



SAMHANDLER BEDRE I SMÅ KOMMUNER

Reform. I Østfold har samhandlingsreformen ført til færre overliggere i sykehus fra de minste kommunene, mens de største sliter.

FAGARTIKKEL:

Artikkelen bygger på
40 % praksis
60 % teori



DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2015.55892



Hans Knut Otterstad, lege, spesialist i samfunnsmedisin og helsetjenesteforsker

Samhandlingsreformen har virket i tre år, og data fra Østfold viser store forskjeller mellom kommunene i forekomst av overliggerdager.

INNBYGGERTALL VIKTIG. Dataene viser ingen sammenheng mellom nivået på overliggerdager og tilbudet av sykehjemsdekning og pleie- og omsorgsboliger i kommunene. Avstander til sykehus har ingen merkbar betydning, men innbyggertall er viktig. Det er de store og noen middels store kommunene som sliter. Trolig er forklaringen dårlig kommunal samhandling der aktørene er fastlege, leder for hjemmesykepleien eller hjemmetjenestene og leder for sykehjemstjenesten. Dette fører til dysfunksjonelle pasientstrømmer og begrenset mottak av «utskrivingsklare sykehuspasienter».

REFORMEN. Samhandlingsreformen fra 2012 er den viktigste reformen med driftsmessige og økonomiske konsekvenser for kommunene siden 1988, da de fikk ansvaret for sykehjem og hjemmetjenester. Reformen er konstruert slik at den premierer de «flinke kommunene» og straffer de kommunene som ikke klarer å hjemføre de «utskrivingsklare pasientene» (UKS-pasientene) når

disse blir meldt. Betalingen på 4000 kroner per overliggerdøgn gjelder fra dag én.

Dette er en tøff utfordring. Sykehusene vurderer hver enkelt pasient uavhengig av bostedskommune. Dermed finnes det statistikk som viser i hvilken grad hver enkelt kommune klarer denne oppgaven. Reformen, også en praktisk konsekvens av «LEON»-

«Erfaringen fra Østfold viser at avstand til sykehus har meget liten betydning.»

prinsippet om behandling på la-veste effektive behandlingsnivå, vil dermed kunne gi en samfunnsøkonomisk gevinst.

UNDERSØKELSEN. Spørsmålene denne undersøkelsen besvarer er: Hvorledes har kommunene i et lite og tett befolket fylke som Østfold klart utfordringene med samhandlingsreformen i de tre driftsårene fra 2012 til 2014? Hva karakteriserer

«vinner-kommunene», og hvilke lærdommer kan man trekke av resultatene etter tre år?

Resultatene for denne undersøkelsen er basert på de offisielle forbrukstallene fra sentrale helsemyndigheter for 2014 fra samhandlingsstatistikken (1) fordelt på de 17 kommunene som sokner til østfoldsykehusene. Sammenlikningen mellom kommunene er foretatt ved å bruke antall innbyggere på 80 år og eldre som nevner i forbruksbrøken. Som et analytisk grep er denne sammenholdt med kommunenes dekningsgrad av sykehjem og boliger med heldøgnspleie, slik det framgår av Kostra-oversiktene. Dette gir et oversiktlig bilde som svarer på hvordan kommunene i Østfold har klart utfordringen.

For å kunne se på utviklingen i samhandlingsreformens første tre virkeår, er UKS-tallene for 2012 sammenholdt med tallene for 2014.

RESULTATER. *Kommuneforskjeller i UKS-forbruk og dekning av heldøgns pleieplasser i 2014.* Data settet består av kommunenes forbruk av UKS-dager per 100 innbygger, 80 år og eldre i 2014, samt dekningsgrader for døgn- og behandlingsplasser i institusjoner. I hele fylket var det til sammen 2027 UKS-dager eller 15,5

Fakta ●●●

Hovedbudskap

Samhandlingsreformen stiller krav til bedre samarbeid om behandlingen av de sykeste pasientene i kommunene. Utfordringen er å prioritere samhandling mellom behandlende lege og pleie- og omsorgstjenestene. Dette synes å fungere bedre i mindre kommuner.

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider

- Samhandling
- Kommunehelsetjenesten
- Spesialisthelsetjenesten

UKS-dager per 100 innbyggere, 80 år og eldre.

