



UiO : **University of Oslo**

# **Kor er samhandlingsbehovet størst, og kva verkemiddel sagnast?**

Terje P. Hagen

Avdeling for helseledelse og helseøkonomi

Institutt for helse og samfunn

Universitetet i Oslo



# Disposisjon

Kva fungerte ved Samhandlingsreformen?

- Særlig vekt på økonomiske verkemiddel

Kva har skjedd i kommunane sine omsorgstenester siste 4-5 åra?

- Endring i brukargrupper

Kva gjer vi nå?

# Samhandlingsreformen

## Samhandlingsreformen hadde fleire finansielle verkemiddel

- 20% kommunal medfinansiering for pasientar med medisinske diagnosar
- Betaling for utskrivningsklare pasientar
- Etablering av kommunale “øyeblikkelig hjelp” døgneheter (KAD)

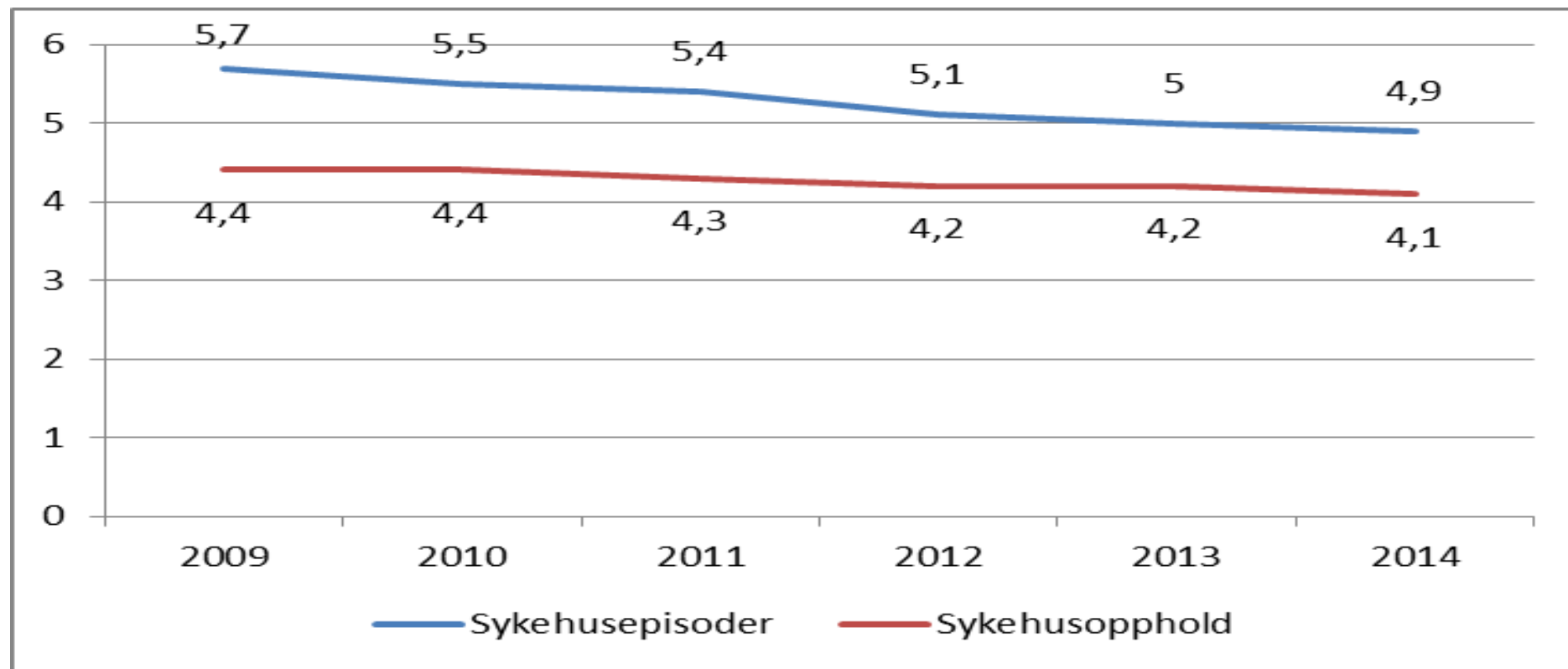
## Betaling for utskrivningsklare pasientar

Betalingsplikt frå og med det døgnet pasienten er definert som utskrivningsklar og kommuna ikkje kan ta imot pasienten.

