



Status for det kommunale døgntilbudet for øyeblikkelig hjelp 2016



Nr 01/17

 HelseDirektoratet

Analysenotat 01/17 SAMDATA kommune

Publikasjonens tittel: Status for det kommunale døgntilbudet for øyeblikkelig hjelp 2016

Nr: SAMDATA kommune 01/17

Utgitt av: Helsedirektoratet

Avdeling: Økonomi og Analyse

Ansvarlig: Beate Margrethe Huseby

Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo

Besøksadresse: Sluppenveien 12 C, Trondheim

Tlf.: 810 20 050

Faks: 24 16 30 01

www.helsedirektoratet.no

Forfattere: Beate Margrethe Huseby
Børge Moe

Illustrasjon: Bente Restad

SAMMENDRAG

Økt bruk av det kommunale døgntilbud for øyeblikkelig hjelp

Det var 35 595 innleggelser og 91 097 estimerte liggedøgn i det kommunale døgntilbudet for øyeblikkelig hjelp (ØHD) i 2016. Dette utgjør en økning i innleggelser på 41 prosent og en økning i estimerte liggedøgn på 35 prosent siden forrige rapporteringsperiode (1. september 2014-31. august 2015).

I Helsedirektoratets innsamling av opplysninger fra ØHD-tilbudene for 2016 mangler det opplysninger fra 52 kommuner. For 3 av disse var det ikke opprettet et tilbud¹, fra 13 vertskommuner og i alt 49 kommuner ble det ikke rapportert data. For ytterligere 5 kommuner er det rapportert 0 innleggelser.

Bruken av det kommunale døgntilbudet for øyeblikkelig hjelp varierer betydelig mellom kommunene. Størst bruk finner vi i sykestuekommuner og vertskommuner. Små kommuner har høyere bruk av tilbudet enn store. Lavest bruk finner vi i kommuner med et nystartet tilbud i 2016. Når vi inkluderer sykestuene, tilsvarer bruken av det kommunale døgntilbudet for øyeblikkelig hjelp totalt sett 7,6 innleggelser og 20 liggedøgn per 1000 innbygger. I sykestuekommunene er det 40 innleggelser og 127 liggedøgn per 1000 innbygger, og i de kommunene som var tidlig ute med å opprette et slikt tilbud er det omtrent 10 innleggelser og 20 liggedøgn per 1000 innbyggere. Kommuner som ikke opprettet eller inngikk i et kommunalt ØHD-samarbeid før i 2016 hadde 4,7 innleggelser per 1000 innbyggere.

Bruken av det kommunale døgntilbudet for øyeblikkelig hjelp er i hovedsak som intendert. I 2016 var 71 prosent av innlagte pasienter over 67 år og 48 prosent 80 år eller eldre. Gjennomsnittlig antall liggedøgn er beregnet til 2,6 døgn.

Totalt sett utnyttet kommunene ØHD-tilbudene bedre enn før i 2016. Analysene viser at beleggsprosenten var høyere for sykestuer, store enheter og tilbud som har vart noen år enn for små og nyopprettede enheter. Tallene indikerer at det fremdeles er rom for økt bruk av ØHD-enhetene.

Formålet med oppbyggingen av et kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp er å unngå innleggelser i spesialisthelsetjenesten når dette ikke er ønskelig eller nødvendig ut fra en helhetlig medisinsk og psykososial vurdering. Tidligere forskning i tilknytning til evalueringen av samhandlingsreformen har påvist en viss effekt av ØHD-tilbudet på ø-hjelpsinnleggelser

¹ 2 av de 3 kommunene som ikke hadde opprettet et eget ØHD-tilbud (eller hadde samarbeidsavtale med andre kommuner om dette), rapporterte at de hadde samarbeidsavtale med et nærliggende sykehus inntil eget ØHD-tilbud ville komme på plass i 2017/2018.

for medisinsk behandling i sykehus, og vi finner en tilsvarende effekt for data fra 2016. Effekten på bruk av sykehus når det gjelder innleggelser for øyeblikkelig hjelp for personer over 80 år er liten i relasjon til det totale omfanget av sykehusopphold, men indikerer at en innleggelse i en ØHD-enhet sparer ett sykehusopphold for øyeblikkelig hjelp.

