



Liggedager og reinnleggelser for utskrivningsklare pasienter 2012-17



Tittel: Liggedager og reinnleggelser for utskrivningsklare pasienter
2012-17

Analysenotat i Samdata kommune

Nummer: 5/2018

Utgitt av: Helsedirektoratet

Avdeling: Økonomi og analyse

Ansvarlig: Beate Margrethe Huseby

Beate.Margrethe.Huseby@helsedir.no

Sentralbord: 810 20 050

Nettsted: www.helsedirektoratet.no

Forfattere: Tone Rian Myrli og Silje Marie Mortensen

Forsidebilder: © [JFPhoto](#)/Mostphotos (illustrasjonsbilde)

© [HalfPoint s. r. o.](#)/Mostphotos (illustrasjonsbilde)

© [Wavebreakmedia](#)/Mostphotos (illustrasjonsbilde)

© [shalamov](#)/Mostphotos (illustrasjonsbilde)

© [Cilla](#)/Mostphotos (illustrasjonsbilde)

© [Suriya Verojn](#)/Mostphotos (illustrasjonsbilde)

© [racorn](#)/Mostphotos (illustrasjonsbilde)

Stabil utvikling av liggedager og reinnleggelser for utskrivningsklare pasienter siste år

I 2017 var det 81 032 liggedager på sykehus for utskrivningsklare pasienter som var ferdig behandlet og ventet på kommunale helse- og omsorgstjenester. Nivået av liggedager på sykehus for utskrivningsklare pasienter falt betydelig fra 2011 til 2012 da Samhandlingsreformen ble implementert, men økte årlig fra 2014 til 2016. Fra 2016 til 2017 har nivået av opphold og liggedager for utskrivningsklare pasienter vært stabilt.

Etter innføringen av Samhandlingsreformen i 2012 gir sykehusene i større grad enn før, beskjed til kommunene om at de har innlagte pasienter med behov for oppfølging fra kommunen ved utskrivning. Betalingsplikten for utskrivningsklare pasienter som ble innført i 2012 medførte økt registrering av utskrivningsklare pasienter på sykehusene. Fra 2011 til 2015 økte antallet registrerte opphold for utskrivningsklare pasienter med i overkant av 80 000 opphold. Ved de fleste av oppholdene for disse pasientene (83 prosent i 2017), ble pasientene tatt imot av kommunen samme dag som de ble meldt utskrivningsklare. Resultatene som presenteres i dette notatet inkluderer utskrivningsklare opphold der pasienten har én eller flere liggedager som utskrivningsklar.

Utviklingen i antall opphold per innbygger og gjennomsnittlig liggetid for utskrivningsklare pasienter holdt et stabilt nivå fra 2016 til 2017. Gjennomsnittlig liggetid *etter meldt utskrivningsklar* var like lang i 2017 som i 2012, mens liggetiden *før meldt utskrivningsklar* ble redusert med nesten ett døgn i samme periode. Utskrivningsklare pasienter i Helse Midt-Norge og Helse Nord ligger lengre på sykehus sammenlignet med samme pasientgruppe i Helse Sør-Øst og Helse Vest. Det er særlig liggetiden *etter meldt utskrivningsklar* som er lengre for pasienter fra Helse Midt-Norge og Helse Nord. Variasjonen mellom regionene i total gjennomsnittlig liggetid for utskrivningsklare pasienter var i 2017 på det laveste nivået for perioden 2012-2017.

Det er relativt store forskjeller mellom kommunene i antall utskrivningsklare opphold per innbygger og hvor lenge pasientene i gjennomsnitt ligger på sykehus. Kommuner med innbyggertall mellom 20 000 – 50 000 innbyggere hadde gjennom hele perioden det høyeste nivået av utskrivningsklare opphold per innbygger. I 2017 hadde utskrivningsklare pasienter fra de minste kommunene (mellom 1 og 5 000 innbyggere) og de største kommunene (mer enn 100 000) kortere gjennomsnittlig liggetid etter meldt utskrivningsklar enn andre kommuner. Forskjellen mellom kommunegruppene i gjennomsnittlig liggetid etter meldt utskrivningsklar var noe større i 2017 enn tidligere i perioden 2012-2017.

Utskrivningsklare pasienter har ofte høy alder, generelt svekket allmennhelse og har økt risiko for ulike følgetilstander etter utskrivning. Helsedirektoratets analyser har vist at pasienter som

registreres som utskrivningsklare har høyere risiko for reinnleggelser enn andre pasienter, og at økt liggetid før utskrivning kan bidra til å redusere risikoen for reinnleggelser innen 30 dager. For noen pasienter kan tidlig utskrivning med mulighet for reinnleggelse om nødvendig, bety at han/hun kommer raskere tilbake til daglige gjøremål og restitusjon. Generelt sett, representerer likevel en reinnleggelse en uønsket hendelse og økt belastning for både pasient og sykehus. Når andelen reinnleggelser øker, kan dette indikere at kvaliteten, inklusive varigheten av behandlingen, på sykehus eller i kommunen etter utskrivning ikke var god nok.

For Norge totalt var det en liten nedgang i andel reinnleggelser for utskrivningsklare pasienter fra 2016 til 2017. Helse Sør-Øst og Helse Nord hadde en reduksjon i andel reinnleggelser siste år, mens det var en liten vekst i Helse Midt-Norge. Helse Sør- Øst og Helse Vest hadde i hele perioden, fra 2012 til 2017, et høyere nivå reinnleggelser enn Helse Midt-Norge og Helse Nord. Forskjellen mellom regionene var mindre i 2017 enn i 2012.

På kommunenivå var det relativt store forskjeller i andel reinnleggelse for utskrivningsklare pasienter i 2017. Det er ikke en tendens til at kommuner med avvikende lav eller avvikende høy andel reinnleggelser har dette over tid. Kommuner med få innbyggere (færre enn 2 000 innbyggere) har et lavere nivå av reinnleggelser sammenlignet med større kommuner.

LIGGEDAGER OG REINNLEGGELSER FOR UTSKRIVNINGSKLARE PASIENTER 2012-17

1. Innledning

I dette notatet vil utviklingen av utskrivningsklare opphold og liggetid, samt andel reinnleggelser for utskrivningsklare pasienter blir beskrevet for tidsperioden 2012 til 2017. Først vil utvikling bli presentert på nasjonalt nivå, deretter presenteres tall som viser utvikling og variasjon mellom regioner, bosted og kommunegrupper.

Fra 1. januar 2012 ble Samhandlingsreformen og ordningen med kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter innført. Utskrivningsklare pasienter er definert som pasienter som er ferdigbehandlet på sykehus, men som har behov for et kommunalt tjenestetilbud etter utskrivning. I 2017 måtte kommunene betale 4 622 kroner per liggedøgn på sykehus for pasienter som var meldt utskrivningsklare. Målet med reformen er at pasientene skal få et kommunalt tilbud raskere, bli behandlet på laveste effektive omsorgsnivå og at kommunene gjennom dette skal bidra til en bærekraftig og kostnadseffektiv helsetjeneste. Et annet viktig mål med samhandlingsreformen er at pasientene skal oppleve et helhetlig pasientforløp på tvers av forvaltningsnivå. Dette skal blant annet oppnås gjennom at spesialist- og primærhelsetjenesten inngår forpliktende samarbeidsavtaler.

I årene etter samhandlingsreformen ble innført, har antallet utskrivningsklare pasienter og opphold økt betydelig. Økningen antas i hovedsak å skyldes en registreringsendring. Helseforetakene i Midt-Norge har ingen registrerte utskrivningsklare opphold der pasienten blir tatt imot av kommunen samme dag i 2016 og 2017¹. Pasientsammensetningen i regionene vil derfor kunne være forskjellig når vi deler utvalget inn etter utskrivningsklar status.

I avsnitt 2 fremstilles utviklingen i døgnopphold på nasjonalt nivå for alle utskrivningsklare pasienter. Ulik registreringspraksis av utskrivningsklare pasienter medfører at vi ikke kan sammenligne regioner, bostedsområder og kommuner når vi inkluderer utskrivningsklare opphold der pasienten blir tatt imot av kommunen samme dag. Fra og med avsnitt 3 vil vi derfor kun inkludere utskrivningsklare opphold der pasienten har én eller flere liggedager som utskrivningsklar. Dette innebærer at en stor andel av de utskrivningsklare oppholdene er holdt utenfor². Det arbeides for at det skal bli større samsvar i registreringspraksisen i de ulike områdene.

¹ Også tidligere i perioden 2012-2015 var det en manglende registrering av opphold der pasienten ble tatt imot av kommunen samme dag ved helseforetakene i Helse Midt-Norge. Det kan heller ikke utelukkes at det også er en underregistrering av denne typen opphold ved noen av helseforetakene i Helse Nord.

² I 2017 ble 83 prosent av pasientene tatt i mot av kommunen samme dag som de ble meldt utskrivningsklar.

2. Utvikling i utskrivningsklare opphold

I dette avsnittet vil vi vise utviklingen av antall opphold hvor pasienten er meldt utskrivningsklar. Dette inkluderer både pasienter som ble tatt imot av kommunene samme dag som meldt utskrivningsklar og pasienter som har én eller flere liggedager etter meldt utskrivningsklar.

