eldre. Ulikheten har trolig sammenheng med at mange som mottar hjelp hjemme, mottar andre tjenester enn hjemmesykepleie. Det var markant forskjell mellom små og store kommuner på medisinske kostnader i hjemmetjenesten. Dette har trolig sammenheng med at

de store kommunene har sykere pasienter hjemme enn de små, og at de små i større grad har de sykeste i institusjon.

Kvalitative data utdyper og nyanserer

Det er utfordrende å lage beskrivelser med basis i registerdata som skal dekke kompleksiteten i kommunesektoren. Vi har derfor supplert med en omfattende kvalitativ studie. Dette er undersøkelsens hoveddel som er gjennomført ved semi-strukturerte intervju med et bredt spekter av informanter i 12 casekommuner – seks store (i underkant av 20 000 innbyggere eller flere) og seks små (mellom 1000 og 5000 innbyggere). Vi valgte to store kommuner i helseregion Sørøst, fem kommuner i helseregion Nord og fem kommuner i helseregion Vest. I de to sistnevnte helseregionene valgte vi to store og tre små kommuner.

munene har hatt betydelig større omstillingsutfordringer enn de små. De store har i større grad vektlagt strukturelle endringer i kapasitet og organisering gjennom oppbygging av egne korttidsavdelinger, hvor korttidsplasser som tidligere var spredt på ulike sykehjem, er samlet på ett sted og tilført økte lege- og sykepleierressurser. De små kommunene har gjerne foretatt mindre endringer i bruken av personell og sykehjemsplasser.

Informantene fortalte om løft i det faglige nivået i flere kommuner. Dette hadde gjort arbeidet mer interessant, men det er usikkert om det faglige nivået er løftet nok til å håndtere variasjonen i behov blant utskrivningsklare pasienter.

Høyere terskel, mer målretting og spesialisering

Vi fant en klar tendens både i små og store kommuner til at terskelen for å få sykehjemsplass eller hjemmetjenester var blitt høyere. En sykehjemslege fortalte om strengere vurderinger:

«Det er sykere pasienter over alt. De som fikk langtidsplass for 3-4 år siden, var mindre syke enn i dag. Hoved endringen er at det er strengere vurdering, høyere terskler, man tør å ha folk hjemme mye lenger enn før. Jeg tenker ikke at det er riktig. Men det er slik det er – at man klarer å skvise ut den siste resten av funksjon så man klarer å bo hjemme.» (SYKEHJEMSLEGE, STOR KOMMUNE)

Med oppbygging av egne korttidsavdelinger utvikles en kommunal helsetjenestefunksjon som er ny for de fleste kommuner. Korttidsopphold blir kortere og mer målrettede. Dette kan ses på som tegn på en mer spesialisert tjeneste, hvor kommunene i likhet med sykehusene blir mer diagnoseorienterte. Tidligere har man tenkt mer helhet i behandlingen. Nå er korttidsoppholdet mer et definert oppdrag fra de som tildeler tjenester knyttet til en spesifikk diagnose. Behandling/mobilisering knyttet til andre diagnoser eller plager pasienten måtte ha, overlates til hjemmetjenesten å ta tak i etter korttidsoppholdet. Følgende uttalelse illustrerer dette:

«Har man en forverring av KOLS og en vond fot, har man gjerne fokus på KOLS'en. Vi prøver jo å jobbe på andre områder også. Men når målsettingen er nådd, har man ikke kapasitet til å ta hele resten av mennesket. Man prøver, men... Sykepleiere er jo vant til å se helheten. Men nå får vi mer oppdrag; dette skal dere utføre. Så skal brukeren hjem til sitt miljø, og ha fokus på de øvrige tingene. Da er det hjemmetjenesten som må overta disse bitene.»

(LEDER I SYKEHJEM, STOR KOMMUNE)

Samme tendens til dreining fra helhetlig omsorg og pleie, til mer medisinsk behandling og pleie, fant vi imidlertid også i hjemmetjenesten. Den generelle oppfatningen blant informantene var at man prioriterer det viktigste – som nå er det sykepleiefaglige.