Innledning

Fra 1.1.2016 har kommunene plikt til å sørge for døgntilbud med helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5. Plikten er regulert i egen forskrift og gjelder pasienter med somatisk sykdom i 2016. Fra 1. januar 2017 vil plikten også omfatte pasienter med psykiske helse- og rusmiddelproblemer. Bakgrunnen for etablering av øyeblikkelig hjelp døgntilbudet i somatikken var primært å unngå innleggelser i spesialisthelsetjenesten når dette ikke var ønskelig eller nødvendig ut fra en medisinsk faglig vurdering. Når de nye pasientgruppene innlemmes i tilbudet fra 2017 vil det i stor grad handle om å komme tidligere inn i forløpet. Målgruppen er pasienter hvor tilstanden og videre behandling er avklart, og der det kan forventes at oppholdstid ikke overstiger tre dager.

I perioden fra 2012 til 2015 ble kommunene gitt mulighet til å søke om tilskudd til å etablere et kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp (somatikk). Tilskuddsordningen ble forvaltet av Helsedirektoratet. Rammen for tilskuddsmidlene og overføringen av ansvar fra spesialisthelsetjenesten til kommunene ble lagt i forarbeidet til Samhandlingsreformen. Samarbeidsavtalene mellom aktuelle kommuner og tilhørende helseforetak var en forutsetning for tilskuddet. Helsedirektoratet har utarbeidet en veileder for etablering og drift av øyeblikkelig hjelp døgntilbud (Helsedirektoratet 2016, IS-0440).

Kommuner som har fått tilskudd til å etablere et kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp har fått årlige tilskudd i tråd med disse forutsetningene. Kommuner som har fått innvilget tilskudd har fått dette videreført de påfølgende årene, forutsatt normal framdrift. I 2016 ble tilskuddsordningen avvirket og midlene innlemmet i rammetilskuddet til kommunene.

Helsedirektoratet er pålagt av Helse- og omsorgsdepartementet å samle informasjon om tilbud og bruk av det kommunale døgntilbudet for øyeblikkelig hjelp. Tidligere års rapporteringer har vært for perioden 1. september til og med 31. august. For å komme over i en mer ordinær årsrapportering som følger kalenderåret har det denne gangen blitt samlet inn data fra 1. januar til og med 31. desember 2016 og dette vil danne en mal for fremtidige rapporteringer.

Hensikten med dette analysenotatet er å gi en oversikt over tilbud og bruk av det kommunale døgntilbudet for øyeblikkelig hjelp for å kunne vurdere om tilbudet benyttes slik det var tiltenkt. Kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp skal avlaste akuttinnleggelser i sykehus. I dette analysenotatet har vi også sett nærmere på om det er mulig å spore en slik effekt.

Om datagrunnlaget

For rapporteringsperioden 1. januar til og med 31. desember 2016 har Helsedirektoratet mottatt informasjon fra 184 rapporteringsenheter som samlet representerer 374 av landets 426 kommuner.



Dersom tilbudet er etablert i samarbeid med andre kommuner, er det vertskommunen som er ansvarlig for rapporteringen og skal rapportere data for alle deltakende kommuners bruk av tilbudet.

Vi gjør oppmerksom på at data fra Trondheim (og samarbeidskommuner) er fra perioden 1. september 2015 til og med 31. august 2016.

Antall enheter i de ulike tabellene varierer noe. Årsaken er at alle rapporteringsenhetene ikke har vært i stand til å levere alle opplysninger som er etterspurt i skjemaet. Opplysningene som etterspørres i rapporteringen er ikke alltid lett tilgjengelig for alle rapporteringsenhetene. Dette skyldes manglende rutiner for registrering og / eller problemer knyttet til statistikkuttrekk fra fagsystemene.

Estimatet på sum liggedøgn tar utgangspunkt i at innleggelser med kortere varighet enn en liggedag regnes som 0,5 liggedøgn og opphold med mer enn fem dager antas å utgjøre 7 liggedøgn. For sykestuene inngår det faktiske antallet liggedøgn for pasientene. Tidligere analyser av kapasitetsutnyttelse tok hensyn til at ØHD-tilbudet ikke nødvendigvis hadde vart gjennom hele perioden. Ettersom kommunene hadde plikt til å tilby innbyggerne et ØHD-tilbud fra januar 2016, er det ikke tatt hensyn til dette i våre beregninger for dette året.

