



VELLYKKET, MEN KREVENDE REFORM

Eksempelet Hjørring. Hva kan norske kommuner lære av Danmarks erfaringer med samhandlingsreform?

EVALUERINGSSTUDIE

Artikkelen bygger på
50% praksis
 50% teori



DOI-NUMMER:

10.4220/sykepleiens.2014.0161



Hans Knut Otterstad,
 lege og helse-
 tjenesteforsker

Kommunalreformen i Danmark fra 2007 har stått modell for den norske «Samhandlingsreformen» fra 2012, men den danske omfatter mer: hele forvaltnings- og tjenesteområdet på fylkes- og kommunenivå. Et viktig element var at kommunenes innbyggertall skulle ha en minimumstørrelse; minst 20.000 innbyggere. Argumentet for dette var at reformen påla kommunene flere og større oppgaver. For å klare dette måtte forvaltning og tjenesteproduksjon styrkes med større kompetanse i alle ledd og få mer robuste fagmiljøer. Antall kommuner ble derfor redusert fra 271 til 96.

EVALUERING. Etter seks års «prøvetid» har en statlig ekspertgruppe foretatt en omfattende evaluering av erfaringene i Danmark (1). Evalueringen bør ha betydelig interesse i Norge, siden vi delvis har kopiert reformen for sykehusdrift og kommunehelsetjenester.

Rapporten ser på de nasjonale endringene. For å få en bedre innsikt i hvorledes utviklingen har vært på kommunenivå, besøkte jeg en ny «storkommune»; Hjørring på Nord-Jylland. Det er vennskapskommunen til Kristiansand, og ligger en kort båtreise fra norskekysten. Før reformen hadde den 33.000 innbyggere. I 2007 ble

den slått sammen med fire mindre nabokommuner, og «Nye Hjørring» kommune har i dag nesten 66.000 innbyggere. Jeg ønsket å få svar på fire spørsmål:

- Har modellen virket?
- Hvordan har reformen påvirket driften av kommunehelsetjenesten?
- Hva er erfaringen med en storkommune i forhold til helsetjenestene i de mindre kommunene som ble slått sammen?
- Kan vi lære av de danske erfaringene?

INSENTIVER. Sentralt i reformen er introduksjonen av økonomiske insentiver for å effektivisere og økonomisere behandlingsskjeden i helsevesenet; «mer helse for hver krone». Dette er mest kritisk i eldreomsorgen der sykehus og førstelinjetjenesten må samarbeide om felles pasienter med langvarige og krevende behov. Ønsket om en mer «sømløs» tjenesteproduksjon har blitt særlig tydelig og påkrevet på grunn av «eldrebølgen» som medfører et betydelig press på knappe ressurser. I begge land har dette manifestert seg gjennom økende og til dels problematiske kødannelser i sykehusene. Dette skyldes blant annet at kommunene ikke i samme grad som tidligere har maktet å ta imot de «utskrivingsklare pasientene».

ELDREBØLGE. Samtidig har danskene sett at eldrebølgen gir en sterk økning av forekomsten av kroniske sykdommer og pasienter med langvarige pleiebehov, noe som krever en systematisk og omfattende samhandling mellom de to behandlingsnivåene. Her er tanken om kommuners medfinansiering av sykehusdriften grunnleggende. Dette er basert på en rettferdighetstankgang: de kommunene som bygger ut sitt eget behandlingsapparat, slik at flere pasienter kan behandles uten sykehusinnleggelse, skal premieres gjennom lavere medfinansieringsbidrag til sykehusdrift. Motsatt skal de kommuner som unnlater dette straffes økonomisk.

