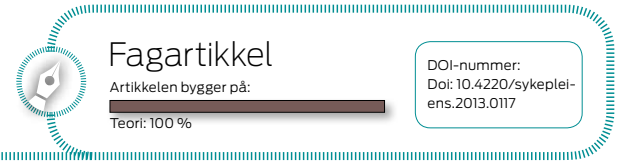




Hans Knut Otterstad,
lege og helsetjeneste-
forsker



Dansk samhandling

I Danmark har samhandlingsreformen gitt kommunen større ansvar for å behandle og rehabiliterer eldre pasienter. Det har medført mer effektiv pasientstrøm i sykehus.

Er erfaringer fra Danmark, som iverksatte sin samhandlingsreform i 2007, tyder på at reformen har virket etter sin hensikt. Fra 2012 har den blitt utvidet med mer gjennomgripende økonomiske insentiver som vil medføre at kommunene vil få sin helseøkonomi bedret ved å satse på eget behandlingsapparat. På den måten skaper man alternativer til sykehusinnleggelse og spesialistbehandling, særlig for eldre og skrapelige pasienter. Dette blir mulig ved at man bygger ut rehabilitering og opptrening, og forbedrer effektiviteten av de eksisterende tjenester. I tillegg skal det satses på forebygging på individ- og gruppenivå. Dette er aktiviteter hvor danske kommuner allerede ligger milevis foran hva man kan tilby i Norge. Forskjellen vil trolig øke dersom ikke norske kommuner endrer kurs i sitt helsearbeid.

Dansk modell

Den danske samhandlingsreformen fra 2007 har vært brukt som modell for den norske fra 2012. I en artikkel i Sykepleien nr. 8–2011, ga jeg en oversikt over den danske modellen, og senere har jeg fått flere forespørsler om hvordan modellen har fungert i Danmark. Den har også blitt beskrevet i norske aviser og på TV. For å få vite mer om erfaringene dro jeg på studiebesøk til Gentofte kommune i mars 2012, den samme kommunen som jeg fikk min informasjon fra i 2009.

Spørsmålene jeg ønsket å få svar på var:

1. Har reformen vært vellykket i Danmark?
2. Hva er situasjonen i Danmark i dag i forhold til utskrivingsklare pasienter?
3. Hva kan vi lære av fem års erfaringer i Danmark i forhold til forventningene til samhandlingsreformen i Norge?

Reformens effekt

Reformen i Danmark var i første rekke et samfunnsøkonomisk grep for å rasjonalisere forvalt-

ningen ved å fjerne fylkene og redusere antall kommuner. Samtidig fikk kommunene et større økonomisk ansvar for medisinsk behandling og pleie av egne innbyggere og forbruket av sykehus. Kommunene må betale for utskrivingsklare pasienter som blir liggende i sykehus, de har fått et økt ansvar for rehabilitering og opptrening, samt for betaling av en andel av døgnprisen for pasienter i sykehus.

I hovedsak besto reformen av negative økonomiske virkemidler som skulle begrense ventelistene i sykehus og bidra til oppbygging av kommunale tjenester. Disse tjenestene skulle gi et alternativ til sykehusinnleggelse og lengre sykehusopphold som skyldes pleiebehov. I motsetning til den norske reformen fulgte det ingen økonomisk buffer med i oppstarten, det vil si at de kommunene som ikke klarte endringsprosessen fikk ingen hjelp.

Status etter 5 år

Hva er så status etter fem år? Sett fra Gentofte kommunes ståsted har reformen virket: Ventelistene for sykehusinnleggelse har ikke økt og er faglig sett akseptable. Det er også kommet rasjonaliseringer i sykehus som effektiviserer pasientstrømmen. Et eksempel er opprettelsen av et felles akuttmottak for alle akuttinnleggelse, slik at ingen blir liggende mer enn høyst nødvendig for å få en diagnose eller klargjørende undersøkelser.

Kommunen har påtatt seg større forpliktelser for behandling og rehabilitering, og slik bidratt til å avlaste sykehusdriften, særlig for de eldre pasientene. Kommunen har blitt mer effektiv i samhandlingen om alle pasienter, ikke bare de utskrivingsklare.

