

Samhandlingsreformens konsekvenser for det kommunale pleie- og omsorgstilbudet

Birgit Abelsen, Margrete Gaski, Svein Ingve Nødland og Anna Stephansen

Rapport IRIS - 2014/382

Formålet med denne studien er å finne ut hvordan samhandlingsreformens ordning med kommunal betaling fra dag én for utskrivningsklare pasienter, påvirker tjenestetilbudet innenfor pleie- og omsorgssektoren i kommunene.

Datainnsamling og analyser er basert på registerdata og beskriver utviklingen i noen sentrale indikatorer i pleie- og omsorgssektoren i perioden 2009-2013, og kvalitative intervju med et bredt spekter av informanter i 12 casekommuner.

I det videre gir vi en punktvis samlet presentasjon av studiens hovedfunn. Deretter gis det en utdypning av de enkelte punktene.

Hovedfunn

- Pasienter som sykehusene melder utskrivningsklare til kommunen er ofte sykere enn før samhandlingsreformen. De forlater sykehuset med mer alvorlige, mer behandlingskrevende og/eller mer komplekse sykdomstilstander.
- Det foregår et visst skifte i kommunehelsetjenestens karakter, i retning av mer behandling og pleie av kort varighet og av mer spesialisert karakter. Det er vekst i andelen korttidsplasser og andelen plasser til habilitering/rehabilitering, men den skjer i hovedsak på bekostning av langtidsplasser. Reell kapasitetsøkning på institusjonsplasser forekommer i liten grad.
- Terskelen for å få sykehjemsplass og hjemmetjenester er blitt høyere. Utviklingen av mer spesialiserte tjenester går på bekostning av enklere tilbud. Dette kan i neste omgang begrense den forebyggende effekten som enklere tjenester kan ha.
- Reduksjonen i andelen beboere i institusjon og stabiliteten i andel som mottar hjemmetjenester blant de aller eldste, kan indikere at oppbygging av kortsiktig medisinsk behandlings- og oppfølgingstjeneste til de utskrivningsklare har gått ut over det langsiktige tjenestetilbudet til eldre.
- Det er ikke direkte økonomiske insentiver i samhandlingsreformen til å drive primærforebyggende helsearbeid blant eldre, og det settes i liten grad inn særlige ressurser i kommunene for å drive denne typen forebygging.
- Omstillingsutfordringene i de store kommunene ser ut til å være betydelig større enn i de små.
- Det har vært et løft i det faglige nivået i flere kommuner. Dette har gjort arbeidet mer interessant, men det er usikkert om det faglige nivået er løftet *nok* til å håndtere variasjonen i behov blant utskrivningsklare pasienter.
- Det er uklart om samhandlingen mellom kommuner og sykehus om den enkelte pasient har blitt bedre.
- Rapporteringen av avvik fra tjenesteavtalen om utskrivningsklare pasienter varierer. I flere kommuner fortelles det at de ikke har tid til å rapportere avvik, og at slik rapportering har liten effekt.

Sykere pasienter

Det er en nær unison oppfatning at pasienter som sykehusene melder utskrivningsklare til kommunen, ofte er sykere nå enn før samhandlingsreformen. Samtidig er det flere utskrivninger fra sykehus, og økt tempo i utskrivningsprosessene. Majoriteten av utskrivningene gjelder eldre pasienter som pleie- og omsorgssektoren kjenner fra før fordi de er eksisterende pasienter/brukere.

Nyopererte lårhalsbrudd, sår, nevrologiske lidelser, intravenøs antibiotikabehandling, respirasjonsproblematikk, blodtransfusjon, kreftbehandling, palliasjon og økt multi-morbiditet er alle eksempler på nye utfordringer som er trukket fram av våre informanter. Pasienter som tidligere ville ligget på sykehus til den medisinske behandlingen var avsluttet, meldes nå utskrivningsklare så snart man ser at behandlingen virker og pasienten er i bedring. De medisinske kostnadene har økt betraktelig i kommunene og bekrefter oppfatningen om at sykehusene skriver ut sykere pasienter.

Skifte i kommunehelsetjenestens karakter

Det synes å foregå et skifte i kommunehelsetjenestens karakter, i retning av mer behandling og pleie av kort varighet og mer spesialisert karakter. For å sikre at utskrivningsklare pasienter får et godt kvalitativt tilbud nær hjemmet, er kapasiteten på korttidsplasser i kommunale sykehjem en kritisk faktor. God kapasitet kan åpne for sømløse overganger mellom sykehus, kommunale institusjoner og hjemmetjenesten. Hovedhensikten med korttidsplasser er re-/habilitering, behandling, utredning og avlastning. Det er vekst i andelen korttidsplasser og andelen plasser til habilitering/rehabilitering, men den skjer i hovedsak på bekostning av langtidsplasser. Reell kapasitetsøkning på institusjonsplasser forekommer i liten grad.