KOSTNADSDDELING. Metoden er kostnadsdeling: sykehusdrift skal finansieres gjennom et spleiselag; 70 prosent dekkes ved statlig overføring, mens rundt 20 prosent skal komme fra pasientens hjemkommune, såkalt «medfinansiering». Resten skal finansieres på andre måter, men ikke ved direkte pasientbetaling siden helsetjenester i Danmark er gratis. Kommunenes medfinansiering har tre ledd: 1. Betaling for innleggelse og lengden på liggetid, 2. Avgift for poliklinisk spesialistbehandling, og 3. Betaling for «utskrivingsklare» pasienter per overliggedøgn, men ikke fra første dag slik som i Norge.

Fakta ●●●

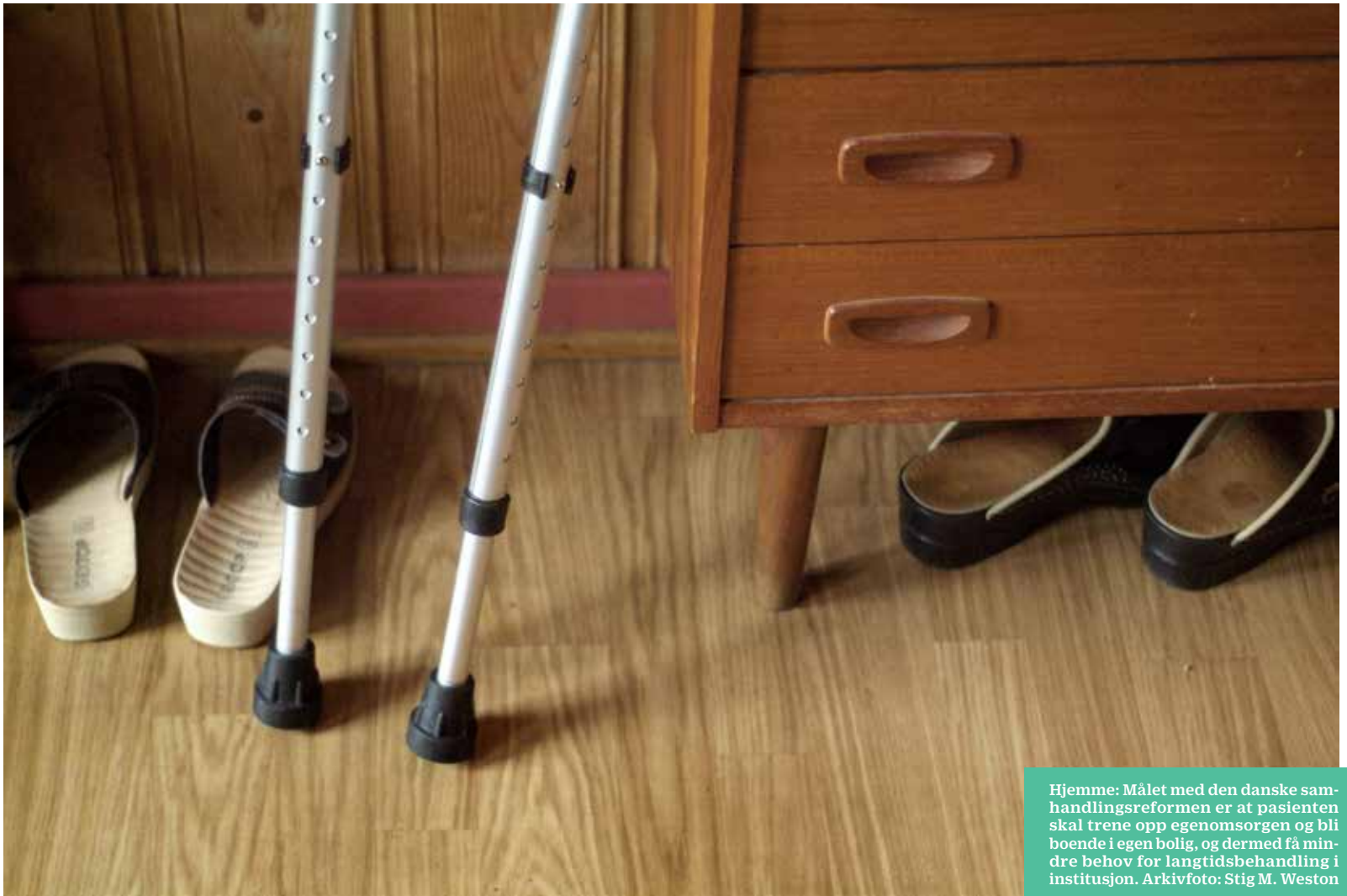
Hovedbudskap

Etter seks år i Danmark med en samhandlingsreform som blant annet inkluderer drastiske kommunesammenslåinger, melder sentrale myndigheter at resultatene er gode, mens kommunene opplever betydelig økonomiske utfordringer. Disse møtes med faglig nytenkning i hjemmesykepleien, blant annet i form av opprettelse av «hjemmesykepleieklinikker», og økt satsing på aktiv rehabilitering.

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisning på våre nettsider.

- Samhandling
- Internasjonal helse
- Kommunehelsetjeneste
- Spesialisthelsetjeneste



Hjemme: Målet med den danske samhandlingsreformen er at pasienten skal trene opp egenomsorgen og bli boende i egen bolig, og dermed få mindre behov for langtidsbehandling i institusjon. Arkivfoto: Stig M. Weston

ROBUST. Evalueringen på mer enn 500 sider er meget omfattende. Jeg tar her kun med den delen som gjelder «Sundhetsområdet».

Den overordnede vurderingen er at reformen har resultert i en mer robust offentlig sektor, som er blitt bedre rustet til å møte de kommende års utfordringer. Årsaken er en større faglig og økonomisk bærekraft. Det er påvist en «styrkelse av den økonomiske styringen i kommuner og regioner», muliggjort gjennom mer «overordnet styring».