Resultatene er framstilt i figur 1 som gir den grafiske sammenhengen. Kommunene er rangert etter UKS-resultater fra 0 dager til 36,7 dager per 100 innbyggere (høyeste forbrukstall). For denne kommunen betydde dette 160 000 kroner i UKS-utgifter. For de store kommunene var utgiftene relativt store, for eksempel Fredrikstad, som hadde utgifter på 3,4 millioner kroner i 2014.

Hovedkonklusjonen er at spredningen i forbruket er relativt stor, og at nabokommuner kan ha helt forskjellige resultater. Erfaringen fra Østfold viser at avstand til sykehus har meget liten betydning.

UTSKRIVNINGSKLARE PASIENTER. Hva så med dekningsgraden av døgnplasser i forhold til UKS-forbruket? Overføring av UKS-pasienter til sykehjem har sammen med hjemmetjenestene vært kommunenes viktigste virkemiddel til å få lave UKS-tall. Svaret kan leses direkte ut av figuren, og

den forteller at det ikke er noen sammenheng mellom tilbudet av sykehjemsdekning og UKS-forbruket. Da ville det vært en jevn stigning for begge søylene fra venstre mot høyre. Dette er tilfelle kun for de tre kommunene med høyest UKS-resultat til høyre i diagrammet.

Resultatene kan utdypes nærmere ved å analysere kommunene gruppevis: De fem «flinkeste» (1), mellomgruppen (2) og de som fikk svakest resultat (3). Da får man følgende fordeling for de tre gruppene som grupperer seg fra venstre mot høyre på x-aksen (se tabell 1).

KONKLUSJONER. Av dette kan man trekke klare konklusjoner: Store forskjeller mellom kommunegrupper, relativt små forskjeller i dekningsgrad av kommunale sykehjems plasser og overhodet ingen systematikk i at en god dekning av sykehjem gir lave UKS-tall. Og kanskje det viktigste funnet er at det er en systematisk sammenheng mellom kommunestørrelse og

UKS-resultat: «Small is beautiful». For de seks kommunene i gruppe 3 var gjennomsnittlig innbyggertall 30 600. Gruppe tre består av tre større byer og tre mellomstore kommuner

UTVIKLING OVER TID. Like viktig som den enkelte kommunes resultat for 2014 er utviklingen av UKS-forbruket over tid, det vil si fra reformen startet og de første tre driftsår. Resultatene fra første driftsår (2012) er tidligere analysert i Østfold (1) og viste at samhandlingsreformen hadde en sterk og øyeblikkelig effekt, og at det var betydelige kommuneforskjeller.

Antall UKS-dager var bare 210 i hele fylket i 2012, mot 2027 i 2014, altså en betydelig økning som viser at kommunenes gode intensjoner og driftsresultater i startfasen ikke har latt seg gjennomføre i fortsettelsen. Dette er også tilfelle på landsbasis (2). Landsoversikten viser regionale forskjeller, men analysen er ikke foretatt på kommunenivå.

MINST. Resultatene for Østfold viser at fem kommuner hadde null UKS-dager i 2014, og de har ligget lavt i hele perioden. Dette er Aremark, Hvaler, Marker, Skiptvedt og Våler. Alle er mindre kommuner, gjennomsnittlig folketall i 2014 var 3600 personer. De hadde en gjennomsnittlig dekningsgrad av døgnplasser på 29,2 plasser per 100 innbyggere på 80 år og eldre, det vil si nøyaktig på fylkesgjennomsnittet.

MELLOMST. Tre mellomstore kommuner har ligget på et lavt UKS-nivå i treårsperioden: Askim, Eidsberg og Spydeberg med gjennomsnittlig 6,8 UKS-dager i 2014. Disse hadde en gjennomsnittlig dekningsgrad av døgnplasser på 25,7 plasser per 100 innbyggere på 80 år og eldre. I denne kommunegruppen var gjennomsnittlig innbyggertall 10 800 innbyggere i 2014.

