

Status for øyeblikkelig hjelp døgntilbud i kommunene

2018

SAMDATA kommune

IS-2836



Innhold

Sammendrag	4
1. Innledning	5
1.1 Bakgrunn	5
1.2 Tidligere analyser	6
1.3 Om datagrunnlaget	8
2. Bruk av ØHD	10
2.1 Status for øyeblikkelig hjelp døgntilbud	10
2.2 Hvor er tilbudene lokalisert?	11
2.3 Henvisninger til og fra ØHD og tidspunkt for innleggelse	13
2.4 Aldersfordeling og årsak til innleggelse	17
2.5 Antall innleggelser og liggedøgn	19
2.6 Beleggsprosent	21
2.7 Bidrar innleggelser i ØHD til å redusere innleggelser i sykehus?	23
3. Bruk av ØHD innen psykisk helsevern og rus	24
3.1 Status for øyeblikkelig hjelp døgntilbud innen psykisk helse og rus	24
3.2 Henvist av, kommer fra og skrevet ut til	26
3.3 Alder- og liggetidsfordeling	28

Sammendrag

Fra 2017 til 2018 var det en økning i antall pasienter som ble innlagt ved øyeblikkelig hjelp døgntilbud (ØHD), mens det var liten endring i antall liggedager. Dette betyr at det var flere pasienter som brukte tilbudet, og at veksten gjaldt innleggelser med kort varighet.

Et viktig formål med opprettelsen av øyeblikkelig hjelp døgntilbud er å unngå innleggelser i spesialisthelsetjenesten når dette ikke er nødvendig eller ønskelig ut i fra en medisinskfaglig vurdering. For at tilbudet skal fungere som tiltenkt kreves både god pasientbehandling og god kapasitetsutnyttelse. Tidligere analyser har vist at bruk av øyeblikkelig hjelp døgntilbud har vært lav, og det er derfor viktig å følge videre med på utviklingen i bruk av tilbudet,

Økt antall innleggelser i øyeblikkelig hjelp døgntilbud

Helsedirektoratet har samlet inn data for bruk av øyeblikkelig hjelp døgntilbud fra 2012. Aktiviteten har økt gradvis fra år til år fra oppstarten og fram til i dag. For 2018 mottok vi rapportering fra 192 enheter, som til sammen representerer 398 kommuner. Totalt ble det registrert 40 372 innleggelser, det er en økning på ni prosent fra året før. Det ble registrert 104 569 estimerte liggedøgn, tilnærmet samme nivå som i 2017.

Flere korte innleggelser

I 2018 var det totalt åtte innleggelser per 1 000 innbyggere i ØHD. Antall innleggelser per 1 000 innbyggere økte noe fra 2017, og det meste av veksten kom for innleggelser med en varighet på mindre enn ett døgn. Antall estimerte liggedøgn per 1 000 innbyggere var på 21 døgn i 2018, tilnærmet uendret fra året før.

Variierende bruk blant kommunene

Analysene viser at det var sykestuene og vertskommunene som brukte tilbudet mest. Små kommuner (i innbyggertall) hadde flere innleggelser per 1 000 innbygger enn større kommuner. Videre hadde tilbud som startet opp tidlig høyere rate (per 1 000 innbyggere) enn tilbud som startet opp mer nylig. Når det gjelder størrelsen på enheten, hadde de minste enhetene (tre plasser eller mindre) høyere rate enn de største enhetene (15 plasser eller mer).

Kommunene utnyttet tilbudet noe bedre enn tidligere år. Beleggsprosenten var høyest for sykestuene, de største enhetene (15 plasser eller mer) og for de tilbudene som startet opp først. Analysene tyder på at tilbudet blir brukt som tiltenkt, men det kan stilles spørsmål om et belegg rundt 40 prosent er god kapasitetsutnyttelse.

1. Innledning

1.1 Bakgrunn

Fra 1.1.2016 fikk kommunene plikt til å ha et døgntilbud for øyeblikkelig hjelp, jf. Helse og omsorgstjenesteloven § 3-5. De første plassene ble opprettet i 2012, og det var en målsetting at tilbudet skulle fases inn i alle kommuner i løpet av årene fram mot 2016. I første omgang skulle tilbudet i hovedsak omfatte somatiske lidelser, men fra 1.1.2017 ble plikten utvidet til å gjelde voksne pasienter med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblemer.

Øyeblikkelig hjelp-innleggelser er definert som «innleggelser av pasienter med behov for hjelp som er påtrengende nødvendig, og hvor innleggelsen ikke er planlagt på forhånd». Hensikten med opprettelsen av øyeblikkelig hjelp døgntilbud (ØHD), var blant annet å unngå innleggelser i sykehus når dette ikke er nødvendig eller ønskelig ut ifra en medisinskfaglig vurdering. ØHD-plassene gir også pasientene et tilbud nærmere hjemmet og involverer kommunene tidligere i pasientforløpet.

Denne rapporten beskriver bruken av øyeblikkelig hjelp døgntilbud for perioden fra 2012 til 2018, med fokus på siste år. For årene 2012 til 2016 inngår i hovedsak somatiske innleggelser, mens for 2017 og 2018 inngår også tall som viser bruk av ØHD-plasser knyttet til psykisk helsevern og rus. I del 2 av rapporten viser vi data for ØHD samlet for somatiske innleggelser og innleggelser knyttet til psykisk helsevern og/eller rus. I del 3 presenterer vi data for innleggelser i ØHD kun innen psykisk helsevern og rus.

Helsedirektoratet er pålagt av Helse- og omsorgsdepartementet å samle inn data for øyeblikkelig hjelp døgntilbud. Rapporteringen inngår ikke som en del av kommunenes ordinære rapporteringssystemer. Dette innebærer at registrering av bruk av tilbudet, både ute i kommunene og sammenstilling av data i Helsedirektoratet, er preget av mye manuelt arbeid. Vi har fått tilbakemelding fra flere kommuner om at denne måten å registrere data på er svært tidkrevende, og at kommunene ønsker en annen måte å rapportere data på.

1.2 Tidligere analyser

Siden oppstarten av øyeblikkelig hjelp døgntilbud har det blitt gjennomført flere analyser av både kvaliteten til tilbudet som blir gitt i kommunene, hvordan tilbudet blir brukt og om tilbudet faktisk bidrar til å forhindre innleggelser i spesialisthelsetjenesten. Under har vi samlet noen av analysene som er utarbeidet med bakgrunn i øyeblikkelig hjelp døgntilbud.

I en analyse i Forskningsrådets evaluering av sykehusreformen ble det sett på om ØHD-tilbudet faktisk bidrar til færre innleggelser i sykehus. Hovedfunnet var at ØHD hadde effekt, men at effektene varierte med hvordan tilbudet var organisert. Det var kun enheter med god legeberedskap som bidro til færre øyeblikkelig hjelp innleggelser i sykehus. Effekten var størst for pasienter over 80 år innlagt ved medisinske avdelinger (Swanson m.fl. 2016)¹. Videre syns effekten (av ØHD-tilbudet), i form av færre sykehusinnleggelser, å være avhengig av hvilken type diagnose pasientene hadde. Det var en reduksjon i innleggelser ved sykehus for pasienter med diagnosene astma, angina og KOLS, men ikke for pasienter med diabetes eller hjertesvikt (Islam og Kjerstad 2016)². Dette betyr at øyeblikkelig hjelp døgntilbud kan bidra til å redusere innleggelser i spesialisthelsetjenesten ved enkelt kroniske tilstander.

Bruk av ØHD fordrer at tilbudet er kjent blant fastleger, legevaksleger og leger i sykehus. Ved oppstarten av tilbudet var beleggsprosent lav. Legenes manglende kunnskap og tiltro til tilbudet ble trukket fram som en av hovedforklaringene til den lave bruken av tilbudet (Skinner 2015)³. Også Rambøll (2015)⁴ trakk fram at manglende tillit til tilbudet var en av hovedutfordringene tilbudet stod ovenfor. Ifølge en undersøkelse gjort av Deloitte⁵ i 2014, opplevde de fleste kommunene en økning i beleggsprosenten da tilbudet ble godt kjent og etablert. Rapporten «Status for kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp 2017»⁶, viste også at tilbud som hadde eksistert over en lengre periode hadde høyere beleggsprosent enn tilbud som var mer nyoppstartet.

Skinner (2015) påpeker i sin analyse at ulik tradisjon og organisering av akuttbehandling i sykehjem før etableringen av ØHD bidrar til å forklare variasjonen i beleggsprosent og bruk av tilbudet. I følge Skinner viste legene motvilje til å henvise pasientene til andre institusjoner enn sykehus. I samme intervjuundersøkelse ble det også gitt tilbakemeldinger om at helsemyndighetene hadde estimert behovet for øyeblikkelig hjelp som høyere enn behovet som ble opplevd lokalt.

I Riksrevisjonen (2016)⁷ sin undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenestene etter innføringen av samhandlingsreformen, blir det konkludert ned at kommunal øyeblikkelig hjelp døgntilbud ikke benyttes på en måte og i et omfang som er i tråd med intensjonen. Undersøkelsen viste at i mange kommuner brukes ikke ØHD på en slik måte at det erstatter innleggelser i sykehus. Også i denne

¹ Swanson, Aleksandersen og Hagen (2016). Førte opprettelsen av kommunale øyeblikkelig hjelp døgnenheter til færre innleggelser i sykehus for eldre ved somatiske sykehus?, i Tidsskrift for omsorgsforskning nr. 2, 2016.

² Islam, M. Kamrul og Egil og Kjerstad (2016). Does Emergency Capacity in Primary Care Affect Emergency Hospital Admissions?

³ Skinner, Marianne Sundlisæter (2015). Skeptiske leger og tomme senger? Senter for omsorgsforskning, øst.

⁴ Rambøll (2015). Øyeblikkelig hjelp døgntilbud – bruk av plassene ved interkommunale samarbeid.

⁵ Deloitte (2014). Undersøkelse om bruken av øyeblikkelig hjelp døgnopphold i kommunen. Oppdrag fra Helsedirektoratet oktober 2014.

⁶ Helsedirektoratet (2018). Status for kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp 2017.

⁷ Riksrevisjonen (2016). Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføring av samhandlingsreformen. Dokument 3:5 (2015-2016).

undersøkelsen trekkes fastlegenes usikkerhet om kvaliteten i tilbudet, manglende kjennskap til hvilke behandlinger som utføres samt tidkrevende innleggelsesprosedyrer fram som viktige årsaker til hvorfor ikke flere pasienter blir innlagt i ØHD. Men Riksrevisjonen vurderte det også dithen at det ligger potensiale i ØHD til å yte medisinsk ø-hjelp til langt flere pasienter i nærheten av hjemmet.

ØHD ble innført som en del av samhandlingsreformen, hvor ambisjonen om helhetlig pasientforløp og et tilbud nærmere pasientenes bosted var sentral. I evalueringsprosjektet SPIS – «Samhandling og pasientbehandling i støpeskjeen», hevdes det at etableringen av ØHD kan ha bidratt til at dette har gått i motsatt retning av det som var ønsket for noen pasienter⁸. Det vanligste forløpet har vært hjem – sykehus – hjem. Mens organisering av øyeblikkelig hjelp døgntilbud og intermedieæravdelinger har ført til korte mellomopphold i institusjon før eller etter.

Lappegard (2017)⁹ har gjennomført flere studier knyttet til øyeblikkelig hjelp innleggelser ved Hallingdal sjukestugu, som er et av tilbudene som ble brukt som modell for øyeblikkelig hjelp døgntilbud. I Lappegard sine undersøkelser ble blant annet pasientene spurt om opplevd kvalitet på det lokale tilbudet. Studien viste at pasientene opplevde oppholdet som like godt eller bedre enn et sykehusopphold. Små enheter, avslappet og hjemlig atmosfære, muligheten til å opprettholde kontakt med familie, kontinuitet i pasientbehandler relasjon, helhetlig og tverrfaglig innsats og tillit til at man ville bli overført til sykehus dersom det var nødvendig, var faktorer som pasienten selv uttrykte som viktige. Forfatteren hevder at funnene i denne studien, til en viss grad, kan ha overføringsverdi til andre øyeblikkelig hjelp døgntilbud.

⁸ Løhre, Audhild og Anders Grimsno (2015). Samhandling og pasientforløp i støpeskjeen (SPIS). Sluttrapport. NTNU.

⁹ Lappegard, Øysten (2017). «Midt mellom kommune og sykehus», i *Utposten* nr. 3 2017.

