

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

**Samhandlingsreformens konsekvenser
for det kommunale pleie- og omsorgstilbudet**

Rapport IRIS - 2014/382

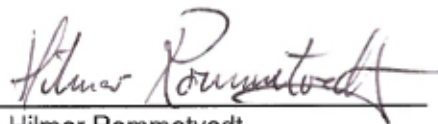
Med bidrag av
Karsten Vrangbæk og Zainab Afshan Sheikh

Prosjektnummer: 7252370
Prosjektets tittel: Samhandlingsreformens konsekvenser for pleie og omsorgstilbudet
Oppdragsgiver: KS
ISBN: 978-82-490-0846-9
Gradering: Åpen

Stavanger/Alta, 15.12.2014



Birgit Abelsen
Prosjektleder



Hilmar Rommetvedt
Kvalitetssikrer



Einar Leknes
Direktør
IRIS Samfunnsforskning

Forord

På oppdrag fra KS, har IRIS Samfunnsforskning i samarbeid med Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) gjennomført en undersøkelse om hvordan samhandlingsreformens ordning med kommunal betaling fra dag én for utskrivningsklare pasienter, påvirker tjenestetilbudet innenfor pleie- og omsorgsektoren i kommunene.

Vi vil takke oppdragsgiver for et spennende og faglig utfordrende oppdrag. En spesiell takk går til fagansvarlig Anne Gamme i KS som har gitt oss god oppfølging og nyttige innspill underveis i arbeidet med prosjektet. Vi vil også takke det sentrale rådmannsutvalget, som har utgjort prosjektets referansegruppe, for stor interesse og gode innspill. En takk går også til leder for budsjettavdelingen Arne Dahler i Alta kommune, som har delt innsikt om innholdet i KOSTRA-databasen.

Vi vil også takke Karsten Vrangbæk og Zainab Afshan Sheikh, Institut for Folkesundhedsvidenskab ved Københavns Universitet, for oppsummeringen av erfaringene med den danske Strukturreformen (se vedlegg 3).

Sist, men ikke minst, vil vi takke alle de kommuneansatte og brukerrepresentantene som har stilt opp som informanter i de 12 kommunene vi har besøkt. Vi har møtt på stor velvilje og positiv interesse for undersøkelsen.

Til tross for mange gode hjelpere, står forfatterne selv ansvarlig for eventuelle feil og mangler i rapporten. Forskningsleder Birgit Abelsen (NSDM) har vært prosjektleder og har hatt hovedansvaret for utformingen av rapporten. Datainnsamlingen i helseregion Nord og Sørøst er gjennomført av Abelsen og seniorforsker Margrete Gaski (NSDM). I helseregion Vest er datainnsamlingen gjennomført av seniorforsker Svein Ingve Nødland og forsker Anna Stephansen (begge IRIS). Sammen med Abelsen, har Nødland hatt spesielt ansvar for utformingen av kapittel 4, og Gaski for kapittel 5. Hilmar Rommetvedt (IRIS) har vært kvalitetssikrer av prosjektet og fulgt det tett gjennom hele prosjektperioden.

Stavanger/Alta, 15.12.2014

Birgit Abelsen
Prosjektleder

Innhold

| | |
|---|----|
| FORORD | 2 |
| SAMMENDRAG | 6 |
| SUMMARY..... | 12 |
| 1 INNLEDNING | 18 |
| 1.1 Rapportens oppbygning..... | 18 |
| 2 LANGSIKTIGE UTVIKLINGSTREKK OG SAMHANDLINGSREFORMEN | 20 |
| 2.1 Reformens utgangspunkt..... | 20 |
| 2.2 Den kommunale pleie- og omsorgstjenesten og utviklingstrekk | 21 |
| 2.3 Endringer med samhandlingsreformen | 23 |
| 2.4 Tidligere studier av samhandlingsreformens effekter | 30 |
| 2.5 Problemstillinger | 32 |
| 3 METODE OG OPPLÈGG FOR DATAINNSAMLING OG ANALYSE | 34 |
| 3.1 Analysen av registerdata | 34 |
| 3.2 Den kvalitative undersøkelsen..... | 36 |
| 4 EN KVANTITATIV BESKRIVELSE AV ENDRINGER I DEN KOMMUNALE PLEIE- OG OMSORGSTJENESTEN | 40 |
| 4.1 Færre beboere i institusjon 80 år og eldre | 40 |
| 4.2 Økt andel korttidsplasser i institusjon | 41 |
| 4.3 Økt andel plasser i institusjon til re-/habilitering | 42 |
| 4.4 Stabil utvikling i mottakere av hjemmetjenester pr 100 personer 80 år og eldre | 43 |
| 4.5 Flere årsverk i brukerrettede tjenester pr mottaker | 44 |
| 4.6 Flere legetimer pr uke pr beboer i sykehjem..... | 44 |
| 4.7 Økt sykepleierandel både i institusjon og hjemmetjeneste | 45 |
| 4.8 Økte medisinske kostnader..... | 47 |
| 4.9 Oppsummering | 49 |
| 5 EN KVALITATIV BESKRIVELSE AV ENDRINGER I DEN KOMMUNALE PLEIE- OG OMSORGSTJENESTEN | 52 |
| 5.1 Sykere pasienter, flere utskrivninger og økt tempo..... | 52 |
| 5.2 Reorganisering i mottaket av utskrivningsklare pasienter | 55 |
| 5.3 Hvordan tjenester bygges ut eller reduseres..... | 56 |
| 5.4 Samhandlingen mellom kommuner og sykehus..... | 64 |
| 5.5 Økte krav til kompetanse..... | 68 |

| | | |
|-----|--|-----|
| 5.6 | En mer faglig spennende og utfordrende tjeneste | 71 |
| 5.7 | Oppsummering | 72 |
| 6 | DRØFTING AV FUNN OG KONKLUSJONER | 74 |
| 6.1 | Sykere pasienter | 74 |
| 6.2 | Skifte i kommunehelsetjenestens karakter | 74 |
| 6.3 | Den nye kommunale rollen | 75 |
| 6.4 | Enda mindre sømløst? | 76 |
| 6.5 | Kompetansen bygges opp – men er den løftet nok?..... | 77 |
| 6.6 | Fortrengning | 78 |
| 6.7 | Mer og mindre forebygging | 80 |
| 6.8 | Styrker og svakheter ved studien | 80 |
| 7 | REFERANSER..... | 82 |
| | VEDLEGG 1: VALGET AV CASEKOMMUNER | 86 |
| | Store kommuner | 88 |
| | Små kommuner..... | 89 |
| | VEDLEGG 2: INTERVJUGUIDER | 92 |
| | VEDLEGG 3: EFFEKTER AF DEN DANSKE STRUKTURREFORM | 98 |
| | VEDLEGG 4: TABELLER KNYTTET TIL KAPITTEL 4 | 106 |

Sammendrag

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 omsorgsektoren i kommunene.

Datainnsamling og analyser er todelt. Del 1 er en analyse basert på registerdata og beskriver utviklingen i noen sentrale indikatorer i pleie- og omsorgsektoren i perioden 2009-2013. Del 2 er en analyse basert på kvalitative intervju med et bredt spekter av informanter i 12 casekommuner. Indikatoranalysen tegner det store utviklingsbildet, mens intervjumaterialet bidrar med utdyping og nyansering. Indikatoranalysen er basert på sentraltendenser, men det er viktig å være klar over at den ikke nødvendigvis gir noen god beskrivelse av utviklingen i enkeltkommuner.

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, i den forstand at de har mer alvorlige, mer behandlingskrevende og/eller komplekse sykdomstilstander, 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 multimorbiditet er alle eksempler på nye utfordringer i pleie- og omsorgssektoren 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 legerressursen 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 tilbys 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 hensyn til personell og utstyr. Dette kan ses på som tegn på en mer spesialisert tjeneste, hvor kommunene i likhet med sykehusene blir mer diagnoseorienterte, fremfor personorienterte. 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 insentiver til å drive mer forebyggende og helsefremmende arbeid. Paradoksalt nok kan den økte spesialiseringen i kommunene skje til fortrengsel for enklere pleie- og omsorgstilbud, 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 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. Men en friskere eldrebefolkning spiller også inn. 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. Selv om det er et uttalt mål at eldre skal bo hjemme så lenge som mulig, er det vanskelig å se for seg at behovet for langtidsplasser i institusjon vil avta, snarere tvert imot gitt forventningene om vekst i eldrebefolkningen og økt levealder.

Behov for mer primærforebygging

Det er ikke særlige økonomiske insentiver i samhandlingsreformen til å drive primærforebyggende helsearbeid blant eldre, og det settes generelt ikke inn særlige ressurser i kommunene for å drive denne typen forebygging selv om det finnes eksempler på enkeltkommuner er flinke på dette området. 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 i liten grad 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 insentivordningene 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 insentiver til primærforebyggende tiltak, i alle fall i en overgangsfase. Dersom mekanismene som følger 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 sykehjems plasser.

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 overliggedøgn 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 rett til å avgjøre 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.

Summary

This study investigates how municipal financial responsibility for patients cleared for discharge from hospital affects municipal health and care sectors. This is one of the financial incentives introduced by The Coordination Reform.

The data collection and -analysis consist of two parts. The analysis in part 1 is based on registry data and describes developments on some central indicators in the health and care sector during the period 2009-2013. The analysis in part 2 is based on qualitative interviews with a broad sample of informants from twelve municipalities. The indicator analysis draws the big picture, while the interview data add depth and nuance. The indicator analysis is based on central tendencies, and it is important to keep in mind that it may not necessarily provide adequate descriptions of developments in individual municipalities.

Main findings

- **Patients cleared for discharge by hospitals are generally in worse health than prior to The Coordination Reform. They leave hospital with more serious, more treatment-requiring, and/or more complex medical ailments.**
- **The character of the municipal health and care services is changing in the direction of more specialized, short-term, treatment and care. The share of short-term beds and beds dedicated to habilitation/rehabilitation is growing, but this is happening at the expense of long-term beds. Real-term capacity increases are rare.**
- **The threshold for being granted home care or a place in a nursing home has been raised. The development of more specialized services happens at the expense of basic services. This may in turn limit the preventive effects of basic services.**
- **Reducing the number of nursing home residents, as well as the stability of the share of the oldest cohort receiving home care, may indicate that the build-up of short-term treatment- and follow-up services for patients ready to be discharged may have harmed municipalities' ability to provide long-term care for the elderly.**
- **The Coordination Reform does not provide economic incentives for primary preventive health care among the elderly, and few municipal resources are devoted to this.**
- **The reorganization challenges seem bigger in large than small municipalities.**
- **The professional level of ability has improved in several municipalities. This has made the staff's work more interesting, but it is unclear whether the professional level of ability has improved sufficiently to handle the varied needs of patients.**

- **It is unclear whether hospital-municipality coordination regarding individual patients has improved.**
- **Reporting of deviations from the mandatory discharge agreement between municipality and hospital varies. Interviewees in several municipalities say they do not have the time to report deviations, and that reporting has little effect.**

Sicker Patients

There is a consensus that patients reported ready for discharge by hospitals are generally in poorer health, meaning they suffer from more serious, more treatment-requiring, and/or more complex medical conditions, than prior to the Coordination Reform. At the same time, the number of hospital discharges is on the rise, and the discharges are processed faster. The majority of those discharged are older patients well-known to the health and care sectors, as they already are in the system.

Newly operated hip fractures, sores, neurological disorders, intravenous antibiotic treatments, respiratory disorders, blood transfusions, cancer treatment, palliative care and increasing frequencies of multi-morbidity are all brought up by our informants as examples of new challenges in the health and care sector. Patients who previously would have remained hospitalized until the completion of medical treatment are now declared ready for discharge as soon as the treatment is judged to answer and the patient shows signs of improvement. Municipal medical costs have increased significantly, confirming the notion that hospitals discharge sicker patients.

The Changing Nature of Municipal Health and Care Services

The nature of municipal health and care services appears to be changing, towards more short-term and specialized treatment. Short-term bed capacity in municipal nursing homes remains a critical factor in order to ensure that patients ready to be discharged receive quality care close to home. A high capacity may facilitate seamless transfers between hospitals, municipal institutions, and the home care services. The main function of short-term bed capacity is rehabilitation, treatment, examination, and support. The share of short-term and rehabilitative bed capacity is increasing, but it does so at the expense of long-term treatment capacity. Real-term capacity increase at municipal institutions happens to a limited degree.

Some processes are clarified and amplified as a result of The Coordination Reform. This includes the increase in short-term and (re)habilitation capacity, and the number of nurses per institution. Medical costs, particularly in the home care services, have increased with the implementation of the reform. These are most likely the areas where the reform's effects are the most immediate, and they particularly pertain to the transfer and treatment of sicker patients.

Other processes of change have persisted over time, with the rate of change subsequent to the reform being much what it was prior to it. These include the increasing number of

attending physicians in nursing homes, the capacity of user-focused services, and the share of qualified nurses in the home care services. The informers say that this is due to rising demands for medical treatment, developments in part believed caused by The Coordination Reform.

Other important areas have seen less change following the reform. Among these are the number of residents per institution, and receivers of home care services among the oldest age cohort. It is unclear if and how this relates to the reform. The positive, but less probable, explanation is that the reform has had a preventive effect and reduced the demand for services. The negative, and more probable, explanation is that hospital patients cleared for discharge to some extent supplant other seniors from health and care services.

Raised Thresholds and More Specialization

A clear tendency in our data is that the threshold for being granted a place in a nursing home, as well as home care services, has been raised. There is a lack of institutional rehabilitation capacity, short-term as well as long-term. Keeping short-term capacity free in order to receive patients cleared for discharge is challenging. The consequence is that some short-term patients are offered twin rooms, and that established relief services for elderly still living at home (in particular the demented) are down-prioritized.

The establishment of dedicated short-term wards has introduced a new health care service to most municipalities. Short-term stays become shorter and more concentrated, and are upgraded with respect to personnel and equipment. These can be interpreted as signs of a more specialized service where the municipalities, like the hospitals, become more diagnosis- rather than person-oriented. We find the same tendency, a shift away from general to more medical nursing and care, in the home service.

The purpose of The Coordination Reform is partly that municipalities shall take over the responsibility for some of the services previously administered by the specialist health care providers, and partly that the municipalities should be given incentives to do more preventive work. Paradoxically, the increasing specialization may supplant simpler nursing and care services, thus reducing the preventive effect these may have.

Who Lose?

In most of our case municipalities, informants have told us of patient groups being down-prioritized because patients ready for discharge are being prioritized. This is, however, a topic several informants have not wished to discuss. To the extent that specific patient groups are highlighted, they tend to include demented patients living at home, as well as patients with mental and/or drug problems. The informants are worried about patient groups lacking clear public voices, those without resourceful next of kin, and those without clear diagnoses but still in poor health.

The reduced number of inhabitants in institutions, and the reduced stability of the share of the oldest cohorts receiving home care services, may indicate that the build-up of short-

term treatment- and follow-up services for patients ready to be discharged may have harmed long-term services for the elderly. The qualitative data material partly confirms this impression. A healthier population of seniors may also play a part. Short-term capacity being allocated to long-term patients, and vice versa, tell of a shortfall in capacity but also of flexible adaptation. Demand exceeds supply. This seems to result in stricter criteria for the granting of long-term services than previously. Although it is a stated goal that the elderly keep living at home as long as possible, it is hard to imagine that the demand for long-time capacity will fall given the expected rise in the senior population and of life expectancy.

The Need for More Primary Prevention

There are no direct economic incentives in The Cooperation Reform for conducting primary preventive care among the elderly, and in spite of extra resources being made available for this purpose in some municipalities, the general trend is that is not prioritized. As a consequence of the Cooperation Reform, municipalities increasingly concentrate their resources around caring for the very ill, and this is prioritized above primary preventive care. It is rational for the municipalities to set their priorities thus, as they face economic repercussions if they do not manage to provide for patients cleared for discharge. The scheme where municipalities immediately start covering the costs of patients cleared for release has, in other words, contributed to a limited degree to freeing up resources for primary preventive care. These are the two incentive schemes introduced by The Cooperation Reform – and none has furthered primary preventive care.

The home care services are introducing or planning measures to improve rehabilitation efforts, in order to deal with increased demand, but these are early days. If improved home care rehabilitation is to be achieved, targeted economic incentives may be needed. Such measures will produce long-term gain if they postpone or avoid illness.

Bigger Challenges for Bigger Municipalities

The situation created by quicker transfer of patients declared ready for discharge is handled in different ways by different municipalities. Bigger municipalities face considerably bigger challenges than small, and they have primarily focused on structural changes to their capacities and organization. Smaller municipalities have instead preferred to make minor adjustments to their allocation of personnel and nursing home beds.

Both big and small municipalities have focused on not incurring extra costs by having patients cleared for discharge remain in hospital. The bigger municipalities' challenges with low institutional capacity have been underscored by their failing to accommodate the rising numbers of patients discharged from hospital, incurring higher costs now than when the reform was introduced. Our informants in smaller municipalities report few delays in transferring patients from hospitals, and these informants do not share the notion that patients discharged from hospitals are in worse condition than before. This is supported by evidence that smaller municipalities incurred higher medical costs than

bigger in their nursing home services prior to the reform. It would seem that smaller municipalities experience The Coordination Reform as a formalization of an already established mode of operation, a notion particularly confirmed by informants from the Northern and Western municipalities far from hospitals.

Increased Demands for Competence

Our study cannot say conclusively that the municipalities' quality of care has been sufficiently raised to meet a wave of patients in worse health than before. Higher demands for formal competence in the health and care sector have been met by replacing auxiliary nurses with registered nurses, hiring more specialist nurses, increasing the presence of attending physicians in nursing homes, changing how resources are allocated in the course of the day, and focusing on learning and dissemination both inter- and intra-institutionally. Our informants say that The Coordination Reform has made their work more challenging and interesting, especially as it pertains to short-term patients. Several of the attending physicians interviewed confirm the professional challenges have increased following the Reform. Compared to the interviewed nurses, they are less assured of the nursing homes' capacity to adequately solve their new tasks.

Better Cooperation?

Our informants cannot answer conclusively as to whether the cooperation between municipalities and hospitals on individual patients has improved. They point out that the increased tempo in which patients are discharged, and the hospitals' prerogative to declare a patient for discharge, lead to poorer cooperation. The information following individual patients out of the hospital tends to be poor, which is not a new problem in the health and care sector, but in combination with earlier discharge makes the problem potentially more dangerous than in the past.

There are variations between municipalities as to how they handle deviations from the mandatory discharge agreement and the extent to which such deviations are reported. Some municipalities have routines in place, while others consider oral dialogue between the parties a better strategy. This, however, prerequisites a short geographical distance between hospital and municipality.

1 Innledning

Formålet med dette prosjektet er å studere hvordan samhandlingsreformen har påvirket tjenestetilbudet innenfor pleie- og omsorgssektoren i kommunene. KS ønsker svar på om reformens fokus på utskrivningsklare pasienter og kommunal medfinansiering trekker ressurser bort fra ordinære pleie- og omsorgstjenester, og skaper mangel på langtids- og rehabiliteringsplasser. Påstander om dette har fremkommet i media, og gjennom tilbakemeldinger til KS fra enkeltkommuner. Det er usikkert om disse er representative, eller et uttrykk for at reformen ennå er i en tidlig fase.

Prosjektet skal gi mer systematisk kunnskap om reformens betydning for tjenestetilbudet i pleie- og omsorgssektoren. Det er i den forbindelse et poeng å skille mellom overgangseffekter og mer varige virkninger av reformen.

Prosjektet skal konkret gi svar på følgende hovedspørsmål:

Hvordan endrer samhandlingsreformen kommunenes tilbud innen pleie- og omsorgssektoren?

Vi studerer virkninger som følger av ordningen med kommunalt betalingsansvar fra dag én for utskrivningsklare pasienter. Disse virkningene kan være intenderte eller uintenderte. Det er imidlertid utfordrende å identifisere klare årsak-virkningsforhold all den tid samhandlingsreformen er implementert overalt samtidig, og i en setting hvor også mange andre prosesser pågår. Vi antar at ordningen med betalingsansvar fra dag én for utskrivningsklare pasienter i noen grad vil bidra til å forsterke allerede pågående prosesser.

Ordnningen med kommunal medfinansiering er i dette prosjektet ikke tillagt vekt fordi den ikke i særlig grad synes å ha virket direkte inn på pleie- og omsorgssektoren.

1.1 Rapportens oppbygning

I de videre delene av rapporten starter vi i kapittel 2 med å beskrive den rammen samhandlingsreformen implementeres i. Vi redegjør deretter for begrepet utskrivningsklar pasient og ordningen med kommunal betalingsplikt fra dag én for fortsatt sykehusopphold for disse pasientene. Kapitlet avsluttes med en gjennomgang av funn fra tidligere studier om tidlige virkninger av samhandlingsreformen og en utdypning og konkretisering av studiens problemstillinger. Kapittel 3 beskriver det metodiske opplegget for vår studie. Vi har valgt et todelt opplegg hvor del 1 er en kvantitativ analyse av et utvalg indikatorer som beskriver vesentlige utviklingstrekk ved pleie og omsorgssektoren basert på registerdata som kan knyttes til samhandlingsreformen. Denne presenteres i kapittel 4. Del 2 er en kvalitativ analyse basert på intervjuer om virkninger av samhandlingsreformen med informanter i 12 casekommuner. Denne presenteres i kapittel 5. I kapittel 6 presenteres en samlet drøfting av de viktigste funnene fra del 1 og 2.

2 Langsiktige utviklingstrekk og samhandlingsreformen

2.1 Reformens utgangspunkt

Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47, 2008-2009) skal bidra til bedre samhandling i helse- og omsorgstjenestene slik at:

- Pasienter med behov for koordinerte tjenester får et bedre tilbud
- Innsatsen for å begrense og forebygge sykdom øker
- Samfunnets økonomiske bæreevne styrkes for å møte en endret demografisk utvikling med flere eldre og et endret sykdomsbilde

Samhandling mellom kommuner og helseforetak fremmes gjennom virkemidler som lovpålagte samarbeidsavtaler, kommunal medfinansiering, betalingsansvar fra dag én for utskrivningsklare pasienter og oppbygging av et kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud. Som del av Samhandlingsreformen har vi også fått en ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og en ny lov om folkehelsearbeid.

Prognosene som ligger til grunn for reformen, viser at mens det i 2000 var 190.000 personer over 80 år, så vil det i 2050 være over 500.000. Samtidig blir det færre yrkesaktive per eldre: I 2000 var det 4,7 yrkesaktive per person over 80 år og i 2050 forventes det å være 2,9 (Gohn-Hellum 2012).

Samhandlingsreformen bygger på et idégrunnlag som skiller seg fra den konkurranseorienterte tilnærming til offentlig administrasjon og styring i New Public Management (Berg og Haug 1997:384), som har preget utvikling av norsk helsevesen de senere år (j.fr. sykehusreformen). Reformen er møtt med entusiasme og tilslutning både blant politikere og fagfolk på ulike nivåer. Det er en velkommen reform, i den forstand at den tilfører kommunene funksjoner som de ønsker å ivareta, og i noen tilfeller funksjoner de før reformen var kommet langt i å utvikle (Abelsen et al 2012). Men det finnes også kritikere.

Selv om det er bred oppslutning om Samhandlingsreformens mål, er det stilt spørsmål ved de økonomiske insentivene i reformen og antagelsen om at det nærmest vil være «gratis» å legge om til en praksis med økt kommunal helsetjenesteinnsats med fokus på forebyggende helsearbeid og tidlig intervensjon (Abelsen et al 2012). Romøren (2011) finner det overraskende at så få hadde kritiske innvendinger da samhandlingsreformen ble foreslått og vedtatt. Dette begrunner han blant annet med at reformen mangler pasientfokus. For å illustrere dette poenget peker Romøren (ibid) på ulikhetene i definisjonen av begrepet **samhandling** som ble brukt i NOU 2005:3 «Fra stykkevis til helt – en sammenhengende helsetjeneste» som var en forløper til samhandlingsreformen, og den definisjonen som ble brukt i St.meld. nr. 47 «Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid». Samhandling er i det første tilfellet definert som «*aktivt samarbeid og handlinger mellom alle som direkte eller indirekte er involvert i pasientbehandlingen*», i det andre som «*helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling*». Romøren (ibid) hevder at oppgavefordeling er en del av

samhandlingens rammebetingelser, men at det i seg selv ikke er samhandling. Reformen burde etter hans mening vært kalt en oppgavefordelingsreform.

2.2 Den kommunale pleie- og omsorgstjenesten og utviklingstrekk

Dagens kommunale pleie- og omsorgstjenester består av institusjonsbaserte tjenester som gis til de som bor på sykehjem eller aldershjem, og hjemmetjenester i form av hjemmehjelp/praktisk bistand og hjemmesykepleie som gis til personer som bor i omsorgsboliger (med og uten heldøgnbemanning) eller i eget hjem. Driften av sykehjem er regulert gjennom sykehjemsforskriften¹ som stiller krav til bygninger, utstyr, personell og virksomhetsledelse. Aldershjem (som nå er i ferd med å fases helt ut av den kommunale pleie- og omsorgstjenesten) finansieres av kommunen, men driften er ikke underlagt noen spesifikk regulering. En omsorgsbolig er en mellomting mellom brukerens egen bolig og en institusjonsplass. De eies eller disponeres av kommunene, eller er organisert som borettslag eller sameie med brukerne som eiere (Hjelmbrække et al, 2011). Tildeling av hjemmetjenester, både til de som bor i omsorgsboliger og de som bor i eget hjem, skjer etter en individuell vurdering.

2.2.1 Variasjon fra kommune til kommune

Kommunens ansvar for å gi nødvendige pleie- og omsorgstjenester til sin befolkning er hjemlet i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (§ 3-2 første ledd nr 6)². Det er imidlertid i stor grad opp til den enkelte kommune å bestemme *sin* pleie- og omsorgstjeneste. Resultatet er at tjenesten varierer fra kommune til kommune for eksempel med hensyn til hvor stor andel av driftsbudsjettet som kanaliseres til pleie- og omsorg, hvordan institusjonstjenester vektles i forhold til hjemmetjenester, og hvor mye og hvilken type personell som drifter tjenesten. Kommunenes størrelse, både med hensyn til antall innbyggere, geografiske utstrekning og demografi har betydning. Kommuner med en stor befolkning kan i større grad enn mindre kommuner utnytte stordriftsfordeler, men de kan også støte på stordriftsulemper. Avstand til sykehus kan også ha noe å si. Lang reisevei til sykehus kan gjøre at kommunen velger å bygge opp tilbud som vanligvis hører hjemme i sykehus for å skåne pasienter for reiseulemper. Der befolkningen bor tett og det er korte avstander kan tjenestene ofte gis mer kostnadseffektivt enn når det motsatte er tilfelle. Små kommuner preget av fraflytting og mange eldre, må prioritere pleie- og omsorgstjenesten annerledes enn vekstkommuner med en ung befolkning.

1 Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie,
<http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/1988-11-14-932> (lastet ned 29.01.2014).

2 http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=Helse%20og%20omsorgsdepartementet* (lastet ned 29.01.2014).

2.2.2 Viktige endringer

Det er særlig tre utviklingstrekk som fremheves når sektoren beskrives (Hagen et al 2011:48): i) ansvarsområdet er blitt større, i stor grad på grunn av desentralisering av omsorgstjenester fra statlig til kommunalt nivå, ii) institusjoner er erstattet med hjemmebaserte tjenester og iii) nye brukergrupper har blitt integrert i de ordinære kommunale tjenestene. Her spiller den langvarige utviklingen mot kortere liggetid i sykehus en viktig rolle. Selv om pasienter ikke har behov for spesialisert sykehusbehandling, kan de ha behov for omfattende pleie- og omsorgstjenester på et lavere nivå enten i kommunal institusjon eller hjemme.

Oppgaveglidning mellom profesjoner skjer også og påvirker tjenesteutviklingen både i sykehus, i pleie- og omsorgssektoren og mellom disse nivåene. Oppgaveglidning skjer på grunn av kompetanseutvikling, teknologisk utvikling, nye måter å organisere behandling på, mangel på helsepersonell og ikke minst krav om kostnadsreduksjon. Glidningen handler i praksis både om vertikal og horisontal substitusjon (Helle 2012:5). Vertikal substitusjon skjer på tvers av profesjonsgrenser, for eksempel ved at legeoppgaver delegeres til yrkesgrupper med et lavere utdanningsnivå eller at helsetjenesten tar opp i seg nye oppgaver som tidligere lå utenfor tjenesten. Horisontal substitusjon innebærer at personell med likt utdanningsnivå, men ulik fagbakgrunn, utfører arbeid og oppgaver som normalt hører hjemme under den andre disiplinen (som at kliniske psykologer får rett til å forskrive legemidler).

Andelen som mottar pleie- og omsorgstjenester øker markant med alderen (Strand, 2012). Veksten i antall tjenestemottakere var i tidsrommet 1992-2009 særlig sterkt blant aldersgruppene under 67 år, mens antall tjenestemottakere blant de eldste aldersgruppene gikk ned. Brevik (2010) viser med tall frem til 2006, at blant de eldre brukerne var det bare vekst i gruppen brukere over 85 år. Det var en liten nedgang i andelen brukere i aldersgruppen 80-84 år, og en betydelig nedgang i aldersgruppen 67-79 år. I år 2000 var det 198 tjenestemottakere pr 1.000 i denne aldersgruppen. I 2010 var tilsvarende antall redusert til 170 (Helsedirektoratet, 2010). Kommunene synes å ha benyttet det økonomiske handlingsrommet tidligere reformer har gitt, til å prioritere de yngste mer enn forutsatt (Brevik, 2010).

Brevik (ibid) argumenterer for at veksten i hjemmesykepleie skyldes at kurative oppgaver er prioritert framfor forebygging, og sosial og praktisk bistand til de yngre eldre. Han hevder at endringene i pleie- og omsorgssektoren de siste årene (før 2010) har vært så gjennomgripende at kommunene har hatt nok med å håndtere de nye yngre gruppene av tjenestemottakere og de dårligste eldre. Han spør om norsk pleie- og omsorgstjeneste er i ferd med å forlate den forebyggende strategien med tidlig intervensjon. Dette er interessant sett i lys av intensjonen i samhandlingsreformen om å nettopp legge sterkere vekt på forebygging, tidlig intervensjon og understøtting av egenmestring (St.meld. nr. 47 og St.meld. nr. 16).

2.2.3 Korttidsplasser

For å sikre at pasienter får et godt kvalitativt tilbud nær hjemmet er korttidsplasser i kommunale sykehjem en kritisk faktor. God kapasitet på korttidsplasser kan åpne for sømløse overganger mellom sykehus, kommunale institusjoner og hjemmetjenesten. I

Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008-2011 viser det til at det gis investeringstilskudd til kommuner for å styrke tilbudet om korttidsplasser i sykehjem. Kaurin og Lossius (2012) har studert bruken av korttidsplasser i forkant av samhandlingsreformen. Hovedhensikten med korttidsplasser er re/habilitering, behandling, utredning og avlastning. De påpeker at effektiv pasient-gjennomstrømming knyttet til korttidsplasser, er en nøkkelfaktor for å ha kapasitet til å motta utskrivningsklare pasienter. Derfor kan man vente at samhandlingsreformen vil øke gjennomstrømningen av tjenestemottakere i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten. Dette er samtidig knyttet til hjemmetjenesten og langtidsinstitusjonsplasser som, avhengig av behov, må være tilgjengelig for mottakere av korttidsplasser når de er ferdigbehandlet der. Antall korttidsplasser har imidlertid økt lite de siste 10 år før reformen (mindre enn 2 prosent).

2.2.4 Behovet øker

Det er beregnet at behovet for pleie- og omsorgstjenester vil øke sterkt etter 2020 (Langset 2006). Dette skyldes flere eldre og lavere dødelighet blant dem. Hvor store utfordringene blir, vil i stor grad avhenge av Eldres helsetilstand. Utviklingen i den ubetalte omsorgen vil også ha stor betydning, ettersom dette representerer store ressurser i dag. Det er tvilsomt om denne typen hjelp vil kunne øke i samme takt som behovet øker, etter 2020.

Analysen på nasjonalt (Roksvaag og Texmon, 2012) og regionalt (Blomgren, Holmen og Nødland, 2011) nivå indikerer at det kan bli betydelig mangel på sykepleiere og helsefagarbeidere fremover. I tillegg kommer forventninger om høyere tjenestestandard som vil legge ytterligere press på sektoren. De senere år har myndighetenes hovedstrategi vært å utnytte den demografisk sett relativt stabile perioden vi nå er inne i til gradvis omstilling og utbygging av tjenestetilbudet, og forberede den raske veksten i behov som forventes i årene som kommer. Samhandlingsreformen kan ses som et ledd i dette arbeidet.

Vårt poeng med denne utlegningen er at samhandlingsreformen implementeres i pleie- og omsorgssektoren samtidig med at mange andre omfattende og langvarige utviklingsprosesser pågår. Det å skille disse prosessene fra hverandre er opplagt en stor utfordring.

2.3 Endringer med samhandlingsreformen

Da samhandlingsreformen trådte i kraft 1. januar 2012 ble to nye økonomiske tiltak innført for å fremme mer og bedre samhandling mellom kommuner og helseforetak; kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenester (KMF) og betaling fra dag én for utskrivningsklare pasienter. Kommunene vil fra 2016 også få ansvar for etablering og drift av heldøgns tilbud for øyeblikkelig hjelp. I det videre beskriver vi kort KMF og øyeblikkelig hjelp døgntilbudet, før vi går grundigere inn på ordningen med betaling for dag én for utskrivningsklare pasienter, som er viktigst for denne studien.

2.3.1 Kommunal medfinansiering (KMF)

Filosofien bak KMF er at den skal bidra til reduksjon i forbruket av spesialisthelsetjenester fordi den gir kommunene insentiv til å drive forebygging og utvikle

alternative tilbud for å unngå innleggelse i sykehus. Idéen i samhandlingsreformen med å legge økt finansieringsansvar og flere oppgaver til primærhelsetjenesten med blant annet økonomiske insentiver for å utvikle tjenestene på dette nivået, er hentet fra Danmark (St. meld. nr. 47, side 38). Ordningen med KMF har eksistert i Danmark siden danskenes strukturreform i 2007. Den danske ordningen er imidlertid mer omfattende, da den også inkluderer ambulant behandling og psykiatri (se vedlegg 3). Dermed forventes det at danske kommuner tillegger ordningen større betydning enn de norske. Den danske KMF består fra 2011 utelukkende av en aktivitetsavhengig ytelse. Omleggingen ble gjort for å styrke det økonomiske insentivet. Ordningen er likevel kritisert for å inneholde for svake insentiv til å få kommunene til å reagere, og for å være for ufokusert fordi medfinansieringsansvaret omfatter behandlingstyper som kommunene ikke har muligheter til å forebygge. Det har videre vært en bekymring for at ordningen vil føre til at kommunene bygger opp egne behandlingstilbud som faglig sett er dårligere enn tilbudene i sykehus (Rommetvedt et al. 2014).

KMF i Norge innebærer at kommunene betaler 20 prosent av kostnadene for somatisk spesialistbehandling for sine innbyggere. For å finansiere dette kjøpet blir det overført penger fra de regionale helseforetakene til kommunene, basert på et estimert forventet forbruk. Midlene til KMF fordeles til kommunene via rammetilskuddet som frie inntekter. Behovet for sykehustjenester er imidlertid lite predikerbart, og det var derfor antatt at en del kommuner ville oppleve større kostnader enn forventet, mens andre ville oppleve mindre kostnader. Helsedirektoratets endelige årsavregning for 2012 tyder på at 272 kommuner måtte betale mer for KMF enn det de fikk finansiert gjennom rammetilskuddet. Merforbruket varierte mye mellom kommunene og utgjorde samlet drøyt 93 millioner kroner. For de 156 kommunene som hadde et mindre forbruk enn antatt, var den samlede gevinsten på nær 28 millioner kroner. Det betyr at KMF som i utgangspunktet skulle være fullfinansiert, samlet kostet kommunene drøyt 65 millioner kroner i 2012. Det er store forskjeller mellom kommunene med hensyn til hvilke virkninger ordningen hittil har skapt. For enkelte kommuner har KMF, i alle fall på kort sikt, bidratt til større finansieringsutfordringer for øvrige kommunale forpliktelser.