Men evalueringen av reformen har også påvist svakheter, og kommer med en viktig konklusjon: Man bør overveie å innføre en mer forløpsbasert avregning for eldre og kronisk syke

pasienter. Dagens stykkprisfinansiering er basert på betaling for antall behandlingskontakter, innleggelser og DRG-diagnoser, uten å se på om behandlingsforløpet over tid var hensiktsmessig i forhold til utgiftsnivået.

Utvalget som evaluerte anbefaler dessuten nye obligatoriske innsatsområder: Forbedringer av helse-IT, mer pasientrettet forebygging og bedre kronikeromsorg.

HJØRRING. Demografi vil være en viktig faktor fram mot 2050, og vil fastsette rammebetingelsene for helse og eldreomsorg i Hjørring de nærmeste årene. To trender virker negativt inn, selv etter at Hjørring ble en storkommune: Folketallet

«Reformen har resultert i en mer robust offentlig sektor.»

synker nå med cirka 400 innbyggere per år. Det er de unge som flytter ut, hovedsakelig på grunn av utdanning, jobb og ønsket om å bo i storbyer. Ikke langt vekk ligger Ålborg med 130 000 innbyggere og virker som en lokal magnet. Med eldrebølgen øker antallet og andelen eldre, noe som betyr økte behov for helsetjenester og pleie. Konsekvensen er større utgifter til lokale

helsetjenester og til medfinansiering av sykehusdrift. Demografien gir dermed betydelige budsjettutfordringer for helse- og eldretjenestene i Hjørring. Med uendret folketall og befolknings sammensetning vil budsjettet øke med cirka 4 prosent i perioden 2012–16 på grunn av kostnadsutviklingen i samfunnet, men med den eksisterende demografiske utvikling vil økningen bli på 11 prosent om tilbudene skal opprettholdes på dagens nivå.

Men folketallet og alderssammensetningen endres først og fremst i utkanten av kommunen, det vil si i de mindre kommunene som nå er slått sammen i en kommune.