1.3 Om datagrunnlaget

Helsedirektoratet er pålagt av Helse- og omsorgsdepartementet å samle inn informasjon om bruk av øyeblikkelig hjelp døgntilbud. Data ble samlet inn i perioden fra januar til mars 2019. Rapporteringsperioden for 2018 var fra 1. januar til 31. desember, samme rapporteringsperiode som i 2017 og 2016. Rapporteringsperioden for tidligere år var fra 1. september til 31. august. I tabellene oppgis dette som 2012-13, 2013-14 og 2014-15. Vi gjør oppmerksom på at ikke alle tabellene/figurene inneholder data tilbake til 2012-13. Det må utvises forsiktighet ved å sammenligne data mellom år, da utvalget, hvem og hvor mange som har rapportert, varierer fra år til år.

Informasjonsinnhenting har foregått ved at kommunene ble bedt om å fylle ut et Excel-skjema med aggregert informasjon om bruk av tilbudet. Mange kommuner har etablert ØHD-tilbudet i samarbeid med en eller flere andre kommuner. I notatet bruker vi begrepet vertskommune om den kommunen som har tilbudet fysisk plassert hos seg, og begrepet samarbeidskommune om kommuner som ikke har tilbudet lokalisert i egen kommune. Begrepet enhet blir brukt om hver enkelt ØHD, uavhengig av om det inngår én eller flere kommuner.

Dersom tilbudet er etablert i samarbeid med andre kommuner, er det vertskommunen som har ansvaret for rapporteringen, og rapportere på vegne av alle kommunene i samarbeidet. Dataregistrering og rapportering av bruk av øyeblikkelig hjelp døgntilbud er foreløpig ikke en del av kommunenes ordinære rapporteringssystemer. Kommunene har derfor fylt ut skjemaet manuelt. Dette gir økt risiko for feilregistrering av data.

Som en følge av at plikten for ØHD ble utvidet til også å gjelde pasienter med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblemer fra 1.1.2017, ble kommunen bedt om å rapportere særskilt på innleggelser i tilbudet knyttet til pasienter med psykisk helse og/eller rusmiddelproblematikk. Flere enheter har opplyst om at det har vært problematisk å skille innleggelser for denne pasientgruppen fra andre innleggelser. Videre var det flere enheter som ikke har avsatt spesifikke plasser til denne pasientgruppen, men som brukte de allerede etablerte plassene uavhengig av årsak til innleggelse. Noen kommuner som inngår i et samarbeid om somatiske innleggelser i ØHD, har etablert eget tilbud i egen kommune for innleggelser i ØHD knyttet til psykisk helse og rus. Der vi har fått informasjon om dette, har vi sendt rapporteringsskjemaet til de gjeldene kommunene og bedt de om å fylle ut skjemaet med data om innleggelser i ØHD for psykisk helse og rus. Vi har grunn til å tro at vi ikke har fått informasjon om alle kommunene dette gjelder for. Data for ØHD psykisk helse og rus er av disse årsakene noe mangelfulle.

For 2018 har vi mottatt rapportering fra 192 enheter, som til sammen representerer 398 kommuner. Særskilt for rapportering for ØHD psykisk helse og rus, var det 212 kommuner som registrerte minst én innleggelse i tilbudet.

Rapporteringsskjemaet gir aggregert kommunefordelt informasjon om *innleggelser, kjønn og alder og liggedøgn*. I tillegg er det informasjon om *innleggelsesdiagnose, innleggelsestidspunkt, hvor pasienten er henvist fra, hvem pasienten er henvist av og skrevet ut til* per rapporteringsenhet. I 2018 ble det totalt registrert 424 innleggelser av pasienter som ble innlagt ved et annet ØHD enn i sin egen bostedskommune. Dette kan være pasienter som var på ferie eller lignende. Disse innleggelsene inngår ved det tilbudet de ble lagt inn ved, med unntak av ved beregning av rater – da er de ekskludert.

I beregningen av antall plasser har vi tatt utgangspunkt i det som rapporteringsenhetene selv har oppgitt. Det er grunn til å tro at noen kommuner har oppgitt antall plasser etter det de får tilskudd til å ha, f.eks. 0,5 plass, mens andre kommuner har rundet dette opp til f.eks. 1 plass. Sum plasser er derfor ikke helt nøyaktig, noe som har innvirkning på beregning av beleggsprosent.

Antall enheter/kommuner i de ulike tabellene varierer. Dette skyldes at ikke alle rapporteringsenhetene leverte alle opplysningene som ble etterspurt i skjemaet. Årsakene til dette er blant annet at opplysningene ikke var like lett tilgjengelig for alle kommuner, manglende rutiner for registrering og/eller problemer knyttet til statistikkuttrekk fra fagsystemene. Både dette og risikoene for feilregistrering, påvirker kvaliteten av dataene. Videre har ikke alle enhetene levert kommunefordelte tall for innleggelser og oppholdstid. Disse enhetene er ekskludert ved beregning av rater.

Data fra sykestuene har tidligere år blitt samlet inn av Norsk Pasientregister. For 2018 ble disse dataene samlet inn på samme måte som øvrige ØHD-enheter. I likhet med tidligere år har sykestuene registrert alle øyeblikkelig hjelp-innleggelser, med unntak av én sykestuen som kun har levert data for innleggelser i ØHD. NPR samlet inn faktiske antall liggedager ved sykestuene, mens for 2018 har vi, i likhet med øvrige ØHD-enheter, estimert antall liggedager for sykestuene. Data for sykestuene inngår ikke i alle tabellene/figurene. Det skyldes at ikke alle opplysningene har inngått i data fra Norsk Pasientregister. For å få mest mulig sammenlignbare tall over år, har vi valgt å ekskludere sykestuene i de gjeldende tabellene/figurene også for 2018. I figur- /tabelloverskriftene står det oppgitt om syke-stuene er inkludert eller ikke.

2. Bruk av ØHD

2.1 Status for øyeblikkelig hjelp døgntilbud

I dette avsnittet presenterer vi antall plasser, antall innleggelser og antall estimerte liggedøgn for regionene og for landet samlet. Antall plasser presenterer vi samlet for ØHD-enheten og sykestuene. For antall innleggelser og estimerte liggedøgn viser vi tall både eksklusive og inklusive aktivitet ved sykestuene.

I 2018 ble det registrert 723 plasser i øyeblikkelig hjelp døgntilbud for landet samlet, 23 flere registrerte plasser enn året før. Det var imidlertid færre enheter som rapporterte i 2018 enn i 2017. For regionene Vest og Nord var det flere registrerte plasser siste år, mens for Sør-Øst og Midt-Norge ble det rapportert inn omtrent samme antall plasser i 2018 som i 2017.

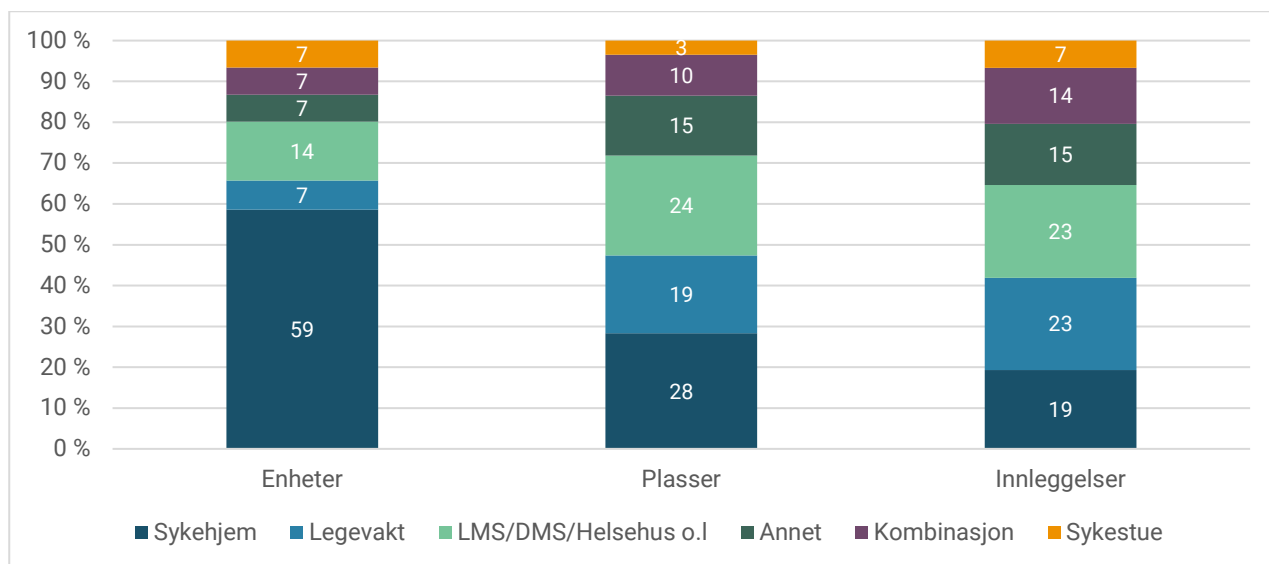
Tabell 1: Antall plasser, innleggelser og liggedøgn etter rapporteringsperiode og region. Data per rapporteringsenhet.

		2012-13	2013-14	2014-15	2016	2017	2018	Prosent endring 2017-2018
Antall plasser	Sør-Øst	181	269	318	357	367	369	0,4
	Vest	67	68	75	108	135	146	8,4
	Midt-Norge	47	67	77	68	108	106	-1,5
	Nord inkl. sykestuer	45	55	63	82	90	102	13,4
	Totalt	340	458	533	615	700	723	3,3
Antall innleggelser	Sør-Øst	1 738	8 659	13 308	20 115	19 237	20 843	8,3
	Vest	926	3 288	3 442	5 645	8 109	8 446	4,2
	Midt-Norge	938	2 202	2 704	4 043	4 616	5 412	17,2
	Nord ekskl. sykestuer	816	1 638	2 876	2 527	2 699	2 984	10,6
	Sykestuer	2 167	7 569	2 343	2 557	2 523	2 687	6,5
	Totalt ekskl. sykestuer	4 418	14 887	22 330	32 330	34 661	37 685	8,7
	Totalt inkl. sykestuer	6 585	22 456	24 673	34 887	37 148	40 372	8,6
Estimerte liggedøgn	Sør-Øst	4 769	22 726	35 395	50 491	55 149	53 439	-3,1
	Vest	1 877	5 717	9 117	14 039	19 592	22 102	12,8
	Midt-Norge	2 333	6 415	7 874	11 554	13 598	14 260	4,9
	Nord ekskl. sykestuer	1 089	3 827	5 660	6 996	8 258	9 315	12,8
	Sykestuer	5 990	3 675	9 416	8 018	7 542	5 454	-27,7
	Totalt ekskl. sykestuer	10 068	38 684	58 046	83 079	96 596	99 115	2,6
	Totalt inkl. sykestuer	16 058	42 359	67 462	91 097	104 138	104 569	0,4

Antall registrerte innleggelser økte med omtrent ni prosent fra 2017 til 2018, og det var en vekst i alle regionene. Midt-Norge og Nord hadde sterkest vekst i antall registrerte innleggelser. Antall estimerte liggedøgn økte svakt for landet samlet siste år. Sør-Øst og sykestuene hadde færre liggedøgn i 2018 enn i 2017. Nedgang for sykestuene kan skyldes at vi for 2018 har estimert antall liggedøgn, mens vi tidligere år har fått data for faktisk antall liggedøgn. Både Sør-Øst og Midt-Norge hadde vekst i antall registrerte innleggelser, men ikke tilsvarende vekst i antall liggedøgn. Det betyr at de har hatt flere, men kortere innleggelser.

Figur 1 viser andel enheter, andel plasser og andel innleggelser etter lokalisering for 2018. ØHD lagt til sykehjem utgjør 59 prosent av enhetene, 28 prosent av plassene og kun 19 prosent av innleggelsene. Det betyr at mange kommuner har valgt å legge ØHD til sykehjem med relativt få plasser. ØHD lagt til legevakt utgjør derimot kun syv prosent av enhetene, 19 prosent av plassene og 23 prosent av innleggelsene. ØHD i legevakt utgjør en liten andel av ØHD-tilbudene, men ØHD lagt til legevakt har relativt mange plasser som kan brukes til ØHD.

Figur 1: Andel enheter, andel plasser og andel innleggelser fordelt etter lokalisering, 2018.



2.2 Hvor er tilbudene lokalisert?

Hvordan kommunene organiserer ØHD-tilbudet er avhengig av demografi, geografi, hvilke behov som finnes i kommunene og hvilke tjenester som allerede er etablert. Tilbudet skal beskrives i lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommunene og regionale helseforetak/helseforetak. Kommunene står relativt fritt til å velge organisasjonsform, blant annet med tanke på lokalisering av tilbudet og om de skal samarbeide med andre kommuner eller ikke.

