



Samhandlingsreformen – til det bedre uten bivirkninger?

Anders Grimsmo

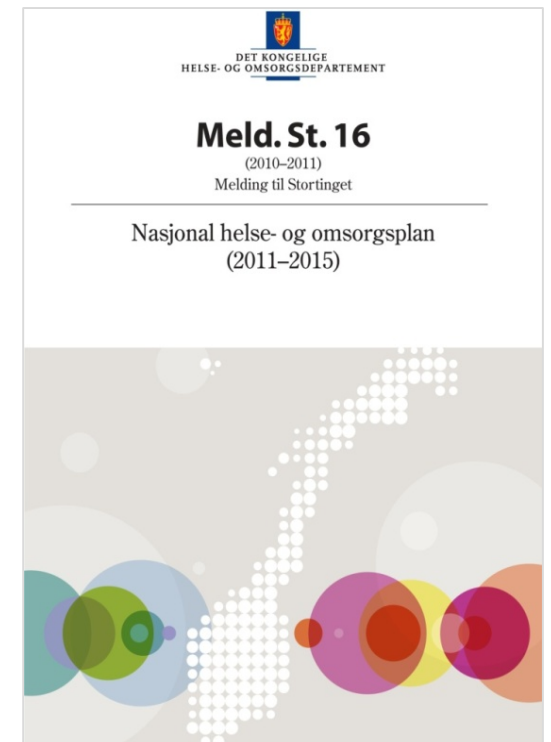
Institutt for samfunnsmedisin, NTNU

Norsk Helsenett, Trondheim

Målene i samhandlingsreformen



- Helhetlige pasientforløp
- Mer forebygging
- Økt brukerinnflytelse og økt mestring
- Tjenester skal gis nærmere der folk bor
- Sikre en bærekraftig utvikling
- Kommunene skal få et større ansvar
- Spesialist- og primærhelsetjenesten skal inngå forpliktende samarbeidsavtaler



Helse- og omsorgsloven, Kapittel 6.

Krav til samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak mv.

Avtalen skal som et minimum omfatte:

1. enighet om hvilke helse- og omsorgsoppgaver forvaltningsnivåene er pålagt ansvaret for og en felles oppfatning av hvilke tiltak partene til enhver tid skal utføre,
2. retningslinjer for samarbeid i tilknytning til innleggelse, utskrivning, habilitering, rehabilitering for å sikre helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester,
3. retningslinjer for innleggelse i sykehus,
4. beskrivelse av kommunens tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp etter § 3-5 tredje ledd,
5. retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra institusjon,
6. retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling og for faglige nettverk og hospitering,
7. samarbeid om forskning, utdanning, praksis og læretid,
8. samarbeid om jordmortjenester,
9. samarbeid om IKT-løsninger lokalt,
10. samarbeid om forebygging og
11. omforente beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjeden.



Samhandlingsreformen -
Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og
regionale helseforetak/helseforetak

Nasjonal veileder

Helse- og omsorgsdepartementet

Lovpålagte samarbeidsavtaler

- Inngåelse av avtalene er en plikt
- Avtalene kan gjøres bindene
- Avtalene skal vedtas i kommunestyret
- Det skal være et likeverdig forhold mellom partene



Hovedfunn ved analyse av samarbeidsavtalene

- Majoriteten av kommuner har brukt standardiserte maler og det er liten variasjon innenfor hvert RHF
 - Minst vedr. utskrivningsklare pasienter, mest vedr. kunnskapsutveksling
- Kommunene og helseforetak har i stor grad avtalt minimumsløsninger som allerede er bestemt ut fra forskrift/lov.
 - *intensjoner* om å forbedre/utvikle praksis/rutiner (opprette særavtaler)
 - *forpliktelser* utover det som er bestemt i lovverk, forskrifter er det i liten grad
 - *begrunnelse* i forskningsbasert kunnskap om samhandling eller brukererfaring er fraværende i avtalene
- Målsettinger er ikke operasjonalisert slik at de kan bli målt og evaluert
 - Status og ambisjoner mangler



Likeverd - hva tror dere?