Betaling: 4000 kroner per døgn (2012), kr. 5306 per døgn (2022)

Staten overførte i 2012 omlag 560 millioner kroner fra sykehusene til kommunane for å etablere tilbud for desse pasientane.

## Gjennomsnittlige liggetider for innlagde (Tilfeldig utval av 200 000 pasientar, 2009 - 2014)



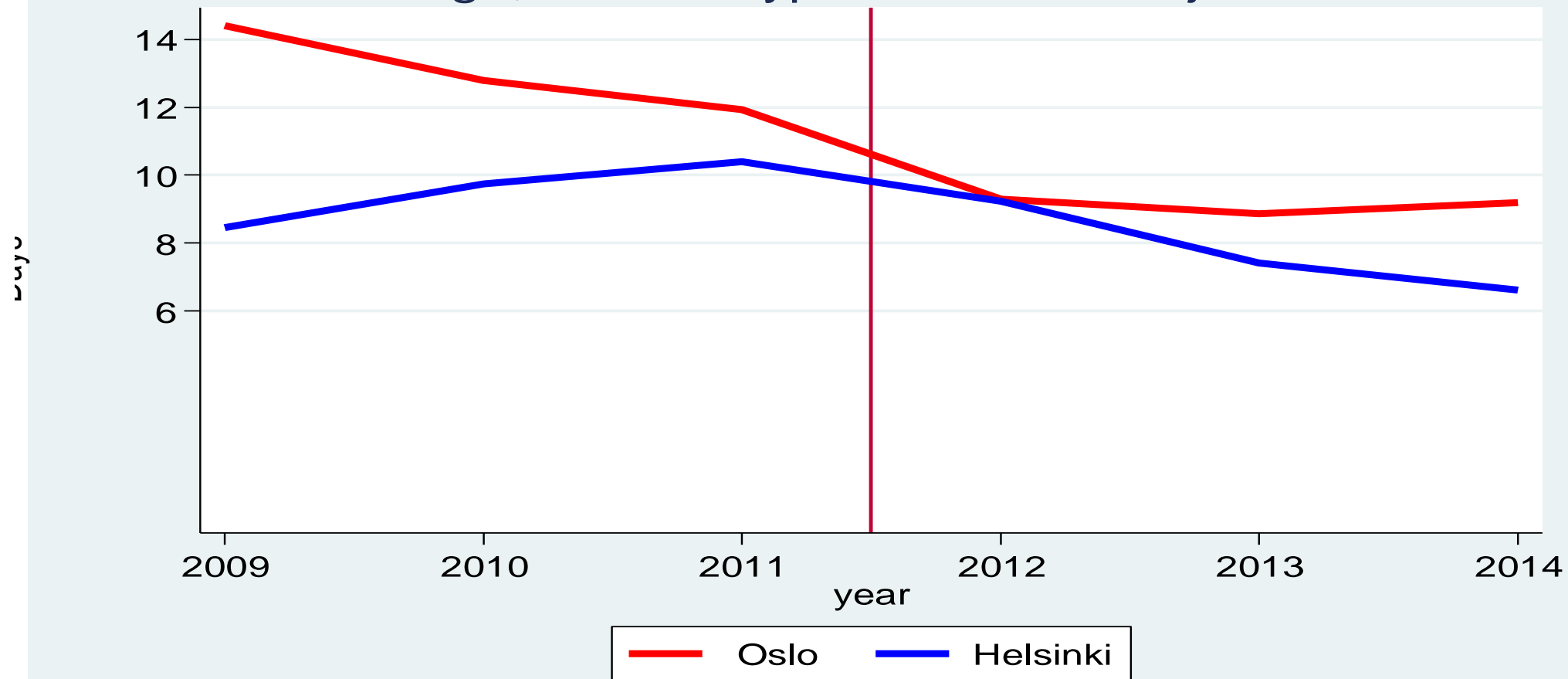
Generell reduksjon i liggetider (sjukehusepisodar):

- Minus 0,1 dag per år
- Minus 0,15 dag ekstra fra 2011 til 2012 (Samhandlingsreformen)

Reduksjon sterkere for utvalgte grupper der pas er definert som utskrivningsklare