Folketall og reiseavstand til sykehus har betydning for om kommunene inngår i et ØHD-samarbeid eller ikke. Desto større befolkning, desto lavere sannsynlighet for at kommunen inngår i et samarbeid. Videre har kommuner med lengre avstand til sykehus, lavere sjans for samarbeid, enn

kommuner med kortere avstand til sykehus¹⁰. 124 kommuner oppga at de ikke samarbeidet med andre kommuner, mens 68 enheter oppga at de inngikk i et samarbeid med inntil 12 deltakende kommuner. Det betyr at 69 prosent av de kommunene vi har mottatt rapportering fra, inngikk i et samarbeid med andre kommuner i 2018.

Tabell 2 viser fordelingen mellom ulike lokasjoner for ØHD. Enkelte enheter hadde tilbud flere steder, og har krysset av for flere lokasjoner i rapporteringsskjemaet. Totaltallet er derfor høyere enn faktisk antall rapporteringsenheter.

Tabell 2: Lokalisering av øyeblikkelig hjelp døgntilbud etter rapporteringsperiode. Data per rapporteringsenhet.

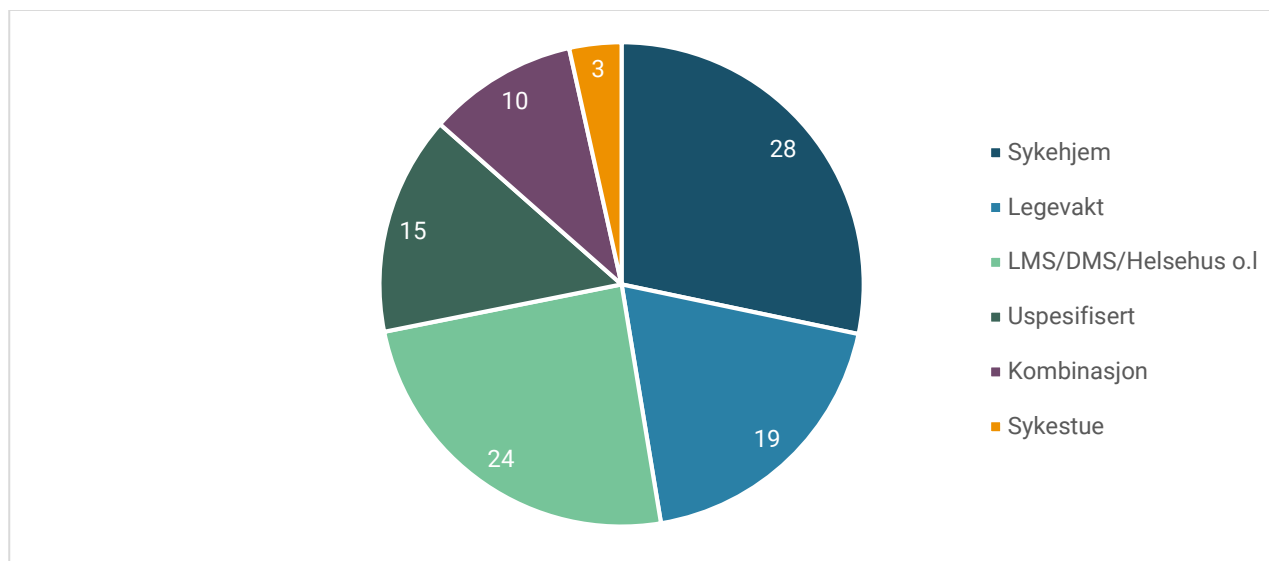
	2013-14		2014-15		2016		2017		2018	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
Sykehjem	69	49	110	56	118	60	127	59	121	58
Legevakt	17	12	22	11	17	7	26	12	17	8
LMS/DMS/helsehus o.l.	24	17	33	17	32	16	29	13	29	14
Annet	14	10	15	8	14	7	17	8	26	12
Sykestue	18	13	15	8	17	9	18	8	16	8

Flesteparten av ØHD-enhetene var lokalisert i tilknytning til et sykehjem. Andelen enheter lagt til sykehjem økte med omtrent ti prosentpoeng fra 2014 til 2016, og har de tre siste årene hatt en andel like under 60 prosent. Andel tilknyttet legevakt ble redusert med fire prosentpoeng siste år, mens lokalisering som faller under «annet» økte. Eksempler på «annet» er sykehus, bofellesskap, korttidsavdeling/intermediæravdeling eller forsterket hjelp i hjemmet

Antall plasser som kommunene hadde til rådighet for øyeblikkelig hjelp-innleggelse varierte fra 0,1 plasser til 74 plasser i 2018. Figur 2 viser fordeling av antall plasser etter lokalisering. I kategorien «Kombinasjon» inngår de enhetene som hadde et tilbud ved to eller flere lokaliseringer. I 2018 var 22 prosent av enhetene lagt til legevakt og LMS/DMS/helsehus o.l., og de utgjorde tilnærmet 40 prosent av plassene. Sykehjemmene hadde 28 prosent av plassene, og 59 prosent av enhetene. ØHD som er samlokalisert med legevakt eller LMS/DMS/helsehus o.l. ligger gjerne i byer, mens mindre kommuner i større grad har sine tilbud samlokalisert med sykehjem.

¹⁰ Tjerbo, Trond og Marianne Sundlisæter Skinner (2016). Interkommunalt samarbeid om døgnåpne kommunale akuttensenger og legevakt. Tar helsekommunen form? i Tidsskrift for omsorgsforskning Nr. 2. 2016.

Figur 2: Andel plasser øyeblikkelig hjelp døgntilbud fordelt etter lokalisering, 2018.



2.3 Henvisninger til og fra ØHD og tidspunkt for innleggelse

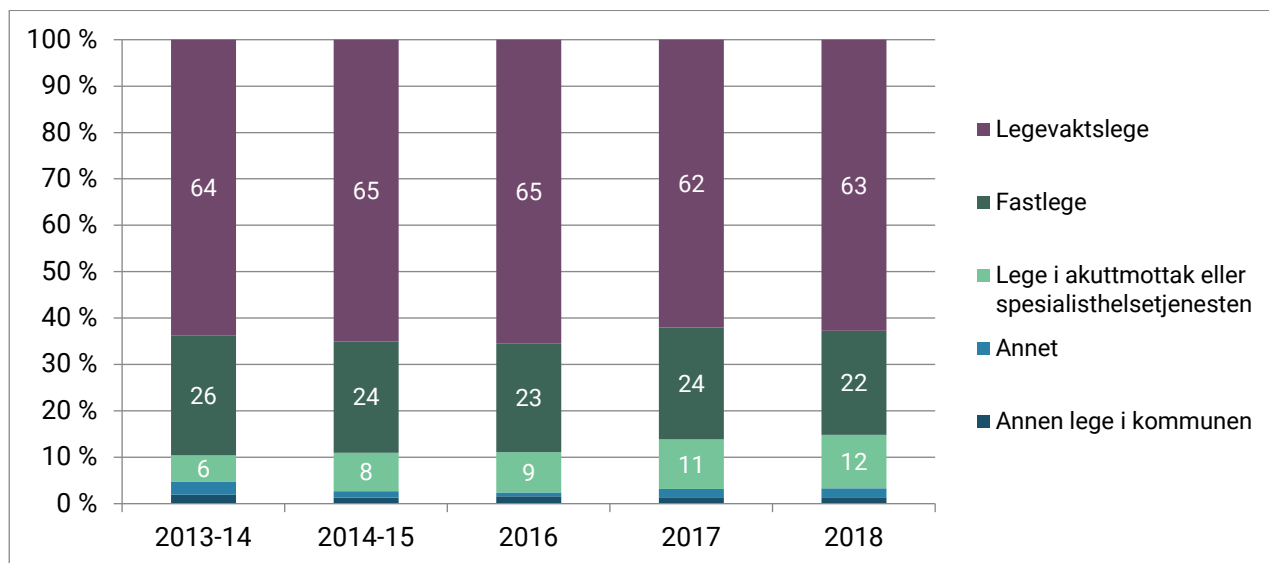
I dette avsnittet viser vi hvilke instanser som har henvist til ØHD, hvor pasientene kom fra, hvor de skrives ut til og tidspunkt for innleggelse. Innleggelse ved øyeblikkelig hjelp døgntilbud krever en henvisning eller et innleggesskriv fra lege. Tiltro og manglende informasjon til legene om tilbudet har blitt trukket fram som en av hovedforklaringene til den lave bruken av tilbudet¹¹. Flere tilbudet har opplevd en økning i beleggsprosenten etter at tilbudet ble godt kjent og etablert¹².

Figur 3 viser oversikt over hvilken instans som har henvist til ØHD. I 2018 ble det registrert 34 590 innleggelse med henvisningsinstans. Siden oppstarten av innsamlingen av data for ØHD, har det vært et stabilt nivå av hvem som har henvist til tilbudet. I underkant av 2/3 av henvisningene kom fra legevaktsleger. Videre ble henholdsvis 22 prosent og 12 prosent henvist av fastlege og lege i akuttmottak eller spesialisthelsetjenesten. Antall innleggelse etter henvisning fra «annen lege i kommunen» eller «annet» var på 1 155 innleggelse i 2018, tilsvarende tre prosent.

¹¹ Skinner, Marianne Sundlisæter (2015). Skeptiske leger og tomme senger? Senter for omsorgsforskning, øst.

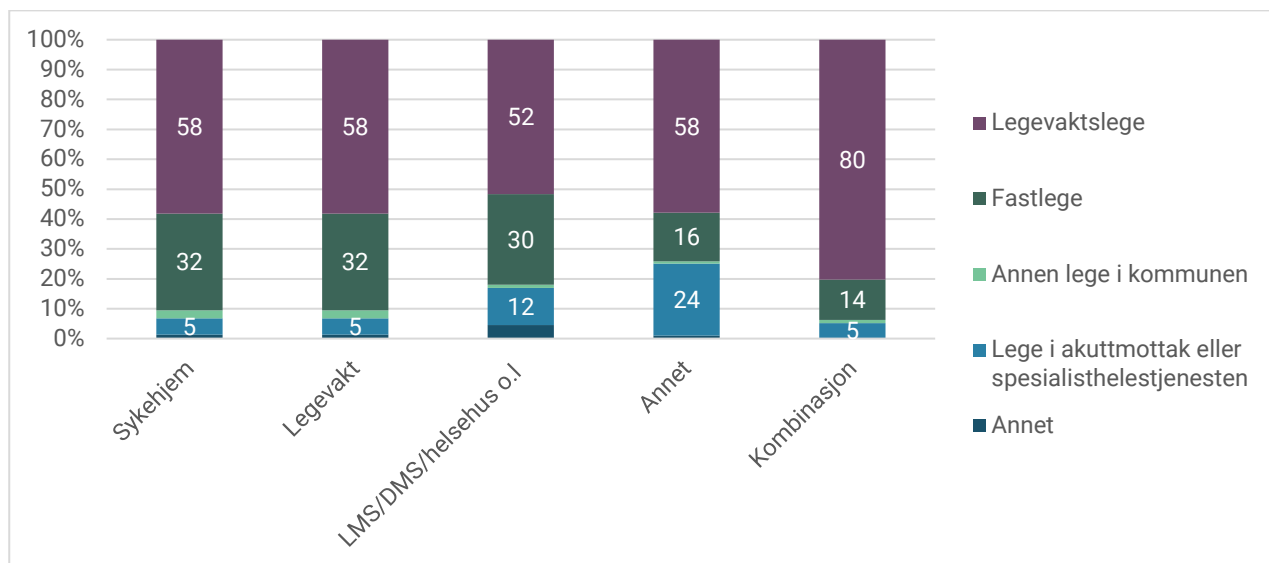
¹² Deloitte (2014). Undesøkelse om bruken av øyeblikkelig hjelp døgnoophold i kommunen. Oppdrag fra Helsedirektoratet oktober 2014.

Figur 3: Oversikt over hvilken instans som har henvist til ØHD. Eksklusive sykestuer i Finnmark.