Nedprioriteringer

I de fleste kommuner fortalte informantene om nedprioriteringer som følge av en økt prioritering av utskrivningsklare pasienter. Dette var imidlertid et tema som flere informanter ikke hadde særlig lyst til å snakke om. Følgende uttalelse er generell men samtidig dekkende for det vi ble fortalt:

«Det går ut over brukere uten tydelige stemmer og uten sterke pårørende, uten «kule» diagnoser, de uten diagnoser men som er dårlige, eller de som har en adferd som gjør at hjelpeapparatet synes det er vanskeligere å hjelpe dem.» (OVERORDNET LEDE, STOR KOMMUNE)

I den grad spesifikke pasientgrupper ble trukket fram gjaldt dette gjerne hjemmeboende demente, eller personer med psykisk sykdom og/eller rusproblematikk. Avlastningsopphold for hjemmeboende demente har gjort det mulig for dem å bo hjemme lenger enn uten slike opphold. Presset på korttidsplasser fra utskrivningsklare pasienter, har i enkelte kommuner gjort det vanskelig å opprettholde slike avlastningsopphold.

Kronisk syke, gjerne med sammensatte lidelser, gis kort liggetid på sykehus og til dels også på korttidsavdelinger hvor man ofte konsentrerer innsatsen om kun én diagnose. Konsekvensen blir et mer fragmentert pasientforløp hvor helheten forsvinner. Samtidig fremheves kronisk syke som reformens vinnere når det gjelder det

å kunne bo lengre hjemme, på grunn av oppbygging av bedre og mer avanserte hjemmetjenester.

Bedre samhandling?

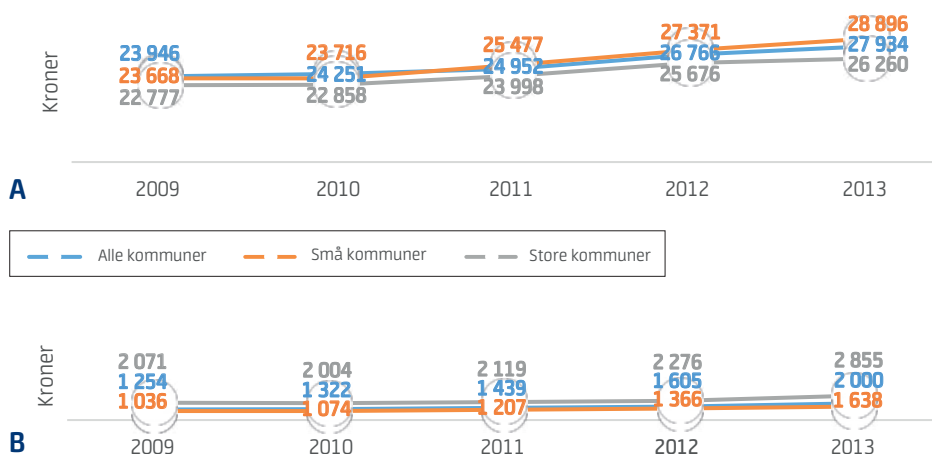
Informantene ga ikke noe entydig svar på om samhandlingen mellom kommuner og sykehus om den enkelte pasient var blitt bedre. Det ble pekt på at økt tempo i utskrivningen og sykehusenes forskriftsfestede rett til å avgjøre når en pasient er utskrivningsklar, i noen tilfeller fører til dårligere samhandling.

Det er ofte lav kvalitet på den informasjonen som følger med pasienten ut av sykehuset. Mangelfull overføring av vesentlig pasientinformasjon i utskrivningsprosessen er ikke et nytt problem, men det at pasienter nå ofte skrives ut tidligere i sykdomsforløpet, gjør pasientsikkerhetsproblemet potensielt mer alvorlig enn før.