I følge Hagen (2009) vil 20 prosent KMF bety at kommunene må kunne stille med et tilbud som koster 20 prosent av prisen for det en sykehusinnleggelse koster, noe som er svært lite sannsynlig. Hadde man økt KMF til 80 prosent mener Hagen at mulighetene for å opprette et tilsvarende kommunalt tilbud ville vært større. For at gevinstene av ordningen med KMF skal kunne tas ut, ligger det til grunn at kvaliteten på de kommunale tjenestene må være minst like god, samt at et kommunalt tilbud er mer kostnadseffektivt. Det må altså foreligge en mulighet for substitusjon mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Flere norske studier indikerer imidlertid få substitusjonsmuligheter mellom primær- og spesialisthelsetjenester (Hagen 2009).

Regjeringen som tiltrådte høsten 2013, meldte i sin politiske plattform i oktober 2013 at de vil *reversere* KMF. I regjeringens forslag til kommuneproposisjon 14. mai 2014 foreslås det å avvikle ordningen fra 2015. I forslaget til statsbudsjett for 2015, ligger avviklingen inne. Avviklingen begrunnes med at den økonomiske risikoen som følger av KMF, er for stor og at man bedre vil oppnå målene i samhandlingsreformen gjennom justert virkemiddelbruk. Det er foreløpig ikke klart hva som vil erstatte KMF.

2.3.2 Kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud

Innen 1. januar 2016 skal alle kommuner ha etablert et øyeblikkelig hjelp døgntilbud, enten alene eller sammen med andre kommuner. Etablering og drift av tilbudet er frem til 2016 fullfinansiert ved at kommunene etter etableringen får halvparten i tilskudd fra Helsedirektoratet og den andre halvparten fra helseforetaket. Tilbudet skal rettes mot pasienter som har behov for medisinsk behandling, men hvor sykehusinnleggelse ikke vurderes å være nødvendig. Så langt har de fleste kommuner etablert tilbudet i tilknytning til legevakt eller sykehjem, og tre av fire kommuner har inngått interkommunale samarbeid om felles øyeblikkelig hjelp døgntilbud (Baaske et al. 2013).

Hvilke pasienter disse sengene skal forbeholdes, er i stor grad opp til kommunene selv å bestemme. Men leger ser generelt, og uavhengig av samhandlingsreformen, ut til å være mest tilbøyelige til å se på alternativ til sykehusinnleggelse for eldre pasienter (Eikeland et al. 2005). Diagnostikk og behandling av akutt syke eldre er ofte utfordrende og vanskelig. Eldre har gjerne sammensatte sykdomer, multi-morbiditet, og medfølgende funksjonssvikt. Nedsatt reservekapasitet tilsier også økt sårbarhet og risiko for komplikasjoner. I tillegg er økt alder i seg selv en uavhengig prediktor for alvorlige sykdomsforløp og død (Olsen et al. 2004). I lys av dette kan det stilles spørsmål ved om det er de eldste som vil ha størst helsenytte av dette tilbudet.

Ordningen med et kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud etableres i mangel av solid evidensbasert kunnskap, men det er gode faglige argumenter både for og mot et slikt tilbud (Konradsen og Abelsen 2014). I denne undersøkelsen fokuseres det imidlertid ikke på øyeblikkelig hjelp døgntilbud.

2.3.3 Utskrivningsklare pasienter

Før samhandlingsreformen trådte i kraft ble utskrivningsklare pasienter ofte liggende i sykehus i påvente av et tilbud i kommunen. Dette hindret sykehusene i å ta inn nye pasienter, og forsinket og forlenget rehabilitering av mange eldre og kronisk syke. Samhandlingsreformen forøker å løse problemet med nye insentiver og nytt regelverk.

Forskriften om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter definerer begrepet **utskrivningsklar pasient**. Der står det at en pasient er utskrivningsklar når lege på sykehus vurderer at det ikke er behov for ytterligere behandling i spesialisthelsetjenesten³. Når en pasient er definert som utskrivningsklar, skal sykehuset straks varsle pasientens bostedskommune dersom pasienten har behov for et kommunalt helse- og omsorgstilbud etter utskrivning⁴.

Før samhandlingsreformen hadde utskrivningsklare pasienter årlig ca 140.000 liggedøgn på norske sykehus (Grimsmo 2013). Den årlige kostnaden på sykehus (140.000 liggedøgn

3 Jfr §9 i *Forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter*.

4 Jfr §10 i *Forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter*.

x 4.000 kr⁵) på 560 millioner kroner ble overført til kommunene 1.1.2012⁶. Fra da av kunne de selv bestemme om de vil betale for fortsatte liggedøgn i sykehus eller gi et kommunalt tilbud til disse pasientene. Betaling for utskrivningsklare pasienter innebærer at kommunen må betale ca 4.000 kroner pr pasient pr døgn fra dag én til helseforetaket dersom de velger fortsatt sykehusopphold. SSB har til sammenlikning beregnet at en kommunal institusjonsplass i 2012 kostet i underkant av 3 000 kroner i døgnet pr pasient⁷.

Hagen og medarbeidere (2013:5) har vist at antall liggedøgn i sykehus generert av utskrivningsklare pasienter ble redusert fra 126.315 i 2011 til 51.145 i 2012, en reduksjon på om lag 60 prosent. I normerte størrelser var det en reduksjon fra 21,5 liggedager per 1.000 innbyggere i 2011 til 12,2 liggedager per 1.000 innbyggere i 2012. Det er i stor grad sykehusenes vertskommuner som legger beslag på liggedøgnene, og det er kommuner med god sykehjemslegetdekning som i størst grad har redusert sine liggedøgn (ibid).

Figur 1 viser hvordan omfanget av pasienter som meldes utskrivningsklar fra sykehus til kommunen, har endret seg i perioden 2010 – 2013. Tallene viser en markant økning både i 2012 og 2013. Den viser også at antallet pasienter som mottas i kommunene samme dag som de meldes utskrivningsklare, har økt formidabelt.

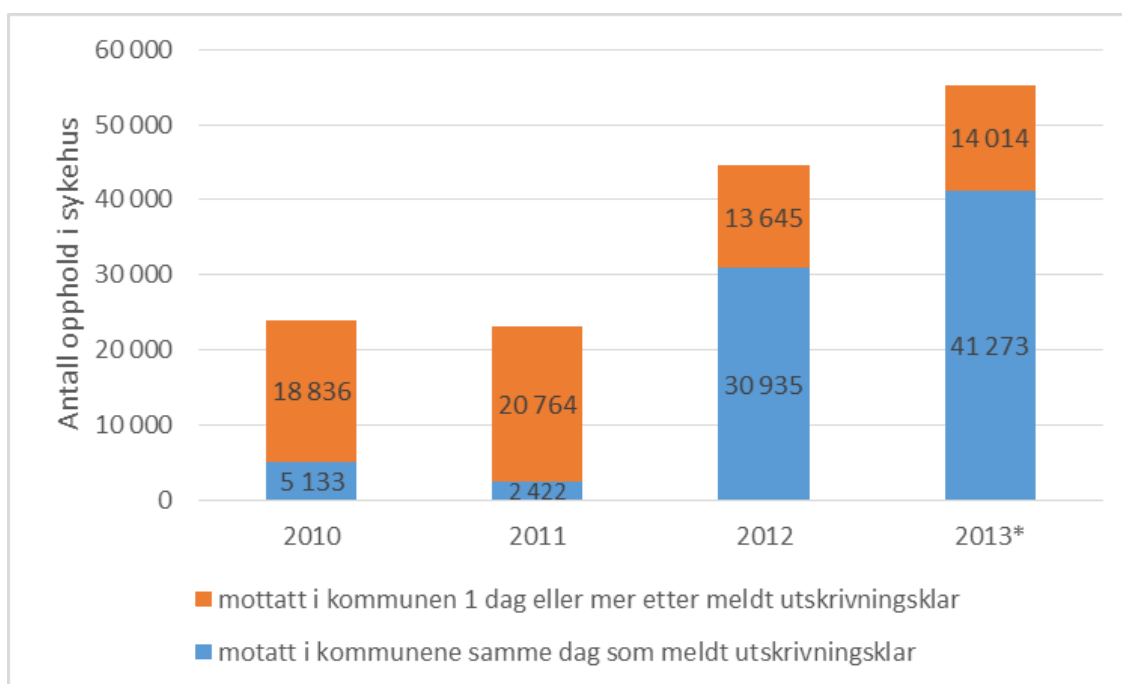
Før samhandlingsreformen var det knyttet 10 karensdager til utskrivningsklare pasienter før kommunen ble pliktig å betale for fortsatt sykehusopphold. Denne ordningen kan ha bidratt til at en del pasienter før 2012 ikke ble registrert som utskrivningsklare fordi de ble tatt imot i kommunen i løpet av karensperioden (Helsedirektoratet 2014: 145). Tallene fra 2010 og 2011 (før reformen) er derfor ikke direkte sammenliknbar med tallene fra 2012 og 2013 (etter reformen).

Tallene fra 2012 og 2013 indikerer endret meldingspraksis fra helseforetakene og endret mottakspraksis i kommunene. Endringen skyldes trolig i all hovedsak innføringen av kommunalt betalingsansvar fra dag én for utskrivningsklare pasienter. Med mottak samme dag unngår kommunene denne kostnaden. I stortingsmeldingen om samhandlingsreformen (St. meld. nr. 47:105) refereres det til analyser på pasientdata fra somatisk virksomhet i 1. og 2. tertial i 2008 som tilsa et omfang på 19.000 opphold for utskrivningsklare pasienter. Dersom vi antar at det var like mange opphold i 1. og 2. tertial og antar et tilsvarende antall i 3. tertial, vil dette bety at antall opphold for utskrivningsklare pasienter var ca 28.500 i 2008. I 2013 var dette antallet nær doblet og økt til 55.287.

5 Prisen pr liggedøgn ble etter forhandlinger mellom Helse- og omsorgsdepartementet og KS, satt til 4000 kroner per døgn.

6 Disse midlene ligger nå i rammetilskuddet til kommunene og er prisjustert i 2014-budsjettet. Fordelingen mellom kommunene er den samme som i 2012 og 2013. Det er varslet at kompensasjonen skal ligge fast i tre år (fylkesmannen 2013).

7 <http://www.ssb.no/pleie/>



* Data for 2013 er et årsestimat som er beregnet ut fra faktisk aktivitet ved somatiske sykehus per 2. tertial 2013.

Figur 1: Antall opphold for utskrivningsklare pasienter i norske helseforetak. 2010-2013.

Kilde: Data fra norsk pasientregister gjengitt i Samhandlingsstatistikk 2012-13 fra Helsedirektoratet.

Hvis det kun er medisinske vurderinger som er grunnlaget for å definere en pasient som utskrivningsklar, er det liten grunn til å tro at det vil skje endringer i helseforetakenes utskrivningspraksis. Økonomiske insentiver har imidlertid gjerne både tilsiktede og utilsiktede effekter. Mye av diskusjonen om effekter av samhandlingsreformen (j.fr. Rambøll 2012) har dreid rundt de utskrivningsklare pasientene og hvorvidt flere og sykere pasienter blir definert som utskrivningsklare som følge av reformen. Flere og sykere pasienter betyr at oppgaver flyttes ut av sykehus. Det innebærer økte utfordringer for den kommunale pleie- og omsorgstjenesten, som det i stor grad må finnes løsninger på innenfor kommunens eksisterende økonomiske rammer.

Forhold rundt utskrivningsklare pasienter reguleres nå i en egen tjenesteavtale (avtale 5) som helseforetak og kommuner er pliktig å inngå som del av samhandlingsreformen. Disse avtalene bør, i henhold til Helsedirektoratets veileder⁸, beskrive nødvendig informasjonsoverføring ved utskrivning mellom foretak, kommunalt tjenestenivå, pasient og pårørende. De skal også beskrive pasientforløp og ansvar i den videre oppfølgingen av pasienten. Sist men ikke minst skal avtalene beskrive når kommunal betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter inntreffer.

Paulsen og medarbeidere (2013) har studert utskrivning av pasienter fra sykehus til kommunal pleie før samhandlingsreformen trådte i kraft, og viser at det finnes iboende hindringer for å få til en sømløs omsorg i denne fasen. Studien avdekker organisatoriske

8 Samhandlingsreformen – Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak. Nasjonal veileder. Helse- og omsorgsdepartementet.

utfordringer i etableringen av en god samarbeidskjede. Den hemmes av fordommer, utilstrekkelig interne rutiner, ulike organisasjonskulturer og uklare mandater for samhandling mellom de involverte aktørene. Dette handler blant annet om at sykepleiere i sykehus og sykepleiere i kommunal omsorg er underlagt ulike regelverk og normer. Den profesjonelle bemanningen i disse systemene er forskjellig, det samme er deres forhold til pasientene.

Det er grunn til å anta at sykepleiere i sykehus og kommunale sykepleiere forfølger ulike faglige mål i samsvar med deres organisasjonskulturer. Sykehuset kan sies å være diagnosesentrert, mens den kommunale omsorgen er personsentrert. Et personsentrert perspektiv tilsier at den kommunale sykepleieren trenger mer omfattende informasjon om pasienten ved utskrivning, enn det sykepleieren i sykehus ser som nødvendig for å beskrive pasienten sett i forhold til én sykdomstilstand (som kanskje bare er én av mange). De kommunale sykepleierne driver utstrakt uformell informasjonsinnhenting rundt pasienten slik at de kan være så godt forberedt som mulig på den faktiske situasjonen ved utskrivning (ibid). Med flere og dårligere pasienter blir slike regimer vanskelige å opprettholde uten tilførsel av ekstra ressurser. Alternativet er å finne en måte å effektivisere utskrivingsregimet uten at det mister kvaliteten.

Figur 1 viser at fra 2012 til 2013 økte antall opphold for utskrivningsklare pasienter med 24 prosent (dvs. 10.707 flere opphold). En og samme pasient kan ha flere opphold. Tallene gir dermed ingen indikasjon om antallet pasienter som har generert oppholdene. Når de fleste som meldes utskrivningsklare, tas imot i bostedskommunen samme dag som de meldes, tilsier dette økt press på den kommunale pleie- og omsorgstjenesten. Det er imidlertid ikke sikkert at en pasient som meldes utskrivningsklar til kommunene faktisk trenger kommunale tjenester. Fordelingen mellom de som trenger og de som ikke trenger videre kommunal oppfølging er ikke kjent, men hvert enkelt meldt tilfelle må uansett vurderes av kommunens folk. Det er videre all grunn til å anta at en god del av de utskrivningsklare pasientene ikke er nye brukere, men at de allerede er innrullert i den kommunal pleie- og omsorgssektoren, enten som institusjonsbeboere eller som mottakere av hjemmetjenester. Informasjon om fordelingen mellom nye og eksisterende brukere blant de som meldes utskrivningsklare, er ikke tilgjengelig i form av offentlig statistikk. Informasjon om dette kan gi større innsikt i ressursene som kreves når meldinger om utskrivningsklare pasienter mottas. Det er grunn til å anta at en melding om en kjent bruker generelt er mindre ressurskrevende å håndtere for kommunen enn melding om en helt ny bruker. Men dette finnes det lite systematisk kunnskap om.

Andelen reinnleggelser⁹ blant utskrivningsklare pasienter som ble tatt imot av kommunen 0–1 dag etter at de ble meldt utskrivningsklar, var 18,9 prosent i 2013. Fra 2010 til 2013 økte reinnleggelsene i denne gruppen med 4,3 prosent. Blant de som hadde 2 eller flere liggedager som utskrivningsklar, var andelen reinnleggelser på 16,5 prosent i 2013 (økning på 1,6 prosent fra 2010). For aldersgruppen 80 år og eldre var andelen reinnleggelser blant de som ble tatt imot av kommunen etter 0–1 dag, omtrent uendret i

⁹ En reinnleggelse er definert som en innleggelse for øyeblikkelig hjelp innen 30 dager etter utskrivning.

2013 (17 prosent) sammenlignet med 2010, mens den økte noe i samme periode blant de med 2 eller flere liggedager som utskrivningsklar (Samhandlingsstatistikk 2012-2013).

I 2013 var det registrert 271.406 brukere av kommunale pleie- og omsorgstjenester¹⁰. De aller fleste av disse (84 prosent) fikk en eller flere typer hjemmetjenester, 13 prosent fikk tjenester i form av langtidsopphold i institusjon, mens 3 prosent fikk tjenester i form av korttidsopphold i institusjon. Det er dermed grunn til å anta at de fleste pasienter som meldes utskrivningsklar fra sykehus, vil få hjemmebaserte tjenester fra kommunen dersom de fortsatt har behov for pleie- og omsorgstjenester etter utskrivning fra sykehus.

Fra 2012 til 2013 var det en liten nedgang (0,04 prosent) i antall brukere av kommunale pleie- og omsorgstjenester. Sett i lys av at antallet utskrivningsklare pasienter i samme periode økte med 24 prosent, kan dette tyde på at det har skjedd endringer i tildelingspraksis av kommunale pleie- og omsorgstjenester. Tallene kan bety at tjenester i mindre grad tildeles nye brukere, dvs. brukere som ikke allerede er innrullert i kommunal pleie- og omsorgstjeneste eller i spesialisthelsetjenesten, og at økt inn og utskrivning i sykehus i noen grad er en form for «resirkulering» med basis i de samme pasientene.

2.3.4 Svenske og danske erfaringer

Sverige introduserte kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter i 1992 i forbindelse med Ädelreformen. Betalingsplikten ble iverksatt tre dager etter at pasienten var betegnet som ferdigbehandlet. Det ble rapportert en reduksjon i antallet pasienter som lå på sykehusene i påvente av kommunale tjenester, samt en økning i antall kommunale omsorgsboliger, og en økning i antall sykepleiere i pleie- og omsorgstjenestene (Andersson og Karlberg 2000: 5-6). Samarbeidsproblemer mellom kommunene og sykehusene viste seg imidlertid å vedvare. Sosialstyrelsen (2007, s. 7-8) viser til hendelser hvor pasienter ble utskrevet, uten at kommunene klarte å møte pasientens behov. I tillegg poengteres det at kommunene var misfornøyde med at sykehusene avgjorde når kommunene skulle overta ansvaret for pasienten. Dette førte til endringer i loven i 2003. Endringene bestod blant annet av krav til felles planlegging før utskrivelse («vårdplan») og betalingskrav som inntraff dagen etter at pasienten var meldt utskrivningsklar, hvis man hadde en «vårdplan» klar. I Sverige er prisen kommunene må betale for fortsatt sykehusopphold for utskrivningsklare pasienter justert opp over tid. I 2014 var prisen 4.513 SEK for pasienter fra somatiske akuttavdelinger, 3.256 SEK for pasienter fra geriatiske avdelinger og 3.828 SEK for pasienter for psykiatiske avdelinger. I en undersøkelse i forbindelse med Sosialstyrelsens årlige rapport i 2007, ble det påpekt at antall pasienter som lå på sykehuset i påvente av kommunale tjenester ble kraftig redusert fra 1992 til rundt 1999, men man så en lett økning i årene 2004-2007 (Sosialstyrelsen, 2007, s. 16).

Danmark innførte en lignende, men frivillig ordning i 1993, hvor sykehusene hadde mulighet til å ta betaling for pasienter som ble liggende på sykehus i påvente av tilbud fra kommunen. Colmorten og medarbeidere (2004, s. 12) viser til «Rapport om den ældre

¹⁰ <https://www.ssb.no/helse/statistikker/pleie/aar-foreloepige/2014-07-08#content> (lastet ned fra SSBs Statistikkbank 8. juli 2014).

medicinske patient» utført av det danske Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse i 2001, som viste en reduksjon i antall liggedøgn på sykehus i de amtene som tok seg betalt. I 2007 innførte Danmark Strukturreformen som bl.a. skulle føre til bedre koordinering og helhetlige pasientforløp. I forbindelse med dette skulle kommunene og regionene lage klare avtaler (sundhedsaftaler) for å forbedre samarbeidet. I tillegg kom en obligatorisk døgntakst for fortsatt sykehusopphold for ferdigbehandlede pasienter på 1.771 DKK. Det har vært en klar reduksjon i antall utskrivningsklare pasienter i sykehusene i Danmark (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2009, s. 30, 42-43; 2012). Om denne reduksjonen skyldes det økonomiske insentivet er heller usikkert, da man hadde en generell reduksjon allerede fra 2001 (se også vedlegg 3).

2.4 Tidligere studier av samhandlingsreformens effekter

Det er gjennomført flere studier som belyser effekter i den tidlige fasen av samhandlingsreformen basert på registerdata, utvalgsundersøkelser og case-studier. De fleste av disse undersøkelsene studerer effekter av det endrede betalingsregimet rundt utskrivningsklare pasienter. Hvilke erfaringer ansatte i tjenestene har med samhandlingsreformen er i liten grad undersøkt, men det er kommet noen studier som også belyser dette. Vi vil i det videre kort oppsummere funn fra noen relevante undersøkelser. Et felles kjennetegn med flere av disse studiene er at de bygger på et beskjedent datamateriale som gir sparsomt vitenskapelig grunnlag for å trekke generelle og statistisk holdbare konklusjoner. Det er med andre ord tendenser som hittil er observert.

2.4.1 Funn fra undersøkelser basert på registerdata

Borge og Nyhus (2013) har på oppdrag fra KS studert effekter av KMF. Undersøkelsen er basert på foreløpige tall for 2012. De viktigste resultatene fra analysene er at det er betydelige variasjoner i merforbruk kommunene imellom, avhengig av hvilket helseforetak kommunen er knyttet til. Nærhet til helseforetak med god behandlingsskapasitet målt ved antall senger og kort ventetid gir merforbruk. Det er også en viss tendens til at kommuner med kort reiseavstand til nærmeste sykehus har et høyt merforbruk. Det er tidligere godt dokumentert at forbruket av sykehustjenester generelt er større for innbyggere som bor nært sykehus, enn for innbyggere som bor langt unna. Borge og Nyhus (2013) forventer at de individuelle variasjonene i sykehusforbruk vil jevne seg ut på kommunenivå over tid. Andre studier av virkninger av KMF gir indikasjonene på at insentivet er for svakt til at det gir grunnlag for en generell oppbygging av det kommunale tilbudet. Samlet indikerer resultatene at KMF ikke har gitt de forventede effekter (se f.eks. Olsen 2014).

Rambøll (2012) har, også på oppdrag fra KS, studert virkninger av finansieringsansvaret fra dag én for utskrivningsklare pasienter. Undersøkelsen er basert på tall t.o.m. 2. tertial 2012, og viser at antall utskrivningsklare pasienter økte. I flertallet av kommunene gikk antall liggedøgn for hjemmehørende pasienter i sykehus ned sammenlignet med 2011. I rapporten advares det om at resultatene må tolkes med noe forsiktighet, og at de kan skyldes endringer i registreringspraksis i sykehusene av de utskrivningsklare pasientene. Vi har tidligere (i kap. 2.3) referert til studien av Hagen og medarbeidere (2013:5) som

påviser en klar nedgang i antall liggedøgn i sykehus generert av utskrivningsklare pasienter fra 2011 til 2012.

2.4.2 Funn fra utvalgsundersøkelser, felt- og case-studier

Rambølls studie (2012) inkluderer en kvantitativ utvalgsundersøkelse og en kvalitativ studie med informanter fra kommuner og helseforetak. Denne delen avdekker at man i helseforetakene mener at de i stor grad definerer en utskrivningsklar pasient på samme måte som tidligere. I kommunene mener man det har skjedd en endring, og at pasientene er sykere enn før. I kommunene opplever man at sykehusene legger premissene for samarbeidet, og at de ikke kan gjøre annet enn å følge sykehusenes retningslinjer. Dette gjelder spesielt problemstillinger knyttet til utskrivningstidspunkt og rutiner knyttet til dette.

Anders Grimsmo leder et av følgeforskningsprosjektene i Forskningsrådets evaluering av samhandlingsreformen. Fra dette prosjektet er det publisert en undersøkelse med basis i kvalitative felldata samlet inn av medisinerstudenter i praksis i kommuner (hovedsakelig) i Midt-Norge. Et hovedmål for samhandlingsreformen har vært et mer helhetlig pasientforløp. Funn fra Grimsmos (2013) undersøkelse tyder imidlertid på at en del pasienter blir utsatt for et mer oppstykket forløp enn tidligere. Det vanligste forløpet har vært: hjem – sykehus – hjem. Utvidelse av institusjonskapasitet og informantenes beskrivelse av pasientenes behov ved utskrivning, gir et bilde av at flere pasienter tilbys kortvarige kommunale institusjonsopphold etter innleggelse i sykehus før de kommer hjem. Grimsmo påpeker at Norges valg med økt institusjonalisering utenfor sykehus står i kontrast til mange andre vestlige land, som i stedet har valgt å styrke hjemmebaserte tjenester som gjerne er billigere og oppleves å ha bedre kvalitet. Behovet for institusjonskapasitet for utskrivningsklare pasienter synes å fortrenge andre pasienter fra institusjonsplasser.

Grimsmos funn tyder også på økt pasientadministrativt arbeid på kommunalt nivå. Mange kommuner har opprettet en 24/7 bestiller-/tildelertjeneste for utskrivningsklare pasienter uten at det strengt tatt synes å være behov for det. Det går også mye ressurser til å framskaffe god nok informasjon om de utskrivningsklare pasientenes helsetilstand og medisinske behov. Men det er uklart om det går med mer tid nå enn før. I likhet med flere andre undersøkelser (f.eks. Abelsen et al 2012, Rambøll 2012) konkluderer også Grimsmo med at manglende eller forsinket utbredelse av elektronisk meldingsutveksling representerte et hinder for effektiv samhandling.

Gautun og Syse (2013) gjennomførte våren 2013 på oppdrag fra Norsk sykepleierforbund, en undersøkelse om hvilke erfaringer hjemmesykepleiere og sykepleiere som jobber i sykehjem, har med at tempoet i utskrivning av pasienter fra sykehus har økt. Undersøkelsen var en utvalgsundersøkelse med svar fra 2.372 sykepleiere. Respondentene rapporterte om en stor økning i alvorlig syke pasienter som skrives ut både til sykehjem og til hjemmesykepleie. Sykepleierne vurderte at mange av pasientene ikke var ferdigbehandlet når de ble skrevet ut. Seks av ti svarte at antall reinnleggelser kort tid (innen en uke) etter utskrivning fra sykehus hadde økt etter at reformen trådte i kraft. Reinnleggelser opplevdes mer hyppig i hjemmesykepleien enn i sykehjem.

Hovedinntrykket var at samarbeidet med sykehuset om utskrivningsklare pasienter i hovedsak fungerer relativt godt. Men en av fire sykepleiere opplevde at samarbeidet om utskrivningsklare pasienter fungerte dårlig etter reformen. De begrunnet dette med at sykehusene forhaster seg mer i utskrivningsprosessen og ikke sørger for at det følger med tilstrekkelig informasjon om pasienter som skrives ut. De mangler gjerne nødvendige medisiner, ajourførte medisinlister og nødvendig medisinsk-teknisk utstyr.

På spørsmål om de opplevde at det var noen bestemte brukergrupper som hadde fått et redusert tilbud etter reformen, oppga noe under halvparten av de spurte sykepleierne at dette var tilfelle for hjemmeboende eldre. Nær en av fem oppga at personer med psykiske lidelser har fått et redusert tilbud, mens en av ti oppga reduksjon i tilbudet til langtidssyke og personer med kroniske lidelser under 67 år. Undersøkelsen gikk imidlertid ikke inn i hva det reduserte tilbudet konkret innebar.

Et stort flertall av sykepleierne mente at de hadde fått mer varierte og spennende oppgaver etter reformen. Oppfatningen var at jobb i kommunehelsetjenesten er blitt mer attraktiv enn jobb i sykehus for nyutdannede sykepleiere. Flertallet opplevde samtidig at det hadde fulgt for lite ressurser med de økte oppgavene. De mente at tjenesten mangler bemanning og nødvendig medisinsk-teknisk utstyr for et godt mottak av det økte antallet utskrivningsklare pasienter. Økningen har ført til plassmangel i sykehjem noen steder, noe som betyr at flere enn før deler rom, og at pasienter i økende grad plasseres utenfor pasientrom (i korridorer, på sårstillerom, stuer og kontor). Dette kan tyde på at kvaliteten på det tilbudet som gis i sykehjem, har gått ned etter at samhandlingsreformen trådte i kraft.

De fleste av studiene vi har referert til over, er gjennomført i en tidlig fase av samhandlingsreformen. De refererer og studerer tidlige erfaringer, og det er uklart hva som er overgangseffekter og hva som er varige endringer.

2.5 Problemstillinger

Hovedspørsmålet som denne studien skal gi svar på, er hvordan samhandlingsreformen endrer kommunens pleie- og omsorgstilbud. Aktuelle områder som trekkes inn for å belyse spørsmålet, er følgende: økonomi og ressursbruk, personell og kompetanse, endring av arbeidsoppgaver, endring av innhold i pleie- og omsorgstjenestene, endringer i hvor syke pasienter/brukere er, endringer i prioritering for tildeling av sykehjems plass og inntak av nye brukere, bruken av korttids- og langtidsplasser, rehabilitering/habilitering og forebygging, samt forbruk av medisinsk utstyr og medisiner.

For å konkretisere og utdype hovedspørsmålet har vi i tillegg søkt svar på følgende spørsmål:

1. Hvilke effekter gir raskere mottak av utskrivningsklare pasienter for kommunene?
2. Prioriteres utskrivningsklare pasienter fremfor eldre som har behov for økte tjenester?
3. Hvilke tjenester innen pleie- og omsorg er eventuelt blitt redusert?
4. Hvilke tjenester innen pleie- og omsorg har økt i omfang?

3 Metode og opplegg for datainnsamling og analyse

Samhandlingsreformen er satt i gang uten forutgående forsøk og utprøving. Den ligner i så måte på sykehusreformen¹¹, men skiller seg fra fastlegereformen som ble prøvd ut i noen utvalgte kommuner før den ble implementert i alle¹². Det at reformer prøves ut i ett område og sammenliknet med et annet område uten reform, gjør det mulig å identifisere reformeffekter. Når reformer implementeres uten utprøving og overalt samtidig, er det nærmest umulig å sikkert identifisere reformeffekter. Forholdet mellom årsak og virkning blir uklart.

Utprøving i forkant gir også muligheten til å komme fram til omforente indikatorer og målinger som er egnet til å kunne si noe om utvikling over tid i viktige aspekter reformen er ment å skulle endre/forbedre. Styringsdatabasen for fastlegeordningen er et godt eksempel på dette. Uten utprøving, vil reformens tidlige fase naturlig nok måtte inkludere dette arbeidet.

Det er grunn til å tro at det på mange områder ikke er utviklet og registrert styringsdata eller annet kvantitativt datamateriale som gjør det mulig å studere reformeffekter på kommunalt nivå. Det er også grunn til å tro at det i en tidlig fase er satt i gang mange ulike undersøkelser som til dels rettes mot de samme informantene. Det er dermed en viss risiko for at de vil vegre seg mot å svare, spesielt tror vi dette vil kunne ramme kvantitative spørreundersøkelser. Bredeli og Jensen (2012) påpeker en annen utfordring ved at tjenester som har vært produsert, finansiert og utført på ulike nivåer i helsetjenesten trolig blir mer sammenvevd. En slik reorganisering av helsevesenet medfører noen statistikkfaglige utfordringer med hensyn til hvordan (nye) enheter og (nye) funksjoner i dem skal håndteres for statistikkformål. Bredeli og Jensen (ibid) peker på at det blant annet kan være behov for flere samhandlingsrelaterte arter og funksjoner i KOSTRA enn det som ble vedtatt innført fra og med 2012.

Med dette bakteppet har vi valgt å gjennomføre datainnsamling og analyser i to deler for å kunne gi svar på undersøkelsens problemstillinger. De to delene er:

1. En analyse basert på registerdata som beskriver utviklingen i noen sentrale indikatorer i pleie- og omsorgsektoren over tid
2. Kvalitative intervju med et bredt spekter av informanter i 12 casekommuner

I det videre beskriver vi det metodiske innholdet i de to delene.

3.1 Analysen av registerdata

For å danne oss en oversikt har vi benyttet et utvalg indikatorer om pleie- og omsorgstjenesten i landets kommuner basert på tall som kommunene har rapportert via

¹¹ Se Opedal og Stigen, 2005, og Norges forskningsråd, 2007.

¹² Stortingsmelding 23 (1996-97) Trygghet og forsvarlighet.

KOSTRA¹³ til Statistisk sentralbyrå (ssb). Vi har valgt indikatorer som vi antar vil kunne vise eventuelle endringer i kommunenes respons og prioriteringer som følge av samhandlingsreformen. Vi studerer endringer i løpet av de siste 5 år (2009-2013), med spesiell vekt på overgangen mellom 2011 og 2012.

Følgende 10 indikatorer ble valgt:

- Andel beboere i institusjon¹⁴ 80 år og eldre
- Andel korttidsplasser i institusjon
- Andel plasser i institusjon til re-/habilitering
- Mottakere av hjemmetjenester pr 100 personer 80 år og eldre
- Årsverk i brukerrettede tjenester pr mottaker
- Antall legetimer pr uke pr beboer i sykehjem
- Andel sykepleierårsverk i institusjon av brukerrettede årsverk
- Andel sykepleierårsverk i hjemmetjenesten av brukerrettede årsverk
- Medisinske kostnader i institusjon pr beboer 80 år og eldre
- Medisinske kostnader i hjemmetjenesten pr bruker 80 år og eldre

Fem av disse indikatorene var også grunnlag for valget av de 12 casekommunene (Vedlegg 1 beskriver detaljer rundt valget av casekommuner).

Vi antar at økning eller reduksjon i andel beboere i institusjoner i den eldste aldersgruppen sier noe overordnet om endrede prioriteringer eller større omstruktureringer av pleie- og omsorgstjenesten i den enkelte kommune. Mer behandlingsskrevende pasienter i kommunal sektor forventes å øke behovet for kommunale institusjonsplasser, særlig gjelder dette et antatt økt behov for korttidsplasser. En økning av plasser til rehabilitering/habilitering vil være i tråd med de økte sekundærforebyggende intensjonene i samhandlingsreformen. Endringer i antall mottakere av hjemmetjenester vil også kunne si noe om endrede prioriteringer i kommunen. Sett i lys av våre problemstillinger, er det særlig reduksjon og årsaker til dette som det vil være interessant å analysere nærmere. Reduksjon kan skyldes økt vekt på institusjonstjenester og indikere at noen av de som ikke har behov for institusjonaliserte tjenester får et dårligere tilbud i hjemmet enn tidligere. Endringer i årsverk i brukerrettede tjenester kan indikere endringer i overordnede prioriteringer eller større omstruktureringer i pleie- og omsorgstjenesten. Antagelser om at de som defineres som utskrivningsklar er sykere enn tidligere, gjør at man vil forvente et økt antall legetimer pr beboer i sykehjem. Med samme begrunnelse vil man forvente at andelen sykepleiere øker både i institusjon og hjemmetjeneste. Det er også grunn til å anta at kostnadene knyttet til medisinsk/kurativ behandling vil øke både i institusjon og hjemmetjenesten som følge av at sykere pasienter skrives ut fra sykehus.

Pleie- og omsorgssektoren er kompleks og variasjonen stor fra kommune til kommune. Det er utfordrende å lage beskrivelser med basis i registerdata som skal dekke denne kompleksiteten. Vi har valgt ut et fåtall indikatorer som vi mener kan beskrive noen sentrale deler av sektoren sett i lys av samhandlingsreformen, men vi er samtidig klar

¹³ Kommunene rapporterer KOSTRA-tall i februar for forutgående år.

¹⁴ Dvs. sykehjem og aldershjem.

over at vi ved hjelp av disse kun setter sammen bruddstykker av sektoren og at det er mye som forblir ubeskrevet. Indikatorene er i noen sammenhenger til dels overlappende.

3.1.1 Analytiske grep i presentasjonen av indikatorene

Første steg er en deskriptiv analyse hvor vi studerer endringer i sentraltendens (gjennomsnitt og median) med utgangspunkt i alle kommuner i perioden 2009-2013. Dernest gjør vi samme sentraltendensanalyse i kommuner med under 5.000 innbyggere (små kommuner) og kommuner med 20.000 innbyggere eller flere (store kommuner).