Tall fra Gentofte viser dette. Denne kommunen med 70 000 innbyggere er et fyrtårn når det gjelder rehabilitering og geriatrisk innrettet pasientbehandling i Danmark med en stor rehabiliteringsinstitusjon, Tranehaven, med 83

Hovedbudskap

Samhandlingsreformen fra 2012 er konstruert etter en dansk modell som ble iverksatt fra 2007. Erfaringene fra Danmark er at økonomiske insentiver i helsetjenesten virker etter sin hensikt. Men sammenliknet med Danmark er kommunenes satsing på forebygging og rehabilitering på et betydelig høyere nivå enn her i landet.

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

- » Kommunehelsetjeneste
- » Økonomi
- » Samhandling
- » Eldre
- » Forebygging

senger og stor poliklinisk virksomhet. Kommunen er således ikke helt representativ for danske kommuner, men viser hvilket potensial det er i en mer effektiv behandling av skrapelige pasienter på kommunenivå.

I de første 10 månedene av 2012 behandlet Tranehaven 925 innlagte pasienter, herav 75 prosent fra sykehus, resten direkte fra hjemmet. Av disse ble 77 prosent utskrevet til egen bolig, ti prosent ble reinnlagt i sykehus, mens resten ble klassifisert for langtidsinstitusjon. I tillegg finnes det et gjenopptreningsopplegg med 1400 pasienter som kommer poliklinisk etter døgnoppholdet og 1300 pasienter som får slik trening etter henvisning fra fastlegen. Dette er et meget omfattende tilbud som bidrar til å tilbakeføre pasienter til egen bolig, noe som betyr en betydelig effektivisering av eldreomsorgen rent økonomisk, og i tråd med pasientenes ønsker.

Senere justeringer

Fra 2012 ble reformen forsterket i form av sterkere økonomiske intensiver for å behandle og pleie pasienter i egen kommune framfor sykehusbehandling. Intensjonen med endringene er at kommunene skal betale 10 prosent av ut-

giftene til to viktige og kostbare helsetjenester: sykehusdriften, samt fastlegenes og spesialistlegenes refusjoner for pasientbehandling.

Det nye systemet kalles «medfinansiering», og navnet signaliserer at det i sterkere grad enn for reformen fra 2007 er de økonomiske elementene som blir viktige.

Skjematisk er systemet bygd opp av tre elementer:

1. Fra dag én skal kommunen betale en avgift for alle sykehusinnleggelse. Den varierer mellom 4 200 til 14 000 danske kroner avhengig av samlet liggetid, sykdommens kompleksitet og sykehusets kostnader. Ved innleggelsen blir det automatisk sendt en melding til hjemkommunen slik at de raskt kan overta pasientbehandlingen dersom dette er mulig.

2. Dersom en pasient blir klassifisert som utskrivingsklar under sykehusoppholdet, skal ny melding sendes til kommunen. Utover dette skal kommunen betale 1 820 danske kroner per døgn i tillegg til innleggelsestaksten.

3. Dersom det er behov for poliklinisk oppfølging på sykehus etter utskrivning, eller behandling hos spesialist, skal kommunen også betale en takst som en del av medfinansieringen av utgiftene. Kommunen skal også medfinansiere en del av utgiftene til fastlegene, det som i Norge delfinansieres av folketrygden.

«Medfinansieringsreformen»

Målsettingen for det nye systemet er at kommunene skal legge sterkere vekt på alternativer til sykehusinnleggelse, og at de skal bli økonomisk belønnet for sin kreativitet på dette området.

«Kommunen har påtatt seg større forpliktelser for behandling og rehabilitering.»

Her ser man for seg tre strategier:

1. Kommunenes innsats for de eldre og pleietrengende pasientene blir viktigere siden det er denne pasientgruppen som særlig har pleiemessige behov som bidrar til lengre sykehusopphold. Kommunen bør derfor i enda sterkere grad bygge ut de tjenestene som bidrar til færre innleggelse og raskere utskrivning av pleietrengende pasienter i sykehus, og samtidig satse på tiltak for å forebygge reinnleggelse. Dette må skje gjennom primær og sekundær forebygging i lokal regi. På behandlingssiden må man satse på hjemmetjenester, institusjonsplasser og rehabilitering. Her er dan-



KORTERE LIGGETID: Samhandlingsreformen har ført til kortere liggetid for eldre, utskrivningsklare pasienter på sykehus. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

ske kommuner allerede langt framme. Særlig når det gjelder rehabilitering er tjenestene i Danmark betydelig mer utbygd enn i norske kommuner (1). Ikke minst vil det kreve et bedre samarbeid mellom fastlegene og resten av det kommunale behandlingsapparatet.