Sykestuetilbudet i Nord-Troms og Finnmark har eksistert i flere år og har utvidete funksjoner i forhold til døgntilbud for øyeblikkelig hjelp. I 2015 har Helse Finnmark, i samarbeid med flere kommuner, avtalt å omdefinere deler av sykestuefunksjonen til å utgjøre kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp. Sykestuene i Finnmark har egen bevilgning over statsbudsjettet og rapporterer pasientdata tertialvis til NPR. Data på pasientbehandling for øyeblikkelig hjelp fra sykestuene er levert av Norsk pasientregister og inngår i antallet innleggelser, pasienter og estimerte liggedøgn for alle år. Dette gjelder også for enheter som ble formelt definert som døgntilbud for øyeblikkelig hjelp i 2015. For å få mest mulig komplett oversikt over hvordan tilbudet ved sykestuene er organisert har vi likevel etterspurt enkelte administrative opplysninger fra sykestuene. Sykestuene i Nord-Troms (Kvænangen, Kåfjord, Nordreisa og Skjervøy) har levert ordinær rapportering.

Status for oppstart av kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp

Tabell 1 viser antall plasser, innleggelser og liggedøgn i kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp (ØHD) etter rapporteringsperiode. I løpet av 2016 var det 34 887 innleggelser i ØHD-ene. Dette tilsvarer en økning på 10 000 innleggelser fra forrige rapporteringsperiode. Antall liggedøgn i ØHD-tilbudene i 2016 er estimert til 91 097. Dette tilsvarer en økning på 35 prosent fra forrige rapporteringsperiode.

Tabell 1 Antall plasser, innleggelser og liggedøgn i kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp etter rapporteringsperiode. Data per rapportingsenhet.

		2012-13	2013-14	2014-15	2016	Endring 2015-16
Plasser	Sør-Øst	181	269	318	357	12,0
	Vest	67	68	75	108	44,4
	Midt-Norge	47	67	77	68	-11,0
	Nord	45	55	63	82	29,5
	Totalt	339	458	533	615	15,3
Innleggelser	Sør-Øst	1 738	8 659	13 308	20 115	51,1
	Vest	926	2 388	3 442	5 645	64,0
	Midt-Norge	938	2 202	2 704	4 043	49,5
	Nord ekskl sykestuer	816	1 638	2 876	2 527	-12,1
	Nord sykestuer	2 167	7 569	2 343	2 557	9,1
	Totalt ekskl sykestuer	4 418	14 887	22 330	32 330	44,8
	Totalt inkl sykestuer	6 585	22 456	24 673	34 887	41,4
Estimerte liggedøgn	Sør-Øst	4 769	22 726	35 395	50 491	42,7
	Vest	1 877	5 717	9 117	14 039	54,0
	Midt-Norge	2 333	6 415	7 874	11 554	46,7
	Nord ekskl sykestuer	1 089	3 827	5 660	6 996	23,6
	Nord sykestuer	5 990	3 675	9 416	8 018	-14,8
	Totalt ekskl sykestuer	10 067	38 684	58 046	83 079	43,1
	Totalt inkl sykestuer	16 057	42 359	67 462	91 097	35,0

Hvor er tilbudene lokalisert?

Kommunene kan velge å organisere tilbudet alene eller gjennom et interkommunalt samarbeid. Av 184 rapporteringsenheter er det 124 enkeltkommuner uten samarbeidsavtaler med andre kommuner, mens de resterende er interkommunale samarbeid med inntil 12 deltakende kommuner. Dette antyder store forskjeller i organiseringen og nærheten til tilbudet. Rambøll gjennomførte i 2015, på oppdrag fra Helsedirektoratet, en kartlegging av bruk av tilbudet i interkommunale samarbeid². Rapporten bygger på en intervjuundersøkelse blant ansatte i åtte interkommunale samarbeid og konkluderer med at det er vertskommunene som har tatt sterkest ansvar for organiseringen av tjenesten og som bruker tilbudet mest. I en artikkel fra 2015 av Hole, Barstad, Teigen og Kvangarsnes³ beskrives erfaringer med kommuner som har organisert kommunale

² Rambøll (2015) Øyeblikkelig hjelp døgntilbud – bruk av plassene ved interkommunale samarbeid.

³ Torstein Hole, Johan Barstad, Solfrid Teigen og Marit Kvangarsnes (2015) Øyeblikkelig hjelp-døgnoophald i seks kommuner på Sunnmøre. Tidsskriftet for Den norske legeförening no 17 2015 153-7.



døgntilbud for øyeblikkelig hjelp på egenhånd. Det vises til at disse valgte lokal organisering for å styrke lokale fagmiljø og for å gi et pasientnært og fleksibelt tilbud.