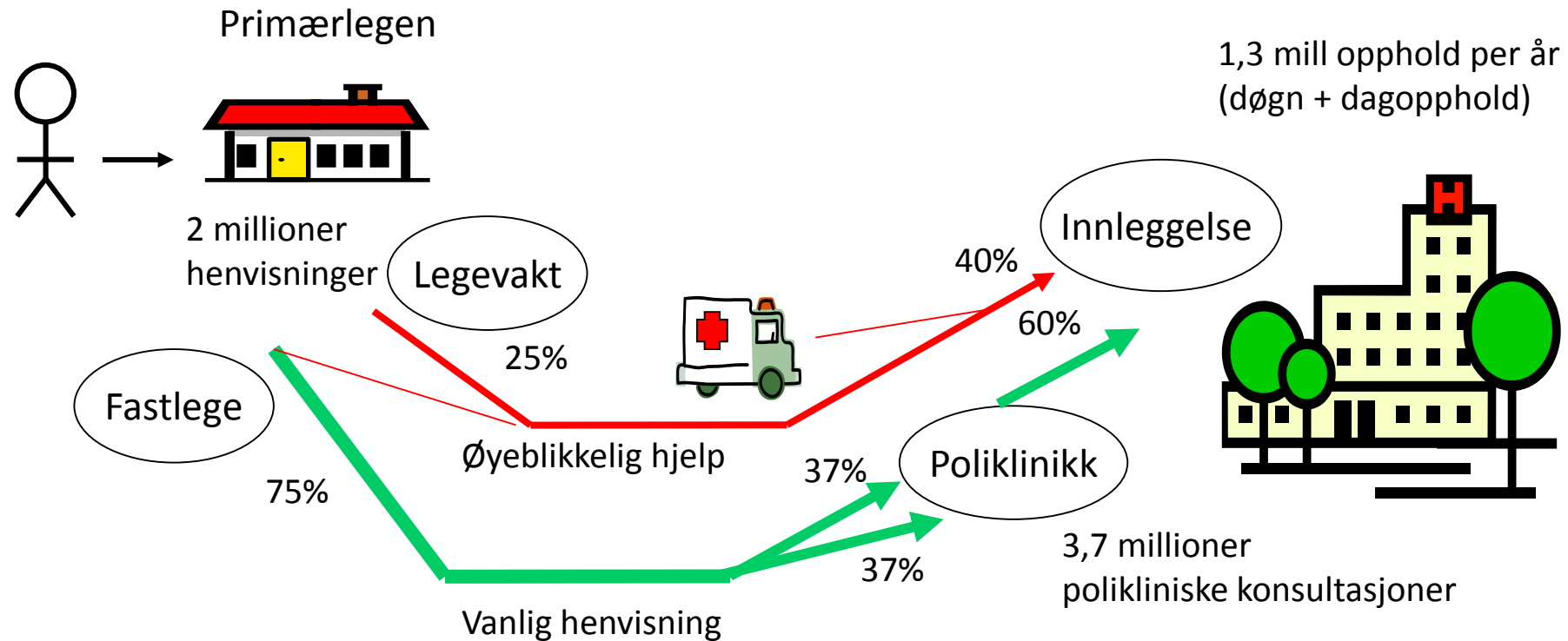
- I hovedforhandlingene – Ja
- Pasienter - Nei
- Operativt på helsefaglig nivå - Nei

Helse- og omsorgsloven: Kapittel 6 §6.1 tredje ledd

Pasient- og brukererfaringer skal inngå i vurderingsgrunnlaget ved utarbeidelsen av avtalen.

Pasient- og brukerorganisasjoner skal medvirke i forbindelse med utarbeidelse av avtalene.

Hovedstrømmer ved innleggelser





Hvem legger inn i sykehuset?

Innleggelser	Antall	Primærlege Spesialist		Til sammen
		%	%	
Dag	560 000	0	100	100
Døgn	810 000	69	31	100
Døgn og dag	1 370 000	40	60	100

↑ ↑

Legevaktslegen Poliklinikk
legen

Etablering av kommunalt ø.hj. døgntilbud

- Kommunene deler seg i to grupper
 - Sentrums- og sentrumsnære kommuner inngår interkommunalt samarbeid
 - Perifere kommuner blir ikke med hvor forholdene forblir relativt uendret
- Interkommunalt samarbeid om ø.hj. representerer mange steder en kraftig sentralisering
 - Tilbudet legges mange steder tett opp til sykehuset
 - Det blir lang transport for innbyggere i periferien
 - Samlokaliseres oftest med legevakt og ofte lokalisert til sykehjem/helsehus
- Overetablering?
 - Mange rapporterer om et belegg på 20-30 % i de interkommunale
 - Tilbudet brukes først og fremst av vertskommune og de nærmeste

«A bed build,
is a bed filled»

Effekter av geografisk avstand

Lappegard O, Hjortdahl P. The choice of alternatives to acute hospitalization: a descriptive study from Hallingdal, Norway. BMC family practice 2013; 14: 87