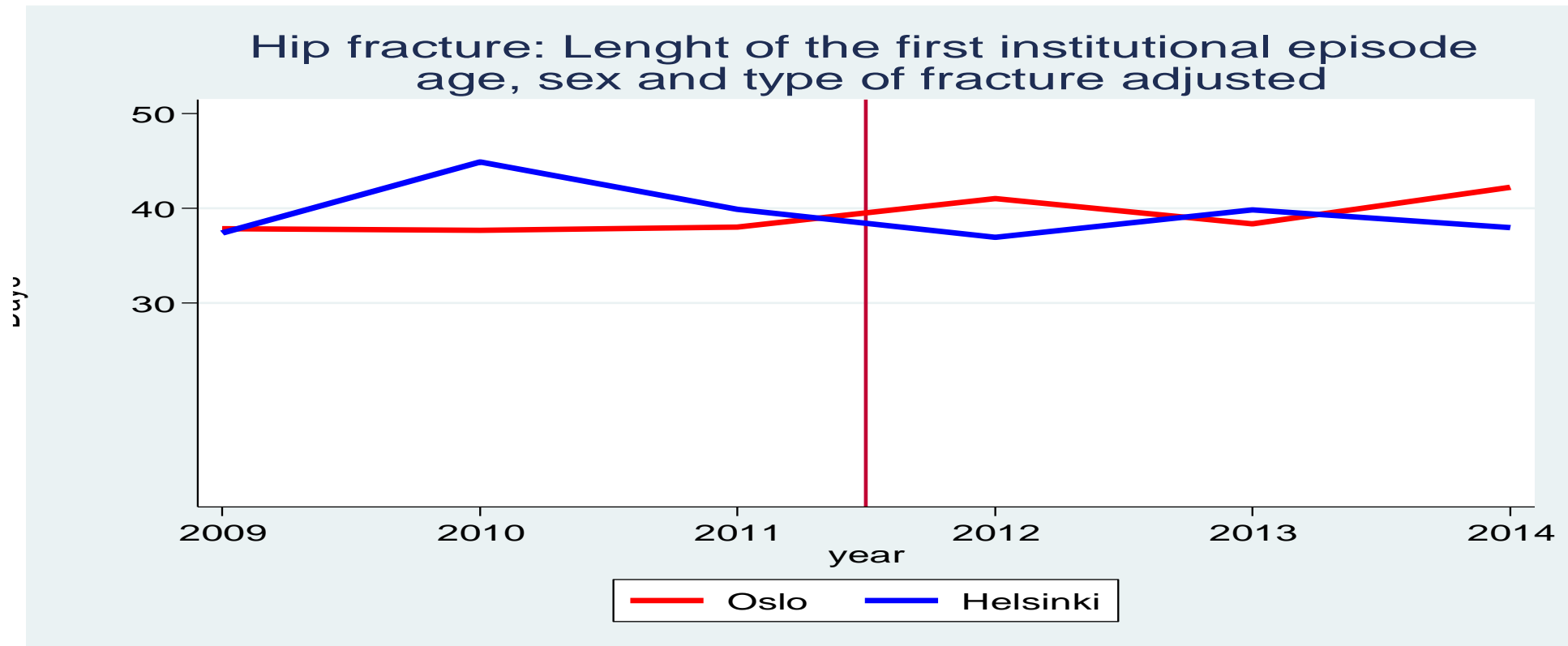
- KOLS/astma: -4,7 dager
- Hjertesvikt: - 5,6 dager
- Hoftebrudd: -4,6 dager
- Slag: -5,6 dager

### Hip fracture: Length of surgery admission age, sex and type of fracture adjusted





## Liggetiden for det samlede oppholdet (sykehus + kommunale institusjoner)



# Akutte reinnleggingar

Det er ein generell auke i akutte reinnleggingar siste 10-12 åra, men ingen generelle endringar i andelen reinnlagte pasientar som kan knytast til Samhandlingsreformen

Utvalde grupper:

- Hoftebrudd. Ingen signifikante endringar
- Slag: Ingen signifikante endringar
- Hjertinfarkt: Ingen signifikante endringar
- Hjertesvikt: Signifikant auke. Har truleg samanheng med at fastlegane ikkje har utstyr til å vurdere endringar i dosering av medisinar