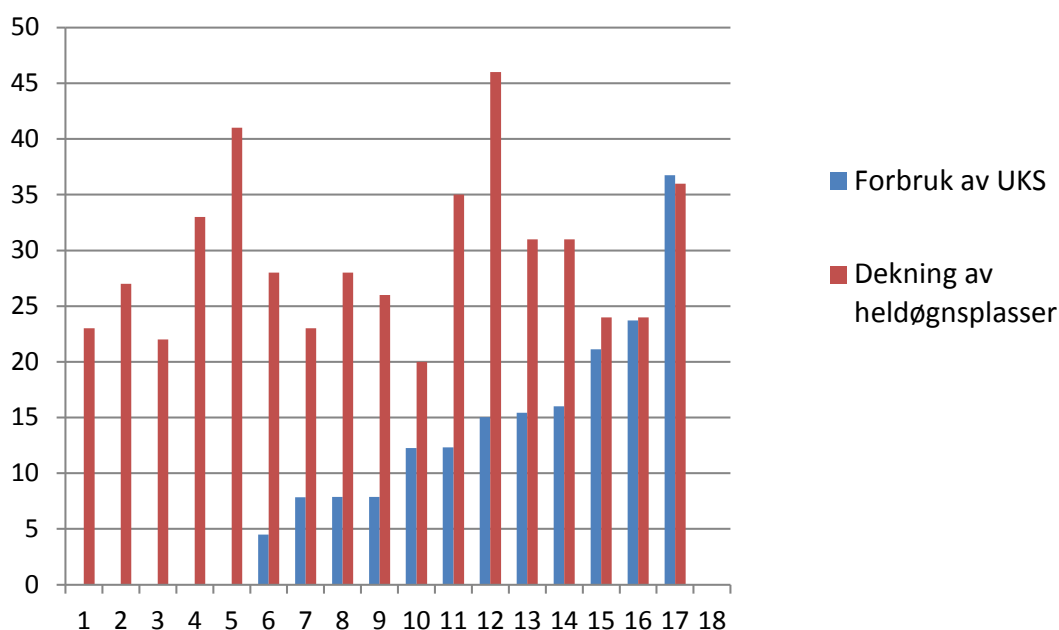
STØRST. Den tredje kommunegruppen var sammensatt av de fire byene i ytre Østfold og fem middels store landkommuner med et gjennomsnittlig folketall på 8150 innbyggere. Karakteristisk for denne gruppen var at de i hele perioden fra 2012 har ligget høyt i UKS-tall, eller har fått en betydelig økning fra 2012 til 2014. Deres gjennomsnittlige UKS-tall i 2014 var 19,1, altså betydelig høyere enn de to andre gruppene. De hadde en gjennomsnittlig dekningsgrad av døgnplasser på 30,9 plasser per 100 innbyggere på 80 år og eldre, det vil si noe over fylkesgjennomsnittet.

OPPSUMMERING. Analysen av utviklingstendensene i UKS-arbeidet i perioden 2012–2014 underbygger resultatene fra oppstartsåret 2012, og funnene har større tyngde siden de bygger på et større datamateriale.

Det er to sentrale funn: Nesten alle de mindre kommunene i Østfold har taklet samhandlingsreformens utfordringer meget godt. Fem kommuner har «knekket koden», ikke bare for en kort periode, men de har klart å vedlikeholde en tilfredsstillende mottaksstandard over tid. De viser dermed at UKS-arbeidet kan lykkes med et gjennomsnittlig



Figur 1. Forbruk av UKS-plasser per 100 innbyggere, 80 år og eldre i 2014, rangert fra 0 til 36,7 langs x-aksen. UKS-resultatet og tilbudet av døgnplasser per 100, 80 år og eldre kan leses av på y-aksen. Resultatet er beskrevet med to parvise søyler for hver kommune: For de fem kommunene med 0 UKS-plasser i 2014 er det bare en søyle





Tabell 1. Sammenligning av gjennomsnittet for tre grupper av kommuner i Østfold etter UKS-resultatet i 2014, sammenholdt med dekning av døgnplasser og kommunestørrelse

| Kommune-gruppe | UKS-resultat | Dekning av sykehjemsplasser per 100, 80 år og eldre | Størrelse på befolkningen 80 år og eldre |
|----------------|--------------|---|--|
| 1 | 0 | 29,2 | 149 |
| 2 | 8,8 | 26,7 | 507 |
| 3 | 21,3 | 32,0 | 1373 |

nivå for sykehjemsdekning og tilfredsstillende samarbeid mellom leger og pleietjenesten for hjemmeboende pasienter.