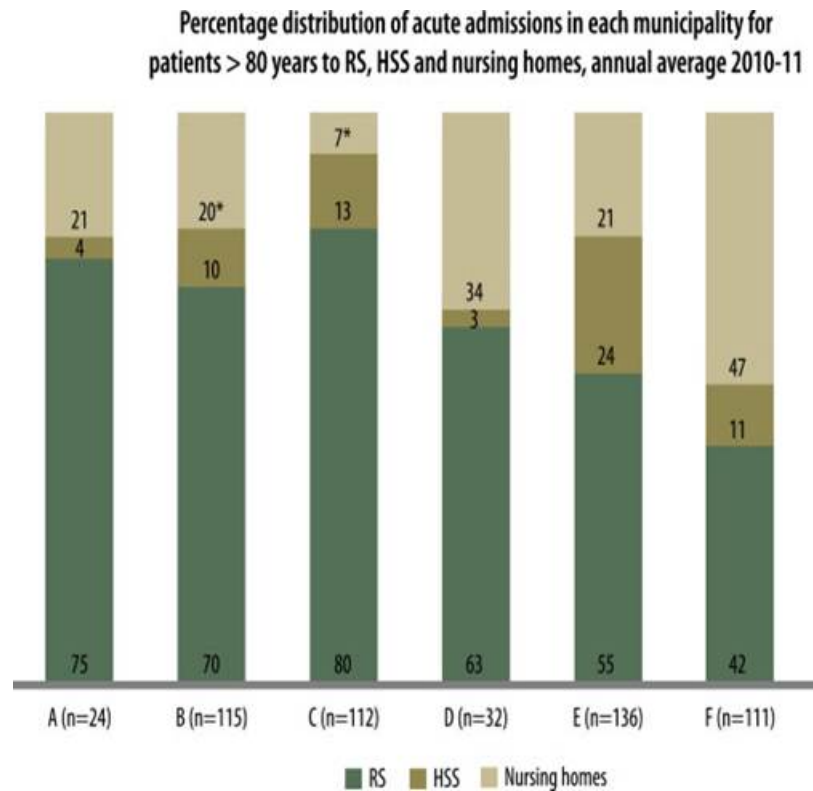


Table 1

Demographic and geographical data of the six municipalities in Hallingdal (RS=Specialist hospital, HSS=Community hospital)

Municipality	Number of inhabitants	Health care needs index	Distance in km to RS	Distance in km to HSS
A	1000	1.18	85	77
B	3445	1.07	118	46
C	4572	1.04	137	25
D	2140	0.88	165	49
E	4713	1.05	162	0
F	4453	1.03	187	26
Sum	20,323			



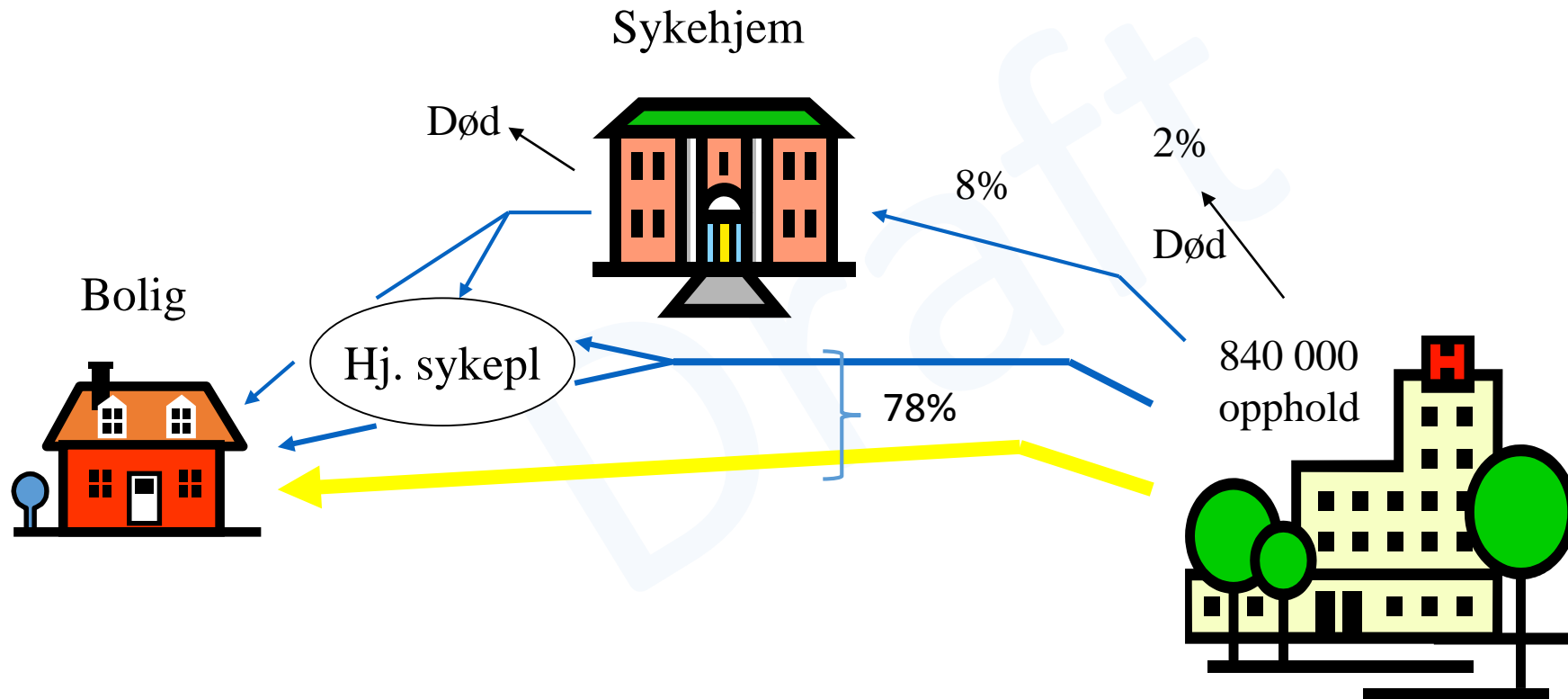
Øyeblikkelig hjelp døgntilbud - Færre innleggelser?