Det er ulikheter mellom kommunene med hensyn til hvordan de håndterer avvik fra tjenesteavtalen om utskrivningsklare pasienter som helseforetak og kommuner plikter å inngå, og hvorvidt slike avvik meldes. Avvik var vanlig i alle casekommunene. De handler i hovedsak om at pasienter manglet epikriser ved utskrivning, nødvendige medisiner for første døgn etter utskrivning og/eller nødvendige hjelpemidler. Enkelte kommuner hadde implementert systemet med å melde avvik. En god muntlig dialog mellom partene ble i andre kommuner sett på som en alternativ og bedre strategi.

Systemet med å melde avvik syntes generelt å ha dårlig feste både i kommunene og ikke minst i helseforetakene. Når avvik meldes, har det ofte tatt lang tid før kommunen har fått respons fra foretaket. Re-

FIGUR 4. Medisinske kostnader i institusjon (A)/hjemmetjeneste (B) pr. beboer/mottaker 80 år og eldre. Alle, små og store kommuner. 2009–2013. KILDE: SSB, KOSTRA



sponsen har da ofte vært uklar og det å fortsette med å rapportere avvik oppleves som lite produktivt.

Gir reformen ønsket effekt?

Kommunene gir i økende grad hjelp til alvorlig syke. De sykeste utskrivningsklare pasientene har høy prioritet. Noen kommuner klarer samtidig å prioritere primærforebygging blant eldre, men det gjelder langt fra alle. Kommunene prioriterer de utskrivningsklare pasientene fordi de umiddelbart straffes økonomisk hvis de ikke kan ta imot dem. Dette fortrenger i noen grad enklere pleie- og omsorgstilbud som på lang sikt kanskje er en smartere investering. Denne typen fortrenghet kan ha stikk motsatt effekt av den man ønsker å oppnå med samhandlingsreformen.

Styrker og begrensninger

Det brede spekteret av informanter og det relativt store antallet, ser vi som en styrke ved undersøkelsen. Et spørsmål som naturlig nok stilles ved kvalitative tilnærminger, og som det er vanskelig å gi noe klart

svar på, er hvor representative resultatene blir. Tilnærmingen er valgt for å fange opp både dybden og bredden av effekter og spenningsmomenter som kommunene så langt hadde opplevd i forbindelse med samhandlingsreformen. Det bør påpekes at vi med unntak av brukerrepresentanter bare har intervjuet ansatte i kommuner. Intervjuer med informanter i helseforetak, og ikke minst pasienter, kunne bidratt til ytterligere nyansering og utdypning.

En utfordring de fleste som forsker på virkninger av samhandlingsreformen har felles, er at det er utfordrende å identifisere klare årsak-virkningsforhold all den tid samhandlingsreformen er implementert overalt samtidig, og i en setting hvor også mange andre prosesser pågår parallelt. Det vil også ta tid før man kan skille mellom overgangseffekter og mer varige virkninger av reformen.

REFERANSER

- Hagen TP, McArthur DP, Tjerbo T. (2013). Kommunal finansiering av utskrivningsklare pasienter. Erfaringer fra første året. Helseøkonomisk forskningsprogram Skriftserie 2013: 5. Oslo: Universitet i Oslo.
- Helsedirektoratet (2015). Samhandlingsstatistikk 2013–14. IS-2245. Oslo: Helsedirektoratet.
- Statusrapport (2014). Statusrapport for samhandlingsreformen pr. november 2014. Fra Nasjonalt nettverk for implementering av samhandlingsreformen.
- <http://fylkesmannen.no/Documents/Dokument%20FMST/Helse%20og%20omsorg/Samhandlingsreformen/Nasjonalt%20nettverk%20-%20statusrapport/Nasjonalt%20nettverk%20Statusrapport%20171214.pdf> (lastet ned 24.08.2015)

■ BIRGIT.ABELSEN@UIT.NO
■ MARGRETE.GASKI@UIT.NO

Du kan lese mer om undersøkelsen i:

Abelsen B, Gaski M, Nødland SI, Stephansen A. *Samhandlingsreformens konsekvenser for det kommunale pleie- og omsorgstilbudet*. Rapport IRIS – 2014/382. Stavanger: IRIS. Rapporten finnes i elektronisk form på www.nsd.m.no.