Tabell 1 viser antall sykehusopphold for utskrivningsklare pasienter totalt og etter antall liggedager som utskrivningsklar. Antall utskrivningsklare opphold var i 2017 omtrent én og en halv gang så høyt som i 2012. Opphold for pasienter som ble tatt imot av kommunen samme dag økte mest. For pasienter som hadde én eller flere liggedager som utskrivningsklar, var det 44 prosent økning fra 2012 til 2017.

Tabell 1: Antall sykehusopphold for utskrivningsklare pasienter totalt og etter liggetid som utskrivningsklar 2012-2017¹

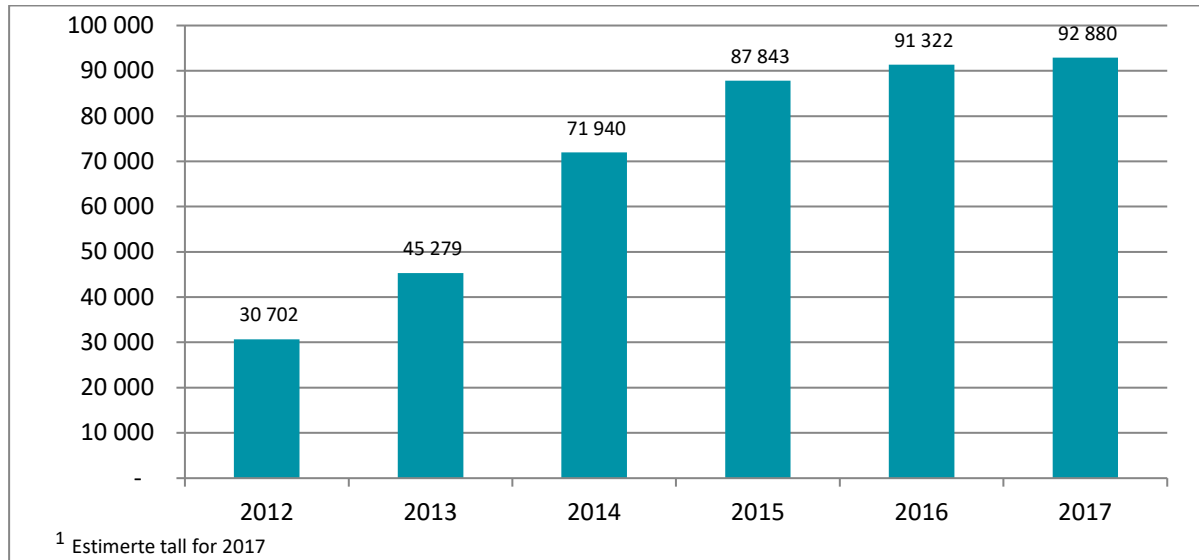
							Prosent endring	
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2016-17	2012-17
0 dager	30 702	45 279	71 940	87 843	91 322	92 880	1,7	202,5
1-2 dager	7 227	7 268	8 412	9 119	10 225	10 691	4,6	47,9
3-5 dager	3 308	3 571	4 020	3 940	4 500	4649	3,3	40,5
6-10 dager	1 916	1 861	2 387	2 081	2 599	2 592	-0,3	35,3
>10 dager	1 126	1 096	1 676	1 419	1 601	1 575	-1,6	39,9
>=1 dag	13 577	13 796	16 495	16 559	18 925	19 507	3,1	43,7
Totalt	44 279	59 075	88 435	104 402	110 247	112 387	1,9	153,8

¹ Tall for 2017 er et årsestimat som beregnes ut fra faktisk aktivitet ved somatiske sykehus per 2.tertial 2017.

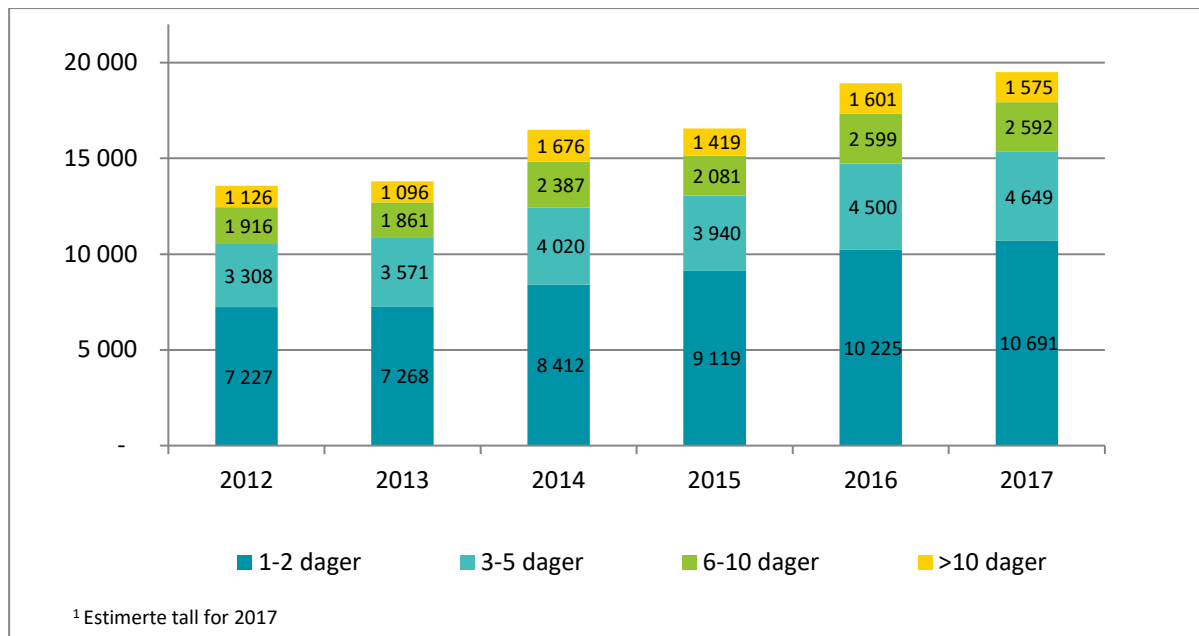
Fra 2016 til 2017 var det en svak økning i antall utskrivningsklare opphold. Økningen gjaldt pasienter som hadde 0 til 5 liggedager som utskrivningsklar, mens det var en svak nedgang for opphold der pasienten hadde 6 eller flere liggedager som utskrivningsklare. Dette fremgår også av figur 1 og figur 2.

LIGGEDAGER OG REINNLEGGELSER FOR UTSKRIVNINGSKLARE PASIENTER 2012-17

Figur 1: Antall sykehusopphold for utskrivningsklare pasienter som ble tatt imot av kommunen samme dag 2012-2017¹



Figur 2: Antall sykehusopphold for utskrivningsklare pasienter etter liggetid som utskrivningsklar 2012-2017¹.



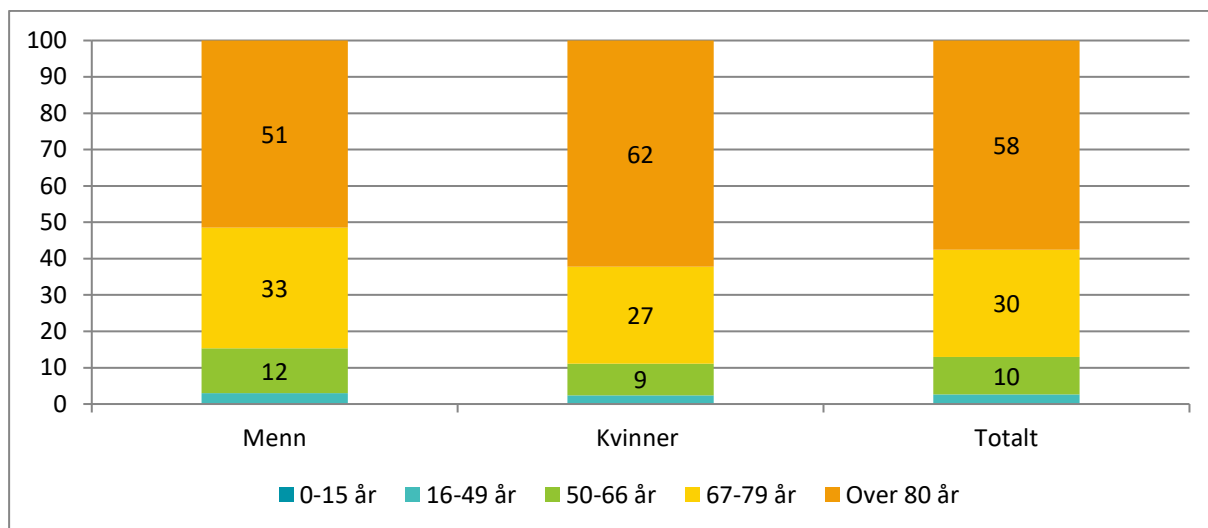
3. Pasientsammensetning

Fra og med dette avsnittet har vi kun inkludert pasienter som har én eller flere liggedager etter meldt utskrivningsklar. Dette gjøres for at vi skal kunne sammenligne på tvers av regioner og bostedsområder.