- I gjennomsnitt 2% færre innleggelser for pasienter over 80 år.
- ØHD som har legeberedskap 24/7 og er samlokalisert med legevakt har betydelig sterkere effekt, vel (minus) 5% i gjennomsnitt.
- ØHD som har annen organiseringen enn dette har i gjennomsnitt ingen effekt av etableringen av tilbudet, men det er store individuelle variasjoner

Swanson, JOJ, Alexandersen N, Hagen TP. Førte opprettelsen av kommunale akutte døgneheter til færre innleggelser ved somatiske sykehus? HERO Working paper 1/2016. Oslo: Universitet i Oslo, Institutt for helse og samfunn.

”Omsorgs- og rehabiliteringskjeden”

Hovedstrømmene ved utskriving:

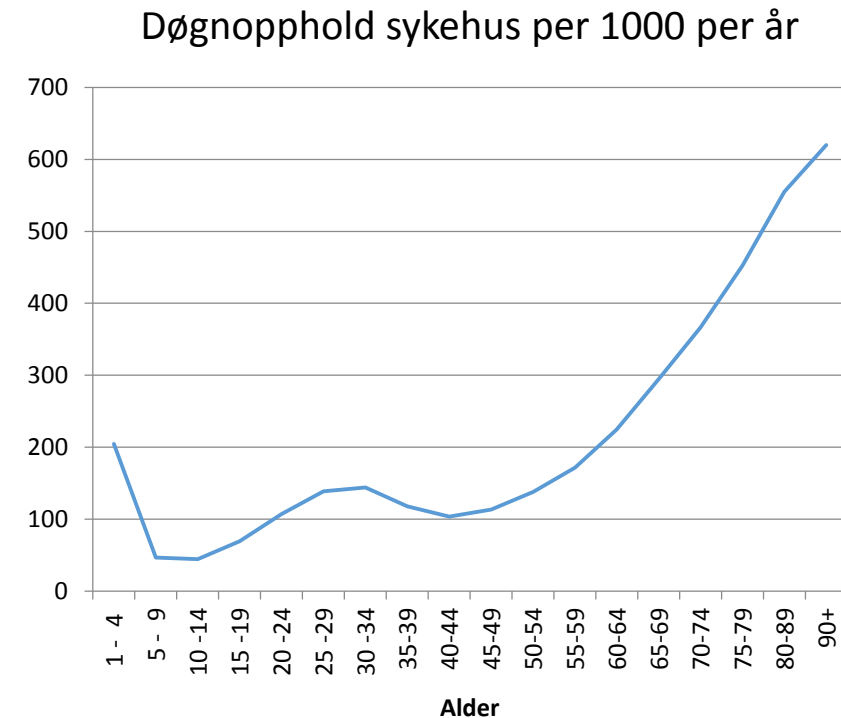
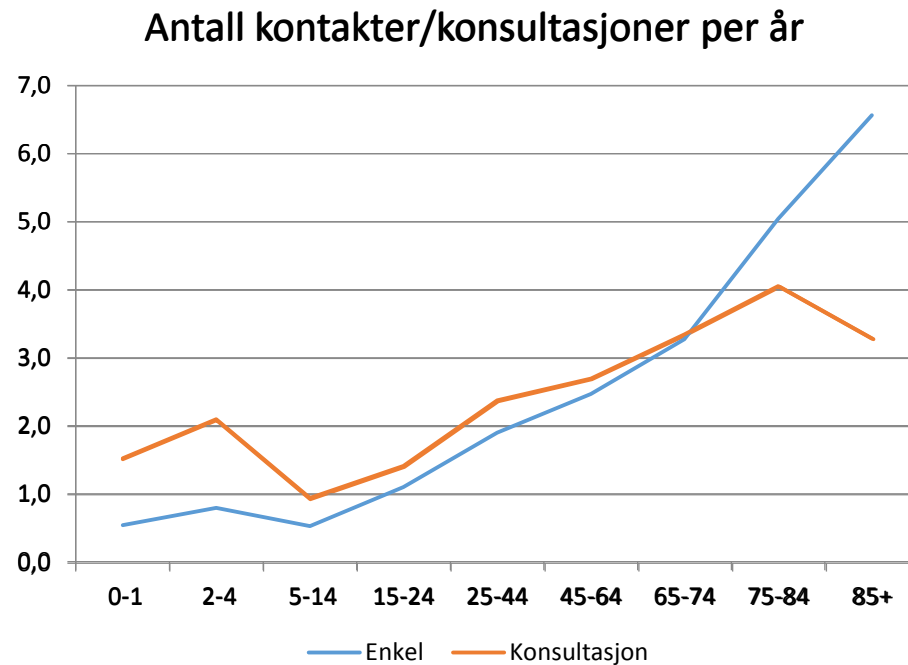