Noen prosesser tydeliggjøres og forsterkes i forbindelse med samhandlingsreformen. Det gjelder først og fremst utvidelser av andel korttids- og re-/habiliteringsplasser, sykepleierandelen i institusjon og medisinske kostnader, særlig i hjemmetjenesten, som øker i forbindelse med reformen. Dette er trolig de områdene hvor effektene av reformen er mest umiddelbare og handler særlig om mottak og behandling av sykere pasienter.

Andre endringsprosesser har vedvart over tid, med endringer etter reformen i omtrent samme takt som i årene før reformen. Det gjelder først og fremst opptrappingen av legeressursen i sykehjem, årsverk i brukerrettede tjenester og sykepleierandelen i hjemmetjenesten. Tallene indikerer økt ressursinnsats på grunn av flere brukere med behov for medisinsk behandling, en utvikling samhandlingsreformen antas å ha bidratt til.

På vesentlige områder er det i mindre grad registrert endringer med reformen. Det gjelder andelen beboere i institusjon og antall mottakere av hjemmetjenester i den eldste aldersgruppen. Her er det uklare reformspor. Den positive, men minst sannsynlige tolkningen er at reformen har hatt en forebyggende effekt og redusert behovet for tjenester. Den negative og trolig mest sannsynlige, er at utskrivningsklare pasienter i noen grad fortrenger andre eldre fra pleie- og omsorgstjenester.

Høyere terskel og mer spesialisering

Vi finner en klar tendens til at terskelen for å få sykehjemsplass og hjemmetjenester er blitt høyere. Det oppstår mangel på institusjonsplasser, både korttids-, langtids- og rehabiliteringsplasser. Det er en utfordring å holde korttidsplasser ledige for å ha kapasitet til å kunne ta imot utskrivningsklare pasienter. Konsekvenser av plassmangel er at en del pasienter på korttidsopphold legges på tomannsrom, og at etablerte avlastningsordninger for hjemmeboende (særlig demente) nedprioriteres.

Med oppbygging av egne korttidsavdelinger utvikles en kommunal helsetjenestefunksjon som er ny for de fleste kommuner. Korttidsopphold blir kortere og mer målrettede, og oppgraderes med personell og utstyr. Dette kan ses på som tegn på en mer spesialisert tjeneste, hvor kommunene i likhet med sykehusene blir mer diagnoseorienterte. Samme tendens til dreining fra helhetlig omsorg og pleie, til mer medisinsk behandling og pleie, finner vi i hjemmetjenesten.

Siktemålet med samhandlingsreformen er dels at kommunene skal overta ansvaret for noen av de tjenestene som spesialisthelsetjenesten har tatt seg av, og dels at kommunene skulle få incentiver til å drive mer forebyggende og helsefremmende arbeid. Paradoksalt nok kan økt spesialiseringen skje til fortrensel for enklere tilbud, og dermed redusere den forebyggende effekten slike kan ha.

Hvem taper?

I de fleste casekommunene har informanter fortalt om pasientgrupper som nedprioriteres som følge av en økt prioritering av utskrivningsklare pasienter. Dette er imidlertid et tema som flere informanter ikke har hatt særlig lyst til å snakke om. I den grad spesifikke pasientgrupper trekkes fram som tapere gjelder dette gjerne hjemmeboende demente eller personer med psykisk sykdom og/eller rusproblematikk. Det er en bekymring for pasienter uten tydelige stemmer, for de som er uten sterke pårørende, og for de som er uten diagnoser men som likevel er dårlige.

Reduksjonen i andelen beboere i institusjon og stabiliteten i andel som mottar hjemmetjenester blant de aller eldste, kan indikere at oppbygging av kortsiktig medisinsk behandlings- og oppfølgingstjeneste til de utskrivningsklare har gått ut over det langsiktige tjenestetilbudet til eldre. Det kvalitative materialet bekrefter til dels dette inntrykket. Korttidsplasser som dels blir brukt til langtids institusjonsplasser, og omvendt, forteller om knapphet på plasser men også om en fleksibel tilpasning. Etterspørselen dekkes ikke av kapasiteten. I kommunene synes dette å gi seg utslag i strengere vurderinger ved tildeling av langtidstjenester enn før. Det er vanskelig å se for seg at behovet for langtidsplasser i institusjon vil avta, snarere tvert imot gitt forventningene om vekst i eldrebefolkningen.