Tabell 2 viser fordelingen mellom ulike lokaliseringer for kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp for rapporteringsperiodene 2013-14, 2014-15 og 2016. Kategoriene er ikke gjensidig utelukkende og det kan være at tilbudet finnes i samme bygning som både legevakt og sykehjem. Dette medfører at totaltallene blir høyere enn sum rapporteringsenheter. Sum sykestuer er knyttet til antall enheter med data, enten fra NPR eller fra rapporteringsskjema. I en rapport av Skinner fra 2014 framgikk det at 71 prosent av de kommunene som hadde egen legevakt valgte å organisere et kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp selv⁴. Blant kommuner som inngikk i samarbeid om legevakt valgte 79 prosent å samarbeide med mange av de samme kommunene da de opprettet et kommunalt døgntilbud om øyeblikkelig hjelp. De nye tilbudene som har blitt etablert de senere årene gjelder i stor grad mindre kommuner som har organisert tilbudet sitt i tilknytning til sykehjem og dette har gitt en betydelig økning i antall og andel av tilbudene som er lokalisert ved sykehjem. Lokalisering av ØHD-tilbud i interkommunale ordninger versus kommunale tilbud er problematisert av blant annet Grimsmo og Løhre⁵. De viser til at lang reiseavstand til kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp i interkommunale samarbeid har medført ønsker om å reetablere tilbud lokalt. Akuttutvalget (NOU 2015:17) fikk utført en analyse (Swanson, Alexandersen og Hagen 2015) som viser at størst effekt i å redusere ø-hjelpinnleggelse i sykehus, oppnås dersom ø-hjelp døgntilbud samlokaliseres med legevakt.

Tabell 2 Lokalisering av kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp etter rapporteringsperiode. Data er per rapporteringsenhet.

	Rapportering 2013-14		Rapportering 2014-15		Rapportering 2016	
	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	Andel
Sykehjem	69	49	110	56	118	60
Legevakt	17	12	22	11	17	9
LMS/DMS/helsehus o.l.	24	17	33	17	32	16
Annet (eller kombinasjon av flere typer)	14	10	15	8	14	7
Sykestue	18	13	15	8	17	9
Totalt	142	100	195	100	198	100

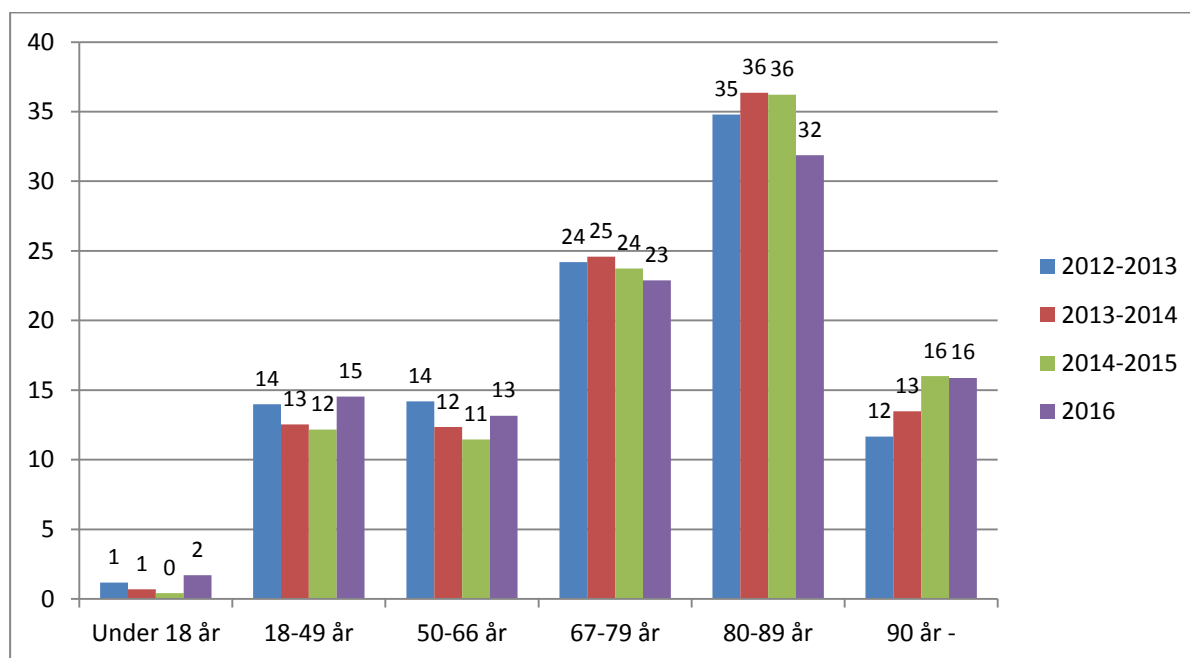
⁴ Marianne Sundlisæter Skinner (2014): Kommunenes planer for øyeblikkelig hjelp døgntilbud. Senter for omsorgsforskning – Rapportserie nr. 5 2014.