Utfordringer i kommunehelsetjenesten

- Hver ny tjeneste er blitt organisert som en separat tjeneste
 - Skolehelsetjeneste, helsestasjon, sykehjem, hjemmetjenester, fysioterapi, ergoterapi, habilitering, psykiatri, legevakt
 - Nye tjenester med samhandlingsreformen:
 - Intermediæravdelinger for pasienter som skrives ut fra sykehus
 - Kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud,
 - Lokal folkehelsevirksomhet
- Samarbeid om felles pasienter
 - Fastleger og PLO er fysisk atskilt og har ofte ingen eller få formelle møteplasser
 - Hvert sitt pasientjournalssystem
- Organisatoriske barrierer
 - Fraværende faglig overbygning (2-nivåstruktur i mange kommuner)
 - Finansieringsordninger som ikke passer sammen



Fastlegens oppfølging av eldre syke



Brøyn N, Lunde ES, Kvalstad I. SEDA – Sentrale data fra allmennlegetjenesten 2004-2006.
Oslo: Statistisk Sentralbyrå, 2007

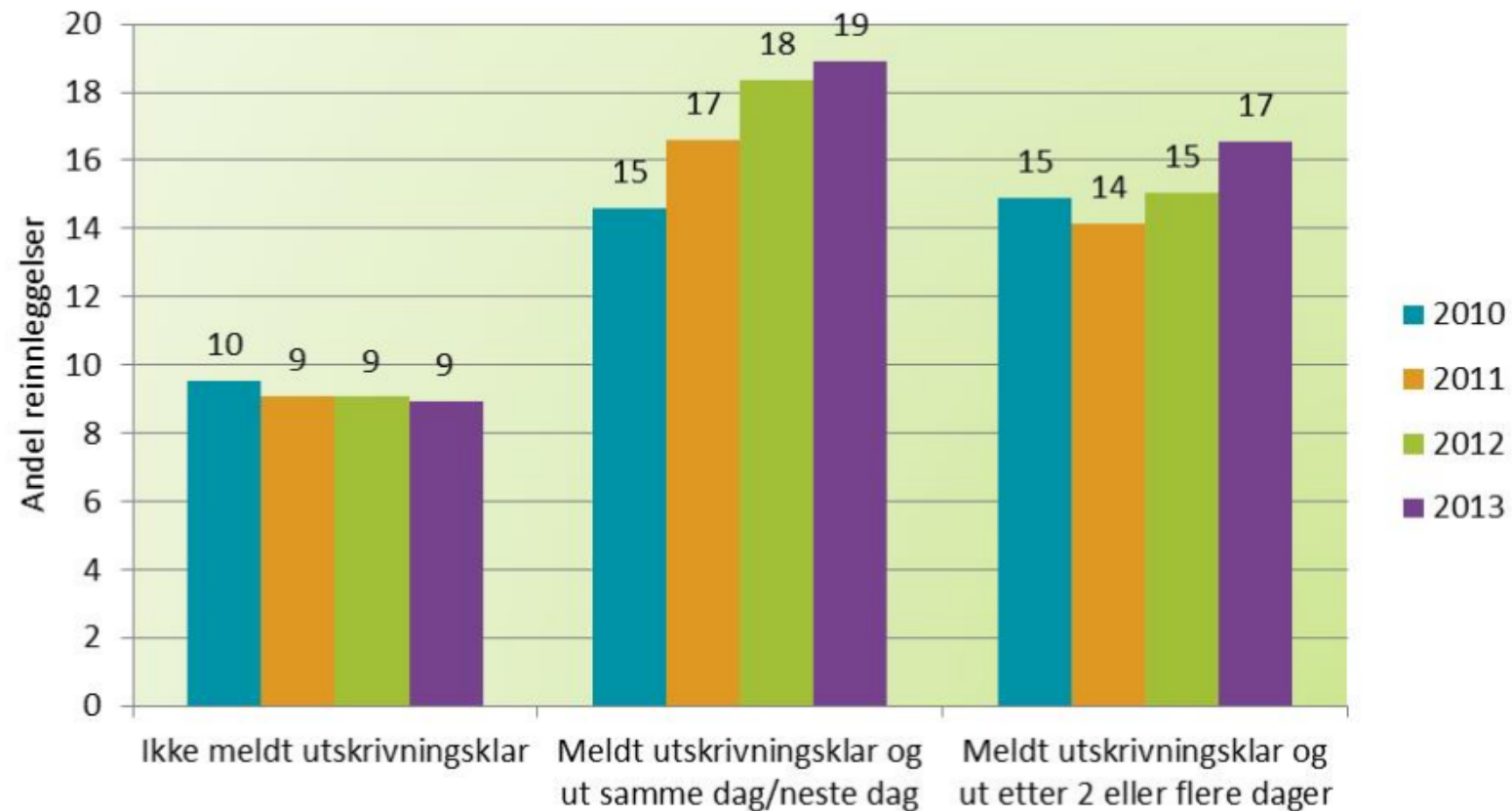


Noen resultater vedrørende utskrivningsklare pasienter

- Færre blir liggende å vente på kommunalt tilbud – reformen virket raskt og effektivt
- Pasienter skrives ut tidligere enn før