Vi har for vårt formål valgt å sette grensen for hva vi regner som en liten kommune ved inntil 5.000 innbyggere. Når det gjelder hva vi skal regne som en stor kommune, har vi valgt å støtte oss til Stortingsmeldingen om samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47) som peker på at erfaringer fra ulike samhandlingstiltak viser at det er hensiktsmessig med en befolkningsmasse opp mot om lag 20.000-30.000 innbyggere for å sikre effektiv og god drift. På denne måten finner vi ut om små og store kommuner er forskjellige mht. de valgte indikatorene. Vi utelukker mellomkategorien (dvs. kommuner med mellom 5.000 og 20.000 innbyggere) for å få et klarere bilde av likheter og ulikheter mellom små og store kommuner. Vi oppsummerer indikatoranalysen med en samlet oppstilling av endringer i medianverdier, hvor endringer beskrives med referanse i 2011, året før samhandlingsreformen ble implementert.

3.2 Den kvalitative undersøkelsen

Denne delen av studien har en eksplorerende karakter og et induktivt forskningsdesign. Det finnes foreløpig lite kunnskap om virkninger av samhandlingsreformen for kommunenes tilbud innen pleie- og omsorgssektoren. For å ytterligere belyse forskningsspørsmålene om organisatoriske og økonomiske effekter av samhandlingsreformens styringsmekanismer, bruker vi derfor et kvalitativ undersøkelsesopplegg. Dette er undersøkelsens hoveddel og er gjennomført ved kvalitative intervju med et bredt spekter av informanter med relasjon til pleie- og omsorgssektoren i 12 casekommuner. Vi beskriver den kvalitative studien som en casestudie, det vil si en dybdestudie av relativt få enheter (12 kommuner). Fordelen med casestudier er at de gir muligheter for å håndtere komplekse årsakssammenhenger, og gir muligheter for å utvikle hypoteser (George og Bennett, 2005). Det har ikke vært et formål å etablere generaliserbare hypoteser utover sammenhenger som gjelder de 12 kommunene i studien.

De 12 casekommunene består av 6 små (under 5.000 innbyggere) og 6 store (20.000 innbyggere eller flere). Vi har valgt to store kommuner i helseregion Sørøst, fem kommuner i helseregion Nord og fem kommuner i helseregion Vest. I de to sistnevnte helseregionene har vi valgt to store og tre små kommuner.

3.2.1 Valget av de 12 casekommunene

Valget av casekommuner er i utgangspunktet basert på kommunenes verdier på sju utvalgte indikatorer (se vedlegg 1). Vi har valgt casekommuner basert på følgende to hovedkriterier: **mange vesentlige endringer i perioden og/eller reduksjon i antall mottakere av hjemmetjenester**. Detaljer om utvelgelsen er beskrevet i vedlegg 1.

I helseregion Sørøst har vi valgt ut to store kommuner. Siden antall store kommuner er begrenset i de to andre regionene, har vi her valgt blant de 18 kommunene som har 30.000 innbyggere eller mer. I helseregion Vest har vi valgt de to store case-kommunene blant de åtte kommunene som har 20.000 innbyggere eller mer. Når det gjelder helseregion Nord, har vi satt grensen for en stor kommune ved 18.000 innbyggere. Det gjør at valget her stod mellom seks kommuner.

Vi valgte å utelukke kommuner med under 1.000 innbyggere som casekommuner. Dette fordi de utgjør en liten andel av norske kommuner (6 prosent) og fordi vi antar at måten pleie- og omsorgstjenester organiseres i slike kommuner har relativt liten overføringsverdi til større kommuner. Når vi tok vekk disse aller minste kommunene, endte vi opp med henholdsvis 39 og 57 små kommuner som kunne bli valgt som casekommuner i helseregion Vest og Nord.

Vi måtte i tillegg ta hensyn til at forskerne fra IRIS parallelt gjennomførte en annen studie om effekter av samhandlingsreformen på kommunalt nivå hvor et utvalg store kommuner i helseregion Vest var inkludert. På den ene siden så vi det som et poeng og ikke trøtte ut aktuelle informanter i disse kommunene med flere henvendelser om intervju om ulike problemstillinger. Samtidig er problemstillingene i de to prosjektene i noen grad overlappende noe som gjorde at valg av noen av de samme kommunene gir et bredere tilfang av data. Vi har derfor valgt to casekommuner som inngår i begge prosjekt. Gjennom å stort sett velge kommuner som ikke inngikk i det andre prosjektet, supplerer vi vår egen datainnsamling med nyttig informasjon samlet inn fra andre kommuner. Offentlige ordskifter om endringer i pleie- og omsorgssektoren (som for eksempel avisskriverier om kontroversielle endringer) ble også i noen grad tillagt vekt. Det samme gjaldt avstand til sykehus. Det er stort sett en aktuell problemstilling for de små kommunene, hvor avstanden til sykehus kan være betydelig. Et siste aspekt som vi tillagte vekt, og som i stor grad begrunner konsentrasjonen til to helseregioner, var å holde kostnadene knyttet til selve datainnsamlingen nede.

Vi opplevde at to store og to små kommuner som vi i utgangspunktet ønsket som casekommuner, takket nei til å delta. Vi har da erstattet dem med kommuner som har oppfylt omtrent de samme utvalgskriteriene. Årsakene til at kommunene takket nei til deltagelse, var manglende kapasitet. Noen av dem var involvert i andre studier eller holdt på med krevende interne prosesser.

Vi har av personvern hensyn valgt å ikke offentliggjøre hvilke kommuner vi har valgt som casekommuner.

3.2.2 Informanter, intervjudetaljer og analyse

Vi har brukt en metode for casestudier hvor et bredt spekter av informanter i hver av de 12 casekommunene er intervjuet først og fremst for å beskrive kommunen/avdelingens virksomhet, og hvor vi i mindre grad har adressert variasjoner i oppfatninger mellom de enkelte informanter. Vi har i casekommunene gjennomført semi-strukturerte intervju enkeltvis og gruppevis med til sammen 130 informanter. Tabellen under viser hvilke typer informanter vi har intervjuet og hvor mange vi har snakket med i hver gruppe. Vi har lagt vekt på å få med informanter som kjenner pleie- og omsorgssektoren fra ulike ståsteder –

fra toppledernivå til brukersiden. Vi har særlig lagt vekt på å inkludere informanter fra det tjenesteproduserende nivået både i institusjon og hjemmetjenesten.

Tabell 1: Type informanter og antall.

| Type informant | Antall |
|--|------------|
| Overordnet ledelse (rådmann, kommunalsjef for helse eller tilsvarende) | 24 |
| Tildelingsenhet, samhandlingskoordinatorer eller tilsvarende | 7 |
| Ledere for sykehjem | 13 |
| Ledere for hjemmetjenester | 15 |
| Sykepleiere og andre fagarbeidere ansatt i sykehjem | 30 |
| Sykepleiere og andre fagarbeidere ansatt i hjemmetjenesten | 17 |
| Sykehjemsleger | 10 |
| Brukerrepresentanter (medlemmer av eldreråd e.l.) | 14 |
| Antall informanter totalt | 130 |

I den grad det har vært mulig, har vi gjennomført gruppeintervju med informanter innad i de ulike kategoriene over. Vi har kun få eksempler på at en gruppe har inkludert informanter fra ulike kategorier¹⁵. Gruppeintervju kan passe bedre enn en-til-en-intervjuer når man ønsker at deltakerne skal bidra til refleksjon og utdyping, og har vist seg svært hensiktsmessig når gjelder å gjengi en utviklingsprosess (Ringholm et al 2011). Et viktig fortrinn ved gruppeintervju er at deltakerne kan motsi hverandre, supplere hverandre og i fellesskap rekonstruere hva samhandlingsreformen hittil har ført med seg av endringer. Deltagerne kan med andre ord validere hverandres utsagn, noe som særlig er en fordel når det gjelder retrospektive data. Når det gjelder samtaler som skal gi spesifikk informasjon for eksempel om et spesielt arbeidsfelt, har gruppeintervjuer gjerne noen begrensinger som gjør intervju med enkeltpersoner mer hensiktsmessig. Vi har derfor også gjennomført intervju med enkeltpersoner. To forskere har deltatt på hvert intervju.

Intervjuene har gitt oss utdypende og grundige svar på undersøkelsens problemstillinger. Det ble utarbeidet intervjuguider til formålet (se vedlegg 2). Disse ble sendt ut i forkant til de som ønsket det, slik at informantene kunne stille godt forberedt. Intervjuene ble skrevet ut underveis og like i etterkant. Vi brukte lydopptak som back up. Informantene ble i størst mulig grad oppmuntret til å snakke fritt om temaene i intervjuguiden. Intervjuguiden har blitt brukt som en sjekkliste for å sikre at informantene har omtalt de spørsmålene vi ønsket å belyse. Vi har ivaretatt alminnelige forskningsetiske hensyn og deltakerne ble informert om hvordan datamaterialet vil bli brukt og om sine rettigheter ved deltakelse i forskningsprosjektet. Undersøkelsen ble meldt til Personvernombudet for forskning før datainnsamlingen startet.

I analysen har vi vektlagt å få frem likhetstrekk og variasjoner på tvers av kommuner. Vi bruker i stor grad sitater for å underbygge våre funn. I den grad materialet gir grunnlag for det, har vi forsøkt å skille mellom små og store kommuner. Ulikheter mellom små og store kommuner handler ikke bare om ulikheter i befolkningsstørrelse. Innenfor

¹⁵ Eksempel på dette er at leder for et sykehjem og en ansatt i sykehjemmet ble intervjuet sammen.

kommunal pleie- og omsorgstjenester er også avstand til sykehus en særdeles viktig faktor. Liten befolkning er gjerne sterkt korrelert med stor avstand til sykehus. Det er i mange sammenhenger denne kombinasjonen som gjør at de små kommunene skiller seg fra de store som gjerne er vertskommuner for sykehus eller har kort reisevei til sykehus.

Prosjektet trekker også veksler på to forskningsprosjekter ved IRIS, finansiert av Norges forskningsråd^{16,17}. Det første av disse tok for seg ulike samordningstiltak og forventninger i forkant av samhandlingsreformen, mens sistnevnte er en studie av samhandlingsreformen. I løpet av høsten 2013/vinteren 2014 ble det bl.a. gjennomført en rekke intervjuer på politisk og administrativt nivå i norske og danske kommuner. Vi har som del av vårt arbeid bestilt et notat fra danske samarbeidspartnere som drøfter rapportens problemstillinger sett i lys av danske erfaringer. Dette notatet er gjengitt i vedlegg 3 og trekkes inn i drøftingen av våre funn i kapittel 6.

16 «Learning from different experiences: Multilevel governance of health and care services in Denmark and Norway» som er dokumentert i Rommetvedt et al., 2014.

17 IRIS-prosjektet «Coordination agreements, financial incentives and local responses in the governance of Danish and Norwegian health and care services», finansiert av Norges forskningsråds HELSEOMSORG-program.

4 En kvantitativ beskrivelse av endringer i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten

I analysen som følger, studerer vi de 10 utvalgte indikatorene som belyser ulike sider ved kommunenes pleie- og omsorgstilbud og tilpasning til samhandlingsreformen. Indikatorene er fremstilt i tallserier, fra 2009 - 2013. Året før samhandlingsreformen, 2011, kan betraktes som et veiskille-år som, litt avhengig av hva som belyses, representerer en før-situasjon eller en oppstartssituasjon for implementering av reformen. Indikatorene rapporteres med verdier for gjennomsnitt og median. Dersom gjennomsnitt og median er omtrent like, tyder dette på at kommuner fordeler seg symmetrisk rundt gjennomsnittet. Det vil si at det er omtrent like mange kommuner med lave verdier som det er kommuner med høye verdier på indikatoren. Dersom medianen er større enn gjennomsnittet, tyder dette på at det er noen kommuner som skiller seg ut med spesielt lave indikatorverdier. Det er omvendt når medianen er lavere enn gjennomsnittet. Da er det et tegn på at noen kommuner har spesielt høye indikatorverdier.

Reformvirkninger

Generelt kan en reform tenkes å gi virkninger i form av vekst på områder som prioriteres, og hvor det skapes økt aktivitet, men også omstrukturering ved at noen områder relativt sett tones ned i betydning.

Formålet med denne studien er å studere virkninger av kommunenes økte ansvar for utskrivningsklare pasienter. Dette innebærer at kommuner overtar behandlings- og oppfølgingsoppgaver fra spesialisthelsetjenesten av forholdsvis kortvarig og intensiv karakter. Dette står til en viss grad i motsetning til kommunens hovedansvar som handler om å ta et langsiktig og helhetlig ansvar for brukere og pasienter. Slik sett kan man trolig forvente at samhandlingsreformen gir tilpasninger i kommunene med økt vekt på kortsiktige og ressursintensive oppgaver, mens langsiktige oppgaver og funksjoner ikke gis økt prioritet.

4.1 Færre beboere i institusjon 80 år og eldre

I 2013 var det til sammen 41.594 plasser i helse- og omsorgsinstitusjoner for heldøgns pleie og omsorg i landets kommuner. Nær 97 prosent av disse var sykehjemsplasser, mens de resterende var plasser i aldershjem. I landet sett under ett ble det 523 flere sykehjemsplasser i perioden 2009-2013. Hvis disse fordeles på antall kommuner i 2013, tilsvarer dette en økning på beskjedne 1,2 plasser pr kommune. Fra 2011 til 2012 økte antall sykehjemsplasser med 452, mens det fra 2012 til 2013 var en nedgang på 138 plasser. Endringene tyder på at kommunene etter samhandlingsreformen har utfordringer med å finne riktig dimensjonering.

Samhandlingsreformens intensjon om at mer av pasientbehandlingen skal foregå i primærhelsetjenesten kan gi grunn til å anta en viss økning i antallet plasser. **Det at man ikke ser noen vesentlig økning så langt, kan ha sammenheng med at institusjonsbygging er både tids- og ressurskrevende prosesser, og at reformen har virket for kort til at man ser noen endringer på dette området så lang.**

Tabell 2 viser at 15,2 prosent av personer som var 80 år og eldre bodde på syke- eller aldershjem i 2013. Andelen i 2009 var 0,8 prosentpoeng høyere. Tabellen viser videre at gjennomsnittet gjennomgående er noe høyere enn medianen, noe som indikerer at en del kommuner har særlig mange eldre institusjonsbeboere. I tillegg til plasser i syke- og aldershjem, kommer boliger med heldøgnsbemanning. I 2013 bodde 3,6 prosent av personer som er 80 år eller eldre i slike boliger. Denne andelen har økt med ubetydelige 0,1 prosent fra 2010 (KS, 2014).

Tabell 2: Andel av beboere i institusjon (sykehjem og aldershjem) som var 80 år og eldre. Alle kommuner. 2009-2013.

| | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|--------------|------|------|------|------|------|
| Gjennomsnitt | 16,0 | 16,1 | 15,7 | 15,6 | 15,2 |
| Median | 15,0 | 15,0 | 15,0 | 15,0 | 15,0 |
| N | 421 | 419 | 422 | 421 | 424 |

Kilde: KOSTRA, SSB

Det er markante forskjeller mellom små og store kommuner (se tabell 18 i vedlegg 4). Små kommuner har en høyere dekningsgrad enn de store. I 2013 bodde 17,4 prosent av befolkningen over 80 år i de små kommunene på institusjon. Tilsvarende tall i de store kommunene var 12,6 prosent. Både i store og små kommuner avtar dekningsgraden noe i perioden 2010-2013. Reduksjonen var størst i de små kommunene, hvor det var nedgang hvert år over perioden. I de store kommunene gikk andelen svakt opp det første året med samhandlingsreform, for så å falle noe året etterpå. Denne forskjellen mellom små og store kommuner, kan som vi skal se i den videre fremstillingen, ha å gjøre med at de små kommunene har gjort relativt sett større tilpasninger når det gjelder bruk av plasser til andre formål - som korttidsplasser - enn de store.

4.2 Økt andel korttidsplasser i institusjon

Tabell 3 viser at den gjennomsnittlige andelen korttidsplasser i institusjon har økt fra 13,6 prosent i 2009 til 19 prosent i 2013. Gjennomsnittet ligger gjennomgående høyere enn medianen, noe som tyder på at enkelte kommuner har mange plasser avsatt til korttidsopphold og drar opp gjennomsnittet. Ordningen med kommunalt finansieringsansvar for utskrivningsklare pasienter fra dag én, gjør at man vil forvente en økning i korttidsplasser for å ta imot et antatt økt antall pasienter. **Så lenge det ikke er noen vesentlig økning i antallet sykehjemsplasser totalt sett, tyder dette på at langtids- eller andre typer plasser er gjort om til korttidsplasser.**

Økningen i korttidsplasser, målt ved medianen, akselerer fra 2011 og utover. Dette indikerer at det skjer en tilpasning i kommunene. Veksten i det absolutte antall korttidsplasser var størst fra 2012 til 2013 (økning fra 6 753 til 7 536 plasser).

Tabell 3: Andel (%) korttidsplasser i institusjon. Alle kommuner. 2009-2013.

| | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|--------------|------|------|------|------|------|
| Gjennomsnitt | 13,6 | 14,2 | 15,9 | 17,4 | 19,0 |
| Median | 12,0 | 12,5 | 13,4 | 15,4 | 17,5 |
| N | 423 | 419 | 415 | 394 | 428 |

Kilde: KOSTRA, SSB

Store kommuner har hatt relativt flere korttidsplasser enn små, men forskjellene er langt på vei utjevnet i forbindelse med samhandlingsreformen (se tabell 19 i vedlegg 4). Andelen korttidsplasser økte særlig mye i de små kommunene fra 2012 til 2013. I de store kommunene økte andelen korttidsplasser året før samhandlingsreformen, noe som kan tolkes som en forberedelse til reformen. Etter reformen har andelen korttidsplasser i de store kommunene vært forholdsvis stabil. Det at store kommuner hadde en større andel korttidsplasser enn de små før reformen, reflekterer trolig at de har brukt korttidsplasser for å håndtere behov blant eldre som følge av en større knapphet av langtidsplasser, enn i små kommuner. Når antallet korttidsplasser øker forholdsvis mer i små kommuner i forbindelse med samhandlingsreformen, kan dette være et uttrykk for at de små kommunene har gjort tilpasninger for å møte de økte utfordringene med mer kortvarige behandlingsbehov tilknyttet de utskrivningsklare pasientene.

4.3 Økt andel plasser i institusjon til re-/habilitering

Tabell 4 viser at det generelt er en lav andel institusjonsplasser som spesifikt er avsatt til rehabilitering eller habilitering. I tillegg til slike spesifikke plasser, brukes også ordinære korttidsplasser til re-/habilitering. Andelen re-/habiliteringsplasser har økt fra 6,6 prosent i 2009 til 9,3 prosent i 2013. Medianen ligger i hele perioden under gjennomsnittsandelen, noe som tyder på at det er noen kommuner med en høy andel slike plasser som trekker gjennomsnittet opp.

Samhandlingsreformens intensjon om mer forebygging på kommunalt nivå, i dette tilfellet sekundærforebygging i form av habilitering eller rehabilitering av folk som har blitt syke eller har fått et nedsatt funksjonsnivå, gjør at man vil forvente at denne typen plasser øker. Tallene indikerer en viss økt satsning på dette området. Muligens kan økningen de siste par årene tolkes i retning av at re-/habilitering er i ferd med å konsolideres som en del av det kommunale tjenestetilbudet.

Tabell 4: Andel plasser i institusjon til re-/habilitering. Alle kommuner. 2009-2013.

| | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|--------------|------|------|------|------|------|
| Gjennomsnitt | 6,6 | 6,7 | 7,2 | 7,4 | 9,3 |
| Median | 5,4 | 5,3 | 5,6 | 5,9 | 7,6 |
| N | 346 | 358 | 357 | 371 | 393 |

Kilde: KOSTRA, SSB

De store kommunene har relativt sett færre plasser til re-/habilitering enn de små (se tabell 20 i vedlegg 4). Dette kan være uttrykk for at de store kommunene drifter en del

spesialiserte enheter og drar nytte av stordriftsfordeler. En raskere økning i gjennomsnittet enn medianen fra 2011 til 2013 kan være en indikasjon på mer konsentrert vekst i en del store kommuner, som igjen kan bety at det bygges opp nye tilbud i forbindelse med samhandlingsreformen. I de små kommunene har andelen habiliterings-/rehabiliteringsplasser økt forholdsvis mer enn i de store fra 2011 til 2013. Økningen skjer i bredt omfang i de små kommunene.

4.4 Stabil utvikling i mottakere av hjemmetjenester pr 100 personer 80 år og eldre

Mye av den langsiktige veksten i kommunal pleie- og omsorgssektor har skjedd i hjemmetjenestene. Dette skyldes imidlertid ikke først og fremst vekst i antall eldre, men et økende antall brukere i aldersgruppene under 67 år (Brevik, 2010). Siden 2009 har antallet brukere av hjemmetjenester under 67 år økt med drøyt 10 prosent fra 2009 til 2013. Antall brukere over 67 år har vært svakt fallende. Dette skyldes et mindre antall brukere over 80 år, som ble redusert med 2,3 prosent fra 2009 til 2013 (Kommunesektorens organisasjon, 2014).

I utgangspunktet vil man gjerne forvente at antallet mottakere av hjemmetjenester skulle øke som følge av økning i antallet utskrivningsklare pasienter (se kap. 2.3.3). Tallene i tabell 5 tyder imidlertid ikke på dette. Tabell 5 viser at det i gjennomsnitt var 36,6 mottakere av hjemmetjenester pr 100 personer 80 år og eldre på landsbasis i 2013. Tabellen viser også at **antallet mottakere av hjemmetjenester regnet pr 100 personer 80 år og eldre, har holdt seg relativt stabilt på landsbasis i perioden 2009 til 2013.** Det framgår også av tabellen at det er liten forskjell mellom gjennomsnittsverdien og medianen gjennom perioden. Det er med andre ord ingen kommuner som utmerker seg med et særlig lavt eller høyt antall mottakere.

Tabell 5: Mottakere av hjemmetjenester pr 100 innbyggere 80 år og eldre. Alle kommuner. 2009-2013.

| | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|--------------|------|------|------|------|------|
| Gjennomsnitt | 36,6 | 36,3 | 36,6 | 36,4 | 36,6 |
| Median | 36,5 | 36,3 | 36,1 | 36,1 | 36,3 |
| N | 420 | 415 | 416 | 414 | 419 |

Kilde: KOSTRA, SSB

Det er ganske store forskjeller mellom store og små kommuner når det gjelder andel mottakere av hjemmetjenester (se tabell 21 i vedlegg 4). Små kommuner er overrepresentert i kategorien med et høyt antall mottakere av hjemmetjenester. Det mottok gjennomsnittlig 38 prosent av befolkningen over 80 år slike tjenester i 2013. I perioden 2009-2013 skjedde det en gradvis økning i andelen mottakere. Store kommuner har jevnt over et lavere antall tjenestemottakere over 80 år. I perioden 2009-2013 har andelen mottakere gått ned i de store kommunene. Andelen har særlig gått ned under samhandlingsreformen de siste par årene. I 2013 mottok gjennomsnittlig cirka 32 prosent av befolkningen over 80 år hjemmetjenester i de store kommunene. **For hjemme-**

tjenester har således utviklingen vært motsatt i små og store kommuner. De store har redusert tilbudet, mens de små har økt det.

4.5 Flere årsverk i brukerrettede tjenester pr mottaker

Fra 2009 til 2013 økte antall årsverk i pleie- og omsorgssektoren med 7,5 prosent¹⁸. Tabell 6 viser at det i 2013 i gjennomsnitt ble utført 0,5 årsverk pr mottaker¹⁹ av brukerrettede tjenester i pleie- og omsorgssektoren. Brukerrettede tjenester omfatter både tjenester gitt til hjemmeboende, mottakere i omsorgsboliger og mottakere som bor i institusjon. Samhandlingsreformens intensjon om at mer av pasientbehandlingen skal foregå i primærhelsetjenesten gir grunn til å forvente en økning i årsverk pr mottaker av brukerrettede tjenester.

I perioden fra 2009 til 2013 økte antall årsverk pr bruker. Økningen tilsvarer i gjennomsnitt nær 9 minutter pr bruker pr dag.²⁰ Økningen synes å skje gradvis over tid, også i forkant av reformen, og har slik sett også med en generell utviklingstrend å gjøre. Medianen er i alle årene fra 2009 til 2013 lavere enn gjennomsnittsverdien. Det tyder på at noen kommuner drar opp gjennomsnittet med et høyere antall ansatte pr mottaker.

Tabell 6: Årsverk i brukerrettede tjenester pr mottaker. Alle kommuner. 2009-2013.

| | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|--------------|------|------|------|------|------|
| Gjennomsnitt | 0,47 | 0,48 | 0,49 | 0,49 | 0,50 |
| Median | 0,46 | 0,47 | 0,47 | 0,48 | 0,48 |
| N | 425 | 423 | 426 | 427 | 428 |

Kilde: KOSTRA, SSB

Både i store og små kommuner har årsverksinnsatsen pr bruker økt, både i tiden frem mot samhandlingsreformen, dvs. i perioden 2009-2011, og under samhandlingsreformen, dvs. i perioden 2012-2013 (se tabell 22 i vedlegg 4). Forskjellene mellom store og små kommuner er ikke markante.

4.6 Flere legetimer pr uke pr beboer i sykehjem

Samhandlingsreformens intensjon om at mer av pasientbehandlingen skal foregå i primærhelsetjenesten, og antagelsen om at sykehjemmene har sykere pasienter enn før, gir grunn til å forvente at antallet legetimer i sykehjem øker. Det har over det siste tiåret skjedd en gradvis økning i antall legetimer pr. uke pr. beboer i sykehjem. Tabell 7 viser at det gjennomsnittlige antall legetimer pr uke pr beboer i sykehjem også har økt i perioden 2009 til 2013. **Økningen tilsvarer i gjennomsnitt drøyt 7 minutter mer**

¹⁸ Totalt var det i 2013 om lag 132.700 årsverk. <https://www.ssb.no/pleie> (lastet ned 16.07.2014)

¹⁹ Årsverkstallet er ekskludert fravær.

²⁰ Regnet med basis i at et årsverk er 1750 timer.

legetid pr beboer pr uke. I 2013 var gjennomsnittet på 0,45 timer. Medianen ligger i hele perioden under gjennomsnittsverdien, noe som tyder på at noen kommuner tildeler et høyt antall legetimer som er med på å trekke gjennomsnittet opp. Utviklingsmønsteret uttrykker en langsiktig prosess som samhandlingsreformen er i forlengelse av, og støtter opp om.

Tabell 7: Antall legetimer pr uke pr beboer i sykehjem. Alle kommuner. 2009-2013.

| | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|--------------|------|------|------|------|------|
| Gjennomsnitt | 0,33 | 0,35 | 0,38 | 0,42 | 0,45 |
| Median | 0,29 | 0,32 | 0,34 | 0,39 | 0,40 |
| N | 424 | 418 | 427 | 424 | 427 |

Kilde: KOSTRA, SSB

Det er forskjeller i tildeling av legetimer, avhengig av om beboeren bor i små eller store kommuner (se tabell 23 i vedlegg 4). I de små kommunene er det en overrepresentasjon av kommuner som tildeler et lavt antall timer, mens det er motsatt i de store kommunene. Dette kan indikere demografiske ulikheter i tilgangen til og stabiliteten blant sykehjemsleger. Det kan samtidig indikere kvalitetsforskjeller eller ulikheter i organiseringen av helsetilbudet mellom små og store kommuner. Et interessant trekk i den forbindelse er at i de to årene med samhandlingsreform, 2012 og 2013, øker legeressursinnsatsen per beboer i sykehjem både i de store og små kommunene. Veksten var særlig sterk i de store kommunene. For begge kategorier kan utviklingen ses som uttrykk for forlengelse av en eksisterende trend hvor kommunene gradvis må ta hånd om stadig sykere pasienter. Ordningen med tidlig utskrivning av pasienter har bidratt til og ser ut til å ha forsterket denne trenden, iallfall i de store kommunene.

4.7 Økt sykepleierandel både i institusjon og hjemmetjeneste

På grunn av at det er en viss grad av integrerte tjenester og/eller samlokalisering mellom hjemmetjenester og institusjon, har SSB selv valgt å ikke publisere statistikk om årsverk fordelt mellom kommunale institusjoner (syke- og aldershjem) og hjemmetjeneste. Vi har derfor spesielt bestilt årsverksdata som gjør at vi kan studere endring i sykepleierandelen i henholdsvis kommunale institusjoner og hjemmetjenesten. SSB påpeker at selv om mye tyder på at omfanget av integrasjon/samlokalisering mellom institusjoner og hjemmetjenesten i de fleste kommuner er mindre enn tidligere antatt, bør vi likevel ha i mente at det *kan* være integrasjon som ikke kan leses ut av årsverksdata i enkelte kommuner.

4.7.1 Sykepleierandel i institusjon

I 2013 ble det utført 56.710 årsverk i brukerrettet tjeneste i kommunale institusjoner, av disse var 14.879 sykepleierårsverk. Dette var 2.002 flere sykepleierårsverk enn i 2009. Antall årsverk i brukerrettede tjenester i institusjon økte totalt sett med 1.707 fra 2009 til 2013.

Tabell 8 viser at **sykepleierandelen av de brukerrettede årsverkene i institusjon har økt i perioden 2009-2013**. Relativt sett var økningen størst fra 2012 til 2013. Det er grunn

til å anta at denne særegne veksten har klar sammenheng med samhandlingsreformen. Medianverdiene har i hele perioden vært lavere enn gjennomsnittsverdiene, noe som tyder på at enkeltkommuner med en høy sykepleierandel drar gjennomsnittet opp. I 2013 var det imidlertid liten forskjell mellom gjennomsnitt og median, noe som tyder på at det på landsbasis har skjedd et generelt løft i sykepleierandelen i institusjon.

Tabell 8: Andel (%) sykepleierårsverk i institusjon av brukerrettede årsverk. Alle kommuner. 2009-2013.

| | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|--------------|------|------|------|------|------|
| Gjennomsnitt | 24,0 | 24,7 | 25,4 | 26,1 | 28,8 |
| Median | 23,5 | 24,2 | 24,8 | 25,5 | 28,6 |
| N | 423 | 422 | 422 | 425 | 425 |

Kilde: KOSTRA, SSB.

Det er liten forskjell mellom små og store kommuner (se tabell 24 i vedlegg 4). Begge kommunegrupper har økt sykepleierandelen i institusjon i perioden 2009-2013, og den lille forskjellen som det var mellom små og store kommuner i 2009, var blitt enda mindre i 2013. Både i små og store kommuner nærmer medianen seg gjennomsnittet, noe som indikerer et generelt løft i sykepleierandelen.

4.7.2 Sykepleierandel i hjemmetjenesten

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. Antall årsverk i brukerrettede tjenester i hjemmetjenesten økte totalt sett med 7.115 fra 2009 til 2013. Vi har ikke informasjon om hvilke typer årsverk som har generert veksten utover sykepleierne.

Tabell 9 viser at **andelen sykepleierårsverk av brukerrettede årsverk i hjemmetjenesten ikke har økt vesentlig i perioden 2009-2013**. Det er imidlertid noe økning fra 2011 til 2012, som vi antar kan knyttes til samhandlingsreformen. Medianverdiene ligger i hele perioden under gjennomsnittsverdiene. Dette indikerer at enkeltkommuner drar opp gjennomsnittet.

Tabell 9: Andel (%) sykepleierårsverk i hjemmetjenesten av brukerrettede årsverk. Alle kommuner. 2009-2013.

| | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|--------------|------|------|------|------|------|
| Gjennomsnitt | 18,8 | 19,1 | 19,2 | 19,8 | 19,9 |
| Median | 17,7 | 17,6 | 18,1 | 18,8 | 18,7 |
| N | 411 | 413 | 414 | 416 | 411 |

Kilde: KOSTRA, SSB.

Det er forskjeller mellom store og små kommuner i den forstand at sykepleierandelen i hjemmetjenesten er noe høyere i de små kommunene sammenliknet med de store (se tabell 25 i vedlegg 4). I begge kommunetyper har sykepleierandelen økt fra 2009 til 2013,

men ikke i vesentlig grad. I de store kommunene ser vi at andelen faktisk gikk ned fra 2012 til 2013.

Sammenliknet med sykepleierandelen i institusjon (se tabell 8), ligger sykepleierandelen i hjemmetjenesten (se tabell 9) på et lavere nivå. Dette er naturlig all den tid man kan anta at de som bor på sykehjem har større behov for medisinsk behandling og pleie enn de som bor hjemme. Tallene som refereres ovenfor, indikerer at det i perioden 2009-2013 generelt har vært en sterkere årsverksvekst i hjemmetjenesten sammenliknet med institusjonsomsorgen. Men i motsetning til institusjonsomsorgen, hvor veksten i antall sykepleierårsverk har vært høyere enn den generelle veksten i brukerrettede årsverk, har veksten i hjemmetjenesten vært større i andre typer årsverk enn sykepleierårsverk.

4.8 Økte medisinske kostnader

Økte kostnader knyttet til den medisinske/kurative behandlingen i institusjoner og i hjemmetjenesten gir en indikasjon om sykere pasienter som følge av samhandlingsreformen. Kommunene rapporterer kostnader til medisinsk forbruksmateriell, medikamenter og medisinsk utstyr. Vi har i vår analyse slått disse kostnadene sammen og omtaler dem med samlebetegnelsen **medisinske kostnader**.

Tabell 10 viser at kommunene i 2013 rapporterte om medisinske kostnader i institusjon på til sammen 719,4 millioner kroner. Den største utgiftsposten var medikamenter (50 prosent), dernest medisinsk forbruksmateriell (47 prosent), og medisinsk utstyr (3 prosent). Sammenliknet med det totale forbruket i 2011, ble det i 2013 brukt 56,9 millioner kroner mer. I 2013 var de medisinske kostnadene i hjemmetjenesten på totalt 179,3 millioner kroner. Her ble det brukt mest på medisinsk forbruksmateriell (56 prosent), dernest medikamenter (42 prosent) og medisinsk utstyr (2 prosent). Sammenliknet med forbruket i 2011, ble det i 2013 brukt 55,9 millioner kroner mer.

Tabell 10: Medisinske kostnader i institusjon og hjemmetjenesten.
Alle kommuner. 2009-2013.

| Kostnader i 1 000 kr | | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | Endring % 2009-2013 | Endring % 2011-2013 |
|----------------------|---------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|------------------------|------------------------|
| Institusjon | Medisinsk forbr.materiell | 307 885 | 305 244 | 320 823 | 340 174 | 337 606 | 9,7 | 5,2 |
| | Medikamenter | 334 547 | 326 185 | 328 102 | 345 280 | 358 221 | 7,1 | 9,2 |
| | Medisinsk utstyr | 13 237 | 13 585 | 13 566 | 19 685 | 23 549 | 77,9 | 73,6 |
| | Totalt | 655 669 | 645 014 | 662 491 | 705 139 | 719 376 | 9,7 | 8,6 |
| Hjemmetjenesten | Medisinsk forbr.materiell | 73 125 | 70 141 | 70 185 | 73 848 | 100 396 | 37,3 | 43,0 |
| | Medikamenter | 45 463 | 49 748 | 57 717 | 63 355 | 75 297 | 65,6 | 30,5 |
| | Medisinsk utstyr | 2 994 | 3 552 | 3 325 | 4 354 | 3 629 | 21,2 | 9,1 |
| | Totalt | 121 582 | 123 441 | 131 227 | 141 557 | 179 322 | 47,5 | 36,7 |

Kilde: KOSTRA, SSB.

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

4.8.1 Kostnader i institusjon, 80 år og eldre

Tabell 11 viser at **de medisinske kostnadene i institusjon fordelt pr beboer 80 år og eldre har økt i perioden 2009-2013.** Gjennomsnittsutgiften økte markant fra 2011 til 2012. Medianverdien ligger i hele perioden under gjennomsnittet noe som tyder på at det finnes enkeltkommuner med høye utgifter pr beboer som drar opp gjennomsnittsverdien.

Tabell 11: Medisinske kostnader (i kr) i institusjon pr beboer 80 år og eldre.
Alle kommuner. 2009-2013.

| | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|--------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Gjennomsnitt | 23 946 | 24 251 | 24 952 | 26 766 | 27 934 |
| Median | 22 286 | 22 278 | 23 469 | 24 768 | 25 678 |
| N | 419 | 417 | 420 | 420 | 423 |

Kilde: KOSTRA, SSB

Kostnadsbildet og utviklingen over tid er ulik i små og store kommuner (se tabell 26 i vedlegg 4). Små kommuner har et høyere gjennomsnittlig kostnadsnivå enn de store. Videre ligger gjennomsnittlig kostnadsnivå klart høyere enn medianen for de små kommunene. Dette er uttrykk for at enkelte av småkommunene trekker opp gjennomsnittet forholdsvis mye. Det er nærliggende å anta at små kommuner med høye kostnader kan være kommuner med lang vei til sykehus, som i større grad behandler syke eldre lokalt for å skåne dem for lang reisevei til sykehusbehandling. Over tid har de gjennomsnittlige medisinske kostnadene i institusjon økt mer i små kommuner enn i store.