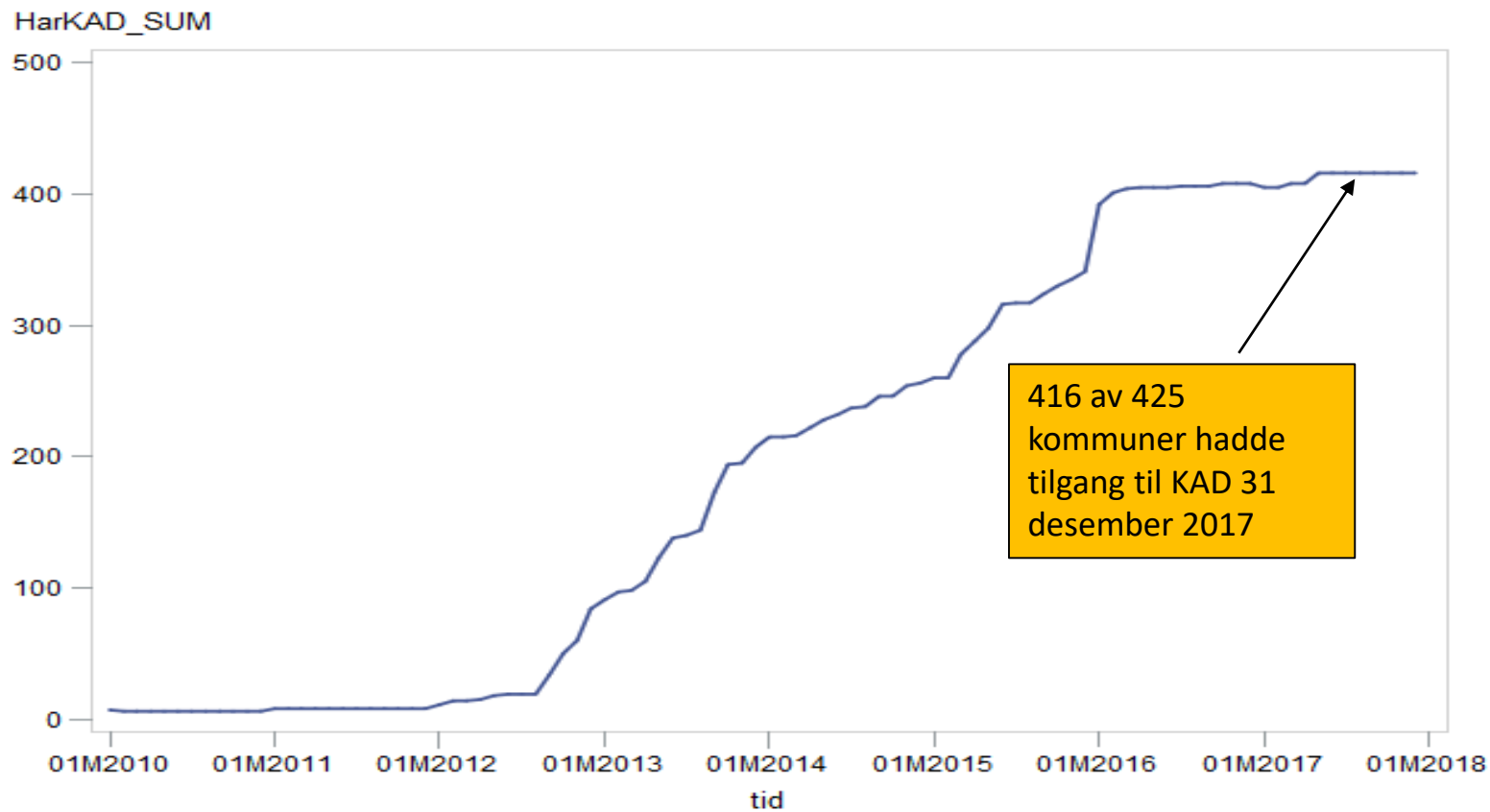
# Dødeligheit

Ingen generelle endringar i dødeligheit (med eit mulig unntak for første året etter reformen)

Utvalde grupper:

- Hoftebrudd. Ingen signifikante endringar
- Slag: Signifikant reduksjon i dødeligheit, truleg som følge an endringar i sjukehusbehandling
- Hjertinfarkt: Ingen signifikante endringar
- Hjertesvikt: Ingen signifikante endringer