 - kortere liggetid, sykere, mer komplekse pasienter, nye pasientgrupper
- Mer bruk av institusjonsplasser vs. utskrivning hjem
 - lengre ventetid på sykehjems plass for egne innbyggere
- Økt administrasjon og byråkrati
 - krav til nye rutiner i forskriften
 - flere varsles utskrivningsklar, mange varslinger bli omgjort
 - flere overganger – som alle krever full dokumentasjon

Utskrivningsklare pasienter og reinnleggelser (%)

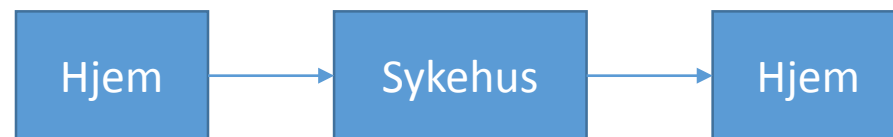
Figur 2: Andel reinnleggelser for øyeblikkelig hjelp innen 30 dager etter utskrivningsklar status per 2. tertial 2010-2013.



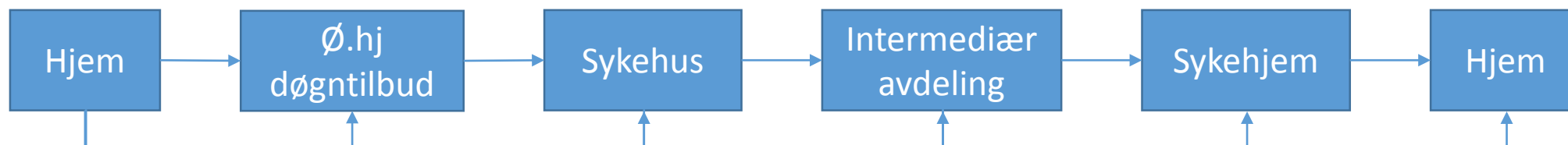
Kilde: [Helsedirektoratet 2014, IS-2138: Samhandlingsstatistikk 2012-13.](#)

Nye forløp etter introduksjon av samhandlingsreformen

- Vanligste forløp



- Alternativer etter oppretting av ø.hj døgntilbud og intermediaæravdelinger



Resultater ved utskriving til hjemmet

	Hjem via inter- mediæravdeling	Direkte hjem fra St.Olavs H
Antall pasienter:	68	70
Etter 6 måneder		
• Reinnleggelser:	13	25
• Klarer seg selv:	19	6
Etter 12 måneder		
• Døde	13	22



Garåsen H et al. Scand J Public Health 2008 Mar;36(2):197-204.