Den typiske pasienten som skrives ut til kommunehelsetjenesten har flere lidelser, og mer enn ni av ti pasienter som skrives ut med behov om kommunale tjenester, har mer enn én sykdom³. I 2017 ble 3/4 av oppholdene for utskrivningsklare pasienter i spesialisthelsetjenesten kategorisert i seks hoveddiagnosegrupper. Disse gruppene var: *sykdommer i åndedretsorganene, sykdommer i muskel-skjelettsystemet og bindevev, sykdommer i sirkulasjonsorganene, sykdommer i fordøyelsesorganene, sykdommer i nervesystemet og nyre- og urinveissykdommer.*

I 2017 var gjennomsnittsalderen for utskrivningsklare pasienter som hadde én eller flere liggedager 79 år⁴, og underkant av 58 prosent av pasientene var over 80 år. I 2012 var gjennomsnittsalderen på 80 år, mens nær 64 prosent av pasientene var 80 år eller eldre. I gruppen utskrivningsklare pasienter 80 år og eldre var pasientene i gjennomsnitt 87 år i 2017. Figur 3 viser aldersfordelingen for utskrivningsklare pasienter for menn, kvinner og totalt i 2017. Hvorav 56 prosent var kvinner og 44 prosent var menn.

Figur 3: Utskrivningsklare pasienter fordelt etter alder og kjønn 2. tertial 2017



En utskrivningsklar pasient⁵ er i gjennomsnitt mer ressurskrevende (målt med DRG-poeng) enn en pasient som ikke er meldt utskrivningsklar⁶. I 2017 var et gjennomsnittlig opphold for en utskrivningsklar pasient 45 prosent mer ressurskrevende enn for en pasient som ikke var meldt

³ Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2016. Dokument 3:2 (2017-2018).

⁴ Regnet ut i fra alle utskrivningsklare opphold. Det vil si at en pasient som har flere enn ett opphold er med i beregningen flere ganger.

⁵ Utskrivningsklare pasienter er i gjennomsnitt eldre enn pasienter som ikke er meldt utskrivningsklare.

⁶ Gjennomsnittsalderen for pasienter som ikke ble meldt utskrivningsklar var på 49 år i 2012 og 48 år i 2017.

LIGGEDAGER OG REINNLEGGELSER FOR UTSKRIVNINGSKLARE PASIENTER 2012-17

utskrivningsklar, tilsvarende i 2012 var 55 prosent. Fra 2012 til 2017 ble opphold for pasienter som ikke ble meldt utskrivningsklare i gjennomsnitt noe «tyngre», mens opphold for utskrivningsklare pasienter ble i gjennomsnitt noe «lettere»⁷.

4. Utvikling i liggetid for utskrivningsklare pasienter – nasjonalt nivå og etter region

Antall liggedager for utskrivningsklare pasienter har i perioden 2012 til 2017 økt som en følge av en vekst antall registrerte opphold for utskrivningsklare pasienter. Gjennomsnittlig liggetid for et utskrivningsklart opphold har blitt noe redusert, se figur 4. Fra 2012 til 2017 ble den totale liggetiden redusert med omtrent et døgn. Gjennomsnittlig *liggetid etter meldt* utskrivningsklar var like lang i 2017 som i 2012, mens liggetiden *før meldt utskrivningsklar* ble noe kortere. Det sist året har gjennomsnittlig liggetid både før og etter meldt utskrivningsklar holdt et stabilt nivå.

Melberg (2017)⁸ viser også at behandlingstiden⁹ ble forkortet etter reformen. Reduksjon i behandlingstid kan skyldes at sykehusene tidligere ikke var like nøyaktig med å sette en utskrivningsklardato. Det har også vært en nedgang i liggetid totalt for alle pasienter i perioden etter 2012. Medisinsk-teknisk utvikling har gitt behandlingsmetoder som bidrar til en mer effektiv pasientbehandling, noe som kan være en av flere forklaringer¹⁰ på redusert liggetid de senere år. Riksrevisjonen¹¹ mener imidlertid at det er ting som tyder på at noen pasienter utskrives for tidlig, og at for tidlig utskrivning kan føre til at flere pasienter blir reinnlagt etter utskrivning til kommunene.

⁷ DRG-poengene for 2012 er ikke korrigeret for endringer i ISF.

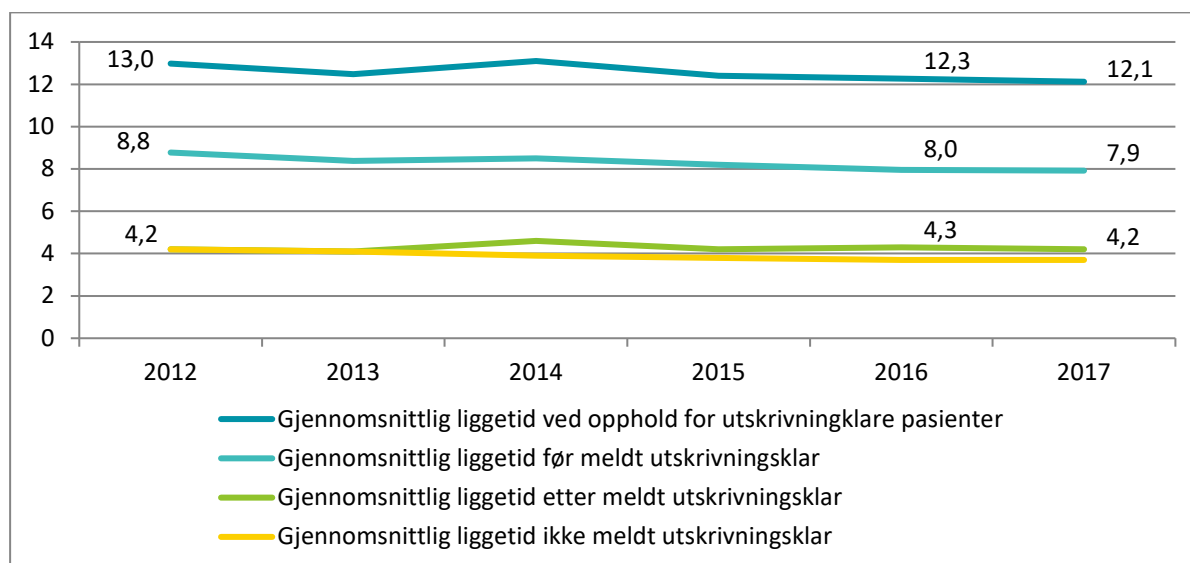
⁸ Melberg H. O (2016). Samhandlingsreformen og kausal inferens – effekter på utskrivningsklare dager, behandlingstid og reinnleggelser. I: Michael; 14 Supplement 19, s 119-126.

⁹ Fra inndato til den datoen pasienten er meldt utskrivningsklar.

¹⁰ I tillegg til registreringsendringer og helsepolitiske mål om at kommunene skal ta et større ansvar.

¹¹ Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføring av samhandlingsreformen. Dokument 3:5 (2015-2016).

Figur 4: Gjennomsnittlig liggetid etter utskrivningsklar status for Norge totalt 2012-2017



Tabell 2 viser sum liggedager etter meldt utskrivningsklar for landet samlet og fordelt på regionene. Totalt var det, fra 2012 til 2017, en økning på nær 25 000 liggedager etter meldt utskrivningsklar. Dette tilsvarer en vekst på 42,5 prosent. Helse Nord og Helse Sør-Øst hadde sterkest prosentvis vekst, mens Helse Midt-Norge hadde en relativt liten vekst i sum liggedager etter meldt utskrivningsklar. Helse Midt-Norge var også den regionen som hadde lavest vekst i antall utskrivningsklare opphold i perioden 2012-2017.

Tabell 2: Totalt antall liggedager etter meldt utskrivningsklar etter region 2012-2017¹

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Prosent endring	
							2016-17	2012-17
Helse Sør-Øst	24 756	27 213	37 826	35 398	38 549	38 784	0,6	56,7
Helse Vest	11 238	8 708	13 421	13 069	13 723	15 396	12,2	37,0
Helse Midt-Norge	13 224	13 880	14 758	12 265	16 185	14 739	-8,9	11,5
Helse Nord	7 650	6 756	10 215	8 731	12 606	12 113	-3,9	58,3
Totalt	56 868	56 557	76 220	69 463	81 063	81 032	0,0	42,5

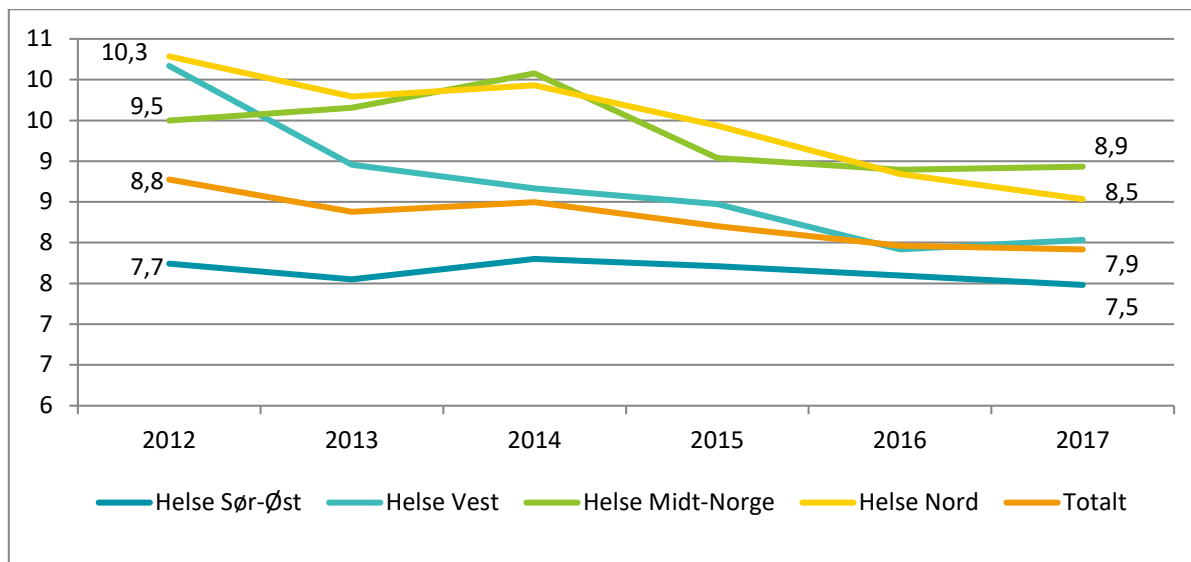
¹ Tall for 2017 er et årsestimat som beregnes ut fra faktisk aktivitet per 2. tertial 2017.