Konklusjonen er derfor at dagens «storkommune» er mer robust i forhold til avfolkning og forgubbing enn hva de små kommunene i utkanten ville vært hver for seg.

STØRRE KOMMUNER. Erfaringene viser at små kommuner har problemer med rekruttering av fagfolk på grunn av små og til dels manglende faglige miljøer. Dette vil særlig merkes for tjenester med få utføvere, som for eksempel ergoterapi og til dels fysioterapi, og i virksomheter med døgnkontinuerlig drift og turnusordninger. Derfor er større enheter som kan ansette flere fagfolk et viktig virkemiddel for bedre rekruttering.

På spørsmålet om hva som er dagens oppfatning hos fagfolk, administratorer og politikere i de mindre kommunene som ble slått sammen, svarer lederen av avdelingen for helse og eldre: «Det er min opplevelse, at langt de fleste både fagfolk og administratorer finner, at kommunens faglige indsatser har fået en høyere kvalitet. Dette skyldes først og fremmest, at vores fagfolk har kunnet spesialisere sin faglige viden, og at der er opnået større og sterkere faglige miljøer.

De, der har haft sværest ved at tilvænne sig de større kommuner, er nok det politiske niveau. Vores politikere oplever, at deres sagsmængder er blevet større og mere «akademiske» og de udtrykker også, at de er kommet langt væk fra borgerne. Så det er en klar opgave for administrationen i de kommende år, at sikre at de lokale politikere føler at de bliver betjent på en måde, som giver dem overblik og tilstrækkelig indsigt».

REGNSKAP. Sammen med ti andre kommuner i Nord-Jyllandregionen medfinansierer Hjørring kommune sykehusdriften i regionen. I Hjørring ligger et stort regionsykehus, Vendsyssel hospital, noe som bidrar til et relativt høyt sykehusforbruk for Hjørring kommune på grunn av korte avstander. Man fører et løpende regnskap over kommunenes medfinansiering, og

Hjørring ligger nest høyest av kommunene i regionen når det gjelder bruken av somatisk sykehusbehandling. Dessuten har trenden vært økende i perioden 2008–2010. I siste regnskapsår brukte Hjørring 1612 kroner per innbygger per år til medfinansiering av sykehusbehandling, noe som var 19 prosent høyere per innbygger enn i den «billigste» kommunen i regionen. Regnestykket viser at Hjørrings merutgift ble 17 millioner kroner på årsbasis.

Årsaken til denne «ekstrakostnaden» er tredelt: 1. Demografisk; det er en stor andel eldre i Hjørring, 2. Nærheten til et stort sykehus, og 3. Fastlegenes profil for sykehusinnleggelse. Alle disse faktorene ligger utenfor kommunens kontroll og bidrar til manglende budsjettstyring og er kostnadsdrivende.

KONKLUSJON. På den annen side har Hjørring kontroll på mottaket av «utskrivingsklare pasienter» siden dette kan styres ved å ha ledig og god nok kapasitet i kommunens eget behandlingsapparat. Disse pasientene blir dermed raskt utskrevet. Reformen har medført en effektivisering av sykehusdrift ved at «utskrivingsklare pasienter» ikke lenger ligger i en «intern utskrivingskø» i sykehusene.

Medfinansieringen av sykehusdriften tynger Hjørring kommune, men ikke gjennom betaling for overliggedager. Erfaringen er så langt negativ for de kommunene som har høyt forbruk av sykehusinnleggelse og sykehuspoliklinikkene. Dette styres av legene, mens kommunene ikke har kontroll.

Danske kommuner har trange helsebudsjetter, og som denne beskrivelsen forteller har medfinansieringssystemet bidratt til økte krav til økonomisering og effektiv drift av kommunehelsetjenesten. Samtidig har innbyggernes forventninger og krav snarere økt.