Suksessfaktorer ved en intermediæravdeling

- Økt lege- og sykepleierbemanning (30 %) understøttet av tettere samarbeid med spesialisthelsetjenesten og kompetanseoverføring
- Tilbud om rehabilitering og bedre tid til å legge til å planlegge tilbakeføring til hjemmet (tre uker)
- Legemiddelgjennomgang, ofte med vesentlig reduksjon i forhold til det som var utskrevet ved sykehuset.
- Tett samarbeid med pårørende
- Institusjonstjeneste og hjemmetjeneste under samme ledelse i samme organisasjon



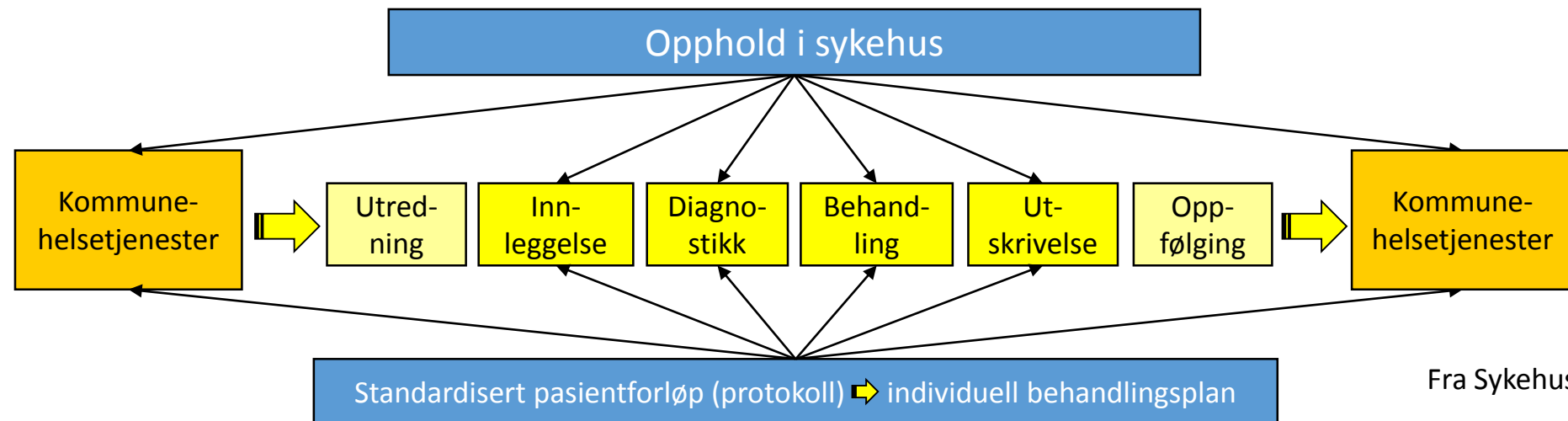


Internasjonalt er det en utvikling mot mer hjemmebasert behandling

- Med unntak av noen bestemte pasientgrupper oppnås de samme resultatene av medisinsk behandling av kronisk sykdom hjemme som i institusjon¹
 - De beste rehabiliteringsresultatene oppnås hjemme eller boende hjemme²
 - Hjemmebehandling gir størst pasienttilfredshet
 - Hjemmetjenester er fleksible og har i praksis fungert som en vesentlig buffer i kapasiteten til å ta i mot utskrivningsklare pasienter i mange kommuner
 - Evalueringer^{3,6}: høyere kvalitet, lavere kostnad og positive pasienterfaringer
- hvorfor kan det se ut som om vi går motsatt vei?