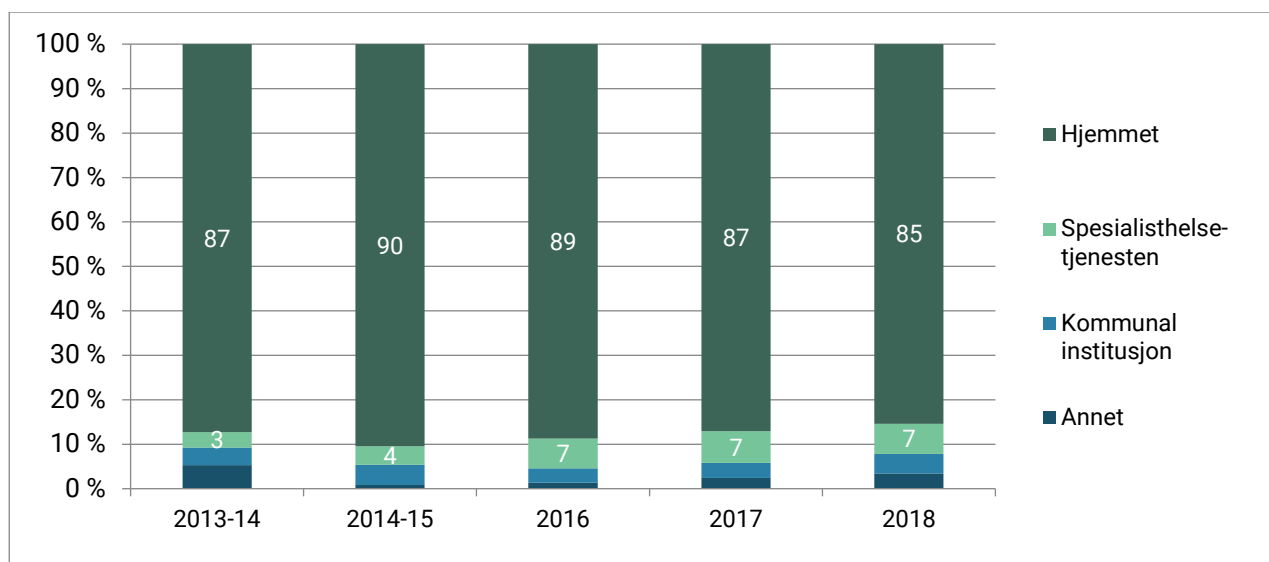
Skinner (2015)⁴ fant at det var stor variasjon og spredning på kommunenivå over hvilken instans som henviste til ØHD. Av de 173 enhetene med innleggelser og registrert henvisningsinstans i løpet av 2018, hadde omtrent 40 prosent av enhetene ingen henvisninger fra lege i akuttmottak eller spesialisthelsetjenesten. Tilsvarende hadde fire prosent av enhetene ingen henvisninger fra legevakslege, og ni prosent hadde ingen henvisninger fra fastlege. Figur 4 viser fordeling av hvem som henviste til ØHD etter hvor ØHD-enheten var lokalisert. Det var legevakslegene som hadde størst andel henvisninger, uavhengig av hvor ØHD-enheten var lokalisert. Henvisning av lege i akuttmottak eller spesialisthelsetjenesten skjedde i større grad dersom enheten var lagt til LMS/DMS/ helsehus o.l. eller i kategorien «annet». Den relativ høye andelen henvisninger fra lege i akuttmottak eller spesialisthelsetjenesten i kategorien «annet», kan forklares av at flere av enhetene i denne kategorien hadde ØHD i tilknytning til sykehus. I kategorien «kombinasjon» var det 12 enheter, hvor omtrent halvparten av innleggelsene var fra én enhet.

Figur 4: Lokalisering og henvisningsinstans, 2018.



De fleste pasientene som ble henvist til ØHD kom fra hjemmet, se figur 5. De tre siste årene har andelen som kom fra spesialisthelsetjenesten vært noe høyere enn tidligere i perioden. Pasienter som har vært gjennom en *diagnostisk sløyfe* inngår i kategorien «spesialisthelsetjenesten». I tilfeller hvor det er tvil om hvor en pasient skal henvises, kan pasienten bli sendt til et akuttmottak eller annen plass i spesialisthelsetjenesten for å få en diagnostisk avklaring. I noen tilfeller har innleggelser uten informasjon om henvisningsinstans blitt registrert som «annet».

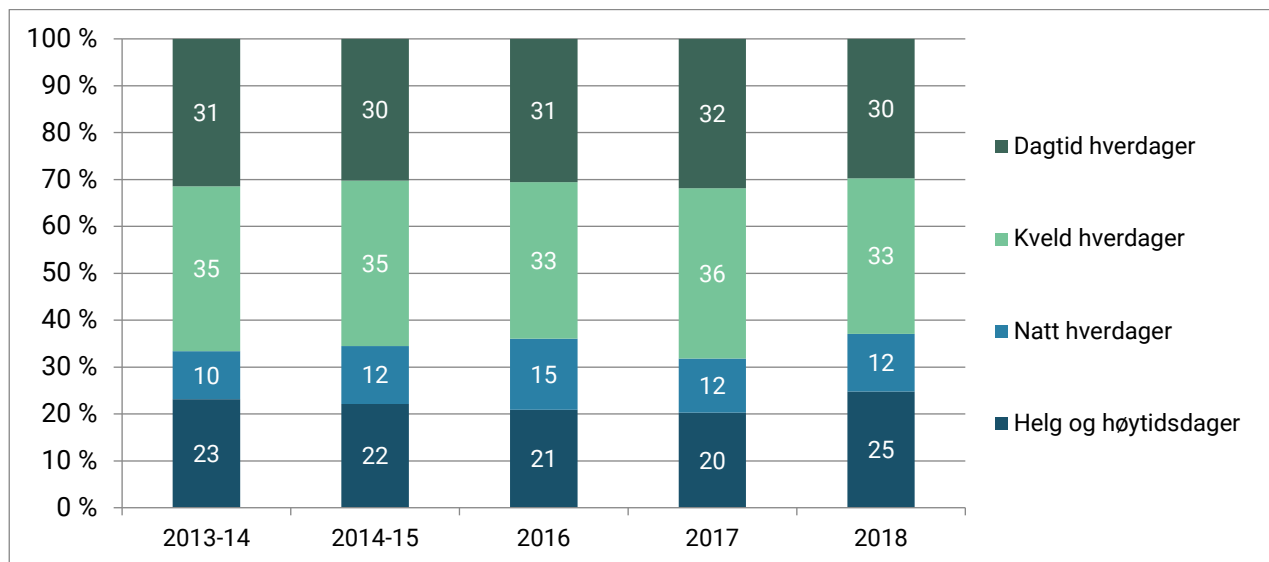
Figur 5: Oversikt over hvor pasientene kom fra. Eksklusive sykestuer i Finnmark.



Av de rapporterte innleggelserne, skjedde omlag 2/3 av innleggelserne ved ØHD utenfor fastlegenes ordinære arbeidstid (figur 6). I underkant av halvparten av pasientene ble innlagt på hverdager kveld/natt. Videre ble cirka 1/4 lagt inn ved helg/høytidsdager. Registrering av helg og høytid er trolig mer komplett for 2018 enn for 2017, noe som delvis kan være forklaringen for økningen i andel. Det var likevel flere enheter som oppga at de ikke har registrert dette godt nok. Det var en høy andel som ble innlagt utenfor

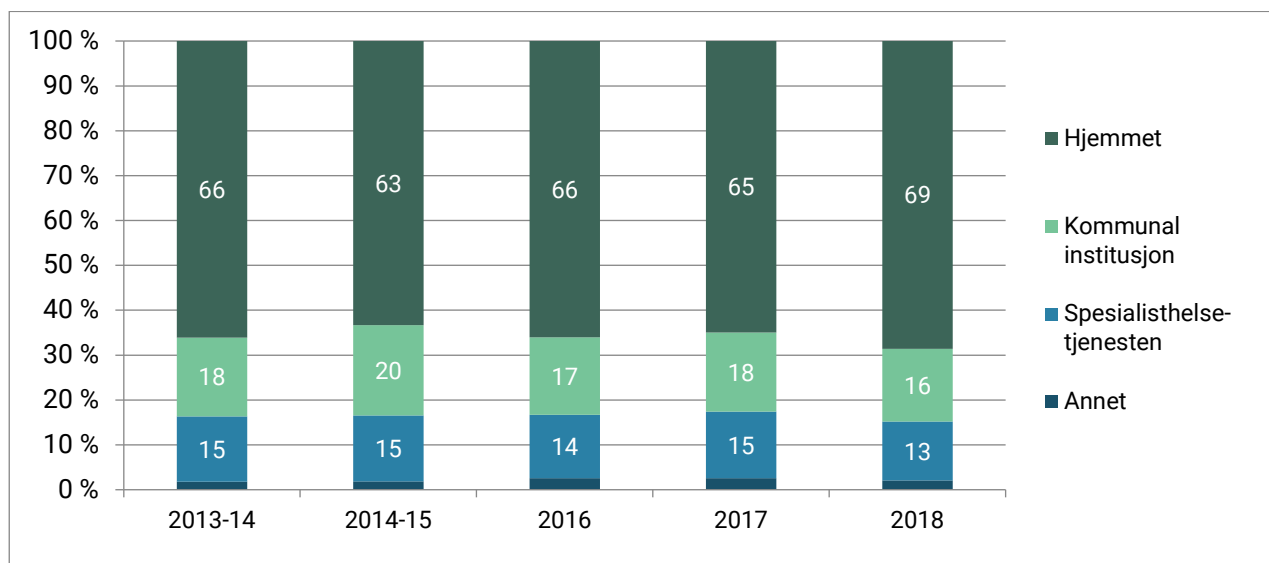
fastlegenes ordinære arbeidstid, og vi har vist tidligere (figur 3) at det var det legevakslegene som henviste flest til tilbudet. Dette kan skyldes at behovet for øyeblikkelig hjelp var størst på kveld/natt, eller at fastlegene generelt henviser mindre til øyeblikkelig hjelp døgntilbud og heller legger inn pasientene i sykehus.

Figur 6: Tidspunkt for innleggelse ved ØHD. Eksklusive sykestuer i Finnmark.



85 prosent av pasientene kom fra hjemmet, mens figur 7 viser at 69 prosent ble skrevet ut tilbake til hjemmet etter innleggelse i ØHD. Videre ble 16 prosent henvist til en kommunal institusjon, og 13 prosent til spesialisthelsetjenesten. Den høye andelen av pasienter som kom fra hjemmet og som blir sendt tilbake til hjemmet, tilsier at mange pasienter ikke er innom spesialisthelsetjenesten.

Figur 7: Oversikt over hvor pasientene ble skrevet ut til. Eksklusive sykestuer i Finnmark.

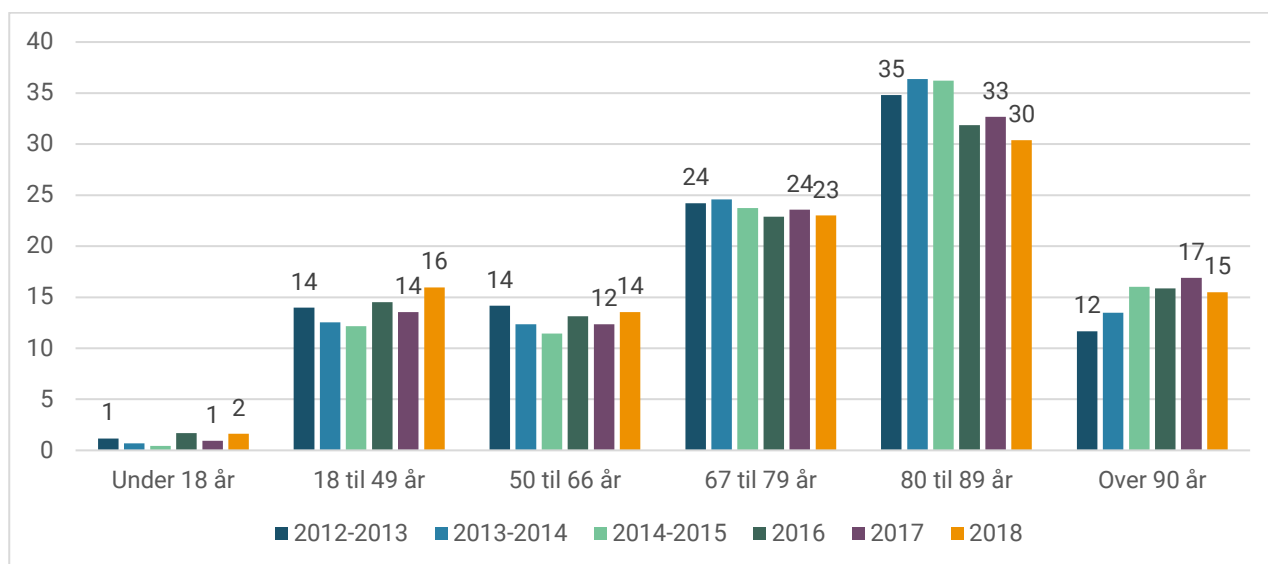


2.4 Aldersfordeling og årsak til innleggelse

I rapporteringen fra kommunene hentes det inn informasjon om kjønn og alder for pasientene som har vært innlagt i øyeblikkelig hjelp døgntilbud. Dersom samme pasient har flere innleggelser ved samme ØHD-enhet i løpet av et år, vil det være et avvik mellom antall pasienter og antall innleggelser.