Figur 5 viser gjennomsnittlig liggetid før meldt utskrivningsklar for Norge totalt og regionene i perioden 2012 til 2017. Helse Nord og Helse Midt-Norge hadde, med unntak av i 2012, høyest nivå av gjennomsnittlig liggetid før meldt utskrivningsklar. Helse Vest og Helse Nord hadde størst reduksjon med en nedgang på henholdsvis 2,2 og 1,8 døgn fra 2012 til 2017. Variasjonen mellom regionene¹² var størst i 2012, og minst i 2016 og 2017. Målt med variasjonskoeffisient var variasjonen mellom regionene på 6,6 prosent i 2012 mot 10,8 prosent i 2017. Differansen mellom regionen med høyest og lavest gjennomsnittlig liggetid gikk ned fra 2,6 døgn i 2012 til 1,5 døgn i 2017.

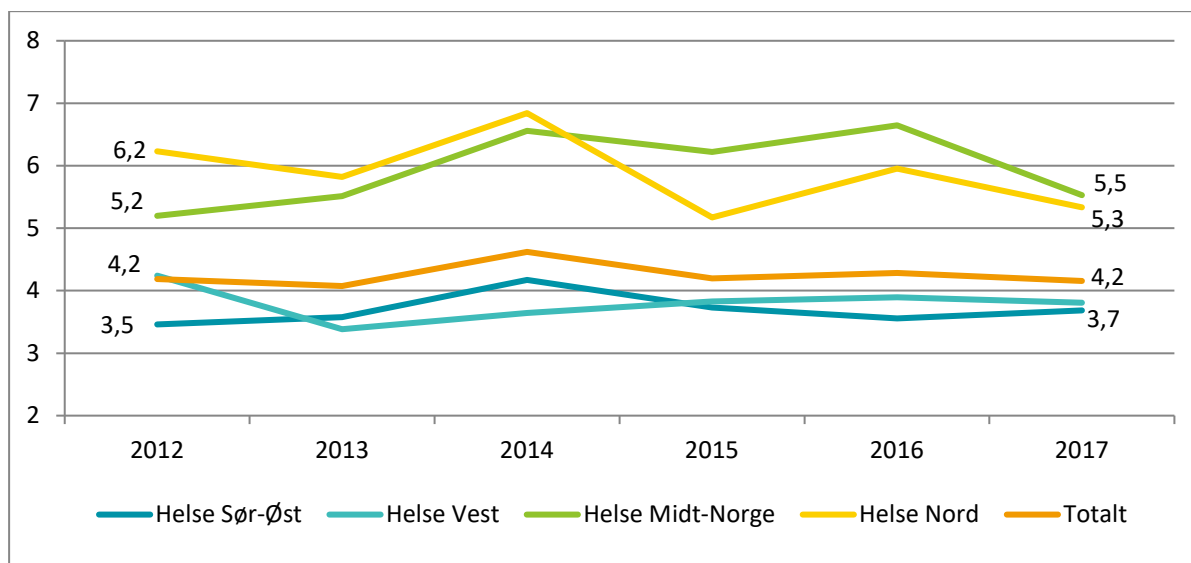
¹² Målt med differansen mellom maks og min og med variasjonskoeffisient.

LIGGEDAGER OG REINNLEGGELSER FOR UTSKRIVNINGSKLARE PASIENTER 2012-17

Figur 5: Gjennomsnittlig liggetid før meldt utskrivningsklar etter region 2012-2017



Figur 6: Gjennomsnittlig liggetid etter meldt utskrivningsklar etter region 2012-2017

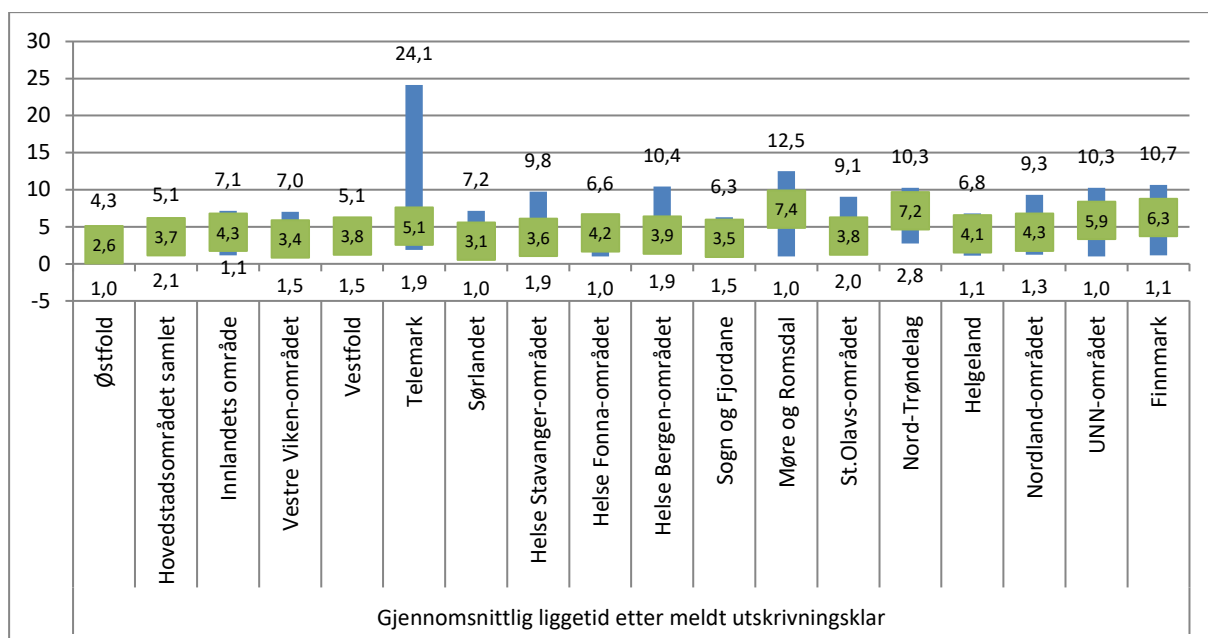


Helse Nord og Helse Midt-Norge hadde høyere gjennomsnittlig liggetid etter meldt utskrivningsklar enn de andre regionene, se figur 6. I 2017 lå utskrivningsklare pasienter i Helse Midt-Norge i gjennomsnitt 5,5 dager etter meldt utskrivningsklar, noe som er 1,8 dager mer enn for utskrivningsklare pasienter i Helse Sør-Øst. Helse Midt-Norge hadde imidlertid en reduksjon i gjennomsnittlig liggetid etter meldt utskrivningsklar med over én dag fra 2016 til 2017. Variasjonen mellom helseregionene var i 2017 på 18 prosent, noe som var lavere enn de andre årene i tidsperioden 2012-2017.

5. Utskrivningsklare opphold og liggetid – kommuner og kommunegrupper

Figur 7 viser gjennomsnittlige liggetid etter meldt utskrivningsklar for bostedsområdene. Variasjon mellom kommunene i de respektive boområder beskrives av stolpene (tall over og under de grønne boksene), hvor nederste punkt indikerer minimumsverdien (5 prosent percentil) og høyeste verdi representerer maksimum (95 prosent percentil).

Figur 7: Gjennomsnittlig liggetid etter meldt utskrivningsklar for bostedsområdene i 2017. 5 og 95 persentiler for nivå i kommunene



I 2017 lå pasienter i gjennomsnitt 4,7 dager lenger etter meldt utskrivningsklar i bostedsområdet med lengst liggetid sammenlignet med bostedsområdet med kortest liggetid. Variasjonen¹³ mellom områdene var i 2017 på 30 prosent, 1,6 prosentpoeng høyere enn i 2012. Størst variasjon mellom bostedsområdene ble observert i 2016 (37 prosent). Det var relativ stor variasjon mellom kommunene med laveste og høyeste gjennomsnittlig liggetid etter meldt utskrivningsklar. Flere av kommunene som hadde høy gjennomsnittlig liggetid for utskrivningsklare pasienter var små kommuner med relativt få opphold.