⁵ Anders Grimsmo og Audhild Løhre (2014) Erfaringer med etablering av kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud. Utposten 2014(4)43 14-17.

Aldersfordeling

I 2016 er alders og kjønnsfordeling oppgitt for 30 476 pasienter. Figur 1 viser prosentvis aldersfordeling for pasienter innlagt i kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp i 2016 og viser at tilbudet i hovedsak blir brukt av eldre pasienter. I 2016 var 71 prosent av innlagte pasienter over 67 år og 48 prosent 80 år eller eldre. 60 prosent var kvinner. Det har vært små endringer i pasientenes alderssammensetning. Sammenlignet med tidligere rapporteringsperioder har det vært en liten økning i andelen pasienter som var 90 år og eldre, fra 12 prosent i 2013-14 til 16 prosent i 2016..

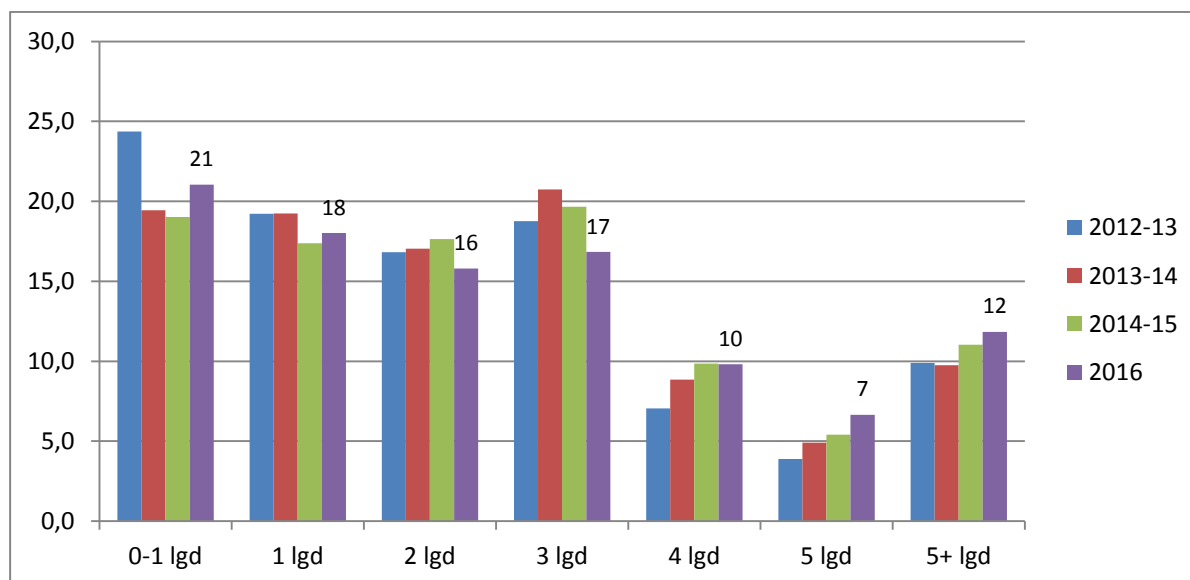
Figur 1. Aldersfordeling (prosent) for pasienter innlagt i kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp etter rapporteringsperiode. Data per kommune. Data er inklusive sykestuer alle år.



Varighet på oppholdene

Informasjon om liggetidsfordeling foreligger for 33 333 innleggelses fra 2016 inklusive NPR-data fra sykestuene i Finnmark. Figur 2 viser liggetidsfordeling for innleggelses i kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp etter rapporteringsperiode. Fra rapporteringsperioden 2012-2013 og fram til 2016 ser det ut til å ha vært noe økning i innleggelses med fire døgns varighet eller mer. I rapporteringsperioden 2012-13 gjaldt dette 20,8 prosent av innleggelsene, mens tilsvarende i 2016 var 28,3 prosent.

Figur 2. Liggetidsfordeling for innleggelser i kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp etter rapporteringsperiode. Data per rapporteringsenhet inklusive sykestuer



Helsedirektoratet har i veilederen anbefalt at opphold i kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp bør avgrenses til 72 timer. Det er viktig at denne ikke brukes som absolutt norm, men at behandlingsplan og medisinskfaglige vurderinger styrer liggetiden, slik at pasienten ikke skrives ut eller henvises videre før det er faglig forsvarlig.

Innleggelser og liggedøgn