## Antall KAD-er (1 Jan 2010 – 31 Des 2017)



416 av 425  
kommuner hadde  
tilgang til KAD 31  
desember 2017

Registrering basert  
på måneden da  
første pasient blei  
behandla

Effektene av innfasing av KAD på innleggingar er sterkast for pasientar 80 år og over som blir lagt inn akutt ved indremedisinske avdelingar

- Generell reduksjon på 2%
- Ved god legeberedskap ved KAD-en: reduksjon på 3%

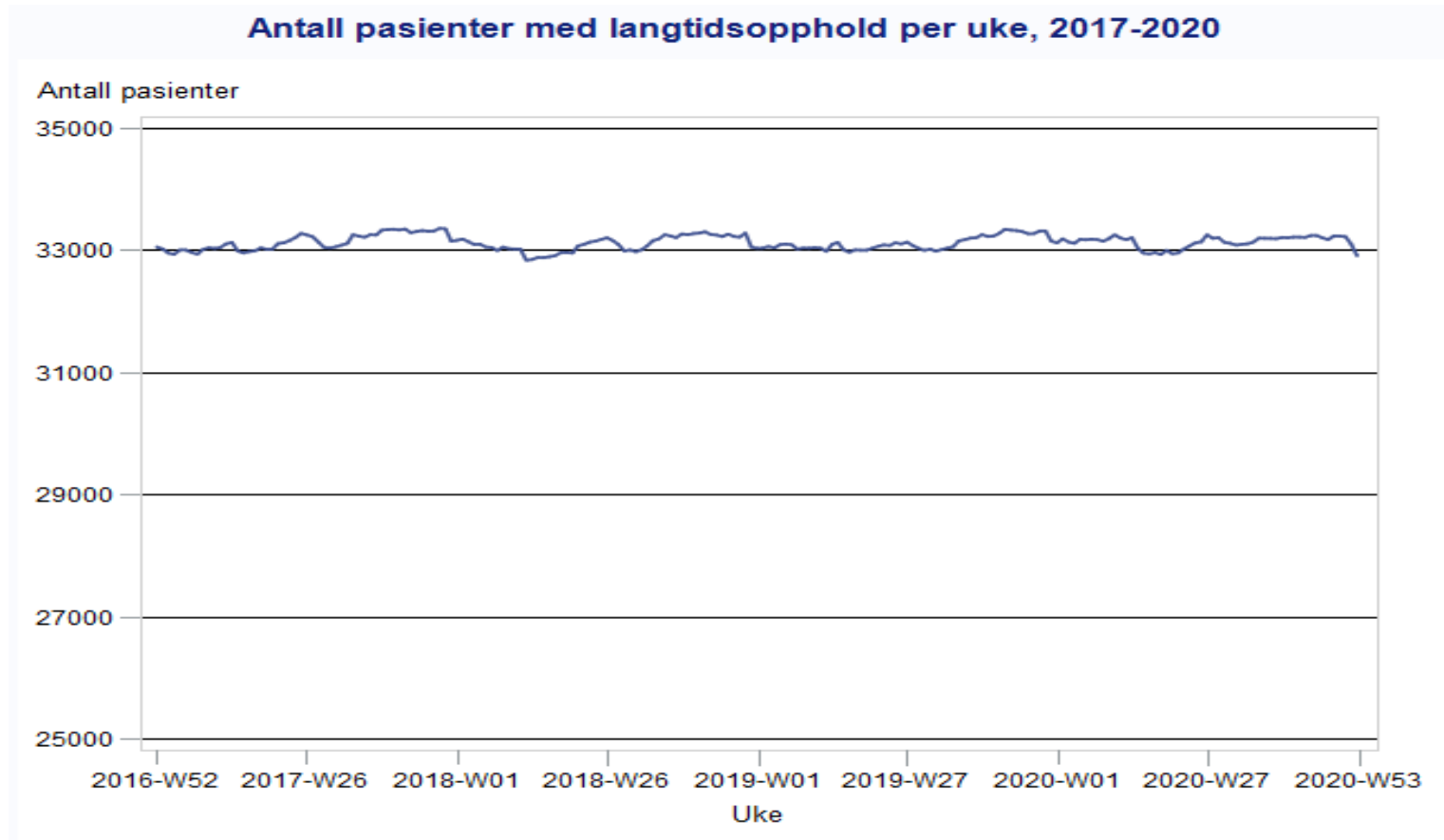
For pasientar under 80 år:

- Reduksjon på 2% i kommunar med KAD-ar med god legeberedskap

God legeberedskap: Lege på vakt 24/7 eller avstand til legevakt mindre enn 200 meter

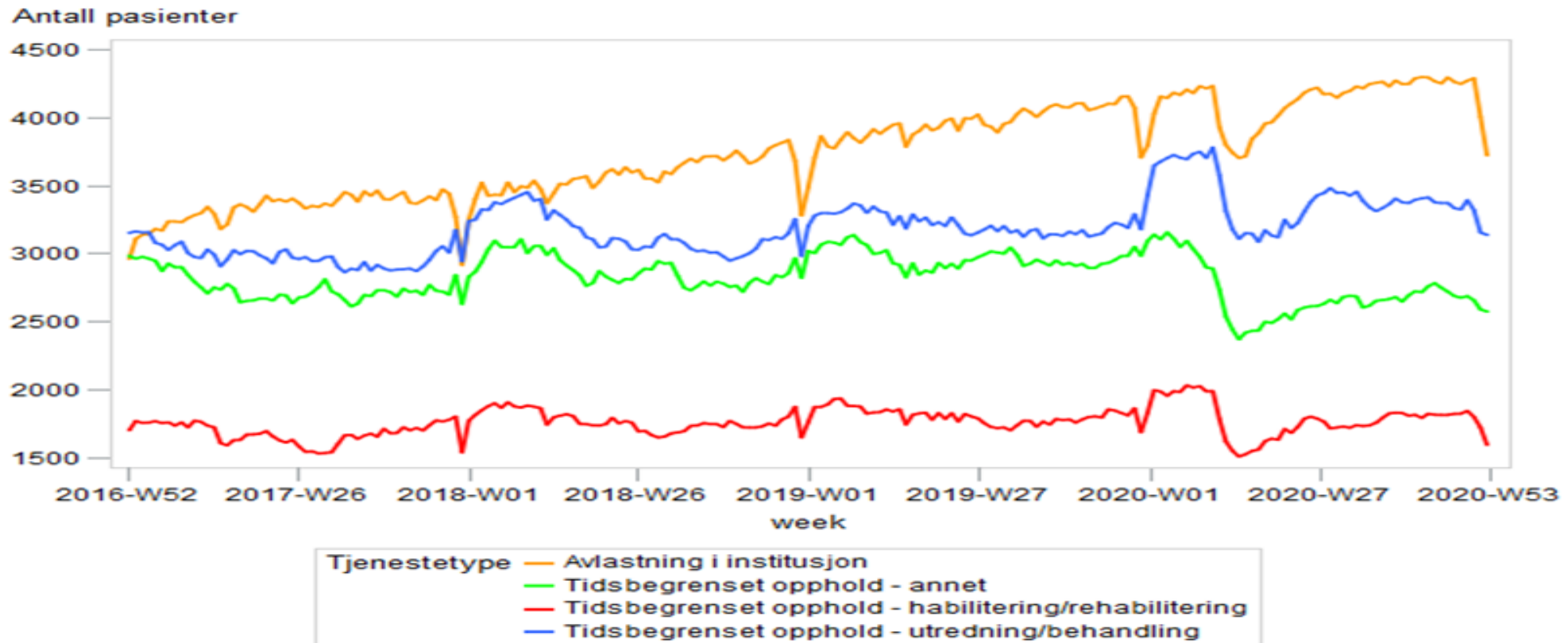
Kva har skjedd i kommunane sine omsorgstenester  
siste 4-5 åra?

# Langtidsopphold per veke 2017-2020



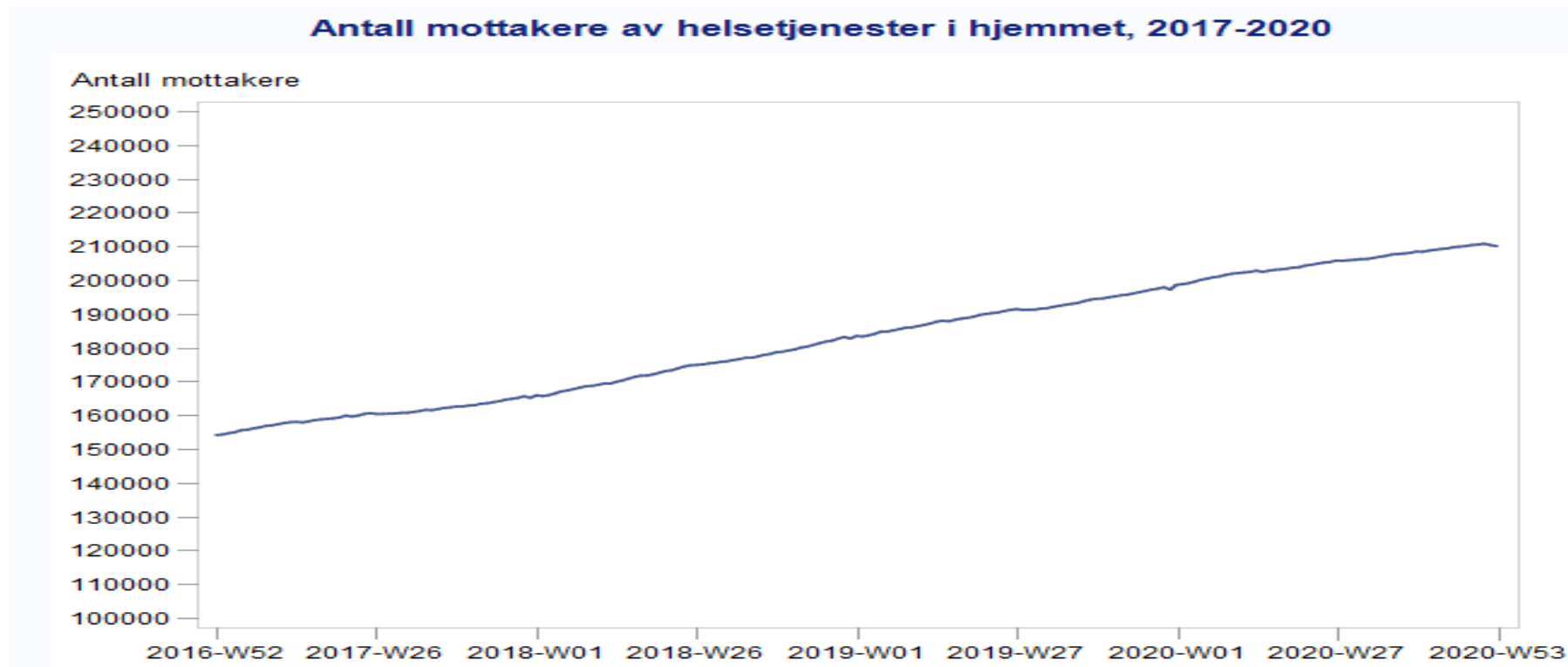
# Korttidsopphald etter type og veke, 2017-2020

Korttidsopphold etter type og uke (2017-2020)





# Antall mottakere av helsetjenester i heimen 2017-2020



Veksten i frie inntekter klart lavare enn veksten i kommunale utgifter til pleie- og omsorgstenester i perioden 2017-2020

- Vekst i netto driftsutgifter: 13 prosent
- Vekst i frie inntekter: Knappt 3 prosent

(Nesten) all vekst i kommunale tenester er i yngre aldergrupper, dvs. under 80 år

- Veksten i heimetenester er i yngre grupper
- Sjukeheimsbeboarane blir yngre

Kva gjer vi nå?

Samhandlinga mellom sjukehus og kommunar må betrast

- Elektronisk informasjon har blitt betre
- Sjukehusa må få betre kunnskap om kva nivå kommunane tilbyr tenester på
- Ein må prioritere betre – også når det gjeld utskrivingsplanlegging
- Helsefelleskapa kan hjelpe til, men burde blitt testa ut i mindre målestokk før nasjonal implementering

Småkommunane har store ressursar, men manglar ofte kompetanse for behandle komplekse pasientar

- Kompetanseheving er viktig
- Småkommunane må også samarbeide om dei mest ressurskrevande brukarane og komplekse pasientane

Kommunane må prioritere hardare

- utfordringa er vesentleg vekst i bruken av tenester i yngre aldersgrupper samtidig med auke i talet på eldre

Takk for meg!