2. I Danmark er inntaket i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten ivarettatt av et visitasjonsutvalg som er tverrfaglig sammensatt, og med mer omfattende fullmakter enn bestillerutvalget i norske kommuner.

Med økt vektlegging av økonomi og kommunalt ansvar for effektiv drift av tjenestene, har man i Gentofte sett på problemstillingen: «Er hjelpen riktig «skrudd sammen» på pasient- og kommunenivå?». Dette innebærer en løpende faglig revisjon av visitasjonsutvalgenes vedtak for å etterprøve om tjenestene har virket etter hensikten. Pasientenes egenomsorg skal i større grad løftes fram, gjennom en faglig vurdering av egenomsorg og muligheten for selvhjelp og opptrening.

3. I noen kommuner er denne tankegangen drevet enda lenger, og her har Fredericia vært den toneangivende foregangskommunen for forebyggingsstrategien innen pleie- og omsorg. Dette kan oppsummeres i to slagord: «Trening før hjelp» og «Tren deg fri – fra behandling og hjelp».

Denne ideologien er ikke ny, men i Fredericia er

den mer konsekvent gjennomført og basert på det gamle medisinske slagordet: «Prevention is better than cure». Siden mange av de problemene som møter pleietrengende eldre er knyttet til nedsatte ADL-funksjoner og svekkelse av bevegelsesapparatet, blir faggruppen av ergo- og fysioterapeuter og geriatriisk kompetanse innen medisin og sykepleie spesielt viktig. I dansk eldreomsorg har denne type behandling en mye sterkere plass enn i Norge, noe som blant annet skyldes at norske kommuner gjennomgående er små. I tillegg har de fleste norske kommuner tradisjonelt vektlagt pleieoppgavene mens forebygging, rehabilitering og trening har vært nedprioritert. En del norske fagfolk har imidlertid tatt interesse for Fredericia-modellen, og dette tyder på at det er grobunn for nytenkning i noen norske kommuner.

Tilbudet i Gentofte

Det er allment anerkjent at økonomiske insentiver i helsetilbudene virker, og dermed kan man forutsi konsekvensene i form av forventede og utilsiktede effekter. En grunnleggende konsekvens vil trolig være et økt press på å redusere antall innleggelse i sykehus og unngå for mange «overliggedager». Økonomi vil kunne overstyre mange av de faglige vurderingene som tidligere var basert på pasientenes behov og ikke på hva det kostet å ha

enkeltpasienter liggende i sykehus.

Det nye systemet vil teoretisk sett legge større press på primærlegene siden det er legenes sykehusinnleggelse som direkte utløser kostnadene til sykehusbehandling. Fastlegene må sammen med resten av behandlingsapparatet finne alternative løsninger til sykehusinnleggelse for å redusere kommunens utgiftsnivå, det vil si samhandling. Dette vil jo være et ønsket resultat, men legene vil lett kunne komme under krysspress fra familien til pasienten som i mange tilfeller ønsker sykehusbehandling på grunn av tryggheten og spesialistkompetansen i sykehus. Vil legene ha sin lojalitet til økonomien i egen kommune eller hos pasienten og hennes familie ved slike problemstillinger i behandlingsforløpet?

Den medisinske ekspertisen i Gentoft svarte at praktiserende leger i kommunen ikke hadde fått økt press om å tilpasse seg kommunens budsjetter, men det gjenstår å se hvorledes kommunen vil reagere dersom det blir et større overforbruk av sykehusinnleggelse og dette kan tilbakeføres til enkeltleger. En slik utvikling vil i mange tilfeller først vise seg på litt lengre sikt.

Strategier for å redusere forbruket av «overliggerdager» vil ha de samme problemstillinger knyttet til seg som de vi finner i det norske systemet. Her vil løsningen ligge i tilpassete tjenester og god samhandling mellom alle yrkesgrupper og tjenester i det kommunale systemet.

Reduseres sykehusforbruket?