4.8.2 Kostnader i hjemmetjenesten, 80 år og eldre

Tabell 12 viser at også **de medisinske kostnadene i hjemmetjenesten fordelt pr mottaker 80 år og eldre har økt i perioden 2009-2013.** Her er økningen mest markant fra 2012 til 2013. Gjennom hele perioden ligger medianen under gjennomsnittsverdien, noe som tyder på at høye kostnader i enkeltkommuner drar opp gjennomsnittet. De medisinske kostnadene pr mottaker 80 år og eldre er imidlertid bare en brøkdel av de medisinske kostnadene pr institusjonsbeboer 80 år og eldre. Ulikheten i kostnadsnivå har trolig sammenheng med at mange som mottar hjelp hjemme, ikke mottar hjemmesykepleie, men andre typer tjenester.

Det er markant forskjell på medisinske kostnader i hjemmetjenesten pr mottaker 80 år og eldre i små og store kommuner (se tabell 27 i vedlegg 4). I små kommuner er kostnadsnivået lavt, mens bildet er motsatt i store kommuner. Også når det gjelder disse kostnadene, er det i små kommuner store forskjeller mellom gjennomsnitt og medianverdier. Det indikerer at enkelte av disse kommunene i større grad har sykere pasienter i hjemmetjenestene og trekker gjennomsnittet opp.

Tabell 12: Medisinske kostnader i hjemmetjenesten pr mottaker 80 år og eldre.
Alle kommuner. 2009-2013.

| | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|--------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Gjennomsnitt | 1 254 | 1 322 | 1 439 | 1 605 | 2 000 |
| Median | 1 010 | 1 049 | 1 068 | 1 193 | 1 716 |
| N | 419 | 421 | 418 | 420 | 422 |

Kilde: KOSTRA, SSB

Ulikhetene i nivået på medisinske kostnader i institusjon og hjemmetjeneste mellom små og store kommuner har trolig sammenheng med at små kommuner har en høyere andel av sin eldrebefolkning boende på institusjon enn det som er tilfelle i de store kommunene (se kap. 4.2). **De små kommunene har de dårligste pasientene på institusjon, noe som fører til relativt sett høye medisinske kostnader der. De store kommunene har en lavere institusjonaliseringsgrad og relativt sett flere dårlige pasienter boende hjemme, noe som kan forklare overrepresentasjonen av store kommuner med høye medisinske kostnader i hjemmetjenesten.** Kostnadsveksten er for begge kommunegrupper, for både institusjoner og hjemmetjenester, høyere fra 2011 til 2013 enn fra 2009 til 2011. Dette gir klare indikasjoner på at samhandlingsreformen har gitt kommunene ansvar for sykere pasienter, og at dette på bred basis i kommune-Norge slår inn på begge disse tjenestoområdene.

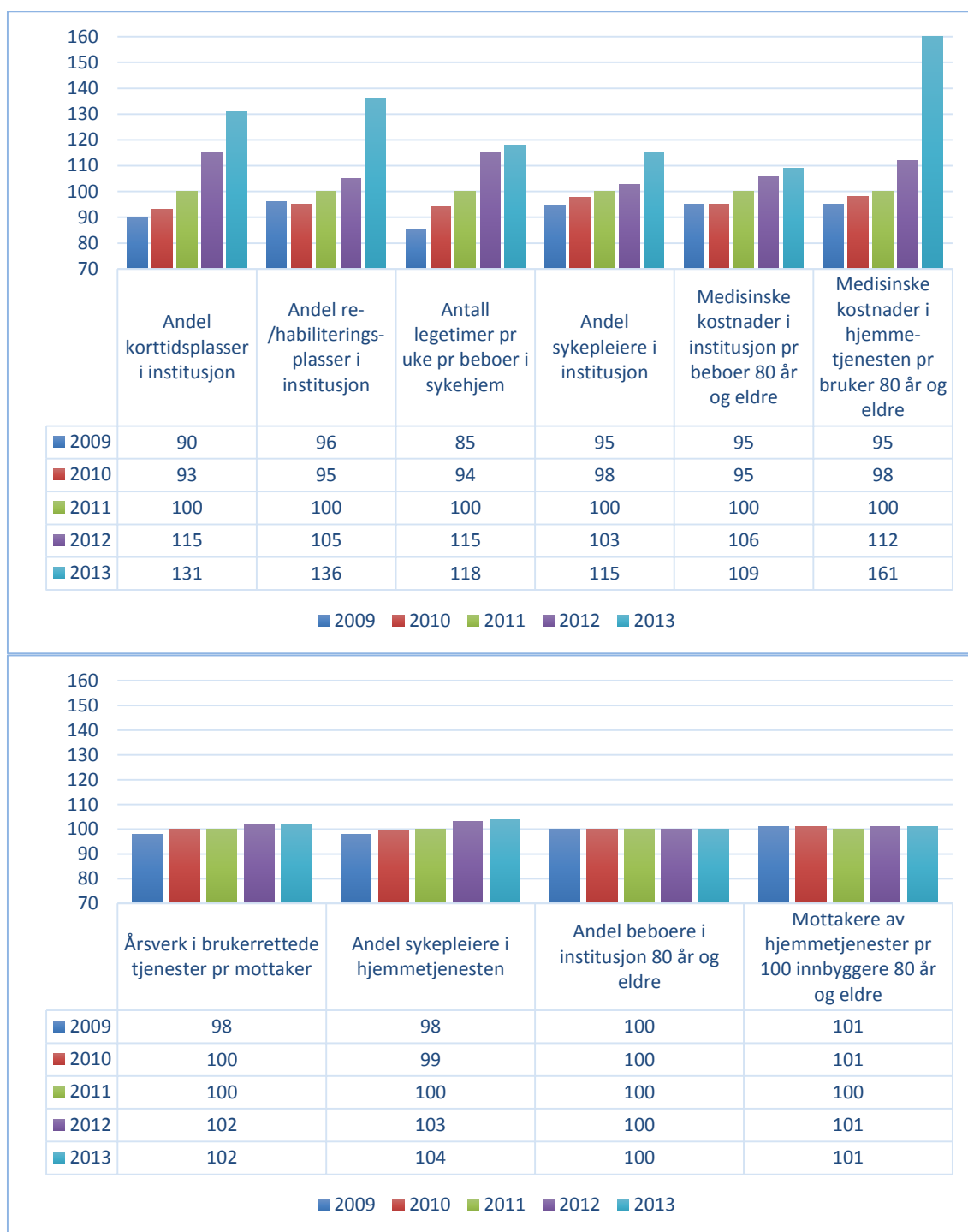
4.9 Oppsummering

Våre analyser basert på sentraltendenser (gjennomsnitt og median) for 10 indikatorer i norske kommuner i perioden 2009-2013, viser at det har vært vekst i de medisinske kostnadene både i institusjon og særlig i hjemmetjenesten, i andelen korttidsplasser og andelen plasser avsatt til re-/habilitering. Det har også vært vekst i antallet årsverk i brukerrorettede tjenester, antall legetimer brukt på beboere i sykehjem, og i sykepleierandelen både i institusjon og i hjemmetjenesten. Det har i samme periode vært stabilitet i antall mottakere av hjemmetjenester og en svak nedgang i andelen beboere i sykehjem i aldersgruppen 80 år og eldre. Det er imidlertid viktig å være klar over at en slik beskrivelse basert på sentraltendenser ofte ikke gir noen god beskrivelse av utviklingen i enkeltkommuner.

Figur 2 viser utviklingen over tid målt ved relativ endring i medianen. Året 2011 er satt lik 100 (veiskille-året/referansepunkt). Denne figuren indikerer flere forhold: For det første er det noen prosesser som tydeliggjøres og forsterkes i forbindelse med reformen. Det gjelder først og fremst andel korttidsplasser i institusjon pr 100 innbyggere 80 år og eldre, andel plasser i institusjon til re-/habilitering, 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 utskrivningsklare pasienter.

For det andre er det noen prosesser som vedvarer over tid, og hvor trenden har gjort seg gjeldende i omtrent samme takt også i årene før reformen. Det gjelder først og fremst ressursinnsats i form av legetimer per uke per beboer i sykehjem, årsverk i brukerrorettede tjenester og sykepleierandelen i hjemmetjenesten. Tallene indikerer økt ressursinnsats på

grunn av flere brukere med behov for intensiv behandling, en utvikling som blant annet samhandlingsreformen antas å ha bidratt til.



Figur 2: Utviklingen i indikatorene målt ved medianen. Alle kommuner. 2009-2013. Året 2011 er satt lik 100 (referanseår).

For det tredje er det noen utviklingstrekk hvor det i mindre grad registreres endringer om en sammenligner tiden før og etter samhandlingsreformen. Det gjelder andel beboere i institusjon pr 100 innbyggere 80 år og eldre, samt antall mottakere av hjemmetjenester pr

100 innbyggere 80 år eller eldre. Her er det uklare spor av reformen. En positiv fortolkning kan være at reformen har hatt en forebyggende effekt, mens en negative fortolkning kan være at utskrivningsklare pasienter fortrenger andre eldre fra pleie- og omsorgstjenester.

Det er vesentlige forskjeller mellom store og små kommuner. Store kommuner har en lavere dekningsgrad enn små når det gjelder institusjonsplasser og hjemmetjenester til eldre over 80 år. Det er relativt sett færre personer som mottar slike tjenester i de store kommunene enn i de små. Det finnes trolig ulike forklaringer på disse forskjellene som både har med ulikheter i prioriteringer, ressurstilgang, kulturelle forhold og helseforhold.

På den annen side har de store kommunene i utgangspunktet et mer omfattende tilbud når det gjelder korttidsplasser og legeressurser i sykehjem. De bruker også mer ressurser til medisin i hjemmetjenestene. Dette er forskjeller som indikerer at de store kommunene også før samhandlingsreformen, hadde en mer fokusert innretning på tjenestene sine i retning kortsiktig/akutt sykdomsbehandling og -oppfølging. I forbindelse med samhandlingsreformen kan det se ut til at de store kommunene i noen grad har videreutviklet og forsterket denne innretningen. De øker tilgangen på korttids- og re-/habiliteringsplasser, og styrker ansatte- og legeressurser i forhold til brukere. Parallelt øker medisinskostnadene til eldre på institusjon og i hjemmetjenester. Samtidig reduseres andelen 80 år og eldre som mottar hjemmetjenester, mens også andelen som mottar institusjonsplasser avtar svakt. Denne utviklingen må ses på bakgrunn av de krav som stilles i forbindelse med utskrivningsklare pasienter, samt at disse kommunene reduserer andelen av netto driftsbudsjett som går til pleie og omsorg.

Når det gjelder de små kommunene, indikerer tallene at disse på bred front forholder seg til de krav som er knyttet til samhandlingsreformen, med økt satsning på tjenester for å behandle utskrivningsklare pasienter. En sterkere økning i antall korttids- og re-/habiliteringsplasser enn i de store kommunene, økt ressursinnsats overfor brukere og økte medisineringskostnader, er forhold som peker på at funksjoner knyttet til medisinsk behandling og oppfølging øker. Når det gjelder plasser i sykehjem for eldre, reduseres andelen også i de små kommunene, antagelig delvis som følge av kapasitetsmessige omdisponeringer for å etablere korttids- og re-/habiliteringsplasser. I motsetning til de store kommunene, øker de små kommunene andelen av eldre som mottar hjemmetjenester. I sum kan det se ut til at de små kommunene bygger opp sine korttids behandlingsfunksjoner samtidig som de bevarer et breddefokus i det langsiktige tjenestetilbudet med økende vekt på hjemmetjenester.

5 En kvalitativ beskrivelse av endringer i den kommunale pleie- og omsorgstjenesten

I dette kapitlet presenteres analysen av vårt kvalitative intervjumateriale. Følgende hovedfunn utdypes i kapittel 5:

- Pasienter som sykehusene melder utskrivningsklare til kommunen, er sykere. Det er flere utskrivninger fra sykehus og økt tempo i utskrivningsprosessene (5.1).
- Omstillingsutfordringene i de store kommunene ser ut til å være betydelig større enn i de små (5.1).
- Tildelings- og bestillerkontor reorganiseres som følge av samhandlingsreformen (5.2)
- Terskelen for å få sykehjems plass og hjemmetjenester har blitt høyere (5.3).
- Korttidsplasser samles, oppholdene blir kortere og mer målrettede, og tjenestene oppgraderes med personell og utstyr. Samme tendens til dreining fra helhetlig omsorg og pleie til medisinsk behandling og pleie, finner vi i hjemmetjenesten (5.3).
- Det blir for dårlig sirkulasjon og dermed «kork» på korttids- og rehabiliteringsplasser, og det er fortsatt mangel på langtidsplasser (5.3).
- I den grad informantene trekker frem pasientgrupper som fortrenses som følge av at utskrivningsklare pasienter prioriteres, gjelder dette hjemmeboende demente og personer med psykisk sykdom og/eller rusmiddelproblematikk (5.3).
- Økt tempo i utskrivningen, sammen med sykehusets vetorett med hensyn til å bestemme når en pasient er utskrivningsklar, medfører dårligere samhandling. Det gis imidlertid ikke noe entydig svar på om samhandlingen rundt enkeltpasienter har blitt bedre eller verre (5.4).
- Rapporteringen av avvik fra tjenesteavtalen om utskrivningsklare pasienter varierer. En god muntlig dialog mellom partene ses av noen som en alternativ og bedre strategi (5.4)
- De faglige utfordringene er større som følge av reformen. Kompetansen er løftet gjennom omgjøring av stillinger, omdisponeringer, mer tilstedeværelse av lege, kompetanseoverføring fra sykehus til kommune og mellom kommunalt personell. Studien kan imidlertid ikke gi noe sikkert svar på om det faglige nivået er løftet *nok* i kommunene til å håndtere sykere pasienter (5.5-5.6).

Et inntrykk vi sitter igjen med etter å ha gjennomført intervjuene i de 12 casekommunene er at samhandlingsreformen, så langt, i stor grad er gjennomført uten at særlig ekstra økonomiske ressurser er tilført pleie- og omsorgstjenesten. I flere av casekommunene ble vi tvert imot fortalt om store omstillingsprosesser som enten var på trappene, godt i gang eller ferdige, og som handlet om å redusere utgiftene i pleie- og omsorgssektoren.

5.1 Sykere pasienter, flere utskrivninger og økt tempo

Utfordringen med utskrivningsklare pasienter er i seg selv ikke ny, men den oppleves i større grad å være et faktisk og praktisk problem for kommunene etter innføringen av samhandlingsreformen, noe følgende uttalelse kan illustrere:

«Det er noen ganger vanskelig å vite hvor pasienten skal være når de er for syke til å være hjemme. Før ville de vært på korridoren på sykehuset.» (Ansatt i hjemmetjenesten, stor kommune)

5.1.1 Sykere pasienter

Det er en nær unison oppfatning blant våre informanter om at pasienter som meldes utskrivningsklare til kommunen, ofte er sykere, i den forstand at de har mer alvorlige, mer behandlingskrevende og/eller komplekse sykdomstilstander nå, enn før samhandlingsreformen. Sykere pasienter trenger mer oppfølging fra den kommunale pleie- og omsorgstjenesten. Nyopererte lårhalsbrudd, sår, nevrologiske lidelser, intravenøs antibiotikabehandling, respirasjonsproblematikk, blodtransfusjon, kreftbehandling, palliasjon og økt multi-morbiditet er alle eksempler på nye utfordringer i pleie- og omsorgssektoren 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 er på bedringens vei, men er medtatt og trenger mer hjelp enn før, når de skrives ut.

5.1.2 Flere pasienter og økt tempo i utskrivningsprosessene

Tilbakemeldingene er også unisone når det gjelder tempoet i utskrivningsprosessene. Dette ble skrudd opp umiddelbart 1. januar 2012, og mange hakk opp. De store kommunene rapporterer at de mottar flere pasienter enn før, mens de små generelt ikke rapporterer om særlig endring i antallet. Våre informanter beskriver en opp-stresset relasjon til sykehusene i den første tiden med samhandlingsreform. Det ble om å gjøre for sykehusene å få pasientene meldt utskrivningsklare innenfor avtalt tidsfrist, og for kommunene ble det om å gjøre å ta imot pasientene uten å pådra seg kostnader for ekstra liggedøgn i sykehus. Denne situasjonen synes å ha roet seg. Følgende utsagn illustrerer dette:

«Det var veldig travelt, forferdelig å jobbe her i starten. Vi fikk nye pasienter hele tiden. Så var de for dårlige, og vi sendte de tilbake. Det tok tid å få utskrivningene på plass; pasienter som var uavklarte og uten epikriser. Vi satt i flere timer for å nøste opp i opplysninger fra sykehuset. Vi gjør det fortsatt, men det gjelder bare noen pasienter. Det gjelder noen avdelinger på sykehuset. Ting gikk seg jo til etter hvert. Sykehuset skjønnte jo også at de sendte ut for syke pasienter, for de fikk dem jo i retur.» (Ansatt i korttidsavdeling, stor kommune)

I noen enkelttilfeller bidrar høyt tempo i utskrivningsprosessen og begrenset institusjonskapasitet i kommunen til at pasienter som hadde trengt et høyere omsorgsnivå, sendes hjem og reinnlegges i sykehus etter kort tid. Det er også rapportert om tilfeller med pasienter som ved mottak i kommunene vurderes å reelt sett være for dårlige for utskrivning. Men fordi det er lang reisevei til sykehus, prøver man etter beste evne å ivareta pasientens behov uten å utsette vedkommende for den ekstra belastningen ny transport til og fra sykehus vil innebære – selv om vurderingen på kommunalt nivå er at pasientens medisinske tilstand kvalifiserer for fortsatt sykehusopphold.

5.1.3 Økte utfordringer med nye, kortvarige brukere

Det rapporteres om større utfordringer når helt nye brukere meldes utskrivningsklare. Det administrative apparatet som må settes i sving, er spesielt stort hvis pasienten skal rett hjem og behandlingen er tidsbegrenset. Mye skal koordineres på kort tid med personell, medisiner og hjelpemidler. Følgende utsagn illustrerer dette:

«Det er pasienter som for eksempel skal ha antibiotika intravenøst i kun 3 dager. Det er mye organisering. Slike ting skjeddde ikke før samhandlingsreformen.»
(Leder i hjemmetjenesten, stor kommune)

5.1.4 Usikkerhet om antallet reinnleggelser

Det har ikke vært mulig å få noe klart bilde i noen av casekommunene av hvorvidt antallet reinnleggelser er økt som følge av tidligere utskrivninger fra sykehus. De fleste av våre informanter har en oppfatning av at antallet reinnleggelser har økt, men det er også en del som mener at det ikke har vært noen endring. Det som imidlertid er klart, er at det ikke er noen av kommunene som registrerer omfanget av reinnleggelser. Flere informanter mener imidlertid at kommunen burde registrert dette som ledd i kvalitetsutviklingen av pleie- og omsorgstjenesten.

5.1.5 Ulikt i store og små kommuner

Situasjonen med raskere mottak av utskrivningsklare pasienter takles ulikt i store og små kommuner. I de store kommunene er omstillingsutfordringene betydelig større enn i de små. De store kommunene har i større grad gjort strukturelle endringer mht. kapasitet og organisering, mens de små gjerne har gjort mindre justeringer for eksempel i måten de bruker personell. 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 kommunene var i starten av reformen opptatt med å «ta unna» og ikke pådra seg «bøter» for overliggere i sykehus. Det virker imidlertid som om de fleste av dem er tatt litt på senga fordi de ikke har tilstrekkelig institusjonskapasitet. Dette gjelder kapasitet på korttidsplasser, men i særdeleshet på langtidsplasser. Utfordringene viser seg ved at etterhvert ikke har klart å «ta unna» og pådrar seg flere overliggerdøgn nå enn det de gjorde i starten av reformen. De har imidlertid en mer avslappet holdning til dette nå enn de hadde i starten og innser at et fortsatt sykehusopphold i noen tilfeller er det beste for alle parter.

I de små kommunene forteller informantene at de alltid stort sett har tatt utskrivningsklare pasienter til kommunen med en gang. Samhandlingsreformen er for dem en formalisering av en måte de har jobbet på i mange år. Blant våre små casekommuner har fem av seks lang vei til sykehus. Oppfatningen om at pasientene ofte har det best når de får være i sitt nærmiljø og kan slippe lange og slitsomme reiser til sykehus, er dypt forankret i de små kommunene med lang reisevei, og gjør at de som jobber i pleie- og omsorgssektoren er villig til å strekke seg langt for å få dette til. Spesielt i små kommuner i nord med sykestueplasser, 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.

I de små kommunene med lang avstand til sykehus deler man i mindre grad oppfatningen som de øvrige informantene har, om at pasientene som meldes utskrivningsklar er sykere enn før. De har vært vant til å håndtere utfordrende medisinske problemstillinger lenge. Informantene i de små kommunene melder imidlertid om større utfordringer med å ha nødvendige medisiner og hjelpemidler på plass når tempoet i utskrivningene er skrudd opp. Lange avstander gjør at denne typen tilrettelegging krever mer tid. Det etterlyses at sykehusene tar et større ansvar for å sikre at det som må på plass av medisiner og hjelpemidler, er på plass når pasienten kommer til sin bostedskommune.

5.2 Reorganisering i mottaket av utskrivningsklare pasienter

Tjenesteavtale 5 stiller krav om at kommunene etablerer en koordinerende enhet som skal motta meldinger fra helseforetaket om utskrivningsklare pasienter. Dette mottaket organiseres ulikt fra kommune til kommune. I de minste casekommunene mottas meldinger om utskrivningsklare pasienter av en bestemt person på dagtid uten at dette benevnes med noen bestemt stillingsbetegnelse. Vedkommende har gjerne andre oppgaver i tillegg til at de håndterer mottaket av meldinger om utskrivningsklare pasienter. Vi har sett eksempler på at mottaket av meldinger i små kommuner er flyttet fra kommunalsjef og nærmere det operative nivået.

I større casekommuner har man en øremerket stilling eller et kontor som har dette ansvaret. Kommuner som har opprettet en ny stilling som samhandlingskoordinator/pasientkoordinator som del av samhandlingsreformen, bruker denne til å ivareta kontakten med sykehuset og motta meldinger om utskrivningsklare pasienter. Koordinatoren holder også oppsyn med og oversikt over de økonomiske transaksjonene knyttet til utskrivningsklare pasienter som blir liggende i sykehus. Det er også gjerne koordinatoren som har ansvar for å melde avvik knyttet til utskrivningsklare pasienter til helseforetakene.

I de fleste store casekommunene ivaretas imidlertid mottaket av meldinger om utskrivningsklare pasienter av et tildelings-/bestillerkontor. I tillegg til å håndtere mottak av meldinger om utskrivningsklare pasienter har kontorene ansvar for all tildeling av pleie- og omsorgstjenester i kommunen. De følger også opp de økonomiske transaksjonene rundt utskrivningsklare pasienter, og de har ansvar for å melde avvik til helseforetakene knyttet til utskrivningsklare pasienter. Tildelings-/bestillerkontorene er gjerne opprettet lenge før samhandlingsreformen, men de er flere steder reorganisert som følge av reformen.

5.2.1 Ulik bruk av koordinatorstillinger

I en av de store casekommunene har man i tildelings-/bestillerkontoret eksempelvis opprettet tre koordinatorstillinger som har et spesielt ansvar for kontakten med sykehuset. Disse koordinatorene oppsøker sykehuset når de får melding om at en pasient er utskrivningsklar. De er opptatt av å komme inn i en tidlig fase og oppsøker gjerne sykehuset på basis av tidligmeldinger om utskrivning. Koordinatorene bruker tid på å sette seg inn i pasientens sykdomstilstand og funksjonsnivå for å avklare hvilke tjenester pasienten har behov for når de skrives ut på et så tidlig stadium som mulig. De snakker gjerne med både pasient og pårørende, og ikke minst med sykehuspersonalet for å

klargjøre hvilket tjenestetilbud de mener pasienten bør ha i kommunen. Selv om dette kan synes ressurskrevende, oppleves det som vel anvendte ressurser. Dette skyldes at man gjerne får aksept for at pasienten kan få tilstrekkelig hjelp fra hjemmetjenesten før det skapes unødige forventninger om at det er behov for en sykehjemsplass. En tidlig avklaring i slike situasjoner gjør at pasienten ofte kan reise rett hjem uten et unødvendig opphold i en kommunal institusjon for tilsvarende avklaring. Dette oppfattes som bedre samhandling med sykehuset enn tidligere.

En annen av de store casekommunene hadde før samhandlingsreformen en tilsvarende ordning. Tildelings-/bestillerkontoret vurderte det slik at ordningen ville bli for ressurskrevende å opprettholde på grunn av et økt antall utskrivningsklare pasienter og raskere utskrivningsprosesser, og ordningen ble avviklet. Dette oppfattes å ha gitt en klart dårligere samhandling med sykehuset.

5.3 Hvordan tjenester bygges ut eller reduseres

I denne delen av rapporten konsentrerer vi oppmerksomheten om hvordan tjenester er bygd ut eller redusert. Vi forsøker å isolere endringer som spesifikt kan knyttes til samhandlingsreformen, men det er som tidligere nevnt, vanskelig å skille virkninger av samhandlingsreformen fra andre endringsprosesser.

5.3.1 Høyere terskel for tildeling av pleie- og omsorgstjenester

Det er en felles oppfatning blant våre informanter om at pasienter som i dag er på sykehjem, brukere i omsorgsbolig og brukere som bor hjemme, er sykere enn før samhandlingsreformen ble innført. Dette innebærer at terskelen for å få sykehjemsplass har blitt høyere. En sykehjemslege peker på at man nå gjør strengere vurderinger:

«Det er sykere pasienter over alt. De som fikk langtidsplass for 3-4 år siden, var mindre syke enn i dag. Hovedendringen 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)

Konsekvensene av høyere terskel for sykehjemsplass kommer til syne på lavere omsorgsnivå som omsorgsbolig og i hjemmetjeneste. Terskelen for å få tildelt omsorgsbolig er også løftet. I bemannede omsorgsboliger, det vil si boliger som i prinsippet skal være pasientens hjem, meldes det om beboere som er ganske dårlige, og en ansatt spør hva beboere/pasienter skal med kjøkken hvis de ikke kan bruke det. Omsorgsboligene er altså beregnet for beboere som er friskere enn en del av de som bor der i dag. Ansatte ved heldøgns omsorg viser til at det noen ganger er nødvendig å ha så mye avansert utstyr at det ser ut som en intensivavdeling på enkelte av beboernes rom.

Grundigere vurderinger for tildeling av hjemmetjenester

Når det gjelder spørsmålet om terskelen er blitt høyere for tildeling av hjemmetjenester, er det ulike oppfatninger blant informantene. Følgende uttalelse er illustrerende for én type oppfatning:

«Antall syke har ikke økt, men folk lever lenger og det har ikke noe med samhandlingsreformen å gjøre. Kriterier og vurderinger er de samme som før. Når det gjelder tildeling, må en stramme på hva man kan gi når de kommer til oss. De får likevel det samme som før, men vi har blitt flinkere til å bruke andre instanser som mestringsentre og frivillige organisasjoner. Vi er også mer bevisste i forhold til pårørende. Ikke minst spiller hverdagsrehabilitering en rolle, med hensyn til hva folk kan greie selv.» (Leder i hjemmetjenesten, stor kommune)

Avdelingsledere i hjemmetjenesten i en annen stor kommune forklarer at de jobber annerledes, men at terskelen for tildeling av tjenester ikke har blitt høyere. Andre informanter i samme kommune mener imidlertid at terskelen for tildeling av hjemmetjenester er hevet. Fra andre kommuner pekes det på at innføringen av trygghetsalarm erstatter en del av behovet for tilsyn som handlet om å sjekke hvordan det stod til med pasienten.

Inntrykket er at mange kommuner nå gjør grundigere utredninger og vurderinger ved tildeling av hjemmetjenester, og har økt fokus på rett dimensjonering av vedtak. Det legges også vekt på å formulere vedtak som sikrer hjemmetjenesten autonomi i utførelsen. Man er også opptatt av å sikre dynamikk i den forstand at vedtakene nå i større grad tidsbegrenses. Endringene forklares med økonomivurderinger, med trenden om at man skal ivareta folks evne til å ta vare på seg selv, men at det er vanskelig å sette grenser for hjelpen som gis:

«Vi er strengere med å tildele tjenester enn før. Føler vi burde vært enda strengere. Vi bruker mye ressurser på de som trenger den dusjen eller strømpehjelpen. Vi bruker opp ressurser her. Tror i mange tilfeller at noen som får hjelp, at vi kanskje kunne ha gjort andre ting for dem. Noen ganger blir hjertene veldig store ... spesielt blant ufaglærte sånn at vi lager oss pasienter.» (Leder i hjemmetjenesten, stor kommune)

Mer hverdagsrehabilitering

I flere kommuner vises det til at det satses mye mer på rehabilitering. Hverdagsrehabilitering blir en del av hjemmetjenesten. Denne begynner som regel ved opphold og opptrening på korttidsplass, og ender opp hjemme. I utgangspunktet er tanken at alle skal komme hjem og greie seg selv i så stor grad som mulig. Det understrekes at dette også har med holdninger hos personellet å gjøre, at man er bevisst på å hjelpe folk til bli mest mulig selvhjulpne.

5.3.2 Korttidsplasser: samling, oppgradering, målretting og kork

Antallet korttidsplasser er i noen grad endret som følge av samhandlingsreformen i våre casekommuner. Noen av de store kommunene har økt kapasiteten noe og blant annet gjort om re-/habiliteringsplasser til korttidsplasser, mens andre har redusert kapasiteten på

korttidsplasser. Blant de små kommunene er det noen som har økt kapasiteten på korttidsplasser, i andre er kapasiteten uendret.

Samling og vesentlig oppgradering av korttidsplasser

En tendens i de store kommunene er at korttidsplassene som tidligere var spredt på ulike sykehjem, nå samles på ett sted, til «minisykehus». Noen casekommuner har gjennomført denne typen reorganisering noen år før samhandlingsreformen og over tid ved å gjøre om langtidsplass til korttidsplass når beboere har gått bort. I andre kommuner har det vært kortvarige omstillingsprosesser som er gjennomført som en direkte følge av samhandlingsreformen. I enkelte tilfeller har man tatt i bruk dobbeltrom for å få samlet alle korttidsplassene på ett sted. Flere kommuner har samlokalisert det nye kommunale øyeblikkelig hjelp døgntilbud med korttidsavdelingen.

Uavhengig av når reorganiseringen har funnet sted, opplyser våre informanter unisont om en vesentlig oppgradering av korttidsplassenes status i pleie- og omsorgssektoren. Det er en betydelig økning i sykepleier- og legeressursene knyttet til disse plassene, sammenliknet med det som var tilfelle tidligere. Økte fysio- og/eller ergo-terapeutressurser som styrker breddekompetansen på korttidsavdelingene, har vi også hørt om fra flere informanter.

Korttidsavdelingene/-plassene har ifølge våre informanter mer teknisk utstyr enn tidligere. Flere informanter har pekt på at kostnadene ved et liggedøgn i kommunal korttidsavdeling nå, sammenliknet med før samhandlingsreformen, må ha økt betraktelig som følge av oppgraderingen av personellressurser og til dels også utstyr.

Reorganiseringen av korttidsplassene begrunnes med at kommunene som følge av samhandlingsreformen, mottar utskrivningsklare pasienter med større og mer komplekse medisinske utfordringer enn tidligere. Det er dermed behov for et mer faglig kompetent mottak for de utskrivningsklare pasientene som fortsatt trenger institusjonsbaserte tjenester. Behovet for flere sykepleiere handler også om at det må være sykepleier på vakt store deler av døgnet fordi pasienter i større grad mottas på ettermiddag-/kveldstid som følge av samhandlingsreformen hvor utskrivningstidspunkt reguleres av skriftlig avtale mellom kommunen og helseforetaket. Dette er en endring som særlig merkes i de små kommunene hvor sykepleierne tidligere i hovedsak har vært tilstede på dagtid.

Bruk og målretting av korttidsopphold

Flere informanter forteller at brukerne av korttidsplassene har endret seg. Nå opptas korttidsplassene i hovedsak av utskrivningsklare pasienter. Tidligere ble korttidsplasser i større grad brukt til avlastnings- eller opptreningsopphold for folk som fortsatt bor hjemme og som ble lagt inn hjemmefra og ikke fra et sykehusopphold. Denne typen korttidsopphold nedprioriteres i flere kommuner som følge av det økte presset flere og sykere utskrivningsklare pasienter skaper. Dette skjer i hovedsak i de store kommunene.

Målsettingen med et korttidsopphold er i de fleste tilfeller å sørge for at pasienten opparbeider et funksjonsnivå som gjør at de fortsatt kan bo hjemme. Flere informanter både i store og små kommuner forteller at det økte presset på korttidsplassene har synliggjort behov for omstilling og at man har måttet jobbe med å profesjonalisere

innholdet i korttidsoppholdene og gjøre dem mere målrettet og kortere. Følgende uttalelse er i så måte dekkende:

«Det har skjedd endringer i måten korttids plassene brukes på. Det som er at vi må ta imot pasientene og så må vi jobbe intensivt for å få dem hjem. Tilrettelegge i heimen. I starten var vi ikke vant med å tenke sånn, derfor har folk blitt værende lenger enn nødvendig. Vi prøver å få gjennomstrømning kjappere.» (Leder i sykehjem, liten kommune)

Informantene forteller også om endringer som innebærer en dreining mot prioritering av enkelt diagnoser og mer spesifikk behandling/mobilisering av pasienter på korttidsopphold. Tidligere har man tenkt mer helhet i behandlingen av pasienten. Nå er korttidsoppholdet mer et definert oppdrag fra de som tildeler tjenester. 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)

Informanter forteller at det å fokusere på én plage/diagnose under korttidsopphold i sykehjem er en krevende omstilling for dem som fagpersoner, noe følgende uttalelse illustrerer:

«De eldre har i gjennomsnitt seks diagnoser. Men vi skal fokusere på én av dem. Hvis en kreftpasient har et brudd, så er målet med de 14 dagene her å se kun på bruddet, og mobilisere mht. det. Noen ganger har vi følelsen av å jobbe i fabrikk; inn-ut-inn-ut. Det er mange diskusjoner på avdelingen mht. hva som er riktig for pasienten.» (Ansatt i korttidsavdeling, stor kommune)

Store svingninger og kork på korttids plassene

I de fleste av casekommunene oppleves det som nødvendig, men utfordrende, å holde korttids plasser ledige for til enhver tid å ha kapasitet til å kunne ta imot utskrivningsklare pasienter. Flere av de store kommunene opplever store svingninger i behovet for korttids plasser. Fra en av dem rapporteres det om svingninger fra det å ha 20 ledige korttids plasser, til det å ha fullt belegg og behov for å kjøpe 30 ekstra korttids plasser fra nabokommuner eller private aktører. En annen stor kommune hadde store problemer i oppstart av reformen med å ta imot utskrivningsklare pasienter fordi man hadde så lav sykehjemskapasitet. Man vurderte på et stadium hotell før man fikk til en midlertidig løsning i nabokommunen. Kommunen er nå i ferd med å etablere et nytt senter med korttids- og rehabiliterings plasser.

Kommunene er avhengige av å få til sirkulasjon på korttids plassene for at systemet med raskere og økt mottak av utskrivningsklare pasienter skal fungere. Prinsippet er gjerne at om én skal inn, så må en annen ut. Men flere av informantene både i små og store

kommuner forteller om pasienter som blir værende på korttidsplasser, i påvente av at en langtids plass skal bli ledig. Slike tilbud oppfattes ikke å være særlig hensiktsmessige hverken for pasienten det gjelder, de øvrige beboerne eller personalet på korttidsavdelingen. Pasienten opplever en ustabil fase hvor de i større grad er utsatt for endringer, for eksempel endring av rom og pleiepersonell, enn det som ville vært tilfelle med en langtids plass.