For 2018 ble det oppgitt kjønn og alder for 36 398 pasienter. Det er en økning på omtrent 3 500 pasienter fra 2017. Nesten 40 prosent av denne økningen gjaldt pasienter i aldersgruppen 18 til 49 år, og andelen innleggelser for pasienter i denne aldersgruppen økte med over to prosentpoeng siste år. Økningen er knyttet til tilbudet for psykisk helsevern og rus. I 2018 var 62 prosent av pasientene kvinner, og pasienter over 66 år utgjorde 69 prosent av alle pasientene.

Figur 8: Aldersfordeling i andel av alle pasienter innlagt ved ØHD. Sykestuer er inkludert.



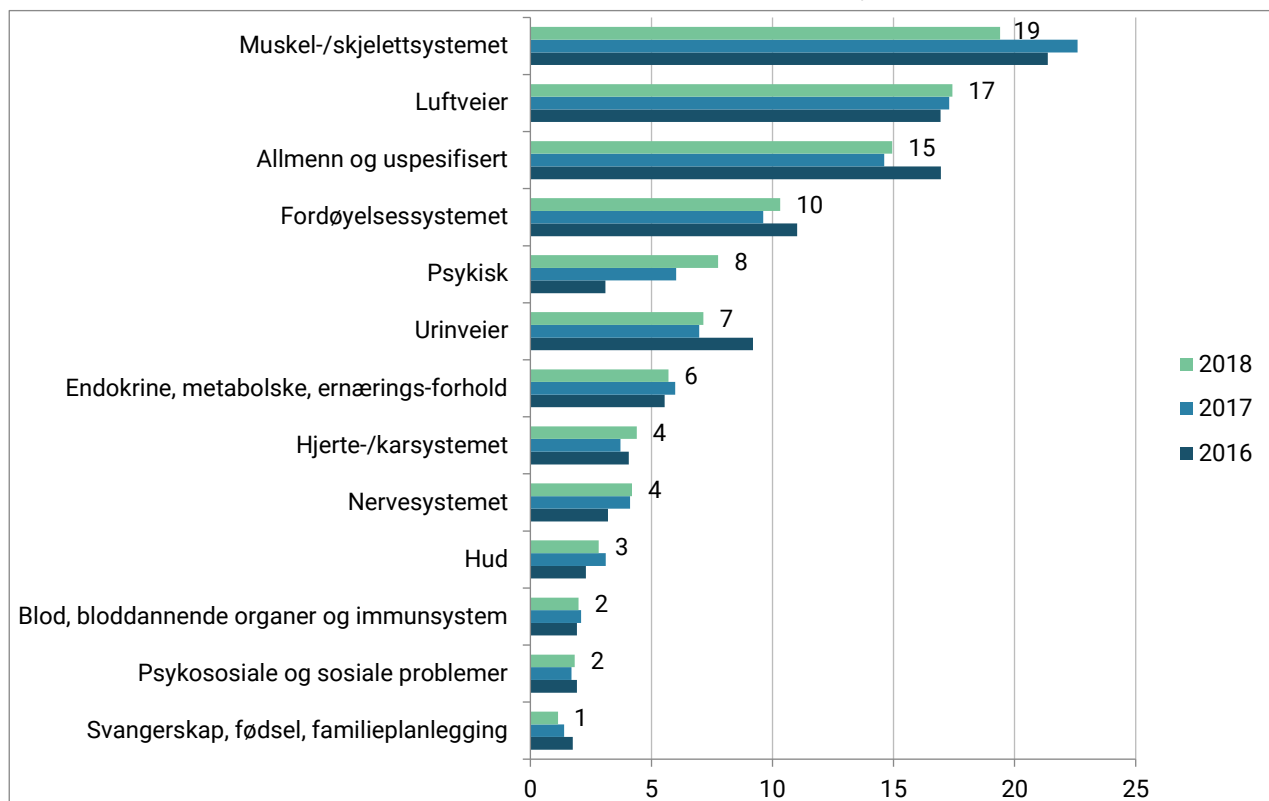
Kommunene ble også bedt om å rapportere årsak til innleggelse (innleggesdiagnose). Gruppering av diagnoser skjer etter ICPC-2 kodeverk, og angir hvilket hovedkapittel diagnosen tilhører. Pasienter som kan behandles i ØHD, er i utgangspunktet de samme pasientene som også er aktuelle for innleggelse i sykehus. Det som er avgjørende, er om kommunen har nok ressurser og kompetanse til å behandle pasienten. I det tidlige veiledningsmaterialet for ØHD var det i hovedsak avklarte pasienter som ble anbefalt inn i ØHD. Dette ble senere utvidet til å gjelde stabile pasienter med uavklart diagnose, som trenger observasjon og utredning, men som ikke oppfattes som alvorlig syk¹³. Kommunene kan i praksis påta seg utredning, behandling og omsorg ved de mindre alvorlige tilfellene av øyeblikkelig hjelp, forutsatt at de har nødvendige ressurser og kompetanse.

Figur 9 viser andel innleggelser etter innleggesdiagnose. I 2018 ble innleggesårsak oppgitt for i underkant av 35 600 innleggelser, en økning på 4 350 fra 2017. I likhet med tidligere år, var de største diagnosegruppene i 2018 «sykdommer i muskel- /skjelettsystem», «sykdommer i luftveiene» og «allmenn- og uspesifisert tilstand». Disse tre gruppene utgjorde 52 prosent av innleggesene med

¹³ Helsedirektoratet (2016). Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnoophold. Veiledningsmaterieill.

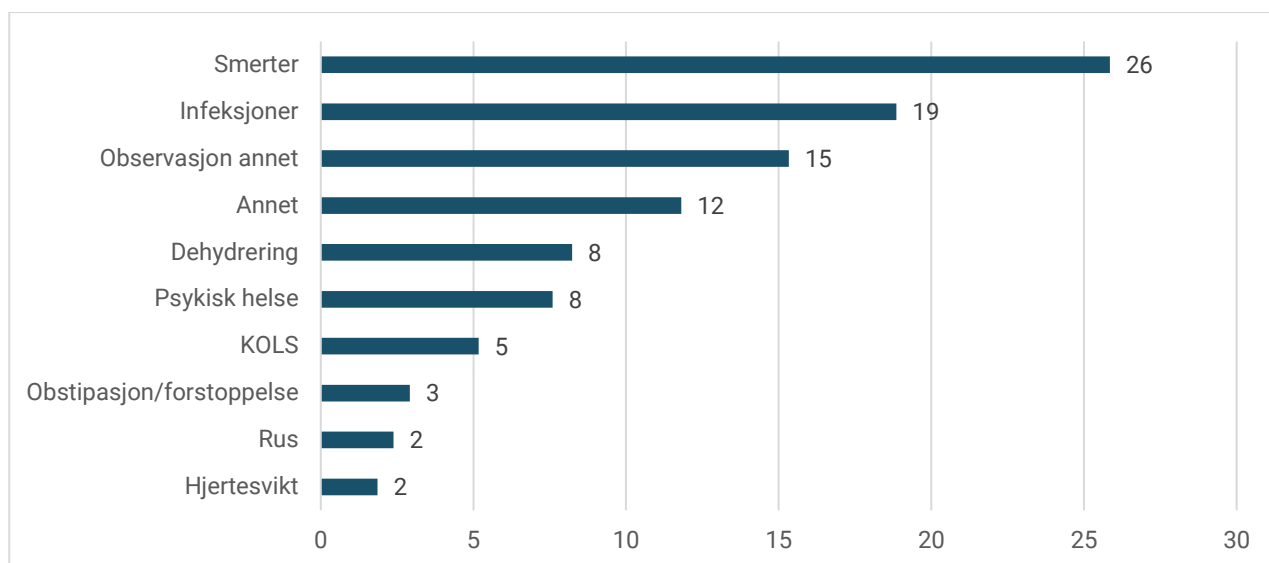
registrert innleggelsesårsak. Alle diagnosegruppene hadde en vekst i antall (registrerte) innleggelser fra 2017 til 2018, med unntak av gruppene «svangerskap, fødsel, familieplanlegging» og «muskel-/skjelettsystem». Innleggelser i gruppen «psykisk», ble firedoblet (i antall registrerte innleggelser) etter at psykisk helsevern og rus ble innlemmet i ØHD. I tillegg til innleggelsesårsakene listet opp i figuren under, utgjorde «øye», «mannlige kjønnsorganer», «kvinnelig kjønnsorganer» og «øre» tilsammen om lag én prosent av årsakene til innleggelse i 2018.

Figur 9: Årsak til innleggelse etter ICPC-2 etter rapporteringsperiode. Sykestuer er ekskludert.



Noen kommuner benytter et rapporteringssystem hvor det registreres *særlige relevante årsaker*, og Helsedirektoratet har fått tilgang til denne informasjonen, som gjenfinnes i figuren under. 11 140 innleggelser fra 82 enheter (inkludert sykestuene) ble klassifisert etter denne inndelingen. Noen enheter oppga innleggelsesårsak både etter ICPC-2 og særlig relevante årsaker. Av de særlig relevante årsakene var «smerter», «infeksjoner» og «observasjon annet» de hyppigste årsakene til innleggelse. Til sammen utgjorde disse tre gruppene om lag 2/3 av innleggelsene som var registrert med særlige relevante årsaker.

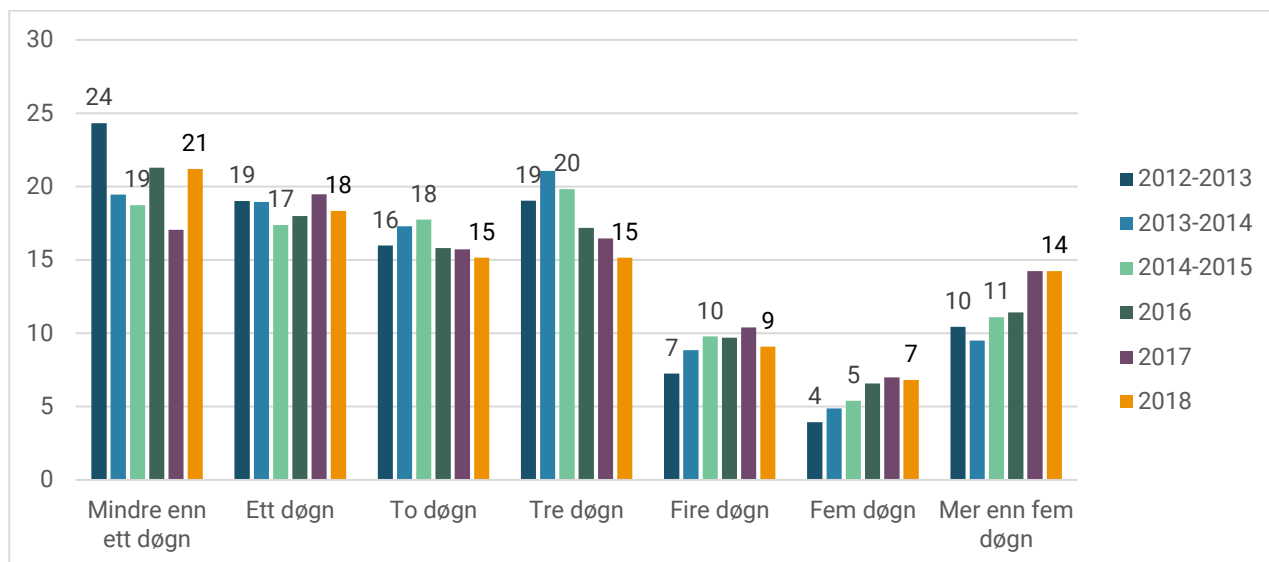
Figur 10: Årsak til innleggelse etter ærlige relevante årsaker. Data fra 82 rapporteringsenheter, 2018. Sykestuer er inkludert.



2.5 Antall innleggelser og liggedøgn

I tidligere utgaver av veiledningsmaterialet til ØHD, ble det oppgitt at opphold burde avgrensnes til 72 timer. Dette skulle være veiledende, og ikke bli ansett som en absolutt norm. I nyere utgaver av veilederen har Helsedirektoratet gått bort fra å oppgi veiledende antall timer i liggetid. I stedet skal det være pasientens tilstand samt psykososiale forhold rundt pasienten som skal være avgjørende for når pasienten er klar for å skrives ut. Figur 11 viser andel innleggelser etter antall liggedøgn.

Figur 11: Liggetidsfordeling etter rapporteringsperiode. Sykestuer er inkludert.



For 2018 ble det oppgitt antall liggedøgn for 38 100 innleggelser. Det er en økning på omtrent 2 700 fra 2017. Størsteparten av denne veksten, 2 040 innleggelser, kom for pasienter som oppholdt seg mindre enn ett døgn ved enheten. I underkant av 40 prosent av pasientene hadde et opphold på ett døgn eller mindre, mens 30 prosent av pasientene lå to til tre døgn. Videre hadde en av seks pasienter et opphold

med en varighet på fire til fem døgn, mens 14 prosent av pasientene hadde et opphold med en varighet på mer enn fem døgn. Av innleggelsene med liggetid mer enn fem døgn, hadde 84 prosent en liggetid mellom seks og ti døgn. De resterende pasientene (16 prosent) hadde et opphold som varte 11 dager eller mer.