Dette blir i praksis en test på hvilke behandlingsoalternativer som vil forhindre sykehusinnleggelse, i første omgang om forebygging, trening og rehabilitering kan begrense eller utsette pleiebehov og behandling på høyere nivåer, det vil si i sykehjem eller sykehus? Dette er den samme problemstillingen som vi har diskutert i Norge de siste 30 årene, om LEON-prinsippet versus sykehjemsutbygging. Her viser erfaringene at mange norske kommuner har foretrukket å bygge omsorgsboliger og utvide hjemmetjenestene framfor å utvide antall sykehjemsplasser. Men i mange kommuner har det skjedd på grunn av økonomi og ikke på grunn av noen bevisst ideologi om LEON-prinsippets fordeler ved utviklingen av det samlede tjenestetilbudet. Statistikken viser at de fleste norske kommuner har et større tilbud av institusjonsplasser på sykehjemsnivå enn man har i Danmark. Sett med danske øyne blir det økonomisk helt feilslått å øke dekningen av sykehjemsplasser som et alternativ til sykehusbehandling. Dette skyldes at rundt 85 prosent av sykehjemspasientene ligger i langtidsseng med en gjennomsnittlig liggetid

på to år eller lenger, mens overliggerdager i sykehus gjerne kan telles på en hånd. På bakgrunn av dette er tjenestetilbudet i Danmark bedre tilpasset samhandlingsreformen og nå også medfinansieringssystemet. Årsaken er at danske kommuner baserer seg på LEON-prinsippet og høy grad av rehabilitering og opptrening. Dette gir høyere grad av tilbakeføring av pasienter til hjemmet, og er økonomisk sett mer i tråd med økonomien i medfinansieringsreformen.

Oppsummering

Den norske samhandlingsreformen er basert på den danske modellen fra 2007. Utviklingen i løpet av de første fem årene viser at den i hovedsak har oppnådd målsettingen om en mer effektiv sykehusdrift. Samhandlingsreformen er dessuten langt på vei et mer rettferdig system for kommunene siden de som ikke bygger ut sitt eget behandlingsapparat må betale de meromkostningene det medfører å ha et overforbruk av mer kostbare sykehustjenester.

Den danske reformen er fra 2012 utviklet til et mer omfattende og sofistikert system med større vektlegging av økonomi. Dette kalles nå medfinansiering. Ifølge det nye systemet skal kommunen finansiere 10 prosent av alle helseutgifter for sine egne innbyggere. Her vil primærlegene i kommunene komme i en mer økonomisk nøkkelrolle etter som alle innleggelse vil ha en prislapp. Dette vil sannsynligvis utfordre legenes frie stilling som pasientens «advokat» dersom kommunens helsebudsjetter overskrides over tid.

De økonomiske insentivene er i tillegg konstruert slik at de belønner alternativer til sykehusbehandling, særlig når dette skyldes behov for pleie. Her vil det lønne seg for kommunene å satse på forebygging og LEON-prinsipper.

Ulempe

Et viktig spørsmål til sist: Vil den danske samfinansieringsreformen bli aktuell i Norge? I første omgang er dette lite sannsynlig siden Norge har en mindre presset samfunnsøkonomi. Men når den andre eldrebølgen slår innover oss fra 2020, vil de økonomiske realitetene trolig endres også i Norge, og da vil økonomiske forhold kunne tale for en økende grad av medfinansiering også i norsk helsevesen. Dette er imidlertid mer rettferdig enn at kommuner som ikke tar sitt ansvar for å bygge ut egne tjenester, skal slippe unna et eventuelt økonomisk ansvar for «overforbruk» av sykehus- og spesialisttjenester.

En viktig ulempe sett fra et faglig synspunkt er at medfinansiering i tråd med det danske systemet, vil innebære omfattende beregnings- og regnskapssystemer med økt byråkrati og regelstyring. Dessuten vil de fleste kommunale helsearbeidere trolig reagere negativt på at økonomer får en sterkere plass i det medisinske fagområdet slik som utviklingen har vært i sykehusene. ■■■

✓ Fagartikler kan sendes til torhild.apall@sykepleien.no

KJØP EN SMERTESTILLENDE GELE
som lukter nydelig!

FANTASTISK i behandling av **VONDE MUSKLER OG LEDD, RYGG OG NAKKE/ HODEPINE**
ANBEFALES AV MANGE, MANGE, MANGE!

300 ml kr **349,-** + frakt
Kjøp 2 stk, betal i rater og **få** en flott håndkrem fra Dødehavet (verdi kr 149,-)
GRATIS MED PÅ KJØPET!

ET MULTIPRODUKT
ypperlig som ansiktmaske!
...også kjempebra på KLØENDE HUD som fra BRENNMANETER, MYGG, KLEGG, VEPS og BIESTIKK
VIRKER OMGÅENDE

EPLEDUFT

SÅR HUD?
bruk denne!

DEN GRØNNE LEGEN®

Postboks 168, 4795 BIRKELAND | Tlf 37 27 70 07 | www.dengronnelegen.no