MOTPOL. Motpolen er de større bykommunene og fem middels store landkommuner. De fleste av disse hadde en god start i 2012, men har ikke klart å vedlikeholde et lavt UKS-nivået. Dette viser at deres strategier og metoder ikke har vært tilstrekkelige til å oppnå et tilfredsstillende resultat. De kan neppe forklare dette med manglende statlige overføringer eller ressurser av sykehjemsplasser og pleie- og omsorgsboliger. Trolig er det mangler ved driften og samarbeidet mellom de ulike nivåene i pleie- og omsorgssektoren internt i kommunen som er hovedårsaken. Dermed vil LEON-prinsippet ikke kunne opprettholdes, og pasientstrømmene flyter ikke på samme gode måte som i de mindre kommunene med færre institusjonsplasser.

DISKUSJON. Samhandlingsreformen har utvilsomt vært en suksess, spesielt for sykehussektoren som har fått fjernet de fleste av «sykehjemssengene i sykehusene», og som har fått en betydelig produktivitetsøkning og en bedre metode for å redusere ventelistene. For mange kommuner har reformen også hatt store fordeler i form av bedre samarbeid om de dårligste pasientene i kommunen, og mer funksjonelle pasientstrømmer.

Mange kommuner har imidlertid klaget på at noen UKS-pasienter er for syke til å behandles på

kommunenivå, eller er feilklassifisert av andre grunner. Dette er en diskusjon som må tas for hver enkelt pasient, og reformen gir klageadgang og mulighet for revurdering. Men denne reformen vil ikke fungere faglig tilfredsstillende dersom det ikke over tid utvikler seg en praksis med samsvarende vurdering av sykehusenes og kommunenes helsearbeidere om hvem som er UKS-pasient.

VELLYKKET REFORM. Samfunnsøkonomisk har reformen virket og har vist at LEON-prinsippet fungerer når driften på kommune- og sykehusnivå blir harmonisert.

Høsten 2012 ble det foretatt en viktig studie av hvorledes kommunene hadde løst utfordringene (3). En hovedkonklusjon er at reformen har vært effektiv, men den har hatt noen uheldige bivirkninger: «(...)har medført en økt bruk av institusjoner og en dominoeffekt med økt bruk av hjemmetjenester for andre pasienter (med) tegn til mer oppstykket pasientforløp og mer administrativt arbeid».

Undersøkelsen som ble foretatt i en tidlig fase av reformen, fastslo at halvparten av kommunene ikke hadde hatt noen UKS-dager. Pasientmaterialet er fra Midt-Norge og omfatter 40 kommuner. Men resultatene har ikke fokusert på forskjeller i UKS-tall mellom kommuner og betydning av innbyggertall.

HVA KAN VI LÆRE? Denne undersøkelsen fra Østfold viser at samhandlingsreformen har vært

vellykket for sykehusene og mange av kommunene i Østfold, men for cirka halvpart er det betydelig økning av UKS-dager i treårsperioden, spesielt i de større byene. Dette betyr at mange av kommunene har valgt en strategi og en intern samhandlingsmodell som ikke har gitt gode resultater over tid, og at det derfor er viktig å lære av de kommunene som har lyktes.

Et viktig funn er at dekningsgrad av sykehjemsplasser og pleie- og omsorgsboliger ikke kan forklare forskjellene i UKS-resultat. Da må forklaringen finnes andre steder. Det er nærliggende å analysere de interne pasientstrømmene i kommunen og sammenholde

dette med kommunens mottakskapasiteten i grensesnittet mot sykehusene. Aktørene som har betydning for pasientstrømmene er lederne for hjemmetjenestene og institusjonene, fastlegene og tilsynslegene. Spørsmålet er: Fungerer dette

godt nok i dag? Og videre: «Gullstandard» ligger tydeligvis hos noen mindre kommuner, og hva kan de øvrige kommunene lære av disse? ●

«Nesten alle de mindre kommunene i Østfold har taklet samhandlingsreformens utfordringer meget godt.»

REFERANSER:

1. Otterstad HK, Birkestrand T. Færre overligger i sykehus. Sykepleien 2014; 2: 49–51.
2. Samhandlingsstatistikk 2012–2014. Helsedirektoratet jan. 2015. Rapport IS 2245
3. Grimsø A. Hvordan har kommunene løst utfordringen med utskrivingsklare pasienter? Iversatte tiltak for å redusere antall pasienter som blir liggende i sykehus i påvente av tilbud i kommunene, ser ut til å være effektive. Sykepleien forskning 2013; 2: 148–55.

FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til torhild.apall@sykepleien.no