Tabell 3 viser antall innleggelser og estimerte liggedøgn per 1 000 innbyggere for vertskommuner, samarbeidskommuner og totalt. Vi har fått opplysninger om antall innleggelser fra 188 vertskommuner og 199 samarbeidskommuner. For antall estimerte liggedøgn har vi opplysninger fra 177 vertskommuner og 174 samarbeidskommuner.

Innleggelser med liggetid mindre enn ett liggedøgn er regnet om til 0,5 liggedøgn, og innleggelser med mer enn fem liggedøgn regnes som syv liggedøgn. Vi har sannsynligvis underestimert antall liggedøgn. Noen kommuner har opplevd å ha inneliggende pasienter i over en måned. Antall faktiske liggedøgn vil derfor trolig være noe høyere enn det som er estimert her.

Tabell 3: Innleggelser og estimerte liggedøgn per 1 000 innbyggere etter kommunestørrelse, oppstartsår og størrelse på enheten, 2018. Data per kommune.

		Innleggelser			Estimerte liggedøgn		
		Totalt	Vertskommune	Samarbeidskommune	Totalt	Vertskommune	Samarbeidskommune
Kommunestørrelse	0-1 999 innb.	13,3	26,9	6,4	34	72	13
	2 000-4 999 innb.	12,2	18,0	8,7	28	38	21
	5 000-9 999 innb.	8,4	11,6	5,8	22	29	15
	10 000-19 999 innb.	7,6	8,9	5,4	22	25	17
	20 000-49 999 innb.	6,6	7,0	4,7	21	22	17
	50 000-99 999 innb.	8,6	8,6	-	20	20	-
	100 000 innb. eller flere	6,8	6,8	-	20	20	-
Oppstartsår	Sykestue	50,3	50,3	-	102	102	-
	2013 eller tidligere	8,0	8,1	7,2	21	22	20
	2014	6,4	7,2	4,8	18	19	17
	2015	6,2	7,0	3,3	20	25	5
	2016	7,4	7,3	7,8	20	21	17
	2017	6,1	6,6	4,8	20	22	14
	2018	4,7	6,1	3,4	-	-	-
Størrelse på	Mindre enn 3	9,1	9,9	3,2	23	25	5
	3-5 plasser	7,6	7,9	7,0	20	21	17
	6-9 plasser	8,7	8,9	8,3	29	31	23
	10-14 plasser	8,7	10,4	5,6	21	23	17
	15 plasser eller flere	6,6	6,8	4,9	20	20	18
	Totalt ekskl. sykestuer	7,4	7,7	7,3	20	21	17
	Totalt inkl. sykestuer	8,2	9,1	7,3	21	22	17

I 2018 var det 8,2 innleggelser per 1 000 innbyggere (inklusive sykestuene), og 21 liggedøgn per 1 000 innbyggere (inklusive sykestuene). Raten for antall innleggelser økte med 1,2 (innleggelser) fra

2017 til 2018, mens raten for antall liggedøgn holdt seg stabil. I likhet med tidligere år, var det til dels stor variasjon mellom kommunene i bruk av ØHD-tilbudet

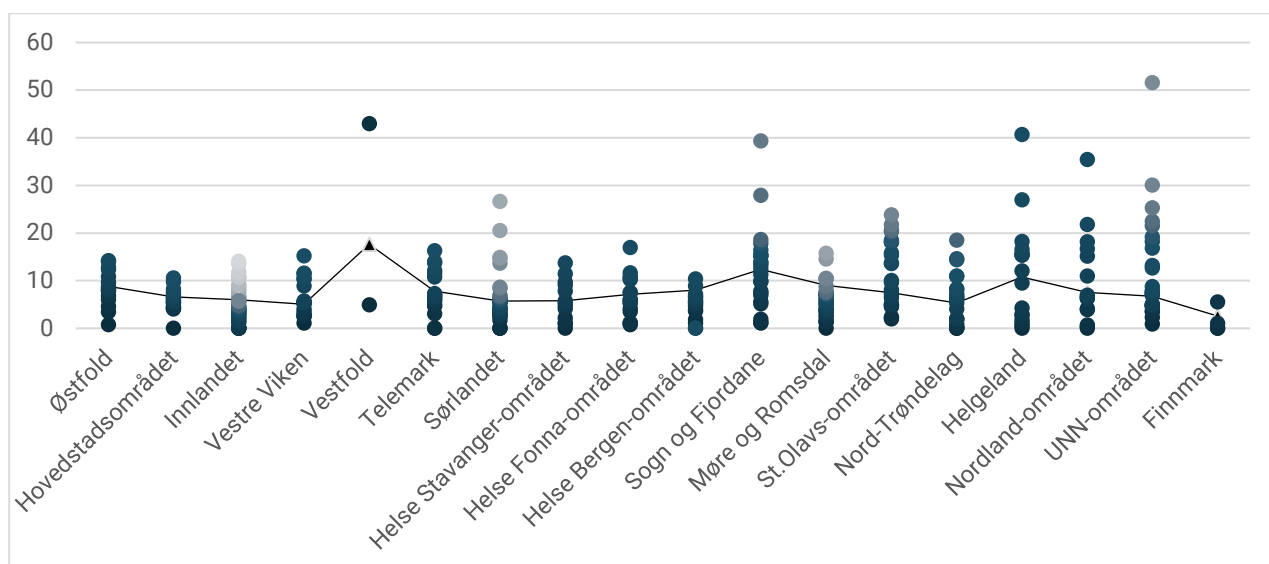
Sykestuene hadde, som tidligere år, den høyeste raten både for antall innleggelser og antall liggedøgn. I data fra sykestuene inngår alle øyeblikkelig hjelp innleggelser, og ikke bare innleggelser ved ØHD. Dette medvirker til den relativt høye raten. Mindre kommuner (i innbyggertall) har flere innleggelser per 1 000 innbyggere enn de større kommunene. For de to minste kommunegruppene bidro sykestuekommunene til den relativt høye raten.

Kommuner med få ØHD-plasser, som gjerne er de minste kommunene i innbyggertall, hadde høyere rate både for innleggelser og estimerte liggedøgn enn de største kommunene. Videre var det et tydelig mønster at de kommunene som har hatt et tilbud tilgjengelig over flere år, hadde høyere rate enn de mer nyetablerte tilbudene. Dette kan tyde på at tilbudene trenger tid til å bli kjent og etablert i kommunene.

Figur 12 viser antall innleggelser per 1 000 innbyggere etter foretaksområde og for kommunene. Kommuner med færre enn fem innleggelser, enheter vi ikke har mottatt kommunefordelte data fra og sykestuene er ekskludert i ratene for kommunene, men inngår i ratene for foretaksområdene. Det er ikke tatt hensyn til ulik alderssammensetning hverken på kommune- eller foretaksområdenivå.

Variasjonen mellom foretaksområdene i innleggingsraten var stor. Foretaksområdet med høyest rate hadde 17,6 innleggelser per 1 000 innbyggere, mens foretaksområdet med lavest rate hadde 2,6 innleggelser per 1 000 innbyggere. På kommunenivå varierte raten fra ingen innleggelser til 51,6 innleggelser.

Figur 12: Innleggelser per 1 000 innbyggere per kommune etter foretaksområdet, 2018. Eksklusive sykestuer.



2.6 Beleggsprosent

Med økende befolkning, samt at en større andel av befolkningen er eldre enn 66 år, har flere sykehus støtt på kapasitetsutfordringer med øyeblikkelig hjelp-innleggelser. Den forventende befolkningsveksten tilsier

at denne utfordringen kan øke i årene framover. ØHD er ment som ett tiltak for å avlaste sykehusene ved denne typen innleggelser. For at øyeblikkelig hjelp døgntilbud skal fungere, må enhetene gi god pasientbehandling og samtidig ha god ressursutnyttelse. God ressursutnyttelse krever, blant annet, at tilbudet blir brukt tilstrekkelig. Tidligere analyser har vist at beleggsprosent har vært lav ved ØHD-enheterne, og dette har bidratt til at det har blitt stilt spørsmål om sykehusene kunne ha utnyttet ressursene bedre.

Det må presiseres at våre beregninger av beleggsprosent har åpenbare svakheter, da beregningen er gjort med utgangspunkt i estimert antall liggedøgn (ikke faktisk antall). Før 2018 hadde vi tilgang på faktisk antall liggedager for sykestuene, og ut fra disse dataene så vi at pasienter som lå mer enn fem døgn, ofte lå mer enn syv døgn, slik vårt estimat forutsetter. Dette innebærer at beleggsprosenten kan være underestimert. Dette må tas med i betraktningen ved tolkning av tallene.

Tabell 4: Beleggsprosent etter region, oppstartsår, størrelse på enheten og lokalisering, 2018. Data per rapporteringsenhet.

		Antall enheter	Sum plasser	Estimerte liggedager	Beleggsprosent 2018	Beleggsprosent 2017
Region	Sør-Øst	63	333	53 439	44	43
	Vest	36	146	22 102	41	40
	Midt-Norge	36	105	14 260	37	36
	Nord ekskl. sykestuer	35	76	14 768	33	34
	Nord inkl. sykestuer	51	102	9 315	40	34
Oppstartsår	Sykestuer	16	25	5 454	60	122
	2013 eller tidligere	72	359	57 510	44	45
	2014	22	88	12 163	38	37
	2015	35	79	10 489	36	36
	2016	31	114	16 362	39	33
	2017	9	21	2 592	34	25
Størrelse på enheten	Mindre enn 3 plasser	117	155	18 810	33	34
	3-5 plasser	42	164	22 642	38	41
	6-9 plasser	12	89	15 681	48	39
	10-14 plasser	8	95	15 059	43	42
	15 plasser eller flere	6	182	32 377	49	49
Lokalisering	Sykehjem	106	198	24 275	34	35
	Legevakt	12	124	18 912	42	43
	LMS/DMS/Helsehus o.l.	25	165	26 751	44	48
	Annet	13	97	17 935	51	43
	Kombinasjon	12	72	10 955	42	34
	Sykestue	16	25	5 454	60	122
	Uregistrert	1	3	288	26	-
	Totalt ekskl. sykestuer	169	661	99 115	41	40
	Totalt inkl. Sykestuer	185	685	104 569	42	42

Tabell 4 viser beleggsprosent for ØHD for 2017 og 2018, fordelt etter region, oppstartsår, størrelse på enheten og etter hvor enheten er lokalisert. I 2018 var beleggsprosent for Norge totalt på 41 prosent

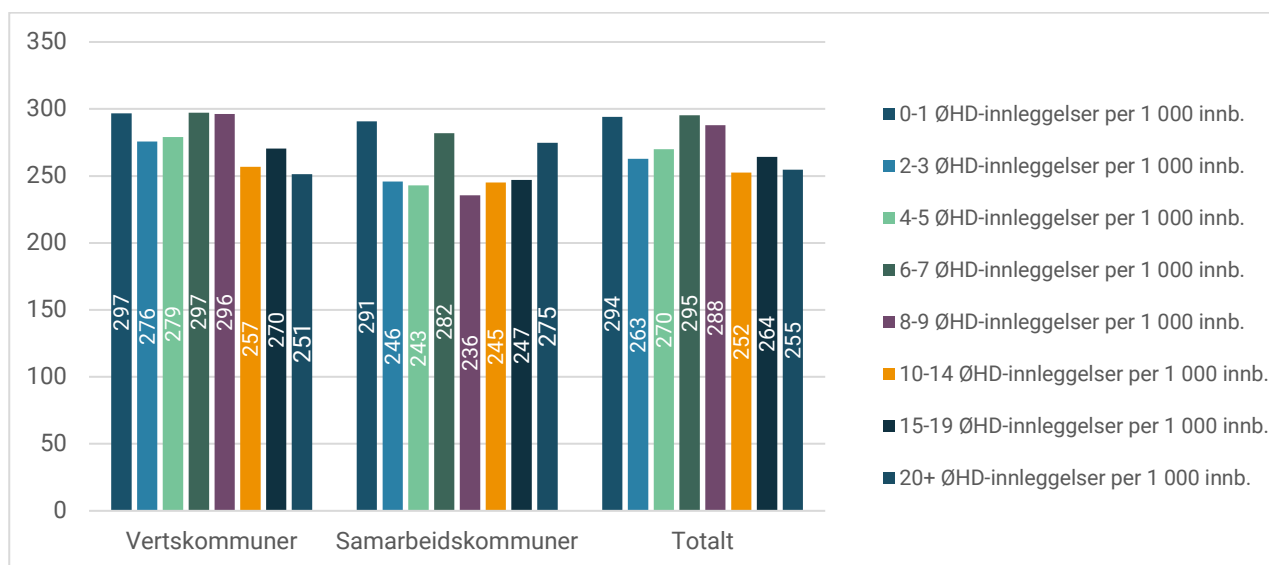
(eksklusive sykestuene). Det er en svak økning fra 2017. Beleggsprosenten øker noe dersom sykestuene inkluderes.