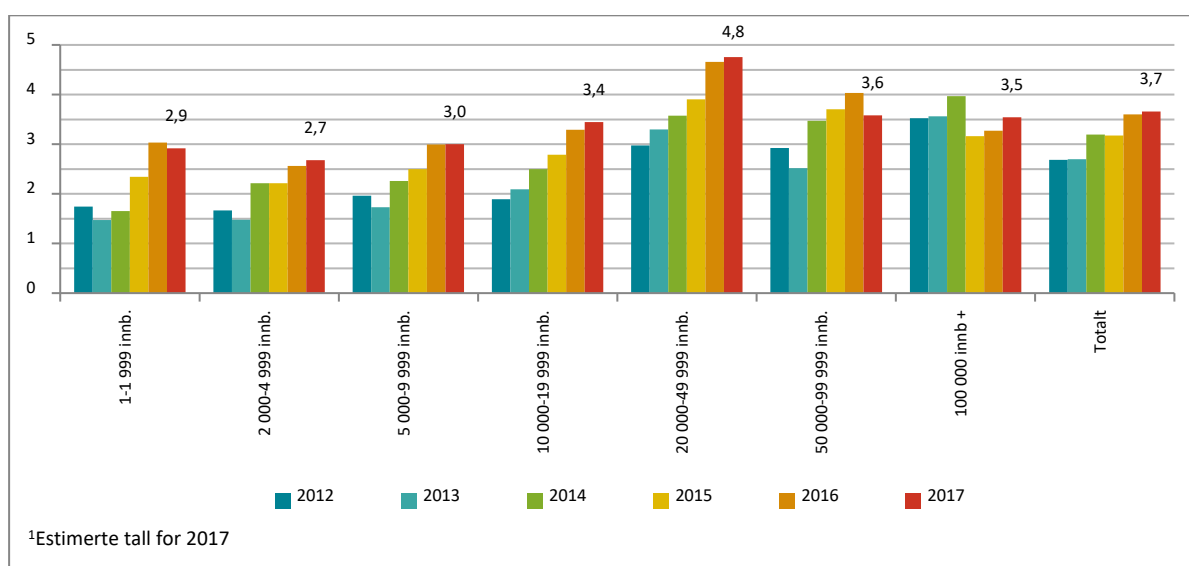
Figur 8 viser antall utskrivningsklare opphold per innbygger fordelt på kommunestørrelse fra 2012 til 2017. Gjennom hele perioden var det registrert flest utskrivningsklare opphold ved de mellomstore kommunene. Først i perioden, fra 2012 til 2014, hadde kommuner med befolkning på over 100 000 innbyggere flest utskrivningsklare opphold per innbygger. Fra 2015 til 2017, derimot, hadde kommuner med et innbyggertall mellom 20 000 og 50 000 flest opphold per innbygger. Figur 9 viser

¹³ Variasjonskoeffisient (Standardavvik/gjennomsnitt). Multiplisert med 100 uttrykker denne prosent variasjon.

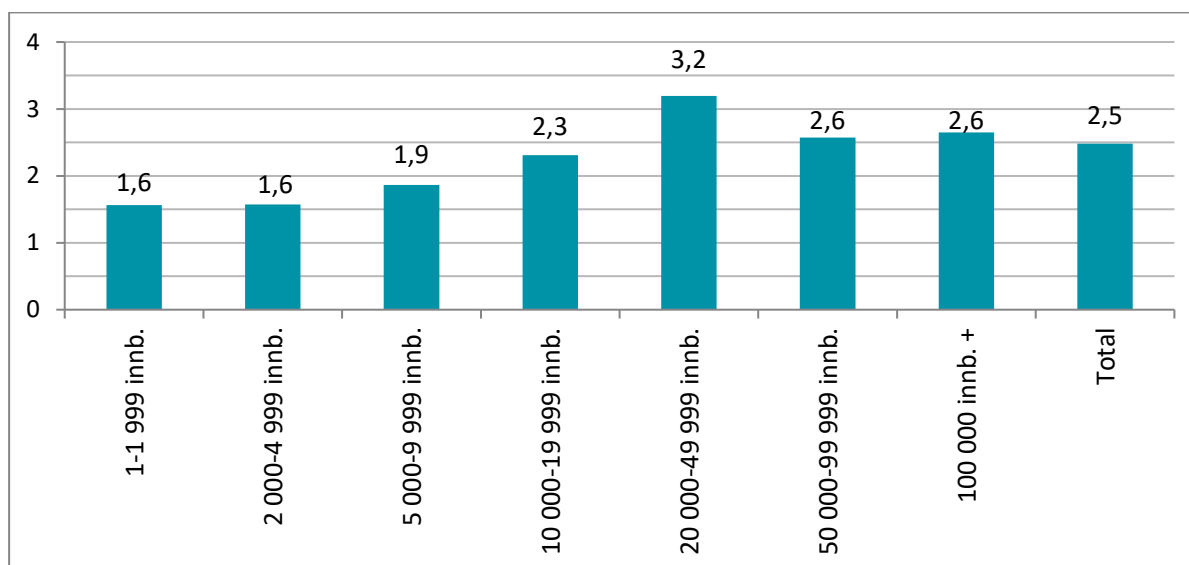
LIGGEDAGER OG REINNLEGGELSER FOR UTSKRIVNINGSKLARE PASIENTER 2012-17

at disse kommunene i 2017 også hadde en høyere andel utskrivningsklare opphold av det totale antallet døgnopphold sammenlignet med andre kommuner. De største kommunene (> 100 000 innbyggere) har en yngre befolkning enn de andre kommunene. Gjennomsnittspasienten i de største kommunene var 50 år i 2017, mens gjennomsnittspasienten i kommuner med innbyggertall mellom 20 000 til 50 000 var 52 år samme år. Tilsvarende ved de minste kommunene, 1 til 2 000 innbyggere, var alderen 58 år i 2017. De minste kommunene hadde, i 2017, 2,9 utskrivningsklare opphold per 1 000 innbyggere.

Figur 8: Antall utskrivningsklare opphold etter kommunegrupper per 1 000 innbyggere 2012-2017¹

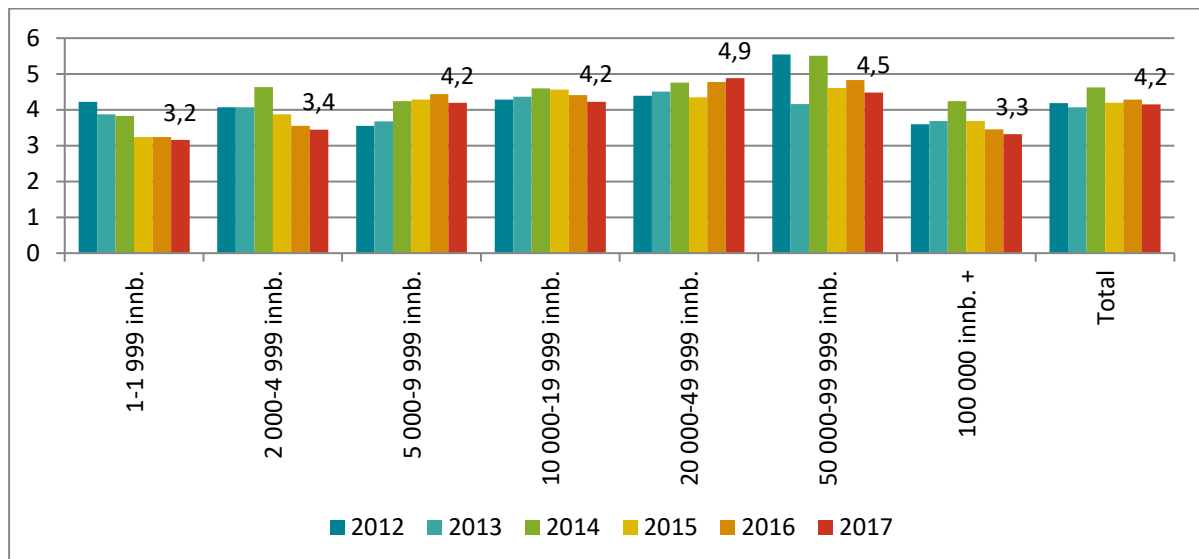


Figur 9: Andel utskrivningsklare opphold av alle døgnopphold etter kommunistørrelse 2. tertial 2017



Figur 10 viser gjennomsnittlig liggetid etter meldt utskrivningsklar for ulike kommune grupper perioden fra 2012 til 2017. I 2017 var gjennomsnittlig liggetid etter meldt utskrivningsklar lavest for pasienter som bor i kommuner med færre enn 5 000 innbyggere og for pasienter fra kommuner med en befolkning på over 100 000 innbyggere. Pasienter som tilhører kommuner med en befolkning mellom 20 000 og 50 000 innbyggere lå lengst på sykehus etter meldt utskrivningsklar i 2017, med et gjennomsnitt på 4,9 dager. Variasjonen¹⁴ i opphold per innbygger mellom de ulike kommune gruppene holdt et stabilt nivå de to siste årene, og var på 18,5 prosent i 2017. Forskjellen var høyere tidlig i perioden, og høyest i 2013 med 34,2 prosent. Variasjonen mellom kommune gruppene i liggetid etter meldt utskrivningsklar var i 2017 på det høyeste nivået i perioden, med 15 prosent. I 2014 var variasjon mellom gruppene på 7,4 prosent.

Figur 10: Gjennomsnittlig liggetid etter meldt utskrivning etter kommune grupper 2012-2017



Liggetid etter meldt utskrivningsklar vil blant annet kunne være påvirket av kapasiteten kommunene har til å ta imot utskrivningsklare pasienter. Det var relativt store forskjeller på nivået av antallet mottakere av kommunale tjenester for de ulike kommune gruppene^{15 16}. For de eldste i befolkningen, 80 år eller eldre, hadde de minste kommunene (kommuner < 2 000 innbyggere) flest mottakere per innbygger av langtidsopphold, mens kommuner med befolkningstall mellom 10 000 og 50 000 innbyggere hadde det laveste nivået. De minste kommunene hadde også høyest nivå av antall mottakere av helsetjenester i hjemmet per innbygger¹⁷. For denne type tjenester hadde de største kommunene (> 100 000 innbyggere) det laveste nivået.