I mangel av korttidsplasser blir enkeltrom gjort om til dobbeltrom. I noen tilfeller blir dette permanente løsninger, mens det i andre tilfeller fungerer som en midlertidig ordning. Slike tilpasninger skjer både i store og små kommuner. Terminale pasienter synes imidlertid å skjermes fra plassering i dobbeltrom. Det framholdes at dobbeltrom er lite populært blant pårørende, og at de er lite egnet blant annet for demente pasienter. I flere av de små kommunene rapporteres det om at bad og korridorer i sykehjem blir tatt i bruk i perioder hvor man mangler ordinære plasser. Denne typen tilpasning til svingninger i etterspørsel er i noen grad innarbeidet og kan ikke utelukkende ses som en effekt av samhandlingsreformen.

Mangel på korttidsplasser gjør også at utskrivningsklare pasienter som ut fra sin medisinske tilstand vurderes å ha behov for korttids- og/eller rehabiliteringsopphold i sykehjem i etterkant av et sykehusopphold, blir sendt hjem til oppfølging fra hjemmetjenesten. Dette oppfattes i noen tilfeller ikke å være til det beste for brukeren, noe følgende uttalelse illustrerer:

«Det skulle vært korttidsopphold etter sykehus, hvor opptrening skulle vært en del av oppholdet. Men det er dårlig kapasitet. Gjelder også rehabiliteringsopphold. Hvis de er bedre forberedt når de kommer hjem, klarer de seg bedre. Men korttidsplasser og rehabiliteringsplasser er fylt opp blant annet av pasienter i kø for sykehjemsplass.» (Ansatt ved tildelingskontor, stor kommune)

Det ses på som en stor utfordring at sykehusene har bygd ned rehabiliteringsplasser, mens kommunene ikke har bygd opp tilsvarende.

Mer synlig mangel på langtids plasser

I flere av de store kommunene har det økte presset på korttidsplasser bidratt til at manglende kapasitet på langtids plasser er blitt mer synlig og påtrengende. Det erkjennes at man ikke har ressurser i hjemmetjenesten til å kompensere for manglende langtids plasser. Flere kommuner melder om etablering av ad hoc løsninger for å avhjelpe en kritisk situasjon hvor man har kjøpt langtids plasser i andre kommuner eller fra private aktører. Flere har planer om å utvide kapasiteten på permanente langtids plasser, men realiseringen av slike tar tid.

5.3.3 Hjemmetjenesten – fra helhetlig omsorg til medisinsk behandling og pleie

Hjemmetjenesten er i endring; både med hensyn til hvordan de jobber, hvem som er mottakere, og hvilken kompetanse som kreves av tjenesten. Informantene forteller om en dreining som går fra å drive helhetlig pleie og omsorg, til mer medisinsk behandling og pleie. Tilsyn erstattes av trygghetsalarm, og innebærer i større grad tilsyn kun på medisinsk indikasjon. Det er i stor grad slutt på at man drar innom for å se til brukere som

ikke er så syke, bare for å sjekke hvordan det går, og veksle noen ord. Den generelle oppfatningen er at man prioriterer det viktigste – som nå er det sykepleiefaglige. Det psykososiale nedprioriteres. Ansatte peker imidlertid på hvordan de klarer å ivareta noe av det psykososiale, ved å fordele tiden slik at de den ene dagen kan snakke med én av brukerne på lista si, og den neste dagen ta seg litt bedre tid hos en annen.

En konsekvens er at det blir opp til pårørende, frivillige og annet sosialt nettverk å ta seg av den sosiale biten og ernæring. Ernæring pekes på som et stort problem for brukere av hjemmetjenesten, fordi mange trenger å ha noen hos seg mens de spiser, som også kan sikre at de spiser. Flere viser til at ensomhet gjør folk syke, og at man taper noe ved å slutte med tilsynene:

«Det blir dårligere tid til å ivareta den sosiale biten hos mennesker; det var mer tid før. Da jeg startet for 11 år siden, var et tilsyn mye mer det sosiale og å se til at de hadde spist osv.» (Ansatt i hjemmetjenesten, stor kommune)

Oppfatningen er at slike endringer av innholdet i hjemmetjenesten er en del av en langsiktig utvikling, og ikke kun en effekt av samhandlingsreformen.

Mottakerne av hjemmetjenester - mer omfattende bistandsbehov

Informantene beskriver en hverdag med flere brukere med et svært omfattende bistandsbehov. Det pekes på at det selvfølgelig blir en økt hjemmetjeneste når brukerne er sykere, og når terskelen for institusjonsplass er hevet. Spesielt for brukere som kanskje burde bodd på sykehjem, blir tjenestene omfattende. Mer komplekse plager skal hjelpes. Brukerne har for eksempel sonder eller respirasjonsproblematikk. Det er flere som sitter i rullestol hjemme, og det er utfordrende å montere løfteheis hjemme. Terminale pasienter skrives ut fra sykehus, og noen kommuner vektlegger at disse skal få dø hjemme med bistand fra hjemmetjenesten, mens andre søker å unngå kostnader forbundet med dette ved at de ikke aktivt tilbyr slik bistand. En leder i hjemmetjenesten beskriver hvordan de har merket endringer etter samhandlingsreformen med hensyn til pasienter som skal ha mer avanserte behandlinger hjemme:

«For 7 år siden da jeg begynte som leder, var det ikke aktuelt å gi intravenøst antibiotika og væskebehandling. Har også fått brukere med et avansert kateter som går rett inn i blæra; dette er noe som normalt en spesialist gjør. Men dette har vi fått opplæring i å gjøre selv. Vi sparer derfor pasienten veldig mye, for å reise til sykehuset.» (Leder i hjemmetjenesten, stor kommune)

Overgangen fra korttidsopphold i sykehjem til videre hjemmebaserte tjenester fungerer ofte veldig bra. Flere informanter forteller om god oppfølging og at veldig mange gjerne vil hjem og ønsker å fortsatt bo hjemme. Men det hender at oppfølgingen av hjemmetjenesten svikter, noe følgende uttalelse illustrerer:

«Vi sender pasienten hjem, men ofte er de reinnlagt på sykehus fort. Så skjer det på nytt. Og vi ser at det skjer... Vi kan ikke dømme hjemmetjenesten. Vi prøver å samarbeide bedre med hjemmetjenesten; men de dokumenterer dårlig. Vi prøver å innhente informasjon om pasienten før sykehusinnleggelse. Vi ser forskjell mellom distriktene i hjemmetjenesten. Det er blitt bedre med tiden, men de har mye å gå

på. Det handler ikke bare om kompetanse.» (Ansatt i korttidsavdeling, stor kommune)

Et aktuelt tema for ansatte i hjemmetjenesten, er å skape trygghet blant brukerne. Det observeres en stor økning av livsstilssykdommer, for eksempel KOLS, spesielt blant kvinner, og mye angst følger med på grunn av pustebesvær. Det er også en stor utfordring å gjøre pårørende trygge på at det tilbudet som gis hjemme er forsvarlig og godt. Videre er det et tema å skape trygghet blant ansatte i hjemmetjenesten når tempoet er høyt, når de må utføre ukjente prosedyrer, og når det kanskje mangler utstyr eller medisiner til nylig utskrevne pasienter.

Om en kommune mangler omsorgsboliger, finnes det ikke noen mellomting mellom hjemmetjeneste og sykehjem. Pasientene må hjem etter utskrivning fra sykehus og gis opp til 5-6 tilsyn pr dag.

Kompetansen styrkes

Tiden man har til hver pasient er knapp. Utfordringen er dermed stor med hensyn til å rekke å observere brukeren. En pasientkoordinator i en stor kommune beskriver at ansatte i hjemmetjenesten, fordi pasientene er sykere nå, må være mye flinkere til å observere, og hvordan de har laget et system for dette:

«... tidligere så var de opererte for brudd (slik at) de på sykehus trente med de – de kom lenger med smertelindring – nå får vi de meldt dagen etter at de ble operert – det er da mye mer krevende i forhold til hvordan hjemmetjeneste jobber. Du må være så obs på observasjoner og hva du skal se etter – vi må være oppdatert. Det krever at vi er oppdatert – vi laget sjekklister på å utrede pasienter. Alt dette må vi utrede, vi må være mye mer klinikere enn vi har vært.» (Pasientkoordinator, stor kommune)

Informantene fra en stor kommune beskriver hvordan de har styrket overgangen fra sykehus til hjem ved å etablere et eget oppfølgingsteam for hjemmetjenesten. Teamet skal bidra med en grundigere vurdering og oppfølging på toppen av den ordinære hjemmetjenesten når enkeltpasienter med utfordrende tilstander sendes hjem, enten fra sykehus eller fra korttids plass. Teamet er tverrfaglig og består av sykepleiere, ergoterapeuter og fysioterapeuter. Det er også etablert egne akutt plasser for hjemmetjenesten. Her kan de som bor hjemme tas inn på korte opphold, gjerne over natta, i tilfeller hvor det oppstår akutte situasjoner som gjør at det vurderes som uforsvarlig at de skal være hjemme. Et annet eksempel på forsterkning av hjemmetjenesten, er etableringen av oppsøkende team som foretar hjemmebesøk til alle 80-åringene som ikke har tjenester fra kommunen. Det er i dag ca 11-12 % av 80 åringene som har jevnlig tjenester fra kommunen; dvs. at de fleste er rimelig spreke. Besøket fokuserer på å ivareta egen helse og sette inn forebyggende tiltak.

Utfordring å få fastleger til å dra på tilsyn hjemme

Flere informanter forteller at det er en utfordring å få fastleger til å dra hjem på tilsyn til brukere av hjemmetjenesten. Det ses på som en flaskehals å få fastlegene til å følge opp bedre hjemme, når dårlige pasienter skrives ut fra sykehus og direkte hjem.

5.3.4 Grupper som prioriteres ned

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. Følgende uttalelse er generell men samtidig dekkende for mye av det vi har hørt:

«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 leder, stor kommune)

I den grad spesifikke pasientgrupper trekkes fram som tapere, er det pasienter med demens, rus/psykiatriske pasienter, kronisk syke og ensomme som bor hjemme.

I enkelte av de store casekommunene ser vi at problematikk som ikke «passer inn», settes ut til private aktører. Kommunene kjøper tjenester som de selv ikke klarer å gi til multihandicappede, utagerende demente, og unge i psykiatrien. De stiller selv spørsmål ved kvaliteten på disse tjenestene.

Tilbudet til demente

Demente er en gruppe som bor hjemme mye lenger nå enn før. For det første er det en ønsket utvikling at demente skal bo lenger hjemme, og det tilrettelegges ved at det settes inn mer ressurser i form av hjemmebaserte tjenester. For det andre mangler det institusjonsplasser, og flere informanter forteller om at det generelt er en mangel både på korttids- og langtidsplasser tilpasset denne pasientgruppen. Presset på korttidsplasser oppstår på grunn av flere og sykere utskrivningsklare pasienter. Det er store utfordringer for de hjemmeboende demente og deres pårørende samt hjemmetjenesten i de kommunene hvor institusjonskapasiteten er sprengt:

«Mange pasienter som bor hjemme skulle hatt mer hjelp og gjerne vært på institusjon. Gjennomsnittlig får personer med demens en time hjelp pr døgn. 40 prosent av de som får hjemmehjelp, har demenssykdom. Vi har for lite dagplasser til denne gruppen. De blir for lite aktivisert. Konsekvensen av manglende hjelp, er at vi til slutt får to som trenger hjelp (også pårørende). Denne pasientgruppen krever ikke noe selv.» (Ansatt i tildelingskontor, stor kommune)

Hjemmeboende demente og deres pårørendes avlastningsopphold har tidligere gjort det mulig for pasientgruppen å bo hjemme lenger, og til dels mye lenger, enn det som ville vært mulig uten slike opphold. En sykehjemslege i en stor kommune kommenterer at denne typen innsats er nedprioritert i forebyggingsøyemed. Både pårørende, ansatte i hjemmetjenesten og overordnede ledere for pleie- og omsorgssektoren er klar over hvilke tap man pådrar seg ved at denne typen avlastningsopphold forsvinner.

Oppfatningen av tilbudet til demente brukere av hjemmetjenester er imidlertid noe ulik blant våre informanter. Mens en avdelingsleder i hjemmetjenesten i en stor kommune argumenterer for at økte ressurser for at demente skal bo hjemme ganske mye lengre enn før er bra, er andre informanter mer opptatt av å beskrive utfordringene med at de ikke får gitt et godt nok tilbud til denne gruppen, enten fordi de ikke har tilstrekkelig tid eller fordi de ikke har tilstrekkelig kompetanse. Det fremstår som spesielt utfordrende å

etablere tilpassede institusjonsplasser for eksempel til de med en utagerende form for demens og plasser som differensieres i forhold til den dementes funksjonsnivå. En av de større kommunene har løst utfordringen med utagerende demente ved å kjøpe plasser hos private aktører, men legger ikke skjul på at de ikke ville etablert plasser med så lav faglig kvalitet i egen regi.

Rus og psykiatri

Ivaretagelse av rus- og psykiatrispasienter vekker bekymring hos mange av våre informanter. Ansatte i hjemmetjenesten i en stor kommune mener at disse pasientene ikke blir prioritert av hjemmetjenesten, fordi det krever mye. Fremfor alt stiller de andre krav til kompetanse enn den hjemmetjenesten tradisjonelt har hatt. Nedprioriteringen ses ikke som en direkte følge av samhandlingsreformen.

Flere av informantene på ledernivå uttrykker bekymring for det forventede økte ansvaret kommunene vil få på dette området. Bekymringen handler i stor grad om at kommunene mangler nødvendig fagkompetanse til å gi et godt tilbud til denne typen pasienter/brukere. Det er en bekymring for psykiatriske pasienter i sykehjem, når oppfølgingen fra psykiatrien stopper og henvisning til taushetsplikten hindrer informasjonsflyt. Det fortelles om et mer komplisert samarbeid mellom 1. og 2. linjetjenesten om disse pasientene som blant annet handler om mindre åpenhet i sykdoms- og funksjonsbeskrivelser, og utydelige ansvarsfelt.

Kronisk syke

Kronisk syke, gjerne med sammensatte lidelser, ses også på som tapere med hensyn til at de skal ha så kort liggetid på sykehus og til dels også på korttidsavdelinger. Dermed konsentrerer man seg ofte om kun én diagnose. Konsekvensen blir et mer fragmentert pasientforløp, og man ser i mindre grad på helheten. 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.

Ensomme som bor hjemme

Det man anser som et behov har endret seg. En del tilstander som tidligere kvalifiserte som behov for omsorgstjenester, er nå ikke lenger sett på som behov den kommunale pleie- og omsorgstjenesten skal dekke. Det psykososiale aspektet ved hjemmetjenesten nedtones. Installasjon av alarmer erstatter tilsyn. Det finnes i mindre grad tiltak for å møte ensomhet. De ensomme og nervøse fortrenses – gamle og ensomme med litt angst som bor hjemme, får ikke lenger hjemmetjenester. Dette bildet er imidlertid ikke entydig; noen informanter uttrykker at denne pasientgruppen får beholde vedtaket om hjemmetjenester, og at man kommer innom for å skape trygghet.

5.4 Samhandlingen mellom kommuner og sykehus

I denne delen av rapporten går vi spesifikt inn på samhandlingen mellom kommuner og sykehus. Samhandlingen mellom kommuner og helseforetak om de utskrivningsklare pasientene reguleres gjennom en egen tjenesteavtale (avtale 5) som helseforetak og kommuner er pliktig å inngå som del av samhandlingsreformen. Alle casekommunene

har avtaler som beskriver hva som skal følge med pasienten når de skrives ut fra foretaket. Det er også avtalt at dersom dette ikke følger med pasienten, så skal det meldes som avvik. Hensikten med å melde avvik er å øke kvaliteten i utskrivningsprosessen og bidra til bedre samhandling. Den siste delen av dette delkapitlet handler om håndteringen av denne typen avvik ved utskriving til casekommunene.

5.4.1 Varierende informasjon og mindre dialog?

Vi har bedt informantene reflektere over hvorvidt samhandlingen mellom kommune og spesialisthelsetjeneste har blitt endret til det bedre eller verre etter reformen.

I fem av kommunene, fire store og en liten, har informanter gitt direkte kommentarer om i hvilken retning de mener at samhandlingen endres; til det bedre eller til det verre. Det er forhold som gjelder utskrivningsklare pasienter som er konfliktstoffet. I en liten kommune er sykehjemslegen ganske kritisk til utviklingen i samhandlingen, og mener at den har blitt dårligere fordi pasienter skrives ut så raskt, og at man kun tar tak i hoveddiagnosen. Dermed må pasienten tilbake til sykehuset for hver diagnose.

I de store kommunene er det også noen kritiske røster. Det pekes på liten vilje fra sykehusets side til å gå inn i fagdiskusjoner og vurderinger av om pasientene virkelig er utskrivningsklare. En kommunalleder fortviler over at helseforetaket sender en jurist for å diskutere dette, og ikke fagpersonell. Han ser at både kommunen og foretaket bruker mye ressurser på å diskutere hvorvidt kommunen skal betale for overliggerdøgn – og synes at summen egentlig er for liten til at det brukes så mye tid til å krangle.

Tjenestekontoret i en annen stor kommune er på den ene siden kritisk til sykehuset, og mener at samhandlingen var bedre før, men at den også var mer ressurskrevende. Da hadde man en praksis med at kommunen hadde møter med pasient og pårørende før utskriving. Samtidig synes de ansatte at de har et godt samarbeid med sykehuset, og at ansatte på sykehuset først opplevde tjenestekontoret som litt brysomt da de stilte spørsmål, men at dette har gått seg til.

I en tredje stor kommune peker tjenestekontoret på at tempoet har økt veldig. Samhandlingen rundt pasienten ses ikke på som så god; før var det dialog om pasientens medisinske tilstand, mens nå handler det om utskriving før klokka 14.30. Lederen sammenligner sykehuset med en fabrikk, med sterke føringer på å få pasienten ut. Det legges imidlertid til at det også er sykehusavdelinger som er veldig gode på å planlegge utskriving. Samtidig er oppfatningen av samhandlingen på toppledernivå i samme kommune en helt annen, kommunaldirektøren peker på at kommunen og sykehuset aldri noen gang har snakket så mye sammen som de gjør nå.

Den siste store kommunen har uten tvil fått til en betraktelig bedre samhandling med sykehuset. Kommunen har bevisst satset på å bygge relasjoner inn mot sykehuset, og viser til at utfordringene til begge parter har blitt tydeligere for alle involverte. Ett av grepene som kommunen har gjort, har vært å etablere en sykehuskontaktordning, og de har opprettet samarbeidsforum med sykehuset hvor det blant annet er informert om tilbudet de gir, og kompetansen de har. Følgende uttalelse illustrerer dette:

«Helheten er mye bedre ivaretatt; dialogen med sykehus er mye hyppigere og tettere, vi kjenner og forstår hverandres systemer, vi har blitt mere likeverdige. Selv

om det fortsatt hender at «det bestilles opphold i kommunen». Det var mere slike problemer før enn nå, de skriftlige avtalene gjør dette lettere.» (Ansatt i tildelingskontor, stor kommune)

Helseledelsen i kommunen og også andre informanter er enige i at det har vært en stor forbedring. Det pekes imidlertid på at dette kun gjelder innenfor somatikken. Innenfor psykiatrien opplever kommunen ofte stor uenighet, at sykehuset helst vil definere hvilket tilbud som trengs i kommunen, og at dette gjerne er bolig med heldøgnsomsorg.

Noen informanter peker på at det er en sammenheng mellom den informasjonen det kommunale nivået rapporterer om pasientens funksjonsnivå når de legges inn i sykehus, og den rapporten de får om funksjonsnivå når pasienten skrives ut. God kvalitet inn gir som regel bedre kvalitet ut. Flere informanter påpeker at det elektroniske meldingssystemet er et nyttig verktøy for å gi gode beskrivelser av pasientens funksjonsnivå ved innskrivning. Inntrykket er at en del kommuner har forbedret seg som følge av samhandlingsreformen når det gjelder å gi god informasjon om pasienten ved innleggelse, mens andre synes å ha en vei å gå på dette punktet.

5.4.2 Forsvarligheten

Informantene stiller spørsmål ved forsvarligheten ved noen av de avgjørelsene som tas om utskrivning. Mens man tidligere hadde dialog mellom sykehuset og kommunen rundt pasientens medisinske tilstand, er det nå mer sykehusets avgjørelse. Majoriteten av utskrivningene gjelder eldre pasienter som pleie- og omsorgssektoren kjenner fra før fordi de er eksisterende brukere av pleie- og omsorgstjenester. De aller fleste av casekommunene har i dag et elektronisk meldingssystem som gjør at de kan følge med på meldinger fra sykehuset om disse pasientene, for eksempel tidligmeldinger om utskrivning, og planlegge ut fra dem. Informantene rapporterer unisont en del misnøye mht. at beskrivelser av pasientenes funksjonsnivå (i den grad de foreligger) når de skrives ut fra sykehus, ofte har lav kvalitet. De er mangelfulle eller lite dekkende for pasientens reelle situasjon. I mange tilfeller har sykehusets personell en oppfatning av at pasienten trenger mer bistand enn det personellet i kommunene har. Det hender også at pasientene viser seg å ha et lavere funksjonsnivå enn det som framgår av dokumentasjonen som følger med pasienten.

Det tegner seg ikke noe entydig bilde av om denne situasjonen er verre nå enn før samhandlingsreformen. Forskjellen nå er at disse tingene i større grad avklares etter at pasienten er kommet tilbake til kommunen, mens dette før ble avklart mens pasienten var innlagt på sykehus. Disse uklarhetene gjør at enkelte pasienter som før ville blitt sendt rett hjem, nå må veien om en kommunal institusjon for avklaring, noe som bidrar til et mer oppstykket behandlingsforløp.

5.4.3 Kommunene forholder seg ulikt til avvik fra avtalene med helseforetak

Når kommunene opplever hendelser som avviker fra vedtatte tjenesteavtaler knyttet til samhandling rundt utskrivningsklare pasienter, så skal dette i henhold til overordnet avtale meldes som avvik til utskrivende helseforetak. Dette gjøres ved å fylle ut standardiserte skjema utviklet i hvert helseforetak som kan sendes elektronisk eller i

papirformat til helseforetaket. Hensikten med å melde avvik er å sikre at uønskede hendelser avdekkes, forebygges og reduseres. Det finnes ingen offentlig statistikk som viser det samlede omfanget av slike avviksmeldinger. Men denne typen avvik har vært gjenstand for oppmerksomhet i våre intervju med informantene, selv om vi i utgangspunktet ikke hadde tenkt å vie slike avvik noen oppmerksomhet.

Avvik er svært vanlig i alle casekommunene. De handler i hovedsak om at pasienter mangler epikriser ved utskrivning, nødvendige medisiner for første døgn etter utskrivning og/eller nødvendige hjelpemidler. Det finnes også eksempler på at pasienter med hjelpebehov ikke meldes utskrivningsklar til kommunen før de skrives ut. Kommunen kan få melding når pasienten sitter i taxi på vei hjem, eller de kan få melding fra pasienten selv etter at denne er vel hjemme. Vi har også hørt historier om pasienter som har hatt hjerneslag og har omfattende behov for rehabilitering, som skrives ut fra sykehus uten at sykehuset har tatt stilling til den videre medisinske oppfølgingen av pasienten. Ulike «skrekkehistorier» om graverende avvik ved utskrivning er formidlet til oss fra de fleste casekommuner. Dette er avvik som er rapportert til det involverte helseforetaket.

Flere informanter berører problematikk knyttet til pasienter hvor man er uenig i helseforetakets vurdering om at pasienten er utskrivningsklar. Flere er usikre på om det kan regnes som et avvik når pasientene vurderes å være *for dårlige* når de meldes utskrivningsklar eller blir mye dårligere, og gjerne dør, kort tid etter utskrivning. I noen tilfeller rapporteres dette som avvik, men dette gjelder de mest alvorlige tilfellene, noe følgende uttalelse illustrerer:

«Vi har også sendt meldinger tilbake til sykehuset mht. pasienter som har blitt mye dårligere innen kort tid eller dødd etter kort tid. Noe av dette meldes som avvik.» (Ansatt på tildelingskontor, stor kommune)

Det er ulikheter mellom kommunene med hensyn til hvordan de håndterer avvik og hvorvidt avvik meldes. I noen kommuner (både små og store) har man tro på at det å melde avvik er et godt bidrag til å gjøre helseforetaket bedre, og man har utviklet klare rutiner med hensyn til at alle avvik skal meldes og hvordan de skal meldes. Her er det gjerne slik at meldinger går via en sentral enhet internt i kommunene (gjernsamt samhandlingskoordinator eller tildelingskontor) som har ansvar for å melde videre til helseforetaket. Det er imidlertid ikke alltid de som jobber på tjenestenivået prioriterer å bruke tid på å melde avvik.

Det er ikke like klart på tjenestenivået i alle kommuner hva et avvik er, hvorvidt man mener at avvik skal meldes, og hvordan dette i så fall skal håndteres. Manglende epikrise ved utskrivning er i noen kommuner ansett å være så vanlig, at det av den grunn ikke er noen vits å melde som avvik.

Avstand til sykehus synes å spille inn på hvordan avvik håndteres. I de store kommunene med kort avstand til sykehus, meldes avvik i mindre grad. Her satser man mer på å føre muntlig dialog med sykehuset for å sikre økt kvalitet i utskrivningsprosessen. Man mener det er bedre at en med ansvar for samhandling i helseforetaket ser på de vanskelige sakene, tar det opp internt, snakker med legene, og kan si fra hvis det er dårlig legearbeid.

Fra flere av de store casekommunene meldes det om en bedret dialog rundt de utskrivningsklare pasientene som har ført til færre avvik nå enn tidligere. Valget av dialog framfor avviksmelding kan forklares i hvordan informantene har opplevd at avvik er blitt håndtert i helseforetakene. Når avvikene meldes, har det ofte tatt lang tid før kommunene har fått respons. Responsen har ofte vært uklar. Det å fortsette med å rapportere avvik oppleves dermed som lite produktivt fordi ingenting oppleves å bli bedre av det.

5.5 Økte krav til kompetanse

Våre informanter forteller at man i kommunen er opptatt med mer kompetansekrevende pleieoppgaver enn før. Endrede krav til kompetanse som følge av samhandlingsreformen, fører med seg endringer med omgjøring av stillinger, disponering av kompetanse, mer tilstedeværelse av leger, kompetanseoverføring fra sykehus til kommune og mellom kommunalt personell. Det stilles spørsmål ved om personellet er rustet for oppgavene. Flere understreker at faglig trygge ansatte er en forutsetning for en vellykket implementering av samhandlingsreformen.

5.5.1 Omgjøring og opprettelse av stillinger

Det har blitt flere sykepleieroppgaver i pleie- og omsorgssektoren. Mange kommuner gjør om hjelpepleier-/helsefagarbeiderstillinger til sykepleierstillinger der de kan. Informantene forteller at sykepleiere med relevant videreutdanning og erfaring fra sykehus har vært foretrukket ved tilsetning i nye/ledige sykepleierstillinger ved korttidsavdelingene. Den økte betydningen av leger og sykepleiere for korttidsplassene fremheves. Det opprettes nye funksjoner som fagsykepleiere. Behovet for mer spesialiserte tjenester i små kommuner løses noen steder med bruk av kreftsykepleier i deltidsstilling, samt interkommunale løsninger med felles kreftkoordinator, frisklivssentral og diabetessykepleier.

5.5.2 Disponering av kompetansen

Noen kommuner endrer på hvordan de disponerer sykepleierressursene, for eksempel ved å endre turnus med flere sykepleiere på dagvakt, at sykepleiebemanningen på ettermiddagstid styrkes på grunn av at mange skrives ut da, eller ved samling av sykepleierne i korttidsavdelingen. Mange av de store kommunene bygger opp korttidsavdelinger med høy dekning av sykepleiere og mer tilstedeværelse av leger. En stor kommune viser til at de har ansatt seks nye sykepleiere på korttidsavdelingen som tar imot utskrivningsklare pasienter, og at dette er personell med videreutdanning og med erfaring fra sykehus. Det kommenteres at det var uvanlig mange søkere til stillingene. En annen stor kommune har nesten doblet sykepleierårsverk på korttidsavdelingen, og begrunner dette med at personellet må ha kunnskap til å observere endring i medisinske tilstander. De må følge med mye mer, og de må rapportere mer til legene.

For de små kommunene oppstår det utfordringer når de har pasienter med krevende prosedyrer som krever sykepleier sju dager i uka, enten det er på langtidsavdeling hvor det ikke alltid er sykepleier på vakt på kveld eller i helger, eller i hjemmetjenesten hvis det er flere krevende pasienter, som kanskje er lokalisert i hver sin ende av en kommune som er stor i geografisk utstrekning. Det er en utfordring at få sykepleierne skal rekke

over alt. En måte som dette håndteres på, er ved tettere samarbeid mellom virksomhetsområdene. Sykepleiere fra hjemmetjenesten og institusjon dekker opp for hverandre. I en annen kommune er korttidsplasser og hjemmetjenesten lokalisert i en felles avdeling. Slik samordning på tvers gis det også eksempel på fra en institusjon med to avdelinger i en stor kommune. Til dels har man hatt problemer med å bemanne begge avdelinger med sykepleiere om kvelden og om natten, og en sykepleier må ta ansvaret for begge avdelinger. Det som ikke lar seg gjøre, er å la helsefagarbeidere ta det ansvaret. På grunn av sykere pasienter blir dette et for stort ansvar.

Et interessant aspekt fra en stor kommune er at spesialkompetansen til ansatte på rehabiliteringsavdelingen og på et sykehjem for demente, brukes *mindre* etter innføring av samhandlingsreformen. Dette skyldes at pasientene som skrives ut fra sykehus er for syke til å starte rehabiliteringen med det samme, og at mer ressurser enn før går til ren pleie. Det blir henholdsvis lengre opphold som inkluderer en ren pleieperiode først, og mindre tid til å aktivisere de demente – som skulle være et ledd i å forebygge og holde de friskere lengre. Dette er et annet bilde enn vi ser på vanlige langtidsavdelinger.

Mange informanter peker på at de bruker mere av sykepleierkompetansen. Men mange sykepleiere trenger kompetanseheving og oppfriskning av det de en gang har lært. En leder i hjemmetjenesten i en stor kommune tror at de trenger kompetanseheving for å kunne legge om måten de jobber med demente pasienter. De bør bruke mer tid, ha en annen faglig tilnærming og kartlegge mer. En avdelingsleder i en liten kommune peker på at hun må stille større krav til sykepleierne med hensyn til å ha plan over arbeidet, være ryddige, og selv ta styring over vekten. En følge av dette er at sykepleiere er mindre ute i avdelingen enn før. En kreftsykepleier et på heldøgns omsorgstilbud kommer med et hjertesukk om at hun aldri har tid til å sette seg inn i pasientenes journaler, eller delta på kompetanseheving i regi av sykehuset. Hvis hun skal oppdatere seg, må hun bruke fritiden.

5.5.3 Større legeressurser i sykehjem

Legene har fått større plass i sykehjemstjenesten, og da spesielt på korttidsavdelingene, i de fleste casekommunene. I en stor kommune vises det til at tilstedeværelsen av lege er økt fra to dager i uka, til hver dag på korttidsavdelingen. Det vil si at den medisinskfaglige kompetansen er solid styrket på korttidsavdelingen. Sykehjemslegen i en annen kommune viser til at det over lang tid har skjedd en gradvis økning i legeressursen. Dette henger blant annet sammen med at folk på sykehjem blir sykere, en utvikling som har pågått over lang tid. Kommunen har innført interkommunalt samarbeid om sykehjemslegevakt ut over vanlig arbeidstid.

5.5.4 Kompetanseoverføring fra sykehus til kommune

Informanter i alle kommunene peker på eksempler på hvordan kompetanse overføres fra sykehus til kommunen. Flere kommuner viser til opplegg hvor sykepleiere hospiterer på sykehus. Vi har ikke hørt om at hospitering skjer motsatt vei, fra sykehus til kommune, selv om det i ulike sammenhenger påpekes at det er mangelfull kompetanse på sykehus når det gjelder å forstå hvordan kommunehelsetjenesten fungerer, og hva man er i stand til å gjøre der. Det fortelles at samarbeidet med sykehuset har blitt bedre. Måter som trekkes frem for å overføre kompetanse på fra sykehuset, er gjennom ambulerende team,

hospitering på sykehus, opplæring ved bruk av videokonferanse, at man kontakter sykehuspersonell når man gjennomgår egne prosedyrer, eller at man ringer til sykehuspersonell for å få spesifikke råd.

5.5.5 Andre kompetansehevingstiltak

Casekommunene har mange ulike kompetansehevingstiltak. Eksempler er å opprette kompetansenettverk, kompetansegrupper, fagteam (demensteam), ABC-opplæring for store grupper ansatte, eller etablering ressurspersoner for eksempel innenfor psykiatri. Videre er det noen som arrangerer faglunsjer, og en kommune arrangerer kompetansehevingsuke noen ganger i året ved sin korttidsavdeling. Fremfor alt lærer personellet av hverandre.

5.5.6 Mer spesialisering - er personellet i kommunene rustet til oppgaven?

Kommunaldirektøren i en stor kommune understreker at de må ha spesialkompetanse når de skal inn på sykehusets ansvarsområde, og at det å få inn en forståelse for dette, er viktig:

«Det er ikke grenser for spesialområder vi trenger for disse som egentlig er generalister.» (Kommunaldirektør, stor kommune)

Lederen for hjemmetjenesten i en stor kommune reflekterer over hvordan stadig sykere pasienter stiller krav til økt kompetanse blant personellet. Det er ikke alltid det er mulig å finne prosedyrer som er tilpasset utfordringene, noe følgende uttalelse illustrerer:

«I det siste har vi hått isolatpasienter hjemme. Det skaper utfordringer faglig. Har vi nok kunnskaper til dette? Blir dette forsvarlig? Vi har fått noen aha-opplevelser. Kanskje man i ettertid ser at ting skulle vært gjort annerledes.» (Leder i hjemmetjenesten, stor kommune)

De fleste informantene på tjenestenivået i casekommunene mener selv at de er rustet til oppgaven med mer krevende pasienter. De som ikke er enige i dette, er først og fremst sykehjemsleger. Sykehjemslegen i en liten kommune er klar på at det er for få sykepleiere, og at det er et stort problem at det ikke er sykepleiere på hver vakt på sykehjemmet. Sykehjemslegen stiller spørsmål ved den tilgjengelige kompetansen; hvis det ikke er sykepleier på jobb, blir lite gjort. Legen er avhengig av å få informasjon fra sykepleieren for å få gjort sin jobb. Sykehjemslegene i to store kommuner mener også at de som jobber i sykehjem ikke har en godt nok tilpasset kompetanse, spesielt når det gjelder å håndtere uavklarte pasienter. En av sykehjemslegene viser til at kommunen har noen gode og noen mindre gode demensavdelinger. Legen sier at det er bare å sammenligne medisinlistene, med mer beroligende midler på de dårlige avdelingene.

Ansatte i hjemmesykepleien i en stor kommune skolerer hver gang det kommer en pasient som krever en ny prosedyre eller lignende. Det er lederne deres som sørger for at de får økt kompetansen. Inntrykket vårt er at de ansatte i hjemmetjenesten virket trygge på at de har den kompetansen de trenger, til tross for at antallet brukere har økt kraftig, at de gjerne er sykere og har mer komplekse tilstander, og at de ansatte stort sett drar alene ut til brukerne.

Andre som ikke er enige i at kommunene er rustet for oppgaven til å ta imot mer krevende pasienter, er noen brukerrepresentanter samt en rådmann i en liten kommune. De er ikke komfortable med alt det akuttmedisinske som kommunen holder på med.

Flere kommuner påpeker betydningen av å ha personer med spesialkompetanse innen områder som palliasjon, kreft og diabetes. Hvorvidt kommunen satser på å bygge opp ny spesialsykepleierkompetanse eller ei, avhenger av kompetansen de har i utgangspunktet. Flere oppgir således å ha kompetanse på områder som kreftsykepleie og palliasjon. Én kommune hadde satset på å gi en person særskilt utdanning i hjemmerehabilitering. Vedkommende fikk i neste omgang en sentral rolle i å videreformidle kompetanse gjennom kursvirksomhet i satsingsprosjekt på området.