2.7 Bidrar innleggelser i ØHD til å redusere innleggelser i sykehus?

Bruk av øyeblikkelig hjelp døgntilbud er fortsatt lavt, og vi kan derfor ikke forvente at vi vil se en stor effekt på øyeblikkelig hjelp-innleggelser i spesialisthelsetjenesten. En analyse utført av Helsedirektoratet i 2016, viste at én innleggelse i ØHD sparte sykehusene for én innleggelse. Videre har forskningsrådet evaluering av samhandlingsreformen vist at ved enkelte enheter samt ved enkelte kroniske tilstander, kan ØHD-tilbudet bidra til å forhindre innleggelser i sykehus. Effekten var størst for pasienter på 80 år og eldre innlagt ved medisinske avdelinger.

Figur 13 viser medisinske øyeblikkelig hjelp-innleggelser i sykehus etter kommunens rate for innleggelser i ØHD for vertskommuner, samarbeidskommuner og totalt. Bruk av ØHD er fortsatt lavt sett i sammenheng med antall øyeblikkelig hjelp-innleggelser i sykehus, så effekten ØHD vil ha på antall innleggelser i sykehus er begrenset. For vertskommunene og totalt viser figuren at kommuner som hadde flere enn ti ØHD-innleggelser per 1 000 innbyggere hadde lavere innleggesrate for øyeblikkelig hjelp i sykehus enn de kommunene med lavere rate for ØHD. For vertskommunene hadde kommunene med lavest rate for ØHD høyest rate for ø-hjelpsinnleggelser i sykehus.

Figur 13: Medisinske ø-hjelpsinnleggelser i sykehus¹⁴ for 80 år og eldre per 1 000 innbyggere etter organisering og bruk av ØHD, 2018. Eksklusive sykestuer.



¹⁴ Per 2. tertial 2018.

3. Bruk av ØHD innen psykisk helsevern og rus

Fra 1.1.2017 ble kommunenes plikt til å ha et døgntilbud for øyeblikkelig hjelp utvidet til å gjelde for pasienter med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer. Kommunenes ansvar er å tilby hjelp når det antas at hjelpen kommunen kan gi er både nødvendig og forsvarlig¹⁵.

Innføring av øyeblikkelig hjelp døgntilbud for psykisk helse og rus skal bidra til å styrke det samlede tilbudet i kommunene. Gode kommunale tilbud, egnede boliger og oppsøkende og teambaserte tjenester kan forhindre innleggelser i spesialisthelsetjenesten for disse pasientgruppene. Pasienter som er aktuelle for å bli innlagt i dette tilbudet er pasienter som har lette eller moderate psykiske helseproblemer og/eller rusmiddelproblemer, ofte i kombinasjon med somatisk sykdom/plager. Dette kan være pasienter med avklart tilstand eller kjent diagnose som får tilbakefall/forverring av psykisk lidelse og/eller rusmiddelproblemer. I slike tilfeller kan en innleggelse bidra til å avhjelpe eller roe ned en vanskelig livssituasjon. Andre aktuelle pasienter er de som har behov for observasjon, behandling og oppfølging med omsorg, struktur og støtte, eller pasienter som trenger hjelp til å ivareta egenomsorg og til å opprettholde nære relasjoner. Når det gjelder pasienter med rusmiddelproblematikk, kan aktuelle pasienter være de som har behov for en innleggelse i et trygt miljø, for eksempel i påvente av oppstart av døgntilbud i tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelse (TSB). Det kan også være pasienter som gjennomgår kortvarig og ukomplisert avrusning, og som har behov for tilgang til medisinsk faglig kompetanse (Helsedirektoratet 2016)¹⁶.

3.1 Status for øyeblikkelig hjelp døgntilbud innen psykisk helse og rus

Helsedirektoratet har gitt SINTEF¹⁷ et årlig oppdrag for kartlegging av kommunalt psykisk helse og rusarbeid. Fra 2017 ble det også lagt inn spørsmål om ØHD for pasienter med psykiske helse- og/eller rusmiddelproblematikk. I kartleggingen fra 2017 oppga 33 prosent av kommunene at de ikke hadde etablert ØHD for denne pasientgruppen. For 2018 ble denne andelen redusert til 17 prosent. Videre kom det fram at 39 prosent av kommunene hadde etablert tilbudet i en interkommunal ØHD-enhet, mens 38 prosent hadde etablert tilbudet i egen kommune, da i forbindelse med legevakt, sykehjem og/eller bofellesskap. Ytterlige seks prosent oppga at de hadde valgt en annen løsning. Videre hadde 83 prosent av kommunene integrert tilbudet i det eksisterende tilbudet for somatikk, mens de resterende hadde etablert et eget tilbud for pasienter med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblematikk.

¹⁵ Helse- og omsorgstjenesteloven §3-5.

¹⁶ Helsedirektoratet (2016). Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgntilbud. Veiledningsmaterieill.

¹⁷ SINTEF (2018). Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2018: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene. IS-24/8.

I likhet med Helsedirektoratet sin innsamling av bruk av ØHD innen psykisk helsevern og rus for 2017, oppga mange kommuner også for 2018 at det har vært problematisk å skille mellom pasienter som ble innlagt for somatisk sykdom og pasienter som ble innlagt med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblemer. Mange enheter har derfor rapportert inn data for disse pasientgruppene samlet. Det innebærer at antall innleggelser i ØHD for psykisk helse og rus nok var noe høyere enn det som blir presentert her. Videre har vi fått tilbakemelding fra enkelte rapporteringsenheter at det, særlig innen psykiske helsevern og rus, har betydning om det rapporteres på innleggesdiagnose eller diagnose ved utskrivning. Det vil foreligge mer informasjon om bakgrunnen for pasientens behov for øyeblikkelig hjelp ved utskrivelse. Pasienter kan bli innlagt med somatiske plager, mens den egentlige årsaken skyldes psykisk helse- og/eller rusmiddelproblemer. Følgelig kan antall innleggelser relatert til psykisk helsevern og rus være flere dersom diagnose ved utskrivelse legges til grunn.

I årets rapporteringsskjema ble kommunene bedt om å oppgi totalt antall plasser i ØHD, samt hvor mange av disse plassene som var avsatt til henholdsvis somatiske pasienter og pasienter med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblemer. Mange kommuner har samlokalisert tilbudet for disse to gruppene, og bruker plassene fleksibelt og etter behov, Derfor har vi ingen oversikt over eksakt antall plasser som benyttes til pasienter med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblemer. Det vi kan si, er at av de 723 plassene som vi har mottatt registrering for, er 64 plasser reservert for pasienter med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblemer.

Tabell 5 viser en oversikt over antall kommuner som har registrert innleggelser i ØHD for pasienter med psykiske helse- og/eller rusmiddelproblemer i 2017 og 2018. Tabellen viser også antall registrerte innleggelser, og estimerte liggedøgn. I 2018 registrerte 212 kommuner minst én innleggelse i ØHD knyttet til psykisk helse og/eller rus, det er 23 flere kommuner enn i 2017. Det ble rapportert 3 111 innleggelser i 2018, en økning på 1 242 innleggelser fra 2017. I gjennomsnitt per kommune tilsvarer det omtrent 15 innleggelser, en økning på om lag fem innleggelser per kommune fra 2017.

Det var noen færre kommuner som leverte data for liggetid enn for innleggelser. Vi har estimert antall liggedøgn til 5 996. I gjennomsnitt tilsvarer det 32 liggedøgn per kommuner, en økning på 9 døgn fra 2017. Vi vet ikke hvor mye av økningen fra 2017 til 2018 som skyldes at flere kommuner har rapportert og bedre registrering eller hvor mye som skyldes en faktisk økning i bruk av tilbudet.

Tabell 5: Antall kommuner som har rapportert data, antall innleggelser og estimerte liggedøgn for ØHD psykisk helse og rus, 2017-2018.

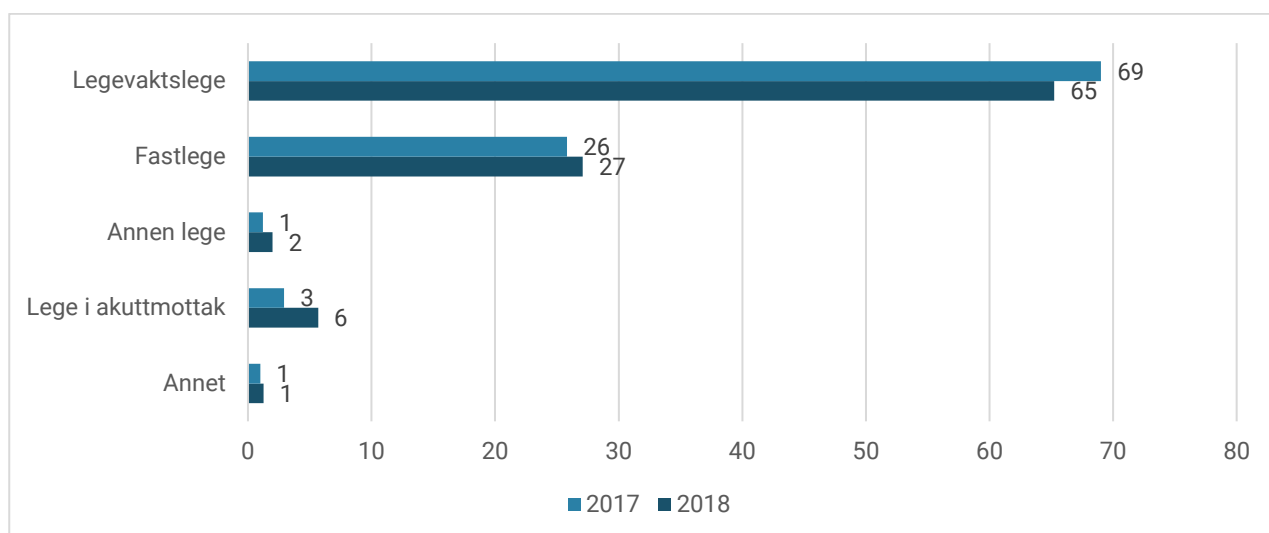
	Innleggelser				Estimerte liggedager			
	2017		2018		2017		2018	
	Antall kommuner	Antall opphold	Antall kommuner	Antall opphold	Antall kommuner	Estimerte liggedager	Antall enheter	Estimerte liggedager
Sør-Øst	78	580	86	1 649	57	1 065	74	2 737
Vest	47	702	49	797	45	1 353	42	1 545
Midt-Norge	25	145	31	197	25	422	33	657
Nord	31	181	30	270	23	470	29	633
Sykestuer	15	261	16	198	16	585	12	424
Totalt	196	1 869	212	3 111	166	3 895	187	5 996

3.2 Henvist av, kommer fra og skrevet ut til

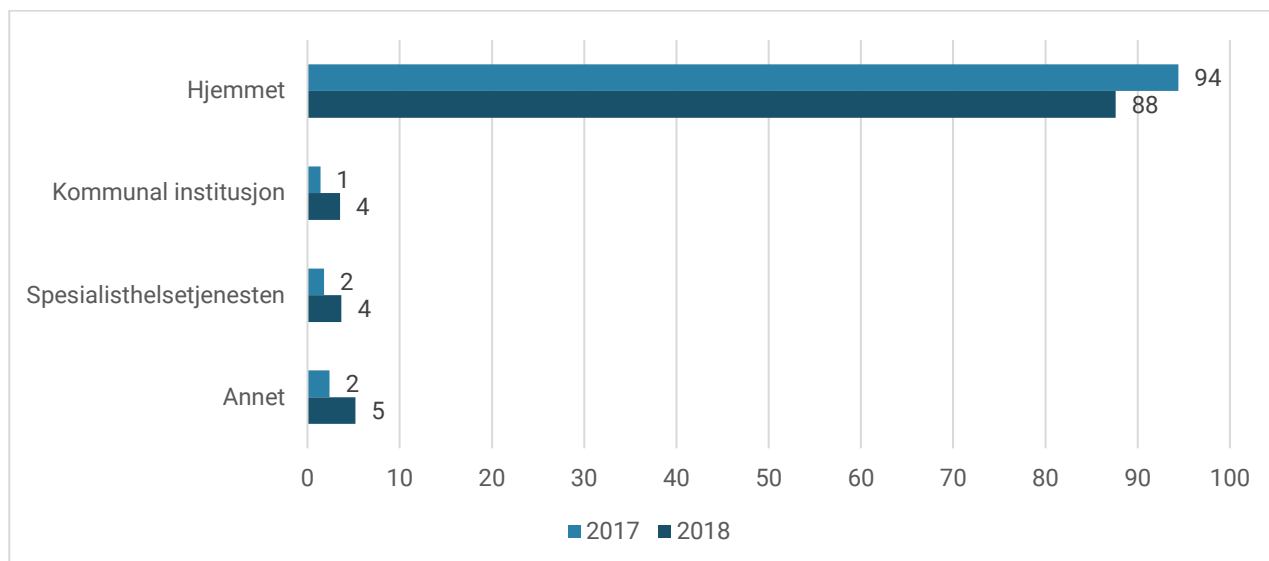
Figur 14 viser hvem som henviste til ØHD, mens figur 15 viser hvor pasientene kom fra i 2017 og 2018. For 2018 ble det registrert 1 901 innleggelse med henvisningsinstans. I likhet med for 2017, ble de fleste i 2018 henvist til ØHD av legevaktslege, med en andel på 65 prosent. Videre ble 27 prosent henvist av fastlege, og seks prosent ble henvist av lege i akuttmottak. Andelen som ble henvist av legevaktslege og fastlege, var noe høyere for pasienter med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblemer enn for ØHD-innleggelser totalt.