Samhandlingsreformen: Helhetlige pasientforløp

- «Kommuner skal i samarbeid med sykehus kunne tilby helhetlige og integrerte tjenester før og etter sykehusopphold, basert på sammenhengende pasientforløp»



Kjennetegn ved pasientforløp:

- Målet er bedre koordinering
- Utgangspunktet er en bestemt diagnose
- Grunnlaget er faglige retningslinjer

Utvikling av pasientforløp – to eksempler

«Helhetlige pasientforløp, en breddestrategi» - case A

- Et sykehus, fem kommuner
- Mål: Pasientforløp for KOLS, lårhalsbrudd
- Utviklet og implementerte to diagnosespesifikke forløp for henholdsvis KOLS og lårhalsbrudd i deltager-kommunene, samt forsøkt utbredt til 36 andre kommuner
- Nesten ikke i bruk 18 måneder etterpå

«Helhetlige pasientforløp i hjemmet» - case B

- Tre sykehus, seks kommuner
- Mål: Pasientforløp for KOLS, hjertesvikt, slag
- Utviklet og implementerte ett generisk og diagnoseuavhengig pasientforløp for alle pasienter med kronisk sykdom
- Utvidet bruk i to kommuner, delvis i to kommuner. To kommuner sluttet når prosjektet var over

Primærhelsetjenesten kjente ikke igjen sin rolle slik pasientene ble beskrevet av spesialisthelsetjenesten

Sykepleier kommune Case B

- «Vi må ta vare på hele pasienten, ikke bare det han har vært innlagt for»

Sykepleier kommune Case A

- «Gamle pasienter har mange tilleggsproblemer som det ikke står noe om i faglige retningslinjer»



Pasientene uteblir når kommunene skal ta i bruk diagnosebaserte forløp

Sykepleier kommune, case B:

- «Det var bra at vi gikk over til alle pasienter over 70 år for ellers hadde vi ikke hatt noen å bruke programmet på. Vi har jo ikke hatt pasienter siste året som har hatt noen av de tre diagnosene (KOLS, hjertesvikt, slag) som vi startet med»

Sykepleier kommune, case A:

- «De to første forløpene (KOLS, hoftebrudd) har ikke vært så veldig mye i bruk. Vi har ikke hatt aktuelle pasienter, - (pause) men dem kjem nok før eller siden»

Pasienter med bare én diagnose finnes omtrent ikke i hjemmesykepleien

Pasienter med hjemmesykepleie og forekomst av kroniske lidelser (alder > 17, N = 168 285)

	KOLS	Hjerte- svikt	Slag	Hofte- brudd
<i>Pasienter med hjemmesykepleie</i>				
Antall pasienter per 10.000 innbyggere*	49	64	13	12
Gjennomsnittlig antall kroniske sykdommer per pasient	4.8	4.4	4.0	4.2
Andel pasienter med to eller flere kroniske sykdommer (%)	99	95	94	93

Spesialisering i hjemmesykepleien – bærekraftig?

Antall og andel pasienter i hjemmesykepleien som blir innlagt per år

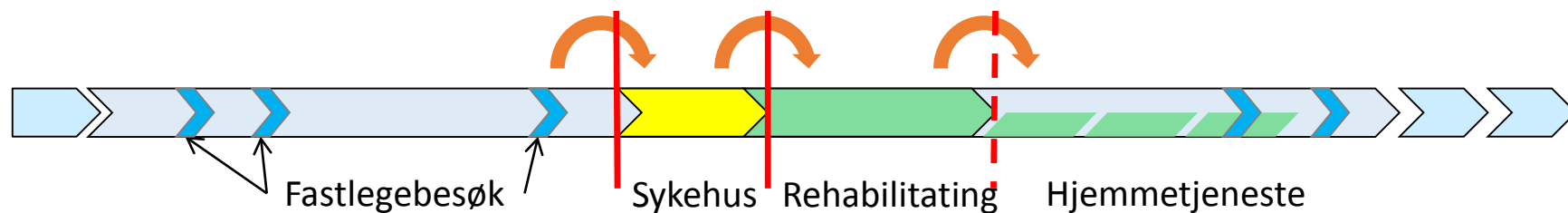
Diagnose	KOLS	Hjerte- svikt	Slag	Hofte- brudd
Andel pasienter innlagt for hoveddiagnosen	22	15	83	100
Gjennomsnittlig antall innleggelser per pasient innlagt	2.1	1.6	1.1	1.3
Antall innleggelser per 10.000 innbyggere	23	15	12	15

Hvis pasienter deles likt og tilfeldig på sykepleiere ansatt i hjemmesykepleien, vil hver primærsykepleier oppleve:

- 0,5 pasienter per år innlagt for KOLS
- 0,3 pasienter per år innlagt for hjertesvikt
- 0,2 pasienter per år innlagt for slag
- 0,4 pasienter per år innlagt for hoftebrudd

Helhetlige pasientforløp

- Fra første kontakt med helsetjenesten for et problem, evt. en ny episode med tidligere avsluttet problem, til siste kontakt for problemet



Utfordringer:

- Brudd i eierskap
- Brudd i styringssystem
- Brudd i regelverk
- Brudd i finansiering
- Brudd i informasjonsflyt
- Brudd i behandling
- Brudd i faglige mål