PÅ KORT SIKT. To eksempler som illustrerer hvorledes kommunen har tatt grep:

1. Målretting av den daglige pasientbehandling

Situasjonen krever tiltak som gir rask effekt fordi det i dag ikke finnes ledig behandlingsskapasitet, og løsningen må derfor både være tiltak som er kostnadseffektive og virker raskt. Stikkord: Aktiv, målrettet behandling og rask oppfølging av pasienter som skrives ut av sykehuset eller som vurderes som kandidater for sykehusinnleggelse. Målet er at pasienten skal trene opp egenomsorgen og bli boende i egen bolig, dermed får de mindre behov for langtidsbehandling i institusjon. I forhold til tidligere skal man ikke gi passiv pleie som bidrar til mer avhengighet av kommunal hjelp.

Dette er et behandlingssopplegg som stiller større krav til pasienten og også til pårørende. Opptrening, bevisstgjøring og pasientopplæring er nøkkelord. Forutsetningen er et personale som forholder seg til ved-

tatte mål for behandlingen og som kan fungere tverrfaglig og lojalt. Kommunen kan vise til at denne arbeidsformen fører fram. Statistikk viser at tidsbruken per pasient i hjemmet har blitt redusert over tid, uten at dette skyldes mindre ADL-svikt eller reduserte behov. Endringen i tidsbruk er derfor et mål på at gjennomsnittspasientens egenomsorg har blitt bedre. Kommunens gevinst er at personalet kan behandle flere pasienter per tidsenhet enn tidligere.

Med effektive hjemmetjenester minsker presset på institusjonsplassene slik at mottakskapasiteten for «utskrivingsklare» sykehuspasienter opprettholdes og kommunen dermed ikke økte medfinansieringsutgifter for denne pasientgruppen.

2. Nytenkning i hjemmesykepleien.

I Hjørring er det blitt opprettet ti sykepleieklubber og målet er at 25 prosent av pasientene i hjemmesykepleien skal få sin behandling der. Dette er faglig sett en bedre arbeidsplass for sykepleierne, spesielt ved

«Erfaringene viser at små kommuner har problemer med rekruttering av fagfolk.»

FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til torhild.apall@sykepleien.no



sårbehandling og medisiner, og det bryter ofte isolasjonstendens og manglende mobilitet for en del pasienter. Tilbudet gir store hygieniske og arbeidsmessige fordele. Sykepleierne bruker en betydelig mindre del av arbeidstiden til transport, og oppmøtet for hver enkelt pasient kan styres bedre. Interessant nok er det en arbeidsform som primærlegene har innført for mange år siden: I dag skjer nesten alle pasientkontakter på legens kontor eller i legevaktlokaler, mens sykebesøk er sjeldne. Pasienten fraktes til eller oppsøker legen i et faglig innredet kontor med gode arbeidsforhold. Erfaringen er gode og tjenesteproduksjonen går i denne retning.

PÅ LANG SIKT. For å redusere behovet for sykehusinnleggelse har et av tiltakene vært å øke tilbudet av forebygging og rehabilitering. For forebygging har kommunen opprettet stillinger som koordinatører og instruktører. Tradisjonelt handler dette om mosjonsgrupper, opplæring i røykeslutt og så videre. Imidlertid er både fagfolk og politikere enige om at dette ikke vil bremse dagens nivå av innleggelse i sykehus i særlig grad. Virkningen vil trolig først komme om noen år, derfor er denne type forebyggende arbeid ikke noen stor post på helsebudsjettet, og effekten blir heller ikke særlig merkbar på dagens forbruksmønster.

Når det gjelder aktiv rehabilitering ligger Danmark fortsatt flere divisjoner foran de fleste norske kommuner, som vanligvis har fokus på mer passiv pleie. Danskene kan dokumentere at aktiv behandling gir bedre resultater og faglig sett er dette en bedre vei å gå (2).