Behov for mer primærforebygging

Det er ikke særlige økonomiske incentiver i samhandlingsreformen til å drive primærforebyggende helsearbeid blant eldre, og det settes ikke inn særlige ressurser i kommunene for å drive denne typen forebygging. Som følge av samhandlingsreformen, gir kommunene i økende grad hjelp til alvorlig syke, og dette prioriteres fremfor det primærforebyggende arbeidet. For kommunene er det rasjonelt å prioritere på denne måten ettersom de blir straffet økonomisk hvis de ikke kan ta imot de utskrivningsklare pasientene. Ordningen med kommunalt betalingsansvar fra dag én for utskrivningsklare pasienter har med andre ord ikke bidratt til å frigjøre ressurser til primærforebygging. Ordningen med kommunal medfinansiering har samlet økt kommunenes helseutgifter og har generelt ikke bidratt til å frigjøre ressurser til primærforebygging. Dette er de to incentivordningene som hittil er innført med samhandlingsreformen – og ingen av dem har altså fremmet primærforebygging.

Det settes i gang eller planlegges tiltak for satsing på hverdagsrehabilitering i hjemmetjenestene, blant annet for å møte den økende etterspørselen. Men dette er foreløpig i en tidlig fase. Hvis man ønsker økt primærforebygging og mobilisering til økt egenmestring i eldreomsorgen, trengs det trolig særskilte økonomiske incentiver til primærforebyggende tiltak, i alle fall i en overgangsfase. Dersom mekanismene som følge av primærforebygging utsetter eller reduserer sykdom, vil dette i det lange løp gi gevinst.

Større utfordringer for de store kommunene

Situasjonen med raskere mottak av utskrivningsklare pasienter takles ulikt i store og små kommuner. I de store kommunene er omstillingsutfordringene når det gjelder å ta imot en økende strøm av utskrivningsklare pasienter, betydelig større enn i de små. De store kommunene har i større grad vektlagt strukturelle endringer i kapasitet og organisering enn de små som gjerne har foretatt mindre endringer i bruken av personell og sykehjemsplasser.

Både små og store kommuner har vært opptatt av at de ikke skal pådra seg kostnader ved at utskrivningsklare pasienter blir liggende på sykehus. De store kommunenes utfordringer med lav institusjonskapasitet har vist seg ved at de etterhvert ikke har klart å «ta unna» og nå pådrar seg betaling for flere overliggerdøgn enn det de gjorde i starten av reformen. I de små kommunene forteller informantene at de stort sett alltid har tatt utskrivningsklare pasienter til kommunen med en gang. Man deler i mindre grad oppfatningen som de øvrige informantene har, om at pasientene som meldes utskrivningsklare, er sykere enn før. Høyere medisinske kostnader i institusjonstjenesten i de små kommunene sammenliknet med de store i forkant av samhandlingsreformen, understøtter dette. Samhandlingsreformen er for de små kommunene en formalisering av en måte de har jobbet på i mange år. Spesielt i små kommuner i nord som har sykestuer fordi det er langt til sykehus, rapporterer informantene om liten grad av endring som følge av reformen. Vi finner samme tendens i små kommuner på Vestlandet med lang vei til sykehus.

Økte krav til kompetanse

Vår studie kan ikke gi noe sikkert svar på om det faglige nivået er løftet *nok* i kommunene til å håndtere sykere pasienter. Økte krav til kompetanse i pleie- og omsorgssektoren er møtt gjennom omgjøring av flere hjelpepleierstillinger til sykepleierstillinger, opprettelse av nye spesialsykepleierstillinger, mer tilstedeværelse av sykehjemslege, endring av når på døgnet man setter inn mest kompetanse, læring av hverandre i pleie- og omsorgstjenesten, og kompetanseoverføring fra spesialisthelsetjenesten. Våre informanter forteller at samhandlingsreformen har gjort jobben på sykehjem mer faglig spennende og utfordrende, særlig med pasienter på korttidsopphold. Flere av sykehjemslegene bekrefter at de faglige utfordringene er større som følge av reformen. Sammenliknet med sykepleierne, er flere av dem mer nøkterne i sin vurdering av hvorvidt den faglige kompetansen i sykehjemmene er god nok til å løse de nye oppgavene.

Bedre samhandling?

Informantene gir ikke noe entydig svar på om samhandlingen mellom kommuner og sykehus om den enkelte pasient har blitt bedre. Det pekes på at økt tempo i utskrivningen og sykehusenes vetorett med hensyn til å bestemme når en pasient er utskrivningsklar, fører til dårligere samhandling. Det er ofte dårlig 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 problemet potensielt mer alvorlig enn før.

Det er ulikheter mellom kommunene med hensyn til hvordan de håndterer avvik fra tjenesteavtalen om utskrivningsklare pasienter og hvorvidt denne typen avvik meldes. Enkelte kommuner benytter systemene for å melde avvik. En god muntlig dialog mellom partene ses av andre på som en alternativ og bedre strategi. Dette er imidlertid en strategi som forutsetter kort geografisk avstand mellom sykehus og kommune.