¹⁴ Variasjonskoeffisient (Standardavvik/gjennomsnitt). Multiplisert med 100 uttrykker denne prosent variasjon.

¹⁵ SAMDATA kommune, 01/18. Utvikling i bruk av omsorgstjenester.

¹⁶ Tall fra 2016. Dette er tilfelle både når vi ser på alle i befolkningen og for de eldre i befolkningen, 67-79 år og 80 år og eldre.

¹⁷ For innbyggere 80 år eller eldre i 2016.

LIGGEDAGER OG REINNLEGGELSER FOR UTSKRIVNINGSKLARE PASIENTER 2012-17

6. Reinnleggelser for utskrivningsklare pasienter

Antall reinnleggelse kan være et mål på behandling og kvalitet i sykehuset, samhandling mellom sykehus og kommune, og hvordan kommunen ivaretar pasienten etter utskrivning. Høy andel reinnleggelser er generelt lite ønskelig både for pasientene og for sykehusene. For pasienter med alvorlig svekket helsetilstand, kan en reinnleggelse være belastende. Fra sykehusene sitt perspektiv, gjør øyeblikkelig hjelpinnleggelser det vanskelig å planlegge en effektiv ressursbruk. For pasienter med et sykdomsbilde som trenger tett oppfølging og hyppige innleggelser, kan derimot reinnleggelser være del av en god pasientbehandling.

Som vist tidligere i notatet har sykehusopphold for utskrivningsklare pasienter blitt kortere, og antall utskrivningsklare pasienter og utskrivningsklare opphold har økt etter at samhandlingsreformen ble innført¹⁸. Hovedtrekk som gjennomsnittsalder og hvilke hoveddiagnoser utskrivningsklare opphold blir kategorisert i, var i stor grad lik i 2017 og i 2012. Noen forskjeller i pasientsammensetning mellom 2012 og 2017 er likevel verd å merke seg. Blant annet var en mindre andel pasientene over 80 år i 2017 enn i 2012, samt at det var mindre forskjell i gjennomsnittlig DRG-poeng for et utskrivningsklart opphold enn et opphold der pasienter ikke ble meldt utskrivningsklare i 2017 sammenlignet med 2012. Slike endringer bidrar til en mulig seleksjonsskjevhet når vi sammenligner nivået av reinnleggelser over flere år.

Flere studier og rapporter har vist at andel reinnleggelser har økt etter innføringen av Samhandlingsreformen. Det er imidlertid ikke entydig om denne økningen er en konsekvens av endringer knyttet til Samhandlingsreformen, eller om dette er en utvikling vi også ville ha sett uavhengig av reformen. Hagen m.fl. (2016)¹⁹ og Melberg (2017)²⁰ mener at det er lite sannsynlig at reformen i seg selv har ført til økt nivå av reinnleggelser. De mener at økningen i andel reinnleggelser kan skyldes forhold som endring i pasientpopulasjonen og hvordan sykehusene klassifiserer utskrivningsklare pasienter etter reformen.

I rapporten Samhandlingsstatistikk 2014-15²¹ ble det gjennomført analyser som indikerer at kortere liggetid øker risikoen for reinnleggelse for utskrivningsklare pasienter. Økt sannsynlighet for reinnleggelse ved kortere liggetid på sykehus kan indikere at kommunene ikke har nok ressurser eller kompetanse til å følge opp pasientene, da kortere liggetid kan føre til at kommunene tar imot sykere pasienter enn før²². Hagen m.fl. (2016) konkluderer i sin studie med at kommunene har klart å imøtekomme den ekstra belastningen som reformen har medført, blant annet gjennom å øke bruk av

¹⁸ Økningen i antall pasienter og opphold kan i stor grad knyttes til en registreringsendring. Veksten i antall utskrivningsklare opphold der pasienten ligger en eller flere dager på sykehus etter meldt utskrivningsklar var på 44 prosent i perioden 2012-2017.

¹⁹ Hagen, T. og Melberg H. O. (2016). Liggetider og reinnleggelser i somatiske sykehus før og etter samhandlingsreformen. I; Tidsskrift for omsorgsforskning, 02, s. 143-158.

²⁰ Melberg H. O. (2016). Samhandlingsreformen og kausal inferens – effekter på utskrivningsklare dager, behandlingstid og reinnleggelser. I: Michael; 14 Supplement 19, s 119-126.

²¹ Samhandlingsstatistikk 2014-2015 (kapittel 13), Helsedirektoratet 2015.

²² Grimsmo, A. (2013): Hvordan har kommunene løst utfordringen med utskrivningsklare pasienter? I; Sykepleien Forskning, 08, s. 148-155.

korttidsopphold i sykehjem, styrking av hjemmesykepleien og bedring av kompetansen i sykehjem. Riksrevisjonen (2016)²³ mener derimot at det finnes for lite kunnskap om kvaliteten på tjenestene til pasienter som skrives ut til kommunene, og at det er lite som tyder at kommunenes kompetanse og kapasitet har blitt særlig styrket etter innføringen av reformen. Riksrevisjonen viser til at det er mange fastleger og kommuner som opplever at pasienter blir skrevet ut for tidlig, og at det er vanskelig å tilby pasienten et godt tjenestetilbud. Videre viser funn at kvaliteten på informasjonen som går til kommunen ved utskrivning ikke er god nok. Det kan være at en reduksjon av unødvendige reinnleggelse kan oppnås gjennom bedre samhandling mellom tjenestenivåene.

I følge Grimsmo (2015)²⁴ har pasientforløpet for noen pasienter også blitt mer oppstykket. Det vanligste forløpet har vært hjem – sykehus – hjem. Mens organisering av interkommunale døgntilbud for øyeblikkelig hjelp og intermedieravdeling for mottak av utskrivningsklare pasienter, har ført til korte mellomopphold i institusjon før eller etter sykehusinnleggelse for noen pasienter. Dette, i tillegg til hyppigere reinnleggelser for noen grupper, kan gi et mer oppstykket forløp for sårbare pasienter.

7. Reinnleggelse etter utskrivningsklarstatus – nasjonalt nivå og etter region

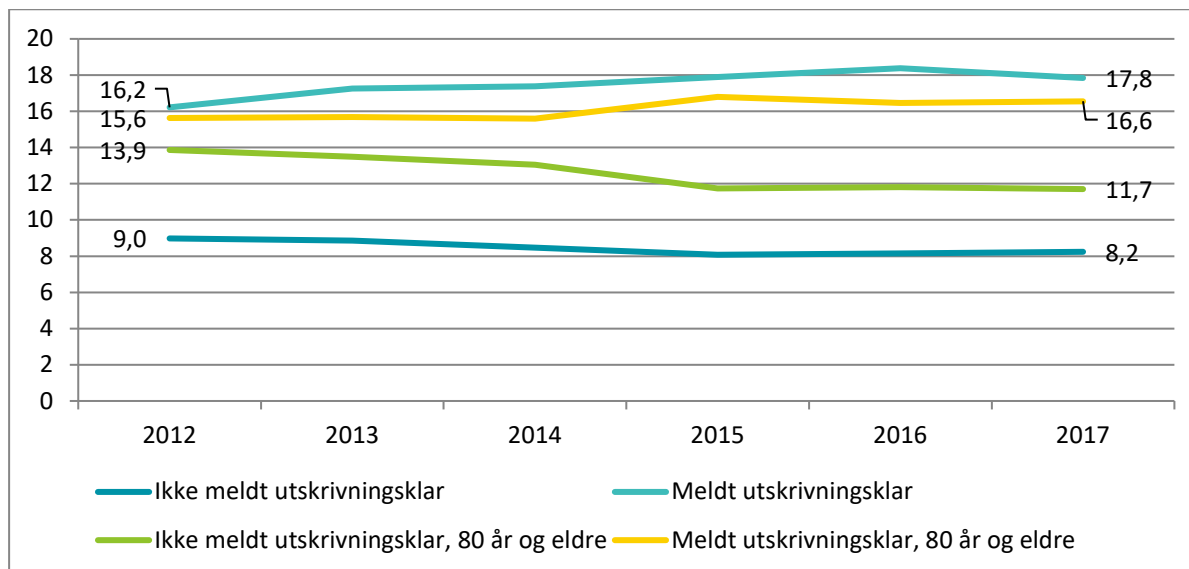
Figur 11 viser andel reinnleggelser etter utskrivningsklar status og alder for Norge totalt. For utskrivningsklare pasienter økte andelen reinnleggelser med 1,6 prosentpoeng fra 2012 til 2017, med en liten reduksjon siste år. Pasienter som ikke ble meldt utskrivningsklar hadde en svak nedgang i andel reinnleggelser i perioden. For de eldste utskrivningsklare pasientene, 80 år og eldre, holdt andelen reinnleggelser et stabilt nivå de to siste år, etter en svak økning først i perioden.

²³ Riksrevisjonen (2016). Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføring av samhandlingsreformen. Dokument 3:5 (2015-2016).