DISKUSJON. Siden forvaltning og tjenesteproduksjon i Danmark og Norge er sammenliknbare, er det svært interessant å se på de danske erfaringene fra helsetjenester og eldreomsorg. I Norge har vi tidligere kopiert den danske fastlegeordningen, noe som regnes som meget vellykket. Og dansk eldreomsorg har vært en

inspirasjonskilde for norske fagfolk helt siden 1980-tallet, med studiebesøk og faglige innspill.

Vår samhandlingsreform er delvis konstruert etter den danske modellen fra 2007. Dermed er det naturlig å spørre om hvilke erfaringer som er høstet og om den virker. Som denne oversikten viser er erfaringene overveiende positive både fra sentralt og lokalt hold i Danmark. Men realitetene er krevende. Modellen er basert på økonomiske styringsredskaper, mens det faglige kommer mer i annen rekke. Dette betyr at økonomer og administratører kommer i førersetet, mens den helsefaglige styringen vil fungere mer som et supplement og et sikkerhetsnett. Spørsmålet er om det er slik vi ønsker å ha det i Norge?

Imidlertid er det viktig å være klar over at dette skjer i en tid hvor eldrebølgen om ikke lenge, det vil si i perioden 2020–2050, vil øke behovene for tjenester for eldre i norske kommuner på en dramatisk måte, både når det gjelder økonomi og behovet for flere helsearbeidere. Dermed vil et av hovedmålene til disse reformene være å redde finansieringen av den nordiske velferdsstaten. Det er derfor viktig å se til danske erfaringer siden helsetjenesten i dette landet har lenge erfaringer med en reform som vil prege helsetjenestetilbudet i Norge i mange år framover. ●

REFERANSER:

1. Evaluering af Kommunalreformen. Mars 2013. Økonomi og Indenrigsministeriet. København, s. 247. Elektronisk utgave på www.oim.dk
2. Otterstad HK. Dansk samhandling. «Sykepleien» nr. 12. 2013.

Den nye modellen gir mer rettferdighet

● Tekst **Ellen Morland**

GERIATRI: Samhandlingen mellom sykepleierledere og bestiller- og utførelsenheten er tema i Geriatrisk Sykepleie (bildet), som kommer sammen med Sykepleien til medlemmer av faggruppen. I en fagartikkel belyses hvordan sykepleieledere opplever samhandlingen med bestiller- og utførelsenheten. 22 sykepleieledere i sykehjem og hjemmesykepleie har blitt intervjuet.

Undersøkelsen tyder på at sykepleielederne opplever tildelingsprosessen som mer effektivt og rettferdig enn hva som var tidligere. Resultatene tyder på at langtidsplasser i sykehjem mindre grad blir brukt nå enn før. Flere korttidsplasser kan ha både positiv og negative følger

for pasientene. Flere som ønsker det kan bo hjemme lenger enn tidligere, mens de som føler seg engstelige i mindre grad får oppfylt ønsket om fast sykehjemsplass.

Når behovene til pasienten endres, opplever noen av sykepleielederne at det er vanskelig å bli hørt hos tildelingsenheten. Andre har motsatt erfaring.

Samhandlingen og felles forståelse mellom fastlegene, sykepleielederne og tildelingsenheten kunne også vært bedre, viser undersøkelsen. ●



Lærer robotkirurgi

I Danmark læres sykepleiere opp i robotkirurgi. Der assisteres legen av en sykepleier i stedet for av en annen lege. Sykepleiernes faglighet blir dreiet mer over mot det kirurgiske.

Norske og amerikanske sykepleiere har vært på opplæring i Aalborg.

Kilde: Dagens Medisin

Vant Eurekapris

Ida Kristine Heggen og Oanh Duong, ferdig utdannede sykepleiere fra Høgskolen i Gjøvik, vant sammen med to andre medstudenter pris for beste bacheloroppgave. De skrev om kommunikasjon og samhandling. Eurekaprisen deles hvert år ut av høyskolen til svært gode studentprosjekter.

Kilde: hadeland.no