5.6 En mer faglig spennende og utfordrende tjeneste

Våre informanter forteller at samhandlingsreformen har gjort jobben på sykehjem mer faglig spennende og utfordrende, særlig med pasienter på korttidsopphold. Sykepleierne vi har snakket med, er udelt positiv til denne endringen. Følgende uttalelse er dekkende for mye av det vi har hørt fra denne yrkesgruppen:

«Mer krevende pasienter gjør jobben mer spennende. Her skjer noe hver dag. Du får brukt kompetansen din på alle mulige måter. Alternativet hadde vært å jobbe på sykehus.» (Ansatt i korttidsavdeling, stor kommune)

Ledere i sykehjem forteller om stor entusiasme for nye utfordringer blant ansatte, og at det er mer tverrfaglig samarbeid. Men de forteller også om utfordringer med å gjøre personell, særlig hjelpepleiere/helsefagarbeidere, ufaglærte og i noen tilfeller eldre sykepleiere, trygge i en ny faglig setting hvor det kreves mer av dem enn før.

Flere av sykehjemslegene vi har snakket med, bekrefter at de faglige utfordringene er større som følge av samhandlingsreformen. Sammenliknet med sykepleierne, er flere av dem mer nøkterne i sine vurderinger av hvorvidt den faglige kompetansen i sykehjemmene er god nok til å løse de nye oppgavene. De er kritisk til andre faggruppers kompetanse, men også til sin egen. I de små kommunene er sykehjemslegene godt integrert i sykehjemmene. De har en naturlig plass i sykehjemsorganisasjonen og nyter i kraft av sin kompetanse stor autoritet. I de store kommunene har vi snakket med sykehjemsleger som opplever at de i liten grad blir spurt til råds, og som mener at deres kompetanse kunne vært brukt mye bedre. De uttrykker også ønsker om å være en del av sykehjemsorganisasjonen og i større grad bli informert om det som skjer der.

Når det gjelder hjemmetjenesten, er det også et sammensatt bilde. I de fleste kommunene, og særlig i de små, tegnes det et entydig bilde av en mer faglig spennende hjemmetjeneste som følge av samhandlingsreformen. Men også her hører vi fra ledernivået i enkelte kommuner om utfordringer med å gjøre personalet trygge på at de mestrer nye og mer utfordrende oppgaver.

5.7 Oppsummering

Analysen basert på kvalitative data viser at det er en nær unison oppfatning blant informantene i casekommunene om at pasienter som meldes utskrivningsklare til kommunen er sykere enn før samhandlingsreformen. Samtidig er det flere utskrivninger fra sykehus, og økt tempo i utskrivningsprosessene. Pasientene meldes så snart man ser at behandlingen virker og pasienten er i bedring. Majoriteten av utskrivningene gjelder eldre pasienter som pleie- og omsorgssektoren kjenner fra før fordi de er eksisterende brukere av pleie- og omsorgstjenester.

Vi finner en klar tendens til at terskelen for å få sykehjemsplass og hjemmetjenester er blitt høyere. I takt med at pasientene på hvert omsorgsnivå har blitt sykere, øker de medisinske tjenestene fordi de medisinske utfordringene er blitt større. For sykehjemmene handler endringene i tjenestene om at 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. Utskrivningsklare pasienter tar opp plassen på korttids- og avlastningsenheter. Konsekvenser av korken som skapes i systemet, er at pasienter legges på tomannsrom, og at etablerte avlastningsordninger for hjemmeboende bryter sammen. Korttidsopphold blir samtidig mer målrettede, og oppgraderes i forhold til personell og utstyr. Man er strengere med hensyn til å avslutte oppholdet på avtalt dato. Dette kan ses på som tegn på en mer spesialisert pleie- og omsorgstjeneste, hvor kommunene i likhet med sykehusene blir diagnoseorienterte, fremfor personorienterte. Informanter er bekymret for at det er færre ressurser eller plasser til rehabilitering, og bekymringen er knyttet til at dette ikke er bygget opp i takt med at spesialisthelsetjenesten har bygd ned sitt rehabiliteringstilbud.

For hjemmetjenestens del handler endringen om en overgang fra pleie og omsorg til mer medisinsk behandling og pleie. Tidligere hjemskrivning kan oppfattes som en bedre tjeneste, forutsatt at det finnes et godt hjemmetjenestetilbud med inntil heldøgns tjeneste. I kommuner hvor hjemmetjenesten er rustet opp, kan hjemmeboende pasienter raskere få et godt tilbud. I den grad man har klart å skape et mer effektivt tilbud, vil flere få hjelp innenfor de samme ressursene. Det psykososiale aspektet ved hjemmetjenesten nedtones. De medisinske tjenestene økes fordi de medisinske utfordringene i hjemmetjenesten har økt. Et aktuelt tema er derfor å skape trygghet både blant ansatte i hjemmetjenesten som må håndtere stadig sykere pasienter, og blant hjemmeboende pasienter. Det finnes i mindre grad tiltak for å møte ensomhet. En konsekvens av dette er at behovet for frivillig innsats øker.

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, er det 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 er dårlige. Kommuner kjøper tjenester som de selv ikke klarer å gi til eksempelvis multihandicappede, utagerende demente og unge i psykiatrien. De stiller selv spørsmål ved kvaliteten på disse tjenestene.

Informantene gir ikke noe entydig uttrykk for om samhandlingen mellom kommuner og sykehus har blitt bedre. Det pekes på at økt tempo i utskrivningen av pasienter betyr dårligere samhandling. 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 bruker systemene for å melde avvik. En god muntlig dialog mellom partene ses av andre på som en alternativ og bedre strategi.

Økte krav til kompetanse i pleie- og omsorgssektoren er møtt med 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. De er også kritiske til sin egen kompetanse, og til at de i liten grad er en integrert del av sykehjemsorganisasjonen.

6 Drøfting av funn og konklusjoner

Hovedspørsmålet som besvares i denne rapporten er hvordan samhandlingsreformen endrer kommunenes tilbud innen pleie- og omsorgssektoren. Med utgangspunkt i at pasientene på hvert omsorgsnivå generelt synes å være sykere enn før og de medisinske utfordringene dermed er større, tyder våre funn på at det skjer tilpasninger på flere hold. Det synes å foregå et skifte i kommunehelsetjenestens karakter, i retning av mer behandling og pleie av kort varighet og 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 forekommer i liten grad. Med oppbygging av egne korttidsavdelinger utvikles en kommunal helsetjenestefunksjon som er ny for de fleste kommuner. Særlig knyttet til disse bygges kompetansen noe opp, med økte sykepleier- og legeressurser. Samtidig synes diagnoseorienteringen å bli mer fremtredende på bekostning av personorienteringen på korttidsoppholdene, noe som gir økte utfordringer med å få til mer sømløse overganger og mindre oppstykkede pasientforløp.

6.1 Sykere pasienter

En tidlig studie av effekter av samhandlingsreformen (Rambøll, 2012) avdekket at man i helseforetakene mener at en utskrivningsklar pasient defineres på samme måte som tidligere, mens man i kommunene opplever at pasientene er sykere enn før. Ut fra stortingsmeldingen om samhandlingsreformen er det uklart hvorvidt det var en intensjon at kommunene skulle ta imot sykere pasienter. Våre funn (se kap 4.9 og 5.1) gir støtte for at pasienter som skrives ut fra sykehus og meldes som utskrivningsklare til kommunen etter reformen, er dårligere enn før. Praksis i dag er at behandlingen, som tidligere i sin helhet ble gjennomført på sykehus, ofte starter på sykehuset, men fullføres i kommunene. Det er en felles oppfatning blant våre informanter om at ikke bare utskrivningsklare pasienter, men også pasienter som i dag er på sykehjem, brukere i omsorgsbolig og brukere som bor hjemme, generelt er sykere enn før reformen ble innført. De medisinske kostnadene i kommunene, som økte med 9 prosent i institusjon og 36 prosent i hjemmetjenesten fra 2011 til 2013, bekrefter denne oppfatningen. Diskusjonen om hvorvidt pasientene er sykere, kan man vel dermed snart legge bak seg. Det er en mer interessant diskusjon hvorvidt kommunene kompenseres tilstrekkelig for de økte oppgavene. Uten tilstrekkelig kompensasjon vil de økte oppgavene trolig gå på bekostning av andre oppgaver som vil være vesentlige for å oppfylle samhandlingsreformens intensjon.

6.2 Skifte i kommunehelsetjenestens karakter

Det er i tidligere studier dokumentert at det samlede tilbudet til eldre over 80 år er redusert i løpet av de siste 20 årene (Gautun et al, 2012). Antallet mottakere av hjemmetjenester over 80 år per 1.000 innbyggere er redusert, samtidig som antallet institusjonsplasser pr 1.000 innbyggere er redusert uten at dette er kompensert ved oppbygging av plasser i omsorgsboliger. Vår analyse viser at antallet institusjonsplasser, andel beboere i institusjon og mottakere av hjemmetjenester over 80 år i tiden rett før og etter innføring

av samhandlingsreformen (de siste fem årene) har endret seg lite (se kap. 4.1 og 4.4). Det er ingen generell utbygging av kapasiteten. Dette kan ha sammenheng med en antatt friskere eldre befolkning, men det er trolig ikke en fullgod forklaring.

Det er altså ingen generell utbygging av kapasiteten, men eksisterende institusjonsplasser endres på to måter. For det første omgjøres en del langtidsplasser til korttidsplasser, hvor det foregår mer målrettet behandling av enkeltdiagnoser blant pasienter som nylig er utskrevet fra sykehus. For det andre har terskelen blitt høyere for å få institusjonsplass, det vil si at plassene opptas av pasienter som er sykere enn før, og har større behov for behandling og pleie. Videre peker våre informanter på en overgang fra omsorg og helhet til mer medisinsk behandling også i hjemmetjenesten.

Disse endringene kan ses på som en del av et skifte i kommunehelsetjenestens karakter, fra en tjeneste som er mer personorientert til en som er mer opptatt av enkeltdiagnoser. Personorienteringen som kommunehelsetjenesten har vært preget av, innebærer helhetstenking og nærhet til pasientens sykehistorie, relasjoner og lokalsamfunn over tid. Skiftet tyder på at kommunene i noen grad overtar sykehusenes tenkning om den skrøpelige eldre pasienten i et diagnoseorientert behandlingsregime, hvor spesielt korttidsplassene bidrar til en mer oppsplittet behandlingsskjede. Denne tenkningen overtas til fortrenghet for kommunenes tradisjonelle langtids omsorgsregime (Paulsen og Grimsmo, 2008, Otterstad, 2009). Vi finner imidlertid ikke indikasjoner på at skiftet i kommunehelsetjenestens karakter gjelder pleie og omsorg i langtidsavdelingene.

I den grad samhandlingsreformen innebærer at noen fortrenghet fra pleie- og omsorgstjenester, peker våre informanter på at dette særlig gjelder hjemmeboende demente eller personer med psykisk sykdom og/eller rusproblematikk. Det synes også i noen grad å gjelde eldre med psykososiale behov. Det å gi tjenester for denne typen behov kan ha en forebyggende effekt og redusere behovet for «tyngre» hjelp seinere. Forebyggingen kan dermed svekkes med denne effekten av reformen.

6.3 Den nye kommunale rollen

Ved lanseringen av samhandlingsreformen var det tre forhold som ble trukket frem som sentrale begrunnelser for en sterkere kommunerolle: sterkere fokus på forebygging, understøttelse og koordinering av egenmestring i kommunal helsetjeneste, og kommunale tjenester som i noen grad erstatter de dyrere spesialisthelsetjenestene (St. meld. nr. 47 (2008-2009), side 27). Oppbyggingen av egne korttidsavdelinger for mottak av utskrivningsklare pasienter i de store kommunene, kan ses som et uttrykk for at kommunene har grepet fatt i det siste forholdet, godt hjulpet av kravet om betaling for fortsatte liggedøgn i sykehus. Hvor bevisst man så langt har vært på å holde kostnadene nede i kommunal sektor, er imidlertid et åpent spørsmål. Det er foreløpig ingen som har presentert regnestykket som viser hva man sparer på å fortsette medisinsk behandling, som tidligere ble gitt i sykehus, i de nye korttidsavdelingene hvor kompetanseressursene er økt og det er investert i nytt utstyr. Det er imidlertid liten tvil om at den nye korttidsplassen er langt dyrere i drift enn en langtidsplass.

Oppbyggingen av egne korttidsavdelinger er samtidig et uttrykk for at kommunene organiserer pleie- og omsorgstjenesten på en ny måte for å yte mer kortvarig innsats,

ideelt sett for å mobilisere til egenmestring som gjør at flere kan fortsette å bo hjemme. Det har blitt flere korttidsplasser og rehabilitering-/habiliteringsplasser (se kap. 4.2 og 4.3), men de oppstår i stor grad fordi man gjør om langtidsplasser til denne typen plasser. En slik tilpasning er rasjonell hvis man lykkes med å drive reell forebygging eller re-/habilitering på korttidsoppholdene og på denne måten utsetter eller fjerner behovet for en langtidsplass. Våre funn (se kap. 5.3) tyder imidlertid på at man i mange tilfeller, særlig i store kommuner, ikke har de ressursene som skal til. Man bygger ned en allerede sprengt langtidsinstitusjonskapasitet. Eldre som vurderes å trenge rehabiliteringsopphold får ikke dette fordi det ikke er plass. Mange sendes i stedet rett hjem og spørsmålet blir da om det er ressurser i hjemmetjenesten til å gi nødvendig rehabilitering. Det snakkes mye om behovet for hverdagsrehabilitering, men inntrykket er at det i en del tilfeller blir med praten. Vi har også hørt mange historier om at det ikke er kapasitet til avlastningsopphold for demente som bor hjemme.

Våre funn tyder altså på at flere kommuner har store utfordringer med de utskrivningsklare pasientene, og det er grunn til å spørre om reformen bare overfører oppgaver fra sykehus til kommune, eller om mer behandling på kommunalt nivå reelt sett gir en bedre tjeneste for brukerne.

Hvis man ønsker økt forebygging og mobilisering av egenmestring i eldreomsorgen, trengs det trolig særskilte økonomiske insentiver, i alle fall i en overgangsfase. Dersom mekanismene som følge av forebygging utsetter eller reduserer sykdom, vil dette i det lange løp gi gevinst. Ordningen med betalingsansvar fra dag én viser at økonomiske insentiver virker. Utfordringen er å utvikle insentivordninger som virker på riktig måte. Med strukturreformen i Danmark ble primær og sekundær forebygging, samt gjenopptrening/rehabilitering definert som nye helseoppgaver for kommunene. Fra 2013 har danske kommuner fått egne midler til forebygging og helsefremmende tiltak. Lange og varierende ventetider på gjenopptreningsområdet er imidlertid en problematikk hvor man fortsatt mangler konkrete løsninger (se vedlegg 3).

6.4 Enda mindre sømløst?

Økt hastverk rundt utskrivning av pasienter (se kap. 5.1), samt ulikheter blant helsepersonell i sykehus og på kommunalt nivå i synet på hvilken pasientinformasjon som er vesentlig (se kap. 2.3.3), gir ofte dårlig kvalitet på den informasjonen som følger med pasienten ut av sykehuset. Selv om det rapporteres om en viss bedring i pasientinformasjonen, som følge av at den utveksles elektronisk, og av konsekvent avviksmelding fra enkeltkommuners side (se kap. 5.4), synes samhandlingsreformen i liten grad å ha bidratt til en mer sømløs overgang for pasienten mellom sykehus og kommunalt nivå. Man får i tillegg ofte en ekstra transportetappe i overføringen, fra sykehus via kommunal korttidsplass til hjem eller langtidsplass - mot før hvor overføringen i større grad gikk rett fra sykehus til hjem eller langtidsplass. Mangelfull overføring av vesentlig pasientinformasjon i utskrivningsprosessen er hverken nytt eller særnorsk. Fenomenet eksisterer også i Danmark (se vedlegg 3). Paulsen og Grimsmo har før samhandlingsreformen beskrevet dette som helsetjenestens *sårflate* (Paulsen og Grimsmo, 2008). De framholdt at bedre informasjon fra sykehuset var et av de viktigste virkemidlene for å få til en bedre samhandling mellom sykehus og kommuner ved

utskrivninger av omsorgstrengende eldre, men at bedre informasjon ikke er identisk med elektronisk informasjon (ibid, side 100). Det at sykere pasienter nå skrives ut fra sykehus til kommunen, gjør problemet med mangelfull medfølgende pasientinformasjon potensielt mer alvorlig enn før.

Utskrivningen av pasienter til kommunene kan ses som et konfliktpunkt hvor sykehusene gjennom forskrift²¹ nå er gitt en klar bestemmelsesrett med hensyn til å definere når en pasient er utskrivningsklar. Helseforetak og kommuner har inngått tjenesteavtaler som regulerer hva som skal være på plass ved utskrivning. Man har avtalefestet at avvik fra dette skal meldes. En del kommuner melder ikke avvik fordi de ikke har tid eller ikke ser noen effekt av å gjøre det.

Fra våre casekommuner har vi ikke fått noen oversikt over det totale omfanget av avvik fra tjenesteavtalen om utskrivningsklare pasienter. Fra Trondheim vet vi imidlertid at det rapporteres avvik ved om lag 4-5 prosent av alle utskrivningsklare pasienter (Trondheim kommunerevisjon, 2014). Revisjonen er kritisk til en antatt underrapportering av avvik, og mener dette fører til manglende læring og forbedring. Informasjonen som kommer fram i våre intervjuer (se kap. 5.4), tyder på at helseforetakene i liten grad legger realitetene i avviksmeldingene til grunn for å øke den faglige kvaliteten rundt utskrivningene. Våre funn gir grunn til å spørre om de premissene som på denne måten er lagt, er egnet til å gjøre samhandlingen rundt den enkelte pasient bedre.

Et annet spørsmål som aktualiseres, er om pasienter nå er mer inn og ut av sykehus enn før reformen. Antall utskrivningsklare pasienter øker samtidig som antallet brukere av kommunale pleie- og omsorgstjenester går ned (se kap. 2.3.3) Dette kan tyde på større grad av «resirkulering» i sykehus med de samme pasientene. Vi har imidlertid ikke grunnlag i vår undersøkelse for å slå fast dette. Offentlig statistikk er ikke tilrettelagt for å følge pasientforløp, og reinnleggelser av pasienter i sykehus registreres ikke på kommunalt nivå.

6.5 Kompetansen bygges opp – men er den løftet nok?

Har samhandlingsreformen løftet det faglige nivået i pleie- og omsorgstjenesten i kommunene? Den formelle kompetansen er noe styrket, ved at sykepleierårsverk i institusjon målt som andel av brukerrettede årsverk, i gjennomsnitt har økt med nær fem prosent (fra 24 til 28,8 prosent) fra 2009 til 2013. I hjemmetjenesten er kompetanseløftet langt mer beskjedent. Her har andelen sykepleierårsverk målt som andel av brukerrettede årsverk, i gjennomsnitt kun økt med drøye én prosent (fra 18,8 til 19,9 prosent) i samme tidsperiode. Antallet legetimer per uke per beboer i sykehjem har i gjennomsnitt økt fra 0,33 timer til 0,45 timer i samme periode. Vi kan ikke gi noe sikkert svar på om det faglige nivået er løftet *nok* til å håndtere sykere pasienter, men vi har beskrevet hvordan kommunene på ulikt vis forsøker å løfte det faglige nivået. Et helt klart forsøk på å styrke kompetansen, er at man i store kommuner bygger opp korttidsavdelinger med høy dekning av sykepleiere, ofte med videreutdanning og erfaring fra sykehus, og med mer

21 Forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter

tilstedeværelse av sykehjemslege. Vi observerer at sykepleierinformantene fra slike avdelinger selv mener at de er rustet til oppgaven med å håndtere sykere pasienter. Men vi vil likevel, i likhet med sykehjemsleger, stille spørsmål ved om det faglige nivået er løftet nok til å håndtere denne varierte pasientgruppen. Utilstrekkelig kompetanse i kommunene ved faglig usikkerhet hos pleierne og sykehjemslegene, vil øke antallet innleggelses i sykehus, og trolig også øke graden av reinnleggelses. I flere små kommuner er det imidlertid ikke i tvil om at det mangler kompetanse, for eksempel ved at man ikke alltid har sykepleier på vakt på kvelder og i helger, og dermed ikke kan ivareta de sykeste pasientene godt nok.

En sentral metode for å løfte det faglige nivået, er at personellet lærer av hverandre. Våre informanter bekrefter at dette skjer. Det er antatt at rundt 80 prosent av ferdighetene på jobb læres gjennom uformell dag-til-dag interaksjon (Marsick, 2006), men det behøves en kultur for læring, hvor veiledning kommer fra toppen gjennom en klar og motiverende visjon ovenfor ansatte. Vi har fått bekreftet hvordan lederes bevissthet og fokus på å heve kompetansen, trykker de ansatte. En ny norsk studie peker også på at viktige faktorer som betyr noe for mulighetene for uformell læring, blant annet er avdelingssykepleieren som rollemodell, og interaksjon og medvirkning blant sykepleierne (Bjørk, Tøien og Sørensen, 2013).

En kompetanseutfordring det pekes på i hjemmetjenesten, er å få fastleger til å dra hjem til pasienter. Med fastlegeordningen og dens finansieringsordning som rammebetingelse, pekes det på at fastlegene i for liten grad er en integrert del av pleie- og omsorgstjenesten. Det ses på som en flaskehals å få fastlegene til å følge opp bedre hjemme, når dårlige pasienter skrives ut fra sykehus og direkte hjem. En ekspertgruppe nedsatt av Helse- og omsorgsdepartementet, anbefalte i forkant av samhandlingsreformen mer omfattende samarbeid om syke eldre mellom fastleger og hjemmesykepleie med blant annet felles konsultasjoner eller hjembesøk, og gjensidig varslingsplikt ved endringer i pasientens helsesituasjon (Helsetjenester til syke eldre, 2010). Det er lite som tyder på at disse anbefalingene er fulgt. På en annen side rapporteres det om at det er adskillig lettere å kommunisere med fastlegene, for eksempel om justering av pasienters medisiner, etter innføring av elektronisk meldingssystem. Utfordringene med manglende integrasjon av fastleger i den øvrige primærhelsetjenesten er i flere land håndtert gjennom å etablere interprofesjonelle team hvor legene samarbeider med andre profesjoner, for eksempel hjemmesykepleiere og allmennleger i Litauen (Jaruseviciene et al., 2013), eller allmennleger og sykepleiere i provinser i Canada (Sarma et al., 2012). Dette medfører endret tankegang; fra lege-sentrert praksis til målorientert praksis, og erfaringen er at det trenges trening for å få dette til å fungere godt.

6.6 Fortrengning

Det er nærliggende å forvente at samhandlingsreformen vil bidra til to typer endring i pleie- og omsorgstilbudet i kommunene: etablering/oppbygging av nye tjenester/aktiviteter og nedbygging/fortrengning av eksisterende tjenester/aktiviteter. Forventningen bygger på enkel logikk om at (i) en reform setter i gang tiltak i form av nye tjenester til nye målgrupper, ny aktivitet og endret organisering, (ii) at disse tjenestene krever ressurser i form av finansiering og personell, (iii) at disse ressursene må tilføres et

eller annet sted fra, samt (iv) at tilførsel av ressurser til nye tjenester til dels må komme fra eksisterende tjenester og kan gå på bekostning av og fortrenge disse.

Vi har i denne rapporten studert hvordan raskere utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten har påvirket organisering, aktiviteter og ressursbruk i kommunale pleie- og omsorgstjenester. Pasientene er sykere og dette har ført med seg en kommunal respons med oppbygging av korttidsplasser, re-/habiliteringsfunksjoner og styrking av personellressurser som leger, sykepleiere/spesialsykepleiere, ergoterapeuter og fysioterapeuter. Kommunene har foretatt en kapasitetsoppbygging og intensivering med vekt på medisinsk behandling.

Staten har i noen grad tilført ressurser til kommunene gjennom rammetilskudd til KMF og utskrivningsklare pasienter basert på beregninger om hva disse arbeidsoppgavene vil koste kommunene. Det meste av økt rammetilskudd, cirka 5 milliarder i 2012, gikk til KMF og i sum ble mer midler tilbakeført *fra* kommunene enn det som ble tilført (se kap. 2.3.1). Noen kommuner har hatt overskudd på denne transaksjonen, mens andre har tapt. Når det gjelder midler til utskrivningsklare pasienter, handlet dette om vel en halv milliard kroner i 2012, et forholdsvis moderat beløp. Utover dette har det antageligvis i liten grad vært tilført frie kommunale midler. Dette indikerer at det så langt har vært knapt med ressurser til å gjennomføre reformen, og at det følgelig har vært skapt en form for fortrengeeffekter ved at ressurser medgått til nye aktiviteter har redusert ressursene til andre tjenester.

Det har vært en reduksjon i andelen beboere i institusjon som er 80 år og eldre (se kap. 4.1), og en stabilitet i andelen av denne aldersgruppen som mottar hjemmetjenester (se kap. 4.4). Dette kan indikere at oppbygging av kortsiktig medisinsk behandlings- og oppfølgingstjenester 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 langtidsplasser, og omvendt langtidsplasser som til dels brukes til korttidsplasser, forteller om knapphet på plasser. Etterspørselen dekkes ikke av kapasiteten. I kommunene gir dette seg utslag i strengere vurderinger ved tildeling av langtidstjenester enn før.

Hvordan vil så dette fortsette? Hva blir konsekvensene med hensyn til utviklingen fremover? Er denne utviklingen med et svekket langsiktigtilbud til eldre uttrykk for forbigående effekter, eller snakker vi om varige effekter? Dette avhenger for det første av omfanget av utskrivningsklare pasienter vil øke eller ei, og det vil nok kunne variere mellom kommuner. Generelt sett er det imidlertid forhold som indikerer at utviklingen vil fortsette i denne lei, med et fortsatt trykk på tjenester knyttet til korttidsplasser og re-/habiliteringsopphold. Først og fremst vil forventet demografisk utvikling med økt levealder og et økende antall eldre kunne trekke i denne retning. For det andre vil den generelle medisinske utvikling med økte diagnostiserings- og behandlingsmuligheter også bidra til økt etterspørsel etter kortvarige tjenester. Også andre forhold legger press på etterspørsel etter langtidsplasser, slik som fare for fortsatt økende behov for psykiatri langtidsplasser i institusjon for unge, samt generelle behov for langtidsplasser og hjemmetjenester knyttet til uføre under 67 år, som kan fortsette å øke i befolkningen. Utvikling av velferdsteknologiske løsninger kan nok i noen grad dempe tjenestebehovene for den enkelte, men antagelig mindre for de sykeste.

Det er vanskelig å se for seg at behovet for langtidsplasser i institusjon vil avta, snarere tvert imot, gitt forventningene om vekst i eldrebefolkningen. Selv om folk lever lenge og gjerne fungerer bedre langt ut i alderdommen, vil det normalt kunne påregnes noen siste leveår hvor helsa er vesentlig svekket. En fortsatt stor etterspørselen etter langtidsinstitusjonsplasser vil, sammen med begrenset vekst eller nedbygging i tilbudet, gi økt trykk mot ytterligere vekst i hjemmetjenestene. Det forutsettes da at tjenester i hjemmet fortsatt vil være en del billigere å drifte enn tjenester i institusjon, selv om mange kan være sykere og kreve mer oppfølging enn før. En slik utvikling vil øke presset på kommunene for å vektlegge hverdagsrehabilitering, slik det er gryende tendenser til. Det kan også være grunn til å tro at man vil kunne heve terskelen for hvem som får hjemmetjenester og omsorgsboliger. Til tross for slike antatte terskelhevinger i tilbudet til eldre, vil det kunne være behov for økte økonomiske satsinger for å møte økte behov for langsiktige tjenester til eldre.

6.7 Mer og mindre forebygging

Det er ikke særlige økonomiske insentiver i samhandlingsreformen til å drive primærforebyggende helsearbeid blant eldre, og det settes generelt ikke inn særlige ressurser i kommunene for å drive denne typen forebygging selv om det finnes eksempler på enkeltkommuner er flinke på dette området. Dette står i kontrast til Danmark hvor forebygging er gitt en særskilt finansiering som også synes å virke (se vedlegg 3). Primærforebyggende og helsefremmende arbeid vil gjøre det mulig for eldre å bo lenger i sitt eget hjem, selv om de har helsesvikt. Det finnes enkeltkommuner som får til å prioritere primærforebyggende tiltak, for eksempel i form av tilbud om forebyggende hjemmebesøk. Det informeres om aktivitetstilbud, hjelpemidler og andre tilbud for eldre. I hjemmebesøket vektlegges det mestring, sikkerhet i hjemmet, velferdsteknologi, fall- og brannforebygging, kartlegging av sosialt nettverk og kosthold og fysioterapi. Oppmerksomheten rettes mot hjelp til selvhjelp.

Som følge av samhandlingsreformen, gir kommunene i økende grad hjelp til alvorlig syke, og dette prioriteres fremfor det forebyggende arbeidet. De sykeste utskrivningsklare pasientene behandles først. Vi ser tendenser til at kommunene ikke har de nødvendige ressursene som gjør at de får vridd innsatsen mer over mot forebygging. Kommunene prioriterer de utskrivningsklare somatiske pasientene ettersom de blir straffet økonomisk hvis de ikke kan ta imot dem. Denne typen fortregning, som resulterer i manglende forebygging, kan trolig i mange tilfeller ha stikk motsatt effekt av den man ønsker å oppnå med samhandlingsreformen. Dette fordi behovet for en permanent sykehjemsplass hos enkelte kan inntreffe tidligere enn før. Utviklingen bekrefter paradoksalt nok Breviks (2010) påstand, framsatt før samhandlingsreformen, om at norsk pleie- og omsorgstjeneste er i ferd med å forlate den forebyggende strategien med tidlig intervensjon.

6.8 Styrker og svakheter ved studien

I denne studien har vi valgt et todelt analyseopplegg med en kvantitativ del basert på en analyse av utvalgte indikatorer fra registerdata, og en kvalitativ del basert på intervju. Det brede spekteret av informanter i den kvalitative delen, og det relativt store antallet, må

ses som en klar styrke ved denne undersøkelsen. Det er også en klar styrke at vi gjennomgående finner de samme tendensene både i registerdataene og i intervjumaterialet. Ved hjelp av registerdata tegnes det store utviklingsbildet, mens intervjumaterialet bidrar med utdyping og nyansering.

Det er usikkert i hvilken grad man kan generalisere funn fra kvalitative casestudier da det gjerne er det spesielle man fokuserer på. Denne undersøkelsen er basert på datagrunnlaget fra 12 casekommuner. Formålet var å opparbeide en helhetlig forståelse av virkninger som samhandlingsreformen så langt har hatt i kommunene. Et spørsmål som naturlig nok stilles ved slike kvalitative tilnærminger, og som det er vanskelig å gi noe klart svar på, er hvor representativ en slik tilnærming blir. Tilnærmingen har imidlertid vært nødvendig for å fange opp både dybden og bredden av effekter og spenningsmomenter som kommunene så langt har opplevd i forbindelse med samhandlingsreformen. Den kvalitative tilnærmingen fanger opp flere viktige sider ved utfordringene, enn det vi kan lese ut av de kvantitative indikatorene. Vi nådde en metning i det kvalitative datagrunnlaget i den forstand at det etter hvert som vi hadde gjennomført mesteparten av intervjuene, ikke dukket nye momenter eller ting vi ikke hadde hørt før. Dette tyder på at hovedtendenser er fanget opp i denne undersøkelsen.

Vi har tatt sikte på å frembringe detaljkunnskaper om hvordan ulike kommuner ivaretar oppgaver og ansvar innen pleie- og omsorgssektoren. Vi mener at endringer i organisering av tjenester, prioriteringer av pasientgrupper og økonomiske vurderinger er blitt hensiktsmessig belyst på denne måten, særlig fordi vi i hver casekommune har snakket med flere informanter. I den grad vi har funnet grunnlag for det, har vi forsøkt å underbygge våre funn ved å trekke inn andre studier. Imidlertid bør det påpekes at vi med unntak av brukerrepresentanter bare har intervjuet ansatte i kommuner. Dette kan gi noe ensidig informasjon. Intervjuer med informanter i helseforetak, og ikke minst pasienter/brukere, kunne bidratt til ytterligere nyansering og utdypning av forskningsspørsmålene. Dette har det imidlertid ikke vært mulig å få til innenfor rammen av de økonomiske midlene som er stilt til rådighet i prosjektet.

7 Referanser

- Abelsen B, Ringholm T, Emaus P-A, Aanesen M. (2012). *Hva har Samhandlingsreformen kostet kommunene så langt?* Rapport 9. Alta: Norut Alta.
- Andersson G, Karlberg I. (2000). Integrated care for the elderly. *International journal of integrated care*; 1, 1: 1-10.
- Baaske M, Bringedal KH, Halvorsen HE, Torgersen H. (2013). *Kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud – Kartlegging av status og erfaringer ved etablering i norske kommuner som et ledd i samhandlingsreformen*. Oslo: Deloitte.
- Berg OT, Haug CJ. (1997). Helsevesenets «floker». Tanker om deres årsaker og håndtering. *Nytt Norsk Tidsskrift* 14(4), 325- 339.
- Bjørk IT, Tøien M, Sørensen AL. (2013). Exploring informal learning among hospital nurses. *Journal of workplace learning*, vol 25 (7), 426-440.
- Blomgren A, Holmen AK, Nødland SI. (2011). *Helse- og omsorgspersonell – får vi nok i framtida?*, Rapport 100. Stavanger: IRIS.
- Borge L-E, Nyhus OH. (2013). *Kommunal medfinansiering av sykehustjenester: Betydningen av helseforetak, avstand og private avtalespesialister*. Rapport 1. Trondheim: Senter for økonomisk forskning.
- Bredeli E, Jensen A. (2012). *Samhandlingsreformen. Kartlegging av data om lokalmedisinske sentre*. Notat 13. Oslo–Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.
- Brevik I. (2010). *De nye hjemmetjenestene – langt mer enn eldreomsorg*, NIBR-rapport nr. 2.
- Colmorton E, Clausen T, Bengtsson S. (2004). *Providing integrated health and social care for older persons in Denmark. Providing integrated health and social care for older persons — A European review of issues at stake*. Vienna: European Centre and Aldershot: Ashgate Publishing.
- Eikeland G, Garåsen H, Jacobsen G. (2005). Finnes det alternativer til øyeblikkelig hjelp-innleggelse? *Tidsskr Nor Lægeforen*; 125: 2355-7.
- Gautun H, Grødem AS, Hermansen Å. (2012). *Hvordan fordele omsorg?* Fafo-rapport 62.
- Gautun H, Syse A. (2013). *Samhandlingsreformen. Hvordan tar de kommunale helse- og omsorgstjenestene i mot det økte antallet pasienter som skrives ut fra sykehusene?* Rapport 8. Oslo: NOVA.
- George AL, Bennett A. (2005). *Case Studies and Theory Development in the Social Sciences*. Cambridge: The MIT Press.
- Gohn-Hellum A. (2012). *Samhandlingsreformen – styrings- og tilsynsutfordringer*, foredrag, Kontrollutvalgskonferansen 02.02.2012.