²⁴ Grimsmo, A. (2015): Samhandlingsreformen - hva nå? I: Tidsskriftet Den Norske Legeforening, 17, s. 135..

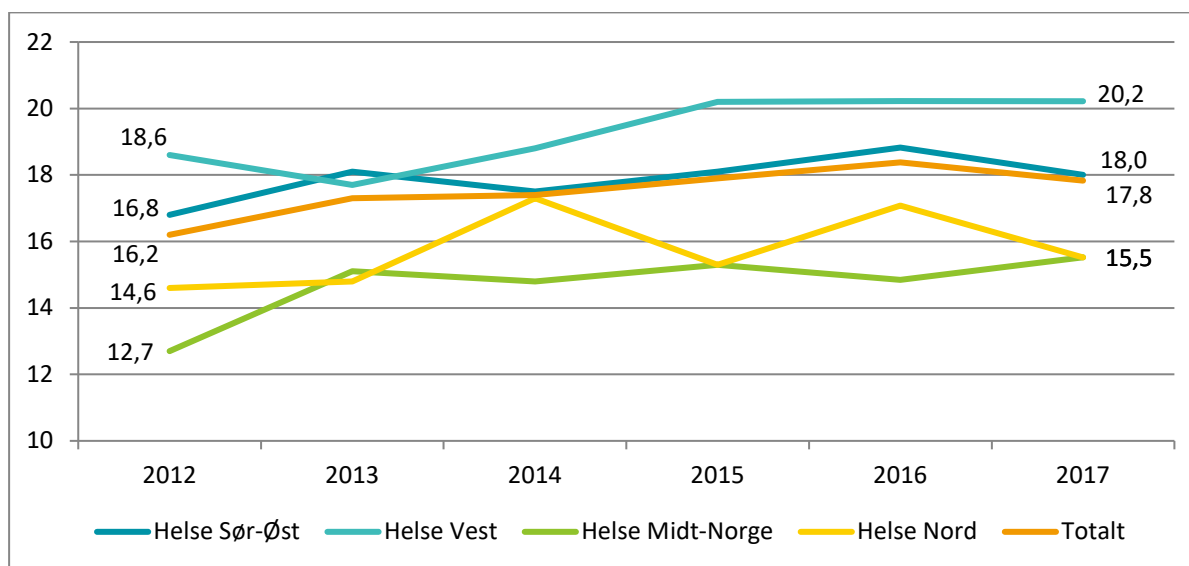
LIGGEDAGER OG REINNLEGGELSER FOR UTSKRIVNINGSKLARE PASIENTER 2012-17

Figur 11: Andel reinnleggelser etter utskrivningsklar status og alder for Norge totalt 2012-2017



Andel reinnleggelser for utskrivningsklare opphold var lavere for pasienter som var 80 år eller eldre sammenlignet med alle utskrivningsklare pasienter. En mulig forklaring på dette kan være at pasientene 80 år og eldre i større grad har en sykehjemsplass eller får en tettere oppfølging i kommunene sammenlignet med utskrivningsklare pasienter under 80 år. Dødeligheten er også større blant de eldste pasientene. I gruppen utskrivningsklare pasienter 80 år og eldre var gjennomsnittsalderen 87 år i 2017. I følge Melberg (2017) vil kortere behandlingstid muligens øke dødeligheten for noen pasienter etter sykehusoppholdet. En slik sammenheng vil sannsynligvis slå ut mer for eldre enn yngre pasienter.

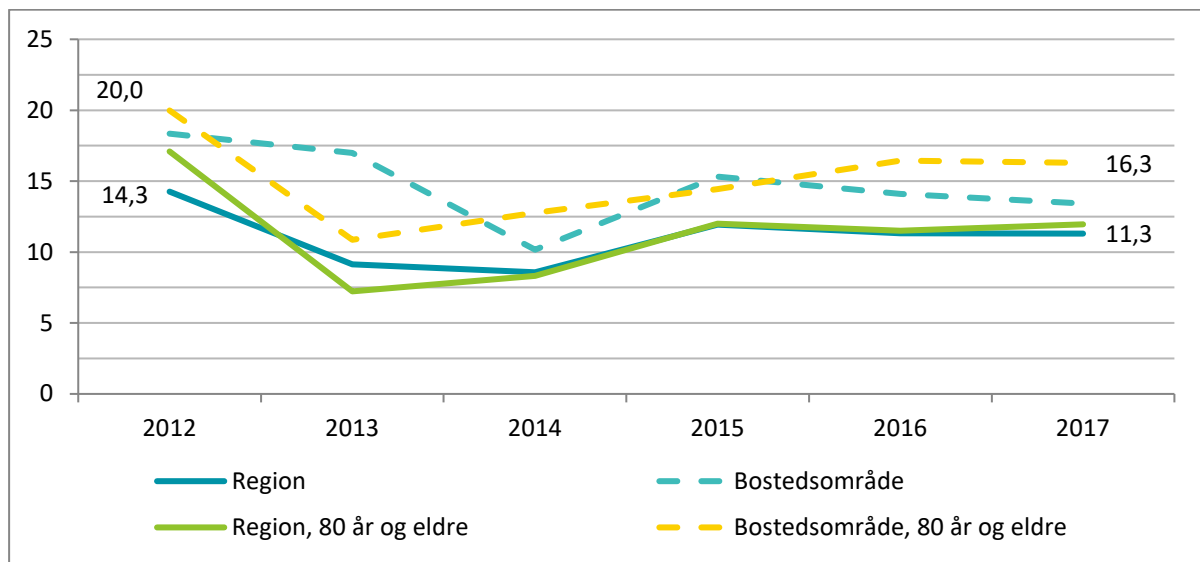
Figur 12: Andel reinnleggelser for utskrivningsklare pasienter etter region 2012-2017



Figur 12 viser at andelen reinnleggelser var høyere i Helse Vest og Helse Sør-Øst enn i Helse Nord og i Helse Midt-Norge. Helse Nord og Helse Sør-Øst hadde en reduksjon i andel reinnleggelser siste år, mens Helse Midt-Norge hadde en liten økning. Helse Vest hadde et stabilt nivå av andel reinnleggelser for utskrivningsklare pasienter de tre siste årene.

Variasjonen mellom regionene var på 11 prosent i 2017, noe lavere enn i 2012, se figur 13. Også for de eldste pasientene, 80 år og eldre, var variasjonen mellom regionene mindre i 2017 enn i 2012. Som vist i figur 13 var variasjonen mellom bostedsområdene på det laveste nivået i de første to årene etter reformen (2013-2014) for aldersgruppen 80 år og eldre. Ikke uventet er variasjon større mellom bostedsområdene enn mellom regionene.

Figur 13: Variasjon²⁵ i andel reinnleggelse for utskrivningsklare pasienter etter region og bosted 2012-2017



8. Reinnleggelse etter utskrivningsklar status – kommuner og kommunegrupper

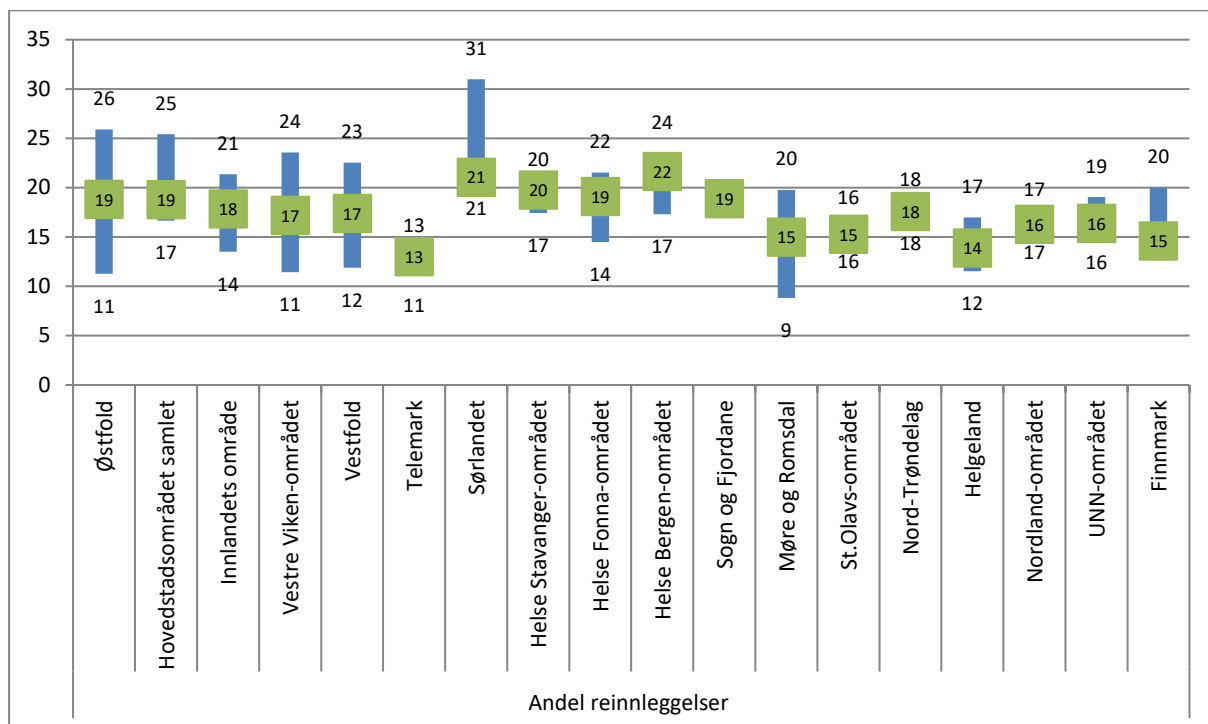
Figur 14 viser andel reinnleggelser for alle utskrivningsklare pasienter for bostedsområdene i 2017. Variasjon mellom kommunene innen de respektive bostedsområdene beskrives av stolpene (tall over og under de grønne boksene), hvor nederste punkt viser minimumsverdien (5 prosent percentil) og høyeste verdi representerer maksimum (95 prosent percentil). For noen bostedsområder var det relativt stor forskjell mellom kommunen med lavest andel reinnleggelser og kommunen med høyest andel reinnleggelse. Kommunene med høyest andel reinnleggelser i 2017 var relativt små

²⁵ Variasjonskoeffisient (Standardavvik/gjennomsnitt). Multiplisert med 100 uttrykker denne prosent variasjon.