Vi mottok informasjon om hvor pasienten kom fra for 1 927 innleggelser. Av de som ble innlagt i ØHD for psykiske helse- og/eller rusmiddelproblemer, kom i underkant av 9 av 10 fra hjemmet.

Figur 14: Oversikt over hvilken instans som har henvist til ØHD psykisk helse og rus, andel, 2017-2018. Eksklusive sykestuer.



Figur 15: Oversikt over hvor pasientene kom fra til ØHD psykisk helse og rus, andel, 2017-2018.



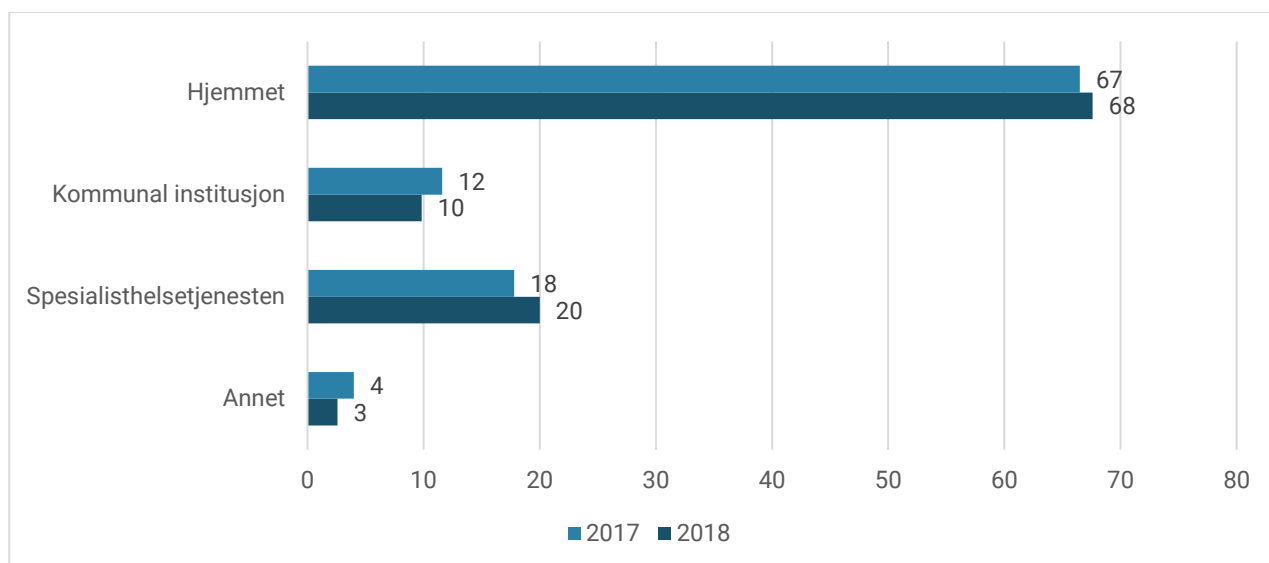
Vi mottok informasjon om innleggelsestidspunkt for 2 432 innleggelser fra kommuner som ikke er sykestuer, og 231 innleggelser fra sykestuene. Om lag 1/4 av innleggelsene skjedde innenfor fastlegenes ordinære arbeidstid. Det var en noe høyere andel innleggelser på natt og helg/høytid i tilbudet for psykisk helsevern og rus enn for ØHD samlet.

Tabell 6: Oversikt over innleggelsestidspunkt i ØHD psykisk helse og rus, antall og andel, 2017-2018.

	Ordinær rapportering				Sykestuer			
	2017		2018		2017		2018	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
Dagtid (hverdager)	424	28	628	26	46	19	71	31
Kveld (hverdager)	452	30	727	30	29	12	56	24
Natt (hverdager)	220	15	386	16	170	69	57	25
Helg og høytid	412	27	691	28	-	-	47	20
Totalt	1 508	100	2 432	100	245	100	231	100

Vi fikk informasjon om hvor pasienten ble skrevet ut til for 2 586 innleggelser i 2018. I overkant av 2/3 ble skrevet ut til hjemmet. Videre ble 1/5 skrevet ut til spesialisthelsetjenesten, og 1/10 ble skrevet ut til kommunal institusjon. Andelen som ble skrevet ut til hjemmet, var tilnærmet lik innen psykisk helsevern og rus, som for alle innleggelser i ØHD. Derimot var andelen som ble sendt til spesialisthelsetjenesten høyere, og andelen som ble skrevet ut til en kommunal institusjon lavere.

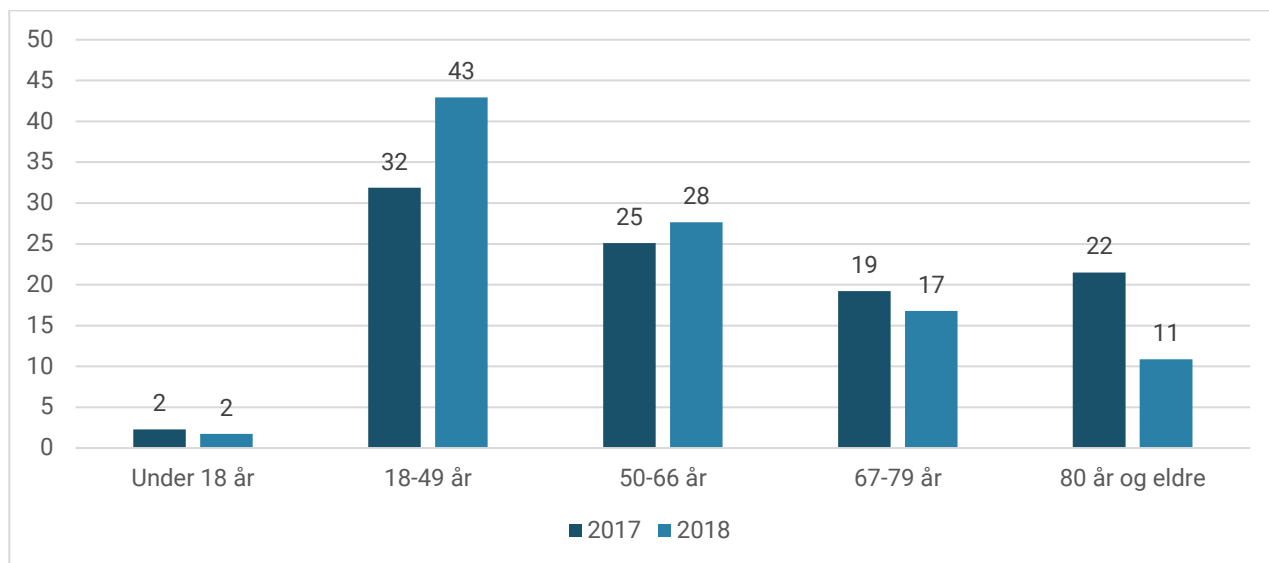
Figur 16: Oversikt over hvor pasienten ble skrevet ut til i andel, 2017-2018. Sykestuene er inkludert.



3.3 Alder- og liggetidsfordeling

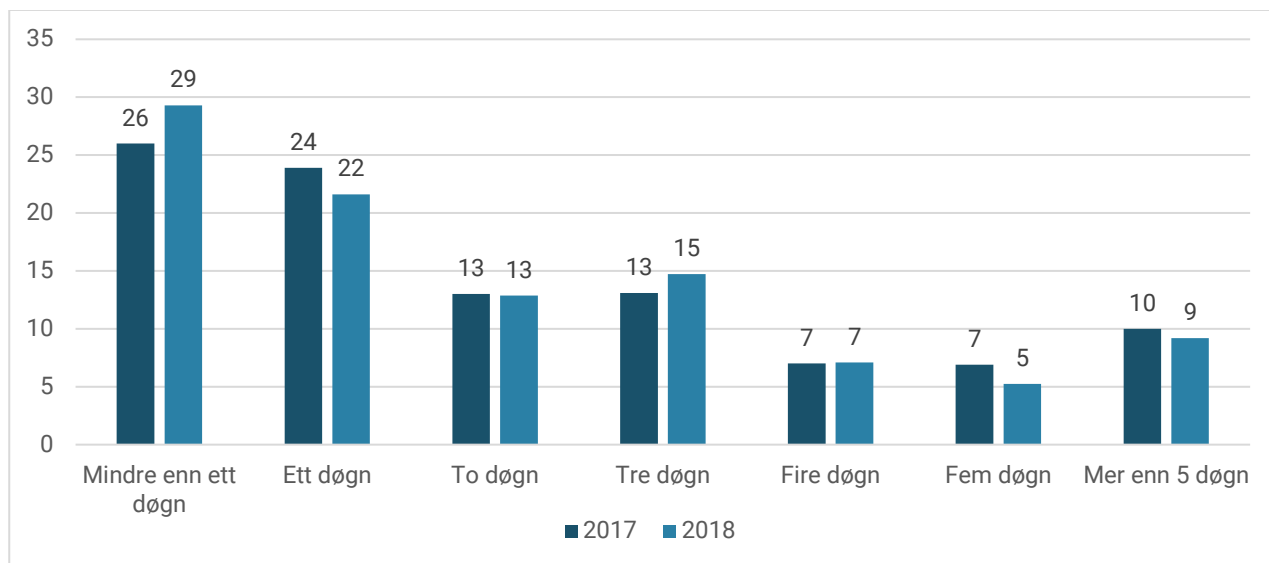
For ØHD innen psykisk helsevern og rus, har vi fått informasjon om alder og kjønn for 2 459 pasienter, det er omtrent en dobling fra 2017. Omtrent 55 prosent av pasientene var kvinner. Alderssammensetningen for ØHD for psykisk helsevern og rus, skiller seg fra sammensetningen for innleggelser i ØHD samlet, med en yngre pasientpopulasjon. Figur 17 viser at 45 prosent av pasientene var under 50 år, tilsvarende andel for ØHD samlet var 18 prosent.

Figur 17: Pasienter etter alder i ØHD psykisk helse og rus, andel, 2017-2018.



Vi fikk informasjon om liggetid for 2 667 innleggelser innen ØHD psykisk helsevern og rus i 2018. Om lag halvparten av pasientene hadde et opphold med en varighet på ett døgn eller kortere. Andelen korte opphold var høyere for pasienter i ØHD for psykisk helsevern og rus enn for ØHD samlet. I overkant av 1/4 av pasienter hadde opphold som var to til tre døgn, mens henholdsvis 12 prosent og ni prosent hadde opphold med en varighet på fire til fem døgn og fem døgn eller mer. Av pasientene med lang liggetid (liggetid > 5 døgn), hadde nesten 80 prosent en liggetid på mindre enn 11 døgn.

Figur 18: Liggetidsfordeling for ØHD psykisk helse og rus, 2017-2018. Sykestuer er inkludert.



Status for øyeblikkelig hjelp døgntilbud i kommunene

Utgitt

Juni 2019

Bestillingsnummer

IS-2836

Utgitt av

Helsedirektoratet

Telefon: 810 20 050

(fra utlandet: +47 477 06 366)

Forfattere

Silje Marie Mortensen

Tone Rian Myrli

Oslo

Helsedirektoratet

Postadresse

Pb. 220 Skøyen, 0213 Oslo

Besøksadresse

Vitaminveien 4, 0483 Oslo

Trondheim

Helsedirektoratet

Postadresse

Pb. 6173, Torgarden,

7435 Trondheim

Besøksadresse

Holtermannsveien 70,

7031 Trondheim

Forsidefoto

Andrey Popov/Mostphoto

Design

Itera as

www.helsedirektoratet.no