- Grimsmo A. (2013). Hvordan har kommunene løst utfordringen med utskrivningsklare pasienter? *Sykepleien*; 2: 148-155.
- Hagen TP. (2009). *Modeller for kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenestene (Vol. 6)*. Oslo: Oslo University, Health Economics Research Programme.
- Hagen TP, Kebebew NA, Godager G, Iversen T og Øien H. (2011). *Utviklingen i kommunenes helse- og omsorgstjenester 1986-2010*. Helseøkonomisk forskningsprogram Skriftserie 2011:5. Oslo: Universitet i Oslo.
- 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.
- Helle J. (2012). Forutsetninger for oppgaveglidning. Lederartikkel i *Overlegen* nr. 1.
- Helsedirektoratet (2012). *Overordnede trekk og samhandling Pleie- og omsorgsstatistikken gir ny innsikt*. IS-1977. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2014). *Samhandlingsstatistikk 2012-13*. IS-2138. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsetjenester til syke eldre* (2010). Rapport fra ekspertgruppe nedsatt av Helse- og omsorgsdepartementet november 2010.
- Hjelmbrekke S, Løyland K, Møller G og Vardheim I. (2011). *Kostnader og kvalitet i pleie- og omsorgssektoren*. TF-rapport nr 280. Bø: Telemarksforskning.
- Jarusevience L, Lisckiene I, Valius L, Kontrimiene A, Jarusevicius G, Lapao LV. (2013) *Teamwork in primary care: perspectives of general practitioners and community nurses in Lithuania*. *BMC Family Practice*; 14:1, 18.
- Kaurin M, Lossius MC. (2012). Statistikk om bruken av korttids- og rehabiliteringsplasser i kommunene. Artikkel i rapporten *Overordnede trekk og samhandling – Pleie- og omsorgsstatistikken gir ny innsikt*. IS-1977. Oslo: Helsedirektoratet.
- Kommunesektorens organisasjon (2014). *Pleie og omsorg. Færre bor på institusjon – flere mottar hjelp hjemme. Kommunene og norsk økonomi*. Nøkkeltallsrapport 2014.
- Konradsen S, Abelsen B. (2014). Erfaringer med kommunale øhjelpenger i distrikts-Norge. *Utposten*; 43, 5.
- Langset B. (2006). *Arbeidskraftbehov i pleie- og omsorgssektoren mot år 2050*. Økonomiske analyser, 2006, 4: 56-61. Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.
- Marsick VJ. (2006). Informal strategic learning in the workplace. I Streumer JN (red) *Work-related learning in the workplace*. Springer: Dordrecht.
- Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (2009). *En analyse af ældre medicinske patienters forløb - på tværs af kommuner og regioner*. København: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

- Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008-2011*. Særtrykk av St.prp. nr. 1 (2007–2008) kapittel 9. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Norges forskningsråd (2007). *Resultatevaluering av sykehusreformen. Tilgjengelighet, prioritering, effektivitet, brukermedvirkning og medbestemmelse*. Oslo: Norges forskningsråd.
- NOU 2005:3. *Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Olsen SB. (2014). *Kommunal medfinansiering; gode intensjoner, svake insentiver? En analyse av faktorer som kan forklare variasjoner i antall innleggelses omfattet av kommunal medfinansiering, med separate analyser for befolkningen over 80 år*. Masteroppgave, UiO.
- Olsson T, Terent A, Lind L. (2004). Rapid Emergency Medicine score: a new prognostic tool for in-hospital mortality in nonsurgical emergency department patients. *Journal of Internal Medicine*; 255(5): 579-87.
- Opedal S, Stigen IM. (2005). *Helse-Norge i støpeskjeen. Søkelys på sykehusreformen*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Otterstad HK. (2009). Skrives ut til kjø. *Sykepleien*; 97: 64-66.
- Paulsen B, Romøren TI, Grimsmo A. (2013). A collaborative chain out of phase. *International Journal of Integrated Care*; 13: 1-9.
- Paulsen B, Grimsmo A. (2008). *God vilje - dårlig verktøy. Om samhandling mellom sykehus og kommunale omsorgstjenester ved utskrivninger av omsorgstrengende eldre*. Rapport A7877. Trondheim: SINTEF.
- Rambøll (2012). *Utskrivningsklare pasienter – endrer praksis seg?*
- Ringholm T, Aarsæther N, Bogason P, Ellingsen M-B. (2011). *Innovasjonsprosesser i norske kommuner. Åpninger, pådrivere og mellomromskompetanse*, Rapport nr. 2. Tromsø: Norut Tromsø.
- Roksvaag K, Texmon I. (2012). *Arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell fram mot 2035*. Rapport 14. Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.
- Rommetvedt H, Opedal S, Stigen IM, Vrangbæk K. (2014). *Hvordan har vi det i dag, da? Flernivåstyring og samhandling i norsk og dansk helsepolitikk*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Romøren TI. (2011). Samhandlingsreformen. Et kritisk blikk på en helsereform. *Nordisk sygeplejeforskning*; 1, 1, 82-88.
- Sarma S, Devlin RA, Thind A, Chu M-K. (2012). Canadian family physicians' decision to collaborate: Age, period and cohort effects. *Social Science & Medicine*; 75: 1811-1819.
- Socialstyrelsen (2007). *Inventering av utskrivningsklara patienter och vårdplanering i samband med utskrivning- Undersökning*. Stockholm: Socialstyrelsen.

St.meld. nr. 16 (2002–2003). *Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken*. Oslo: Helsedepartementet.

St.meld. nr. 23 (1996-97). *Trygghet og forsvarlighet*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.

St.meld. nr. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Strand P. (2012). *Dekningsgrader for pleie- og omsorgstjenester – indikator på hva? Artikkel i rapporten Overordnede trekk og samhandling – Pleie- og omsorgsstatistikken gir ny innsikt*. IS-1977. Oslo: Helsedirektoratet.

Trondheim kommunerevisjon (2014). *Samhandlingsreformen*. Rapport 15/2014-F. Trondheim: Trondheim kommune.

Vedlegg 1: Valget av casekommuner

Valget av casekommuner er basert på tall for sju utvalgte indikatorer, enten fra 2012 eller fra perioden 2008-2012²². Fem av disse er identisk med de som ligger til grunn for den kvantitative analysen, listet opp i kap 3.1. I stedet for andel beboere i institusjon 80 år og eldre, har vi brukt plasser i helse- og omsorgsinstitusjoner pr 100 personer 80 år og eldre. Vi har også inkludert en indikator for andel av netto driftsutgifter brukt til pleie- og omsorgstjenester av totale driftsutgifter. Utvalget av casekommuner ble gjort i desember 2013, før vi bestemte oss for det endelige innholdet i indikatoranalysen. Vi fant i ettertid ut at det var mer hensiktsmessig å bruke andel beboere i institusjon 80 år og eldre, framfor plasser i helse- og omsorgsinstitusjoner pr 100 personer 80 år og eldre, og at vi ikke skulle ha med noen økonomi-indikator.

De sju indikatorene er:

- Andel av netto driftsutgifter brukt til pleie- og omsorgstjenester av totale driftsutgifter
- Plasser i helse- og omsorgsinstitusjoner pr 100 personer 80 år og eldre
- Andel korttidsplasser i helse- og omsorgsinstitusjoner
- Andel plasser i institusjon til re-/habilitering
- Antall legetimer pr uke pr beboer i sykehjem
- Mottakere av hjemmetjenester pr 100 personer 80 år og eldre
- Årsverk i brukerrettede tjenester pr mottaker

I 2012 hadde norske kommuner i gjennomsnitt 11 622 innbyggere. Oslo kommune hadde flest innbyggere med 613 285 innbyggere, mens Utsira kommune hadde færrest med 218 innbyggere. Medianen var 4 581 innbyggere, noe som vil si at halvparten av norske kommuner hadde 4 581 eller færre innbyggere, mens halvparten hadde 4 581 innbyggere eller flere. Vi har for vårt formål valgt å sette grensen for hva vi regner som en liten kommune ved inntil 5 000 innbyggere. I 2012 fantes det totalt sett 228 slike kommuner i landet. Når det gjelder hva vi skal regne som en stor kommune, har vi valgt å støtte oss til stortingsmeldingen om samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47) som peker på at erfaringer fra ulike samhandlingstiltak viser at det er hensiktsmessig med en befolkningsmasse opp mot om lag 20 000-30 000 innbyggere for å sikre effektiv og god drift. Til vårt formål anser vi en kommune med 20 000 innbyggere eller mer for å være en stor kommune. I 2012 fantes det totalt sett 52 kommuner av denne størrelsen i landet.

I helseregion Sørøsts område skulle vi velge ut to store kommuner. Siden antall store kommuner er begrenset i de to andre regionene, har vi i helseregion Sørøst valgt mellom de 18 kommunene som har 30 000 innbyggere eller mer. I helseregion Vest har vi valgt de to store case-kommunene blant de åtte kommunene som har 20 000 innbyggere eller mer. Når det gjelder helseregion Nord, så finnes det bare fire kommuner som har 20 000 innbyggere eller mer. For å ha et større utvalg å velge de to store casekommunene fra, har

²² Tall for 2013 var ikke publisert da denne delen av studien ble gjennomført.

vi derfor inkludert kommunene Alta og Narvik som i 2012 hadde henholdsvis 19 282 og 18 473 innbyggere.

I helseregion Vest var det i 2012 til sammen 47 kommuner med under 5 000 innbyggere. I helseregion Nord var det 66 kommuner i samme kategori. Vi har valgt å utelukke kommuner med under 1000 innbyggere. Dette fordi de utgjør en liten andel av norske kommuner (6 prosent), og fordi vi antar at måten pleie- og omsorgstjenester organiseres i slike kommuner har relativt liten overføringsverdi til større kommuner. Når vi tar vekk disse aller minste kommunene, ender vi opp med 39 og 57 kommuner som er aktuelle som casekommuner i henholdsvis helseregion Vest og Nord.

Vi starter analysen av den enkelte indikator med utgangspunkt i alle kommuner. Første steg er en deskriptiv analyse av tall for indikatoren fra den enkelte kommune i perioden 2008-2012 hvor vi finner mål for sentraltendens (gjennomsnitt og median) og spredning (minste og største verdi, samt 25 og 75 percentilen).

I neste steg kategoriseres alle kommunene i forhold til hverandre i kategoriene lav (de som har indikatorverdier lavere enn 25 percentilen), middels (de som har indikatorverdier mellom 25 og 75 percentilen) og høy (de som har indikatorverdier over 75 percentilen). Etter en slik kategorisering vil 25 prosent av kommunene befinne seg i kategorien lav, 50 prosent i kategorien middels, mens 25 prosent vil befinne seg i kategorien høy. Kategoriseringen i lav, middels og høy for den enkelte kommune vil kunne variere gjennom perioden 2008-2012. Dersom verdien på indikatoren ikke påvirkes av kommunens størrelse målt i antall innbyggere, vil man forvente at både små og store kommuner vil fordele seg med prosentandelene 25-50-25 i de respektive kategoriene lav, middels og høy. Hvorvidt dette er tilfelle, sjekker vi ut ved å analysere fordelingen mellom de tre kategoriene i kommuner med under 5 000 innbyggere og kommuner med 20 000 innbyggere eller fler.

Det neste steget i analysen er konsentrert om de store kommunene i helseregion Sørøst, Vest og Nord og de små kommunene i helseregion Vest og Nord. Utgangspunktet for disse analysene er kategoriseringen av den enkelte kommune i kategoriene lav, middels og høy i perioden 2008-2012. Vi er her opptatt av de endringer som har skjedd med den enkelte kommune. Vi regner det som en vesentlig endring sett i relasjon til andre kommuner, når en kommune har flyttet seg fra en kategori til en annen fra et år til det neste. Endringen trenger imidlertid ikke å være forårsaket av den kommunen hvor endringen vises. Det kan like gjerne være endringer i andre kommuner som gjør at en kommune endrer kategori. I enkelte tilfeller beveger kommuner seg både oppover og nedover gjennom perioden 2008-2012. I slike tilfeller markerer vi kun den siste endringen som har skjedd i perioden.

I det siste steget i analysen har vi satt sammen endringsanalysene for de sju enkeltindikatorerne. Det er gjort separate analyser for de store kommunene i henholdsvis helseregion Sørøst, Vest og Nord, og for de små kommunene som var aktuelle casekommuner i henholdsvis helseregion Vest og Nord. I vedlegget gjengis tabeller hvor endringer på enkeltindikatorer fra en kategori til den neste gjennom perioden 2008-2012 er markert med gult hvis endringen representerer en økning, og med rødt hvis endringen representerer en reduksjon. Spesielle trekk ved enkeltkommuner er markert med grønt.

Disse tabellene danner et viktig utgangspunkt for valget av casekommuner. Vi har valgt casekommuner basert på følgende to hovedkriterier: **mange vesentlige endringer i perioden og/eller reduksjon i antall mottakere av hjemmetjenester.**

Store kommuner

Helse Sørøst

Basert på våre forutgående analyser kan man si at en typisk stor kommune i Helse Sørøst i perioden 2008-2012, har hatt stor grad av stabilitet i andelen netto driftsutgifter til pleie- og omsorg, antall sykehjemsplasser, andelen korttidsplasser og antall mottakere av hjemmetjenester. Den har hatt endring når det gjelder andelen plasser til re-habilitering, legetimer pr beboer på sykehjem og antall årsverk pr mottaker av brukerrettede tjenester.

Tabell 13 viser endringer for den enkelte av de store kommunene i helseregion Sørøst. Asker kommune skiller seg ut med et særlig lavt antall institusjonsplasser pr 100 personer 80 år og eldre (11,4 prosent), mens Ullensaker skiller seg ut med et særlig høyt antall legetimer pr beboer i sykehjem pr uke (1,11 timer).

Tabell 13: Endringer på sju indikatorer om pleie- og omsorgstjenesten i perioden 2008-2012, kommuner med 30.000 innbyggere eller mer i Helse Sørøst-området.

| Kommune | netto driftsutgifter | institusjonsplasser | korttidsplasser | plasser til re-/habilitering | legetimer i sykehjem | mottakere hjemmetjenester | brukerrettede årsverk |
|--------------|----------------------|---------------------|-----------------|------------------------------|----------------------|---------------------------|-----------------------|
| Oslo | | | | | | | |
| Bærum | | | | | | | |
| Kristiansand | | | | | | | |
| Fredrikstad | | | | | | | |
| Drammen | | | | | | | |
| Asker | | | | | | | |
| Sarpsborg | | | | | | | |
| Skien | | | | | | | |
| Skedsmo | | | | | | | |
| Sandefjord | | | | | | | |
| Larvik | | | | | | | |
| Arendal | | | | | | | |
| Tønsberg | | | | | | | |
| Porsgrunn | | | | | | | |
| Lørenskog | | | | | | | |
| Ringsaker | | | | | | | |
| Ullensaker | | | | | | | |
| Moss | | | | | | | |

Helse Vest

Fjell kommune utmerker seg med særlig lave netto driftsutgiftandel (18,5 prosent), et lavt antall institusjonsplasser pr 100 personer 80 år og eldre (10,9 prosent) og et lavt antall ansatte pr mottaker (0,37 ansatte). Kommunene har samtidig en høy andel korttidsplasser (50 prosent) og et høyt antall legetimer pr beboer i sykehjem pr uke (1,38 timer).

Tabell 14: Endringer på sju indikatorer om pleie- og omsorgstjenesten i perioden 2008-2012, kommuner med 20.000 innbyggere eller mer i Helse Vest-området.

| Kommune | netto drifts utgifter | institusjons-plasser | korttids-plasser | plasser til re-/habilitering | legetimer i sykehjem | mottakere hjemmetjenester | brukerrettede årsverk |
|-----------|-----------------------|----------------------|------------------|------------------------------|----------------------|---------------------------|-----------------------|
| Bergen | | | | | | | |
| Stavanger | | | | | | | |
| Sandnes | | | | | | | |
| Karmøy | | | | | | | |
| Haugesund | | | | | | | |
| Askøy | | | | | | | |
| Sola | | | | | | | |
| Fjell | | | | | | | |

Helse Nord

I de store kommunene i Helse Nord området har det sammenliknet med Helse Sørøst og Helse Vest områdene, vært mindre endring i perioden 2008-2012 (se tabell 15). Ingen av kommunene har hatt nedgang i antall mottakere av hjemmetjenester.

Tabell 15: Endringer på sju indikatorer om pleie- og omsorgstjenesten i perioden 2008-2012, kommuner med mer enn 18.000 innbyggere i Helse Nord-området.

| Kommune | netto drifts utgifter | institusjons-plasser | korttids-plasser | plasser til re-/habilitering | legetimer i sykehjem | mottakere hjemmetjenester | brukerrettede årsverk |
|---------|-----------------------|----------------------|------------------|------------------------------|----------------------|---------------------------|-----------------------|
| Tromsø | | | | | | | |
| Bodø | | | | | | | |
| Rana | | | | | | | |
| Harstad | | | | | | | |
| Alta | | | | | | | |
| Narvik | | | | | | | |

Små kommuner

Helse Vest

Sauda og Jølster har en særlig høy andel korttidsplasser (henholdsvis 100 og 50 prosent). Sauda har i tillegg et særlig høyt antall legetimer pr beboer i sykehjem pr uke (1,5 timer).

Tabell 16: Endringer på sju indikatorer om pleie- og omsorgstjenesten i perioden 2008-2012, kommuner med 1.000 - 5.000 innbyggere i Helse Vest-området.

| Kommune | netto drifts utgifter | institusjons-plasser | korttids-plasser | plasser til re-/habilitering | legetimer i sykehjem | mottakere hjemmetjenester | brukerrettede årsverk |
|-----------|-----------------------|----------------------|------------------|------------------------------|----------------------|---------------------------|-----------------------|
| Radøy | | | | | | | |
| Austevoll | | | | | | | |
| Sauda | | | | | | | |
| Øygarden | | | | | | | |
| Rennesøy | | | | | | | |
| Høyanger | | | | | | | |
| Vaksdal | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|------------|--|--|--|--|--|--|--|
| Etne | | | | | | | |
| Bremanger | | | | | | | |
| Suldal | | | | | | | |
| Fusa | | | | | | | |
| Ullensvang | | | | | | | |
| Sokndal | | | | | | | |
| Lund | | | | | | | |
| Jølster | | | | | | | |
| Askvoll | | | | | | | |
| Finnøy | | | | | | | |
| Fitjar | | | | | | | |
| Gaular | | | | | | | |
| Fjaler | | | | | | | |
| Selje | | | | | | | |
| Hjelmeland | | | | | | | |
| Austrheim | | | | | | | |
| Tysnes | | | | | | | |
| Vik | | | | | | | |
| Bjerkreim | | | | | | | |
| Naustdal | | | | | | | |
| Samnanger | | | | | | | |
| Gulen | | | | | | | |
| Leikanger | | | | | | | |
| Lærdal | | | | | | | |
| Aurland | | | | | | | |
| Masfjorden | | | | | | | |
| Hyllestad | | | | | | | |
| Balestrand | | | | | | | |
| Hornindal | | | | | | | |
| Forsand | | | | | | | |
| Ulvik | | | | | | | |
| Jondal | | | | | | | |

Helse Nord

Tabell 17 viser at det er mange små kommuner i Helse Nord området som har hatt mange endringer i perioden 2008-2012. Kvæfjord er den kommunen i landet som bruker høyest andel av sine netto driftsmidler i pleie- og omsorgssektoren (55,7 prosent). Tjeldsund skiller seg ut med et særdeles lavt antall legetimer pr beboer pr uke (0,09 timer), mens Lavangen skiller seg ut i den andre enden med et særlig høyt antall timer (1,02 timer).

Tabell 172: Endringer på sju indikatorer om pleie- og omsorgstjenesten i perioden 2008-2012, kommuner med 1.000 – 5.000 innbyggere i Helse Nord-området.

| Kommune | netto driftsutgifter | institusjons-plasser | korttids-plasser | plasser til re-/habilitiering | legetimer i sykehjem | mottakere hjemmetjenester | bruker-rettede årsverk |
|-----------|----------------------|----------------------|------------------|-------------------------------|----------------------|---------------------------|------------------------|
| Nordreisa | | | | | | | |
| Saltdal | | | | | | | |
| Hemnes | | | | | | | |
| Øksnes | | | | | | | |
| Porsanger | | | | | | | |
| Bardu | | | | | | | |
| Sørreisa | | | | | | | |
| Nordkapp | | | | | | | |
| Lyngen | | | | | | | |
| Kvæfjord | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|--------------|--|--|--|--|--|--|--|
| Skånland | | | | | | | |
| Kautokeino | | | | | | | |
| Tana | | | | | | | |
| Skjervøy | | | | | | | |
| Karasjøk | | | | | | | |
| Bø | | | | | | | |
| Ballangen | | | | | | | |
| Steigen | | | | | | | |
| Karlsøy | | | | | | | |
| Salangen | | | | | | | |
| Kåfjord | | | | | | | |
| Lødingen | | | | | | | |
| Vardø | | | | | | | |
| Leirfjord | | | | | | | |
| Båtsfjord | | | | | | | |
| Sømna | | | | | | | |
| Sørfold | | | | | | | |
| Gildeskål | | | | | | | |
| Tysfjord | | | | | | | |
| Lurøy | | | | | | | |
| Storfjord | | | | | | | |
| Nesna | | | | | | | |
| Hamarøy | | | | | | | |
| Herøy | | | | | | | |
| Bindal | | | | | | | |
| Tranøy | | | | | | | |
| Hattfjelldal | | | | | | | |
| Grane | | | | | | | |
| Dønna | | | | | | | |
| Ibestad | | | | | | | |
| Flakstad | | | | | | | |
| Evenes | | | | | | | |
| Lebesby | | | | | | | |
| Rødøy | | | | | | | |
| Tjeldsund | | | | | | | |
| Kvænangen | | | | | | | |
| Vega | | | | | | | |
| Måsøy | | | | | | | |
| Dyrøy | | | | | | | |
| Gratangen | | | | | | | |
| Moskenes | | | | | | | |
| Beiarn | | | | | | | |
| Loppa | | | | | | | |
| Lavangen | | | | | | | |
| Berlevåg | | | | | | | |
| Kvalsund | | | | | | | |
| Gamvik | | | | | | | |

Vedlegg 2: Intervjuguider

INTERVJUGUIDE – OVERORDNET NIVÅ

1. Hva kjennetegner kommunens økonomiske utvikling generelt de siste par årene? Har kommunen måttet iverksette særskilte innstramninger for å møte den økonomiske utviklingen?
2. Hva har statens overføringer til medfinansiering og utskrivningsklare pasienter ført til for kommunen? Har man brukt mer eller mindre enn tilskuddet? Var dette overraskende eller som forventet? Hvilke økonomiske tiltak/disposisjoner har kommunen iverksatt med hensyn til dette mer- eller mindreforbruket?
3. Har ressursbruken innen pleie- og omsorgstjenestene økt eller blitt redusert over de siste årene (realvekst)? Har utviklingen her noen sammenheng med samhandlingsreformen? Har reformen ført til reduksjoner i ressursbruk i andre sektorer?
4. Har det blitt gjennomført økninger eller reduksjoner på personellsiden - antall og kompetanse - innen pleie- og omsorgstjenestene?
5. Har man i tilknytning til samhandlingsreformen iverksatt særskilte kompetansehevende tiltak? I så tilfelle hvordan?
6. Har kommunen i forbindelse med statlige tilskudd til samhandlingsreformen greidd å effektivisere tjenester? Har man slik sett kunne realisere økonomiske gevinster?
7. Har det i forbindelse med samhandlingsreformen blitt etablert eller planlegges det nye tiltak/enheter på pleie- og omsorgsfeltet?
8. Har man på noen tjenesteområder innen helse- og omsorgsfeltet bygget ned kapasitet, evt. lagt ned tiltak/enheter? Hva skyldes det?
9. Har det etter at samhandlingsreformen trådte i kraft (1.1.2012) skjedd endringer i antall brukere (mer eller mindre) innen ulike virksomheter/virksomhetsområder? Har det skjedd endringer i omfanget av tjenester som brukerne mottar (mer og/eller mindre).
10. Oppfatter du at det er noen grupper som har fått et annerledes (evt. redusert) tjenestetilbud over de siste par årene? Hvordan og hvilke grupper gjelder dette? Hva skyldes disse endringene?
11. Har kommunen iverksatt særskilte tiltak for raskere å kunne ta imot pasienter som er ferdigbehandlet og utskrivningsklare fra sykehus? Hvordan er tiltakene relatert til virksomheter og tjenester på pleie- og omsorgsfeltet? Har de medført særskilte konsekvenser for andre tjenester?
12. Hvilke økonomiske utlegg (evt. ekstra økonomiske utlegg) har kommunene hatt (evt. vil få), og hvilke økonomiske vurderinger har man gjort i forbindelse med utskrivningsklare pasienter og medfinansiering?
13. Mottar kommunen flere utskrivningsklare pasienter enn før? Er det mer kompliserte oppgaver i forbindelse med utskrivningsklare pasienter? Er det mer arbeid rundt den enkelte pasient enn før? Hvis ja, hvordan?
14. Har kommunen etablert eller planlegges etablering av tilbud for kommunalt ø-hjelp døgntilbud? Gjør rede for. kapasitet, personellutfordringer, samarbeid med andre kommuner etc. Hvorvidt og hvordan er tiltaket evt. relatert til andre

- virksomheter/tjenester på helse- og omsorgsfeltet? Har tiltaket medført særskilte konsekvenser for andre tjenester?
15. Er de økonomiske ressursene som man har fått til kommunalt ø-hjelp døgntilbud tilstrekkelige? Har man evt. kunne skape synergier i tilknytning til øyeblikkelig hjelp tilbudet, for eksempel i form av samlokalisering av tjenester?
 16. Har kommunen endret tjenestetilbudet innenfor områdene rehabilitering helsefremmende og forebyggende arbeid / folkehelse? Har man i den forbindelse iverksatt særskilte kompetansehevende tiltak, evt. nyrekruttering? Hvilke økonomiske utlegg (evt. ekstra økonomiske utlegg) har kommunene hatt (evt. vil få)? Er noen pasient-/brukergrupper særlig prioritert?
 17. Har kommunen endret tjenestetilbudet eller planlegger å endre tjenestetilbudet innenfor psykiatri og /eller rus? Har disse tiltakene sammenheng med samhandlingsreformen? Hvilke økonomiske utlegg (evt. ekstra økonomiske utlegg) har kommunene hatt (evt. vil få)?
 18. Samhandlingsreformen har fått stor oppmerksomhet. Vil du si at dette har ført til at andre hensyn har fått mindre oppmerksomhet, har måttet vike eller er blitt forsømt på grunn av dette?
 19. I hvilken grad vil du si at begrenset fokus på slike forhold har sammenheng med økonomi, administrativ kapasitet, mangel på oppmerksomhet fra ledelsen?

INTERVJUGUIDE – PASIENTKOORDINATOR/ SAMHANDLINGSKOORDINATOR/ANSATTE VED TILDELINGSKONTOR

1. Kan du innledningsvis fortelle oss litt om jobben din (innhold, arbeidsoppgaver, stillingsprosent, hvor lenge du har vært i jobben)?
2. Hva er de største utfordringene i jobben din?
3. Hvilke endringer vil du si at samhandlingsreformen har skapt for pasienter i din kommune som skrives ut av sykehus?
 - Ulikheter mellom de som skrives ut til eget hjem og de som skrives ut til sykehjem?
 - Bedre/dårligere ivaretagelse?
 - Mer helhetlige pasientforløp eller mer oppstykkede forløp?
 - Er pasientene som mottas, sykere nå enn før reformen?
4. Hvordan vil du karakterisere kommunens kapasitet til å ta seg av de utskrivningsklare pasientene? (ressursutfordringer, kompetanseutfordringer, Kvalitetsutfordringer, ulikheter mellom sykehjem og hjemmetjeneste)
5. Basert på egne erfaringer og kunnskap, hvordan mener du at samhandlingsreformen så langt har påvirket kommunes samlede tilbud innen pleie- og omsorgssektoren?
 - Er noen tjenester innen pleie- og omsorg blitt bygget ned/økt i omfang etter at samhandlingsreformen ble innført?
 - Er det noen grupper med behov for pleie- og omsorgstjenester som slik du ser det, har fått et bedre/dårligere tilbud som følge av samhandlingsreformen?
6. Hva ser du som de største fordelene/ulempene/utfordringene med samhandlingsreformen for kommunens sykehjem?

7. Hva ser du som de største fordelene/ulempene/utfordringene med samhandlingsreformen for kommunens hjemmetjeneste?

INTERVJUGUIDE – LEDER SYKEHJEM/HJEMMETJENESTE

1. Kan du innledningsvis fortelle oss litt om det sykehjemmet du leder/ kommunens hjemmetjeneste (etableringsår, antall plasser og type plasser/antall og type brukere og tjenestetilbud, personell, økonomisk/ressursmessig situasjon, bygningsmessige forhold, viktige utviklingstrekk både i sykehjemmet og i kommunen de siste årene)?
2. Hvordan har ditt sykehjem/ hjemmetjenesten forberedt seg på samhandlingsreformen?
3. Hvilke endringer vil du si at samhandlingsreformen har skapt i det sykehjemmet du leder/i kommunens hjemmetjeneste?
 - (behov for) Endringer i antall plasser/brukere og type plasser/brukere
 - (behov for) Endringer når det gjelder prioritering i inntak av nye beboere/brukere
 - SYKEHJEM: Endringer i det medisinske behovet ved inntak av nye beboere
 - HJEMMETJENESTE: Endringer i tjenestebehovet blant beboerne og det tilbudet hjemmetjenesten gir
 - SYKEHJEM: Er beboerne sykere enn før?
 - Endringer i måten dere arbeider på?
 - (behov for) Endringer i personellet (flere stillinger, økt kompetanse, annen kompetanse)
 - Økte kompetanseutfordringer (må kunne mer) eller lettere tilgang på kvalifisert personell?
 - (behov for) Endringer i medisinskteknisk utstyr
 - SYKEHJEM: (behov for) Endringer i bygg/bygningsmassen
 - Er dere blitt tilført større ressurser på noen områder som følge av reformen?
4. Hvor ofte oppleves avvik i forhold til det den avtalen som kommunen og helseforetaket har inngått mht. mottak av utskrivningsklare pasienter? I hvilken grad skrives det avviksmeldinger ved avvik?
5. Har ordningen med betaling fra dag én for utskrivningsklare pasienter skapt noen direkte effekter i det sykehjemmet/hjemmetjenesten du leder? I tilfelle, hvilke?
 - Tas det imot flere utskrivningsklare pasienter sammenliknet med før reformen?
 - Er de utskrivningsklare pasientene sykere nå enn før reformen?
 - Er det flere reinnleggelser i sykehus eller sykehjem enn før reformen?
 - SYKEHJEM: Er det blitt, planlegges det eller ser du behov for flere korttidsplasser?
 - HJEMMETJENESTE: Dekkes brukernes behov på en annen måte (feks. bedre/dårligere) nå sammenliknet med før reformen?
6. Har kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenester hatt noen direkte effekter for det sykehjemmet/hjemmetjenesten du leder? I tilfelle, hvilke?

7. Hvilke endringer vil du si at samhandlingsreformen har skapt for pasienter i din kommune som har en sykehjemsplass/ har behov for en sykehjemsplass / som mottar hjemmetjenester/ har behov for hjemmetjenester?
8. Hvordan mener du at samhandlingsreformen så langt har påvirket kommunenes øvrige tilbud innen pleie- og omsorgssektoren?
 - Er noen tjenester innen pleie- og omsorg blitt bygget ned/økt i omfang etter at samhandlingsreformen ble innført?
 - Er det noen grupper med behov for pleie- og omsorgstjenester som slik du ser det, har fått et bedre/dårligere tilbud som følge av samhandlingsreformen?
9. Hva ser du som de største fordelene/ulempene/utfordringene med samhandlingsreformen for det sykehjemmet du leder?
10. Hva ser du som de største fordelene/ulempene/utfordringene med samhandlingsreformen samlet sett for pleie- og omsorgstjenesten i din kommune?

INTERVJUGUIDE – ANSATTE SYKEHJEM/HJEMMETJENESTE

1. Kan du fortelle litt om jobben din på sykehjemmet/ i hjemmetjenesten (innhold, arbeidsoppgaver, stillingsprosent, hvor lenge du har vært i jobben)?
2. Kjenner du til om det ble gjort noen spesielle forberedelser/endringer ved sykehjemmet/i hjemmetjenesten før samhandlingsreformen trådte i kraft 1. januar 2012? I tilfelle, hvilke?
3. Hvilke eventuelle endringer har skjedd i din jobb som du tenker kan knyttes til samhandlingsreformen?
 - SYKEHJEM: Endringer i antall plasser og type plasser/ brukere og type brukere
 - SYKEHJEM: Endringer i det medisinske behovet ved inntak av nye beboere
 - SYKEHJEM: Endringer i pasientbehandlingen
 - HJEMMETJENESTEN: Endringer i antall brukere
 - HJEMMETJENESTEN: Endringer når det gjelder prioritering i inntak av nye brukere
 - HJEMMETJENESTEN: Tar hjemmetjenesten imot flere utskrivningsklare pasienter fra spesialisthelsetjenesten sammenliknet med før reformen?
 - HJEMMETJENESTEN: Er de utskrivningsklare pasientene som kommer fra spesialisthelsetjenesten som hjemmetjenesten tar, imot sykere nå enn før reformen?
 - HJEMMETJENESTEN: Endringer i tjenestebehovet blant beboerne og det tilbudet hjemmetjenesten gir
 - Endringer i personellet (flere stillinger, økt kompetanse, annen kompetanse)
 - (Behov for) kompetansehevingstiltak/kursvirksomhet
 - Endringer mht reinnleggelser i sykehus eller sykehjem
 - Endringer i behovet for medisinskteknisk utstyr
 - Økt/ redusert sykefravær?
 - Mer faglig spennende arbeidsoppgaver?
 - Strekker du deg lenger enn før?

- Hvor ofte oppleves avvik i forhold til det den avtalen som kommunen og helseforetaket har inngått mht. mottak av utskrivningsklare pasienter? I hvilken grad skrives det avviksmeldinger ved avvik?
4. Basert på egne erfaringer og kunnskap, hvordan mener du at samhandlingsreformen så langt har påvirket kommunes samlede tilbud innen pleie- og omsorgssektoren?
 - Er noen tjenester innen pleie- og omsorg blitt bygget ned/økt i omfang etter at samhandlingsreformen ble innført?
 - Er det noen grupper med behov for pleie- og omsorgstjenester som slik du ser det, har fått et bedre/dårligere tilbud som følge av samhandlingsreformen?
 5. SYKEHJEM: Har det skjedd noen endringer i måten du/dere samhandler med spesialisthelsetjenesten om pasienter etter at samhandlingsreformen trådte i kraft? (mer kontakt, kontakt om andre forhold enn tidligere, mer kunnskapsoverføring, kontakt på andre måter)

INTERVJUGUIDE – SYKEHJEMSLEGE

1. Kan du fortelle litt om jobben din på sykehjemmet (innhold, arbeidsoppgaver, stillingsprosent, hvor lenge du har vært i jobben, viktige utviklingstrekk i kommunen de siste årene)?
2. Kjenner du til om det ble gjort noen spesielle forberedelser/endringer ved sykehjemmet før samhandlingsreformen trådte i kraft 1. januar 2012? I tilfelle, hvilke?
3. Hvilke endringer vil du si at samhandlingsreformen så langt har skapt i det sykehjemmet hvor du jobber?
 - Endringer i antall plasser og type plasser
 - Endringer i det medisinske behovet ved inntak av nye beboere
 - Endringer i pasientbehandlingen
 - Endringer i personellet (flere stillinger, økt kompetanse, annen kompetanse)
 - (Behov for) kompetansehevingstiltak/kursvirksomhet
 - Endringer mht reinnleggelser i sykehus eller sykehjem
 - Endringer i behovet for medisinskteknisk utstyr
 - Mer faglig spennende arbeidsoppgaver?
 - (Behov for) økte ressurser til å utføre sykehjemslegefunksjonen?
4. Har ordningen med betaling fra dag én for utskrivningsklare pasienter skapt noen direkte effekter i sykehjemmet? I tilfelle, hvilke?
5. Endringer i egen jobb som følge av samhandlingsreformen
Har din jobb endret seg som følge av samhandlingsreformen? I tilfelle, på hvilken måte? For eksempel mer vekt på forebyggende helsearbeid?
6. Har det skjedd noen endringer i måten du samhandler med spesialisthelsetjenesten om pasienter etter at samhandlingsreformen trådte i kraft? Mer kontakt, kontakt om andre forhold enn tidligere, mer kunnskapsoverføring, kontakt på andre måter (f.eks elektronisk meldingsutveksling)?
7. Hvilke endringer vil du si at samhandlingsreformen har skapt for pasienter i din kommune som har en sykehjems plass/ har behov for en sykehjems plass?

8. Basert på egne erfaringer og kunnskap, hvordan mener du at samhandlingsreformen så langt har påvirket kommunens samlede tilbud innen pleie- og omsorgssektoren?
9. Er noen tjenester innen pleie- og omsorg blitt bygget ned/økt i omfang etter at samhandlingsreformen ble innført?
10. Er det noen grupper med behov for pleie- og omsorgstjenester som slik du ser det, har fått et bedre/dårligere tilbud som følge av samhandlingsreformen?
11. Hva ser du som de største fordelene/ulempene/utfordringene med samhandlingsreformen for sykehjemmet?
12. Hva ser du som de største fordelene/ulempene/utfordringene med samhandlingsreformen samlet sett for pleie- og omsorgstjenesten i din kommune?