LIGGEDAGER OG REINNLEGGELSER FOR UTSKRIVNINGSKLARE PASIENTER 2012-17

kommuner²⁶, og ingen av disse kommunene hadde spesielt høyt nivå av reinnleggelser i årene før 2017.

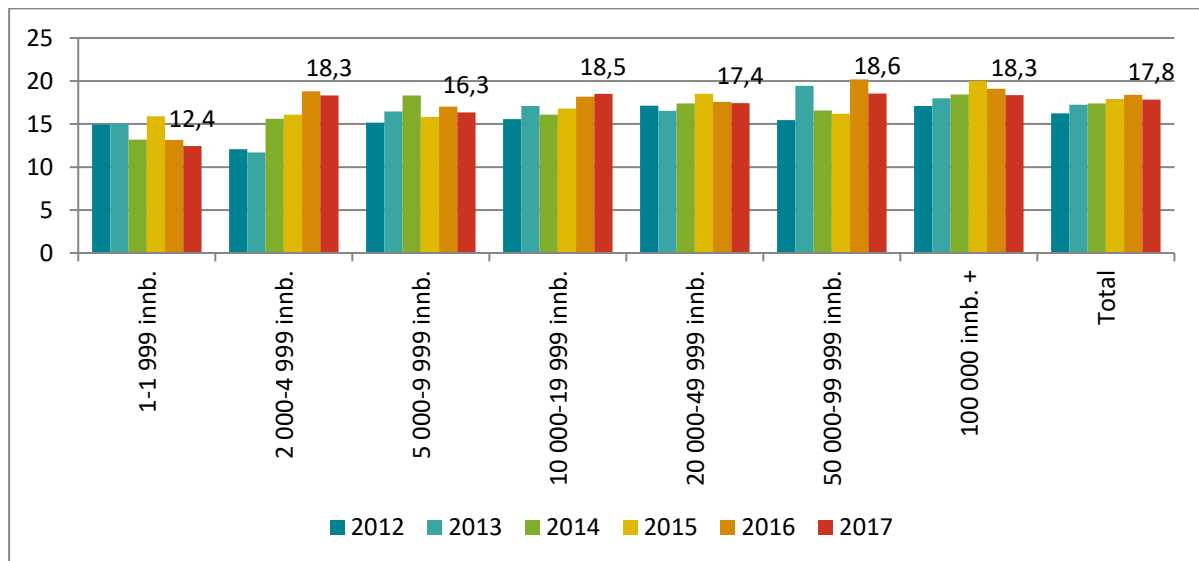
Figur 14: Andel reinnleggelser for bostedsområdene i 2017. 5 og 95 persentiler for nivå i kommunene



Figur 15 viser andel reinnleggelser etter utskrivningsklare opphold for kommunegrupper inndelt etter befolkningstall. De to siste årene, 2016-2017, hadde kommunene med færrest innbyggere (< 2 000) den laveste andelen reinnleggelser, og hadde i perioden fra 2012 til 2017 en reduksjon på 2,5 prosentpoeng. Andel reinnleggelse for kommunegruppen med innbyggertall mellom 2 000 og 5 000 økte med 6,2 prosentpoeng i perioden 2012 til 2017. I 2017 var variasjonen mellom kommunegruppene på 12 prosent, mot 10 prosent i 2012.

²⁶ Kommuner som har mindre enn 49 døgninnleggelser der pasienter er registrert som utskrivningsklare er ekskludert fra analysen. I Sogn og Fjordene ble ingen kommuner inkludert i analysen. Det er også andre områder hvor få kommuner inngår.

Figur 15: Andel reinnleggelser for utskrivningsklare pasienter etter kommunestørrelse 2012-2017



Som nevnt tidligere i notatet har små kommuner et høyere nivå av helsetjenester i hjemmet og langtidsopphold²⁷ sammenlignet med kommunegruppene med flere innbyggere. Småkommunene hadde også, i 2016, høyere bruk av kommunalt døgntilbudet for øyeblikkelig hjelp (ØHD). Analysenotat *Status for det kommunale døgntilbudet for øyeblikkelig hjelp 2016*²⁸ viser at de minste kommunene (< 2 000) hadde 14 innleggelser per 1 000 innbygger i 2016, tilsvarende hadde de største kommunene (>100 000) 6 innleggelser per 1 000 innbyggere. Det ble også vist en statistisk signifikant sammenheng mellom bruk av ØHD og sykehus korrigert for kommunestørrelser. Kommuner med høy bruk av ØHD, hadde lavere nivå av ø-hjelpsinnleggelser for medisinsk behandling på sykehus. Ulikt nivået av helsetjenester i kommunene og bruk av døgntilbud for øyeblikkelig hjelp kan være en mulig forklaring på ulikhet i andel reinnleggelser for kommunegruppene.

²⁷ For befolkningen 67 år og eldre i 2016.

²⁸ SAMDATA-kommune: Analysenotat 01/17: Status for det kommunale døgntilbudet for øyeblikkelig hjelp 2016.

LIGGEDAGER OG REINNLEGGELSER FOR UTSKRIVNINGSKLARE PASIENTER 2012-17

9. Datagrunnlag og definisjoner

Data er hentet fra Norsk pasientregister (NPR). For utskrivningsklare opphold er analysene basert på årsdata 2012-2016 og per 2. tertial for 2017. Tall for 2017 er beregnet på grunnlag av innrapportert aktivitet per 2. tertial, med en antagelse om at 2/3 av aktiviteten kom i denne perioden. For både utskrivningsklare opphold og reinnleggelser er tallene basert på pasientens bostedsområder, og er derfor uavhengig av hvor pasienten ble behandlet.

Utskrivningsklare pasienter er definert som pasienter som har behov for et kommunalt tilbud etter utskrivning fra sykehuset og som har vært innlagt med liggetid på minst ett døgn. Døgnrehabilitering er ekskludert. Utskrivningsklare liggedager er antallet dager fra utskrivningsklardato til utskrivningsdato. Liggetid før pasienten ble meldt utskrivningsklar viser antall dager fra innskrivningsdato til utskrivningsklardato. I dette notat representerer et utskrivningsklart opphold et opphold der pasienten har én eller flere dager som utskrivningsklar. Unntaket er i avsnitt 2, der vi også viser utvikling i utskrivningsklare opphold for pasienter som blir tatt imot av kommunen samme dag.

Norsk Pasientklassifisering^[1] (NPK) ble endret i 2014^[2] ved at utskrivningsklardato hentes fra den første datoverdien for da kommunen ble varslet om at pasienten var utskrivningsklar. For pasienter som meldes utskrivningsklar flere ganger i løpet av et sykehusopphold hentet NPK tidligere ut den siste datoverdien for utskrivningsklardato.

Analysene av reinnleggelser er basert på pasientdata per 2. tertial alle år 2012-2017. Andel reinnleggelser i august vil være kunstig lavt, siden en del av reinnleggelsene etter opphold i august vil komme i første del av 3. tertial. Dette medfører at beregnet andel reinnleggelser er litt lavere enn det faktiske nivået.

En reinnleggelse er definert som en innleggelse for øyeblikkelig hjelp innen 30 dager etter utskrivning. Det er ikke stilt krav om at pasienten har samme diagnose som ved forrige innleggelse. Reinnleggelse inkluderer ikke pasienter som legges inn og skrives ut samme dag.

Ved helseforetakene i Midt-Norge (Møre og Romsdal HF, St. Olavs Hospital HF og Helse Nord-Trøndelag HF) var det ingen registrerte opphold for pasienter som ble meldt utskrivningsklar og tatt imot av kommunen samme dag i 2016 og 2017. Også tidligere år har helseforetakene i Midt-Norge hatt et lavt nivå. Dette innebærer at det totale antallet opphold for både pasienter som ble meldt utskrivningsklar og de som ikke ble meldt utskrivningsklar avviker fra det faktiske tallet. Dette vil også ha innvirkning på andel reinnleggelser, og det må derfor utvises forsiktighet ved tolkning av disse tallene. Det er knyttet usikkerhet til om det også ved andre helseforetak skjer en underrapportering av utskrivningsklare pasienter som blir tatt imot av kommunen samme dag.



Postadresse: Pb. 7000,
St. Olavs plass, 0130 Oslo

Telefon: +47 810 20 050

Faks: +47 24 16 30 01

E-post: postmottak@helsedir.no

www.helsedirektoratet.no