INTERVJUGUIDE – BRUKERREPRESENTANTER

1. Hva synes du generelt om det pleie- og omsorgstilbudet kommunen gir til den gruppen du representerer? Tror du folk flest i kommunene deler din oppfatning?
2. Hvordan har pleie- og omsorgstilbudet som kommunene gir til den gruppen som du representerer, utviklet seg de siste årene?
3. Samhandlingsreformen ble innført 1. januar 2012. Har samhandlingsreformen ført til forbedringer eller forverringer i pleie- og omsorgstilbudet for den gruppen du representerer? Har du inntrykk av at det er andre grupper i kommunene som har fått et forbedret eller forverret tilbud etter at samhandlingsreformen ble innført?
4. Hvilke erfaringer / tilbakemeldinger har dere registrert: Prioriteres pasientene annerledes enn før? Har dere registrert endringer i de kriterier som legges til grunn? Er det tjenester og/eller pasientgrupper som har fått en dårligere prioritering?
5. Har du inntrykk av at samhandlingsreformen har ført til en strammere økonomisk situasjon i kommunen som går ut over pasientene?
6. Har dette gått ut over kvaliteten på noen av tjenestene?
7. Hvilke behov og prioriteringer vektlegger dere mest fremover overfor kommunen?

Vedlegg 3: Effekter af den danske strukturreform

KARSTEN VRANGBÆK og ZAINAB AFSHAN SHEIKH

Københavns Universitet, Institut for Folkesundhedsvidenskab

Notatet er udarbejdet som svar på spørgsmål fra KS og IRIS. - Spørgsmål er angivet med kursiv. Notatet bygger primært på skriftlige kilder og materiale indsamlet fra diverse hjemmesider. Der er endvidere i regi af forskningsprojektet om opfølgning på strukturreformen indsamlet et omfattende interviewmateriale i to danske regioner. Dette materiale er ved at blive oparbejdet til fremtidige forskningsudgivelser, men kan endnu ikke bruges systematisk. Vi har dog valgt at bruge enkelte henvisninger til materialet undervejs.

Hvordan er kommunale sundhedsopgaver blevet tilpasset efter strukturreformen?

Efter strukturreformen inkluderede nye sundhedsopgaver til kommunerne primær forebyggelse, sekundær forebyggelse, genoptræning samt det socialpsykiatriske område og misbrugsområdet (Økonomi- og Indenrigsministeriet 2013: 111). Kommunerne varetager i forvejen en række andre velfærdsopgaver inklusiv driften af plejehjem, som ikke i betragtes som en del af sundhedssektoren i Danmark. Særligt på det socialpsykiatriske område har reformen været kritiseret for ikke at klargøre arbejdsdeling og struktur (SFI 2011). Allerede fra 1993 begyndte man at betragte kommunens indsats for mennesker med psykiske lidelser som en del af indsatsen i forhold til socialpsykiatrien, og satsningen på den såkaldte "distriktspsykiatri" indebar en ambition om tættere samspil mellem decentrale amtslige tilbud og kommunale "socialpsykiatriske" tilbud. Kommunerne var imidlertid dårligt fagligt forberedt til denne opgave, som også ofte blev nedprioriteret i konkurrencen med andre opgavetyper. Udviklingen i 1990erne og 2000erne blev derfor ofte drevet af statslige "puljemidler" som finansierede forsøg på det kommunale område eller i samspil mellem kommuner og regioner. Den midlertidige karakter af finansieringen har dog været en svaghed ift at skabe kontinuitet og systematisk udbredelse af gode eksempler. Med den anden kommunalreform i 2007 fik kommunerne eneansvar for finansieringen. De kunne lade selve driften af de specialiserede tilbud ligge i regionen, men valgte i de fleste tilfælde også at overtage den. Der er imidlertid en vedvarende kritik af, at kommunerne fagligt og finansieringsmæssigt har svært ved at løfte opgaven. I erkendelse heraf er psykiatrien kommet ind som en obligatorisk del af sundhedsaftalerne, der er indført en national udredningsgaranti for psykiatri og der arbejdes fra statsligt hold med at udvikle nye løsningsforslag på området.

De kommunale sundhedsopgaver efter 2007 blev fulgt af en ny finansieringsmodel, ud fra et princip om at "pengene følger opgaven". Konkret indebar dette, at kommunerne fik et forhøjet bloktilskud til varetagelse af de nye sundhedsopgaver. Sundhedsopgaverne på det kommunale område finansieres ikke via øremærket finansiering, men inden for den generelle kommunale finansiering fra skatter og statsligt bloktilskud. Regionernes finansiering af sundhedsområdet består af et statsligt bloktilskud (77%), en aktivitetsafhængig finansiering fra staten (3%) samt en aktivitetsafhængig medfinansiering fra kommunerne (ca. 20%).

Den demografiske udvikling, med stadig flere ældre, spiller en stor rolle i forbindelse med den fortsatte opgavevaretagelse i kommunalt regi. 2010 udgjorde andelen af ældre ca. 28 procent af den arbejdsdygtige befolkning (20-64 år). Denne andel vil vokse frem mod 2040, hvor den vil være oppe på ca. 47 % (Nordic Council of Ministers 2013). Den stigende levealder og ændrede aldersmæssige sammensætning af befolkningen forventes at medføre at antal af patienter, og dermed antallet af sundhedsydelse vil stige (Sundhedsstyrelsen 2005: 3). Dette øger vigtigheden af at samordning og arbejdsdelingen fungerer. I denne forbindelse blev der indført krav om at regioner og alle kommuner skal indgå sundhedsaftaler om samarbejde og koordination af opgaver, der går på tværs af sektor- og myndighedsansvar (Økonomi- og Indenrigsministeriet 2013: 115). Sundhedsaftalerne fastlægger den overordnede ramme i forhold til samordning af det tværsektorielle samarbejde mellem kommune og region (herunder sygehus og almen praksis), men det indbyrdes samarbejde mellem kommuner/kommunale forvaltninger eller mellem sygehusafdelinger er op til regionerne, almen praksis og kommunerne at konkretisere (Sundhedsstyrelsen 2012). For aftaleperioden 2011-2014 blev der således indgået 98 sundhedsaftaler – én for hver kommune. Dette betyder at aftalerne er tilpasset lokale forhold, samtidig med at det vanskeliggør samarbejde på tværs af kommuner (Økonomi- og Indenrigsministeriet 2013: 116). Selvom grundaftalerne var ens for alle kommuner indenfor regionerne indebar tillægsaftalerne, at man kunne prioritere forskellige mål lidt forskelligt på tværs af kommunerne, og at man kunne have forskellige aftaler om arbejdsdeling mellem region og kommune. Dermed havde kommunerne ikke altid fælles interesser og fælles vilkår ift at indgå i samarbejde på tværs af kommunerne. Herudover blev ordningen med 98 separate aftaler anset for at være administrativt tung og arbejdskrævende. Den nye model med en fælles aftale indenfor regionerne stiller på den anden side store krav om at de 5 kommunale repræsentanter (udpeget af kommunekontaktrådet KKR), som deltager i sundhedskoordinationsudvalget faktisk også formår at inddrage alle kommunerne i forhandlingsprocessen.

Tilpasning af sundhedsaftaler i forhold til opgaverne skal ses som en kontinuerlig proces, der er afhængig af demografiske og medicinsk-teknologiske faktorer. For at skabe sammenhængende forløb er regional koordinering, (økonomiske) incitamenter til samarbejde, en tværfaglig indsats, fokus på almen praksis og en klar opgavefordeling beskrevet som centrale faktorer af Sundhedsstyrelsen (2005).

Hvilken effekt har hurtigere modtagelse af udskrivningsparate patienter for kommunerne? Bliver dette prioriteret frem for øget ældrepleje?

Kommunalreformen betød at kommunerne fik myndigheds- og finansieringsansvar for den specialiserede ambulante genoptræning efter udskrivning samt den almene ambulante genoptræning. Den hurtigere modtagelse betyder at patienterne har mere komplekse genoptræningsbehov, idet udskrivning sker tidligere. Eksisterende viden peger på, at fokus bør rettes mod at sikre bedre og mere sammenhængende udskrivningsforløb. Der er betydelig variation mellem kommunerne i ventetiden på ambulante genoptræning. Den hurtigere modtagelse af patienter har medført oprettelsen af midlertidige akutpladser og døgnrehabiliteringstilbud rettet mod at kunne modtage patienter hurtigt efter udskrivning (KL m. fl. 2013: 121).

Udfordringer i denne forbindelse har været, at der i visse tilfælde ikke gives en tilstrækkelig faglig beskrivelse af behovet og den nødvendige indsats (Økonomi- og Indenrigsministeriet 2013: 25). Generelt beskrives kommunikationen mellem sygehus, praktiserende læge, herunder vagtlæge, og hjemmesygeplejersken omkring indlæggelse og udskrivning som mangelfuld. Det stiller også krav til et mere fagligt rustet personale. Nogle genoptræningsbehov er så komplekse, at de kan udgøre en faglig og organisatorisk udfordring for kommunernes indsatser. Det kan betragtes som et konflikt punkt for parterne, der relaterer sig til snitfladerne i koordineringen, hvilket også kom til udtryk i interviewene med kommunale aktører.

Følgende tabeller viser udviklingen i gennemsnitlige nettodrifudsudgifter i kommunerne i perioden 2008-2014. Det fremgår heraf, at den største vækst i udgifter har fundet sted ift sundhed, mens væksten i udgifter til ældrepleje er svagere, men dog højere end kultur, folkeskole, teknik og børnepasning. Den relativt høje vækst i sundhedsudgifterne har nødvendiggjort en lavere stigningstakt på andre kommunale driftsområder, da kommunerne samlet set har været underlagt ret stramme økonomiske vilkår efter finanskrisen i 2007. En væsentlig del af forklaringen på stigningen i sundhedsudgifterne er den kommunale medfinansiering, som kommunerne jo ikke direkte kan styre. Men også på andre områder har der været en stigning jf. den sidste af de tre tabeller.

| Kommunale driftsudgifter på forskellige aktiviteter (Bruttodrifudsudg gns hele landet) | | | | |
|---|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | 2008 | 2010 | 2012 | 2014 |
| teknisk service pr. indb. | 3.365 | 3.683 | 3.499 | 3.564 |
| folkeskoleområdet pr. indb. | 8.169 | 8.555 | 8.375 | 8.404 |
| uddannelse i øvrigt pr. indb. | 766 | 857 | 834 | 782 |
| bibl./kultur/folkeopl. pr. indb. | 1.749 | 1.857 | 1.852 | 1.722 |
| sundhedsydelse pr. indb. | 2.721 | 3.237 | 4.669 | 4.848 |
| børnepasning pr. indb. | 7.645 | 8.326 | 8.113 | 7.970 |
| ældreomsorg pr. indb. | 8.634 | 9.531 | 9.509 | 9.641 |
| anden social service pr. indb. | 10.899 | 12.757 | 12.195 | 12.301 |

Økonomi- og Indenrigsministeriets Kommunale Nøgletal

| Udvikling i kommunale udgifter til forskellige serviceområder (gns hele landet, indeks 2008=100) | | | | | | | |
|---|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
| teknisk service pr. indb. | 100 | 103,9 | 109,4 | 101,8 | 104,0 | 107,5 | 105,9 |
| folkeskoleområdet pr. indb. | 100 | 104,4 | 104,7 | 102,1 | 102,5 | 100,0 | 102,9 |
| uddannelse i øvrigt pr. indb. | 100 | 111,4 | 111,9 | 110,8 | 108,8 | 109,2 | 102 |
| bibl./kultur/folkeopl. pr. indb. | 100 | 104,9 | 106,2 | 104,4 | 105,9 | 106,0 | 98,5 |
| sundhedsydelse pr. indb. | 100 | 113,3 | 119,0 | 120,0 | 171,6 | 177,3 | 178,2 |
| børnepasning pr. indb. | 100 | 106,3 | 108,9 | 105,6 | 106,1 | 105,1 | 104,2 |
| ældreomsorg pr. indb. | 100 | 107,5 | 110,4 | 109,3 | 110,1 | 112,5 | 111,7 |
| anden social service pr. indb. | 100 | 108,3 | 117,0 | 112,7 | 111,9 | 110,6 | 112,9 |

Nøgletal vist som indekstal med udgangspunkt i værdien for 2008.

Økonomi- og Indenrigsministeriets Kommunale Nøgletal

Kommunale regnskaber (1000 kr.) efter art, funktion og tid.

| | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| I alt (netto) | | | | | | | |
| 1 Driftskonti | | | | | | | |
| 4.62.81 Aktivitetsbestemt medfinansiering af sundhedsvæsenet | 9 088 385 | 9 288 331 | 10 464 588 | 11 160 828 | 11 286 125 | 18 833 747 | 19 608 189 |
| 4.62.82 Kommunal genoptræning og vedligeholdelsestræning | 1 188 301 | 1 414 940 | 1 623 773 | 1 678 562 | 1 736 842 | 1 949 690 | 1 991 728 |
| 4.62.84 Vederlagsfri behandling hos en fysioterapeut | 0 | 234 986 | 687 404 | 722 702 | 806 335 | 851 937 | 880 799 |
| 4.62.85 Kommunal tandpleje | 1 889 110 | 1 959 170 | 2 056 577 | 2 085 804 | 2 034 505 | 2 074 078 | 2 058 523 |
| 4.62.88 Sundhedsfremme og forebyggelse | 255 140 | 336 007 | 433 958 | 447 440 | 462 652 | 519 989 | 646 448 |
| 4.62.89 Kommunale sundhedstjenester | 801 193 | 771 082 | 898 015 | 938 491 | 924 560 | 932 403 | 947 634 |
| 4.62.90 Andre sundhedsudgifter | 459 390 | 589 108 | 550 023 | 553 966 | 535 153 | 530 509 | 558 472 |

Kilde: *Danmarks Statistik*, © www.statistikbanken.dk/REGK31

Hvilke pleje- og sundhedsydelse er evt. blevet nedprioriteret/opprioriteret?

Der blev afsat et målrettet løft til kommunerne på 300 mio. kr. i 2013 og frem. For 2015 er Regeringen og KL enige om at afsætte 350 mio. kr. med henblik på, at der i de fælles sundhedsaftaler opstilles fælles målsætninger inden for den patientrettede forebyggelse (KL 2014: 10). De afsatte midler skal altså styrke det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde i kommunerne. Sundhed er overordnet set et område der opprioriteres med henblik på at styrke samarbejdet og sammenhængen på tværs af sektorer. Derudover er der oprette flere akutpladser og midlertidige pladser. Hjemmesygelejen er ligeledes blevet opkvalificeret, således at flere opgaver kan varetages i hjemmet. Prioriteringer på sundhedsområdet har dog medført besparelser på

almene velfærdsopgaver. Dvs. at opprioriteringer har reduceret serviceudgifter og personale (Danske Kommuner 2014).

I hospitalsregi har der i det seneste tiår været en kraftig opprioritering af ambulans behandling, og der har været en klar tendens til at indlagte patienter sendes hurtigere hjem efter endt behandling. Det medfører, at pleje- og opfølgingsopgaver fra sygehusene er flyttet over i kommunalt regi.

Ovenstående tabel antyder, at væksten i udgifter har været højest på sundhedsområdet, mens den er mere moderat i ældrepleje. Dette indikerer en ændret relativ prioritering. Andre områder, som ofte siges at lide under svag ressourceudvikling er det specialiserede socialområde samt psykiatrien (jf. ovenfor). Nationale puljemidler har til en vis grad afhjulpet dette, men udgør i sigens natur ikke en langsigtet løsning.

Er det kommunale personale rustet til at tage sig af mere omsorgskrævende patienter? Har de kompetencerne, og hvilke konsekvenser kan det have?

Der er fokus på faglig bæredygtighed, både i regioner og kommuner, i forbindelse med reformen (Økonomi- og Indenrigsministeriet 2013: 54). Den overordnede vurdering er, at strukturreformen har løftet det faglige niveau. Tidligere udskrivelse, brug af mere teknologi samt mere ambulans behandling har dog medført et behov for opkvalificering af sygeplejersker og andet plejepersonale i kommuner, så de kan imødekomme kravene og løse de nye opgaver (Kayser og Rasmussen 2011). 80 % af kommunerne har gennemført særlige initiativer rettet mod opkvalificering af medarbejderne (KL m.fl. 2013: 121). Hvis personalet ikke har de rigtige kompetencer kan det modvirke effektiviseringsformålet – eksempelvis kan indlæggelser som følge af usikkerhed hos plejepersonalet, være en af de u hensigtsmæssige indlæggelser som kan undgås. Derudover kan utilstrækkelig behandling medføre et øget antal af genindlæggelser.

Hvordan vurderer brugerrepræsentanter reformens effekter?

I det følgende præsenteres Ældre Sagen og Danske Handikaporganisationers reaktioner samt indskydelser til den større evaluering foretaget i 2013 af kommunalreformen. Fokus på disse grupper er resultatet af, hvilket materiale der var tilgængeligt. Søgninger på Gigtforeningen, Kræftens Bekæmpelse samt Danske Patienter, blev også foretaget, dog uden held.

Ældre Sagen fremhæver de lange og varierende ventetider på genoptræningsområdet som en problematik, der behøver konkrete forslag til løsninger (Ældre Sagen 2013). Ældre Sagen vurderer at der er behov for en styrket implementering af sundhedsaftalerne, som er mere bindende for regioner og kommuner. De vurderer også, at der mangler en ramme med nationale standarder, der skal omfatte hele patientforløbet, og går på tværs af sektor og specialegrænser. De mener således at regioner og kommuner skal forpligtes til at opstille konkrete målsætninger for samarbejdet på sundhedsområdet, og at disse bør monitoreres. De lægger vægt på at patientforløb skal være mere sammenhængende og bedre koordinerede.

Med kommunalreformen overtog kommunerne hele ansvaret for handicapområdet. Danske Handicaporganisationer har foretaget en undersøgelse blandt 32 medlemsorganisationer, om konsekvenserne af kommunalreformen for mennesker med

handikap. 80 % af handicaporganisationerne vurderede at kommunalreformen slet ikke fungerer. Der blev især peget på manglende kvalitet, viden og samarbejde på områder der går ud over kommunegrænser (Danske Handicaporganisationer 2012). I et hørings svar på evalueringen af kommunalreformen fra 2013, skriver Danske Handicaporganisationer at reformen ikke har formået at sikre den nødvendige viden og de tilbud, det kræver samarbejde på tværs af kommuner/regioner. De opstiller nogle anbefalinger på sundhedsområdet der sigter mod at gøre sårbare patienter og rehabilitering til obligatoriske indsatsområder i sundhedsaftalerne (Danske Handicaporganisationer 2013). I denne sammenhæng fokuserer de særligt på manglende fokus på tværgående indsatser for borgere med psykisk, kognitiv eller intellektuel funktionsnedsættelse. Derudover vurderer de at genoptræningsplaner er utilstrækkelige i forhold til at møde handikappedes behov – de ønsker i stedet samlede rehabiliteringsplaner. De vurderer yderligere, at fagligheden ikke er tilstrækkelig i forhold til komplekse genoptræningsforløb, og at ventetiderne er unødvendigt lange.

Hvilke tilbud har kommunerne planlagt at etablere, for at kunne håndtere det øgede behov for ydelser som følge af strukturreformen, og hvor langt er de kommet med etableringen af disse?

Lokal medfinansiering og øget behov for ydelser har som nævnt ført til at flere kommuner har opgraderet deres patientorienterede og borgerorienterede forebyggelse. I 2013 udgav Karsten Vrangbæk og Lærke Sørensen et studie af kommunale sundhedsaktiviteters sammenhæng med genindlæggelser (Vrangbæk og Sørensen 2013). I dette studie fremhæver forfatterne kommunale aktiviteter efter strukturreformen, som indikatorer på en øget indsats imod genindlæggelser blandt ældre borgere. De beskriver blandt andet opfølgende hjemmebesøg efter udskrivning, mere hjemmehjælp, forebyggende hjemmebesøg, rehabilitering og vedligeholdende behandling samt nedsættelse af ventetider på plejehjem som områder, hvor kommunerne har øget indsatsen for at håndtere behovene. Studiet finder at der ikke er en systematisk sammenhæng mellem de kommuner, som har øget udgifterne til denne type aktiviteter mest, og andelen af ældre borgere, som bliver indlagt/genindlagt på sygehus. Dette tyder på, at kommunerne mangler viden om hvordan man mest effektivt forebygger indlæggelse/genindlæggelse, og dermed, at de økonomiske incitamentet måske nok virker, men ikke nødvendigvis med den tilslåede effekt. Undersøgelsen ser på den type indlæggelser, hvor det er mest sandsynligt med en umiddelbar effekt af øgede forebyggelsestiltag (indlæggelse/genindlæggelse af ældre patienter med udvalgte diagnosekoder). At der netop for denne gruppe ikke findes systematisk sammenhæng styrker resultaterne, men det kan ikke udelukkes, at det endnu er for tidligt at vurdere den fulde effekt af de øgede kommunale tilbud. Kommunerne er meget opmærksomme på, at etablere tilbud, som kan nedbringe udgifter og imødekomme de stigende behov.

Følgende tabel viser udviklingen i udvalgte indikatorer for kommunernes sundhedsindsats i seneste tre år. Det fremgår, at der er en svag nedadgående tendens i genindlæggelse af ældre i perioden, mens øvrige indikatorer er stabile.

| Opgørelse | Geografi | 2011 | 2012 | 2013 |
|---|-------------|-------|-------|-------|
| Akutte genindlæggelser (Procent) | Hele landet | 7,0 | 7,1 | 7,0 |
| Genindlæggelse blandt 65+ år inden 30 dage efter at have være indlagt med udvalgte diagnoser (Procent) | Hele landet | 10,8 | 11,0 | 10,8 |
| Genindlæggelse blandt 65+ år inden 3 dage efter at have være indlagt med udvalgte diagnoser (Procent) | Hele landet | 3,4 | 3,2 | 3,0 |
| Forebyggelige indlæggelser blandt 65+ år (pr. 1000 ældre borgere) | Hele landet | 68,0 | 64,0 | 63,0 |
| Forebyggelige indlæggelser blandt plejeboligbeboere 65+ år (pr. 1000 ældre plejeboligbeboere) | Hele landet | 199,0 | 196,0 | 201,0 |
| Akutte medicinske korttidsindlæggelser (Antal pr. 1000 indbyggere/udskrevne) | Hele landet | 29,7 | 30,6 | 31,0 |
| Akutte medicinske indlæggelser (Antal pr. 1000 indbyggere.) | Hele landet | 68,9 | 68,8 | 68,6 |

Kilde: Sundhedsstyrelsen. Indikatorer for sundhedsaftaler.

Revision af sundhedsaftaleinstrumentet efter evaluering i 2013

Efter evalueringen af sundhedsaftaler blev det besluttet at ændre grundlaget for næste generation af aftaler, som skal indgås i løbet af 2014. Hovedønsket var en forenkling af aftalerne, Herudover ønskede man at justere i de obligatoriske temaer og fokuspunkter i aftalerne. Sundhedsaftalerne for 2015-2018 udarbejdes efter vejledningen om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler af 20. december 2013. Vejledningen tager udgangspunkt i de nye ændringer i sundhedsloven og bekendtgørelsen om sundhedsaftalerne. Den skal bidrage til regioner og kommuners arbejde med den tredje generation af sundhedsaftaler. Vejledningen beskriver sundhedskoordinationsudvalgets opgaver samt kravene til sundhedsaftalen på fire obligatoriske indsatsområder:

- Forebyggelse
- Behandling og pleje
- Genoptræning og rehabilitering
- Sundheds-it og digitale arbejdsgange.

Sundhedsaftalen på de fire indsatsområder skal derudover tage udgangspunkt i fem tværgående temaer:

- Arbejdsdeling og samarbejde, herunder videndeling og sundhedsfaglig rådgivning imellem sektorer
- Koordination af kapacitet
- Inddragelse af patienter og pårørende
- Lighed i sundhed
- Dokumentation, forskning, kvalitetsudvikling og patientsikkerhed.

Der skal fremover kun udarbejdes én sundhedsaftale i hver region, hvor der tidligere var en aftale pr. kommune.

Referencer

- Blom A, 2014. Det kommunale sundhedsområde i et historisk perspektiv, I BM Pedersen & SR Petersen (Red.) *Det kommunale sundhedsvæsen*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Danske Handicaporganisationer, 2012. Spørgeskemaundersøgelse vedrørende kommunalreformen. Hvidovre. Senest besøgt 29. august 2014: <http://www.handicap.dk/dokumenter/opsummering-af-spoergeskema-undersoegelse-vedr.-kommunalreformen>
- Danske Handicaporganisationer, 2013. DH's anbefalinger til opfølgning på kommunalreformen. Tåstrup. Senest besøgt d. 29. august 2014: (<http://www.handicap.dk/dokumenter/rapporter-notater/dhs-anbefalinger-til-opfoelgning-paa-kommunalreformen>)
- Danske kommuner, 2014. *Borgernær velfærd står for tur*. Nyhedsmagasinet Danske Kommuner nr. 06. Senest besøgt 29. august 2014: <http://www.danskekommuner.dk/Artikelarkiv/2014/Magasin-06/Borgernar-velfard-star-for-tur/>
- IFSV, 2014. *Afdeling for Sundhedstjenesteforskning: Forskning*. Senest besøgt d. 28. august 2014: <http://www.ifsv.ku.dk/afdelinger/sundhedstjenesteforskning/forskning/>
- KL, Danske Regioner, Finansministeriet, Økonomi- og Indenrigsministeriet, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2013. Effektiv kommunal forebyggelse – med fokus på forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser. København.
- Nordic Council of Ministers, 2013. Nordisk Statistisk Årbog 2013, ed. Klaus Munch Haagensen.
- Pedersen BM & Petersen SR, 2014. Introduktion, I BM Pedersen & SR Petersen (Red.) *Det kommunale sundhedsvæsen*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Rommetvedt H, Opedal S, Stigen IM & Vrangbæk K, 2014. *Hvordan har vi det i dag, da?* Bergen: Fagbokforlaget.
- SFI, 2011. Danmark venter stadig på sin psykiatireform. Et rids af udviklingen de seneste årtier. København (<http://www.sfi.dk/resultater-4726.aspx?Action=1&NewsId=3054&PID=9422>)
- Strandberg-Larsen M & Krasnik A, 2008. Does a public single payer system deliver integrated care? A national survey study among professional stakeholders in Denmark. *International Journal of Integrated Care*, 8, 1-13.
- Sundhedsstyrelsen, 2005. *Kronisk sygdom. Patient, sundhedsvæsen og samfund. Forudsætninger for det gode forløb*. København.
- Sundhedsstyrelsen, 2012. *Forløbsprogrammer for kronisk sygdom - den generiske model*. København.
- Vrangbæk K, Sørensen LM, 2013. Does municipal co-financing reduce hospitalisation rates in Denmark?, *Scandinavian Journal of Public Health*, vol. 41 s. 616-622.
- Økonomi - og Indenrigsministeriet, 2013. Evaluering af kommunalreformen. København K. Publikationen er tilgængelig på internettet på <http://www.oim.dk>.
- Ældre Sagen, 2013. Høring over evaluering af kommunalreform. København K.

Vedlegg 4: Tabeller knyttet til kapittel 4

Kilde: KOSTRA, SSB.

Tabell 18: Andel av beboere i institusjon (sykehjem og aldershjem), 80 år og eldre.

| | | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|-----------------------|--------------|------|------|------|------|------|
| Alle kommuner | Gjennomsnitt | 16,0 | 16,1 | 15,7 | 15,6 | 15,2 |
| | Median | 15,0 | 15,0 | 15,0 | 15,0 | 15,0 |
| | N | 421 | 419 | 422 | 421 | 424 |
| Små kommuner | Gjennomsnitt | 18,3 | 18,7 | 18,0 | 17,7 | 17,4 |
| | Median | 17,0 | 18,0 | 17,0 | 17,0 | 16,0 |
| | N | 223 | 221 | 224 | 222 | 224 |
| Store kommuner | Gjennomsnitt | 13,3 | 12,8 | 12,7 | 12,8 | 12,6 |
| | Median | 14,0 | 13,0 | 13,0 | 13,0 | 13,0 |
| | N | 53 | 53 | 53 | 53 | 54 |

Tabell 19: Andel (%) korttidsplasser i institusjon.

| | | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|-----------------------|--------------|------|------|------|------|------|
| Alle kommuner | Gjennomsnitt | 13,6 | 14,2 | 15,9 | 17,4 | 19,0 |
| | Median | 12,0 | 12,5 | 13,4 | 15,4 | 17,5 |
| | N | 423 | 419 | 415 | 394 | 428 |
| Små kommuner | Gjennomsnitt | 12,4 | 12,9 | 14,9 | 16,3 | 18,5 |
| | Median | 11,1 | 11,1 | 12,5 | 14,3 | 16,7 |
| | N | 223 | 220 | 216 | 203 | 228 |
| Store kommuner | Gjennomsnitt | 15,9 | 16,8 | 19,1 | 18,9 | 19,4 |
| | Median | 16,9 | 16,5 | 19,1 | 18,4 | 18,1 |
| | N | 52 | 52 | 52 | 52 | 52 |

Tabell 20: Andel plasser i institusjon til re-/habilitering.

| | | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|-----------------------|--------------|------|------|------|------|------|
| Alle kommuner | Gjennomsnitt | 6,6 | 6,7 | 7,2 | 7,4 | 9,3 |
| | Median | 5,4 | 5,3 | 5,6 | 5,9 | 7,6 |
| | N | 346 | 358 | 357 | 371 | 393 |
| Små kommuner | Gjennomsnitt | 7,0 | 7,2 | 7,4 | 7,5 | 9,6 |
| | Median | 5,7 | 5,9 | 6,2 | 6,2 | 8,0 |
| | N | 171 | 183 | 182 | 187 | 201 |
| Store kommuner | Gjennomsnitt | 5,7 | 5,6 | 5,5 | 5,9 | 7,5 |
| | Median | 5,0 | 4,9 | 4,7 | 5,0 | 5,2 |
| | N | 51 | 52 | 51 | 50 | 51 |

Tabell 21: Mottakere av hjemmetjenester pr 100 innbyggere 80 år og eldre.

| | | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|-----------------------|--------------|------|------|------|------|------|
| Alle kommuner | Gjennomsnitt | 36,6 | 36,3 | 36,6 | 36,4 | 36,6 |
| | Median | 36,5 | 36,3 | 36,1 | 36,1 | 36,3 |
| | N | 420 | 415 | 416 | 414 | 419 |
| Små kommuner | Gjennomsnitt | 37,8 | 37,7 | 38,0 | 38,0 | 38,3 |
| | Median | 38,4 | 38,0 | 38,5 | 37,6 | 38,2 |
| | N | 221 | 216 | 217 | 214 | 219 |
| Store kommuner | Gjennomsnitt | 33,0 | 33,1 | 33,0 | 32,4 | 32,2 |
| | Median | 33,4 | 32,7 | 32,8 | 31,8 | 31,4 |
| | N | 52 | 52 | 52 | 52 | 52 |

Tabell 22: Årsverk i brukerrettede tjenester pr mottaker.

| | | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|-----------------------|--------------|------|------|------|------|------|
| Alle kommuner | Gjennomsnitt | 0,47 | 0,48 | 0,49 | 0,49 | 0,50 |
| | Median | 0,46 | 0,47 | 0,47 | 0,48 | 0,48 |
| | N | 425 | 423 | 426 | 427 | 428 |
| Små kommuner | Gjennomsnitt | 0,48 | 0,47 | 0,49 | 0,50 | 0,50 |
| | Median | 0,46 | 0,46 | 0,47 | 0,48 | 0,48 |
| | N | 227 | 225 | 228 | 228 | 228 |
| Store kommuner | Gjennomsnitt | 0,46 | 0,48 | 0,48 | 0,49 | 0,50 |
| | Median | 0,46 | 0,48 | 0,48 | 0,48 | 0,49 |
| | N | 51 | 51 | 51 | 51 | 52 |

Tabell 23: Antall legetimer pr uke pr beboer i sykehjem.

| | | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|-----------------------|--------------|------|------|------|------|------|
| Alle kommuner | Gjennomsnitt | 0,33 | 0,35 | 0,38 | 0,42 | 0,45 |
| | Median | 0,29 | 0,32 | 0,34 | 0,39 | 0,40 |
| | N | 424 | 418 | 427 | 424 | 427 |
| Små kommuner | Gjennomsnitt | 0,31 | 0,33 | 0,36 | 0,40 | 0,43 |
| | Median | 0,27 | 0,30 | 0,33 | 0,38 | 0,39 |
| | N | 227 | 226 | 225 | 223 | 227 |
| Store kommuner | Gjennomsnitt | 0,35 | 0,40 | 0,43 | 0,50 | 0,57 |
| | Median | 0,35 | 0,39 | 0,42 | 0,46 | 0,52 |
| | N | 52 | 52 | 52 | 52 | 52 |

Tabell 24: Andel (%) sykepleierårsverk i institusjon av brukerrettede årsverk.

| | | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|-----------------------|--------------|------|------|------|------|------|
| Alle kommuner | Gjennomsnitt | 24,0 | 24,7 | 25,4 | 26,1 | 28,8 |
| | Median | 23,5 | 24,2 | 24,8 | 25,5 | 28,6 |
| | N | 423 | 422 | 422 | 425 | 425 |
| Små kommuner | Gjennomsnitt | 24,1 | 24,7 | 25,4 | 26,1 | 29,1 |
| | Median | 23,4 | 24,1 | 24,7 | 25,2 | 28,3 |
| | N | 225 | 225 | 224 | 225 | 226 |
| Store kommuner | Gjennomsnitt | 24,5 | 25,0 | 25,9 | 26,8 | 29,3 |
| | Median | 24,1 | 25,4 | 26,1 | 26,6 | 29,0 |
| | N | 52 | 52 | 52 | 52 | 52 |

Tabell 25: Andel (%) sykepleierårsverk i hjemmetjenesten av brukerrettede årsverk.

| | | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|-----------------------|--------------|------|------|------|------|------|
| Alle kommuner | Gjennomsnitt | 18,8 | 19,1 | 19,2 | 19,8 | 19,9 |
| | Median | 17,7 | 17,6 | 18,1 | 18,8 | 18,7 |
| | N | 411 | 413 | 414 | 416 | 411 |
| Små kommuner | Gjennomsnitt | 19,9 | 20,3 | 20,1 | 20,7 | 20,8 |
| | Median | 18,1 | 18,6 | 18,6 | 19,6 | 19,1 |
| | N | 213 | 215 | 215 | 216 | 214 |
| Store kommuner | Gjennomsnitt | 17,6 | 18,0 | 18,4 | 18,9 | 18,7 |
| | Median | 17,7 | 17,4 | 18,2 | 18,8 | 18,6 |
| | N | 52 | 52 | 52 | 52 | 52 |

Tabell 26: Medisinske kostnader (i kr) i institusjon pr beboer 80 år og eldre.

| | | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|-----------------------|--------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Alle kommuner | Gjennomsnitt | 23 946 | 24 251 | 24 952 | 26 766 | 27 934 |
| | Median | 22 286 | 22 278 | 23 469 | 24 768 | 25 678 |
| | N | 419 | 417 | 420 | 420 | 423 |
| Små kommuner | Gjennomsnitt | 23 668 | 23 716 | 25 477 | 27 371 | 28 896 |
| | Median | 21 183 | 21 846 | 22 908 | 24 531 | 25 906 |
| | N | 221 | 219 | 222 | 221 | 223 |
| Store kommuner | Gjennomsnitt | 22 777 | 22 858 | 23 998 | 25 676 | 26 260 |
| | Median | 22 414 | 22 731 | 24 348 | 24 631 | 25 840 |
| | N | 52 | 52 | 52 | 52 | 52 |

Tabell 27: Medisinske kostnader i hjemmetjenesten pr mottaker 80 år og eldre.

| | | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|-----------------------|--------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Alle kommuner | Gjennomsnitt | 1 254 | 1 322 | 1 439 | 1 605 | 2 000 |
| | Median | 1 010 | 1 049 | 1 068 | 1 193 | 1 716 |
| | N | 419 | 421 | 418 | 420 | 422 |
| Små kommuner | Gjennomsnitt | 1 036 | 1 074 | 1 207 | 1 366 | 1 638 |
| | Median | 788 | 706 | 790 | 1 000 | 1 261 |
| | N | 221 | 223 | 220 | 221 | 224 |
| Store kommuner | Gjennomsnitt | 2 071 | 2 004 | 2 119 | 2 276 | 2 855 |
| | Median | 1 793 | 1 810 | 2 300 | 2 383 | 2 895 |
| | N | 52 | 52 | 52 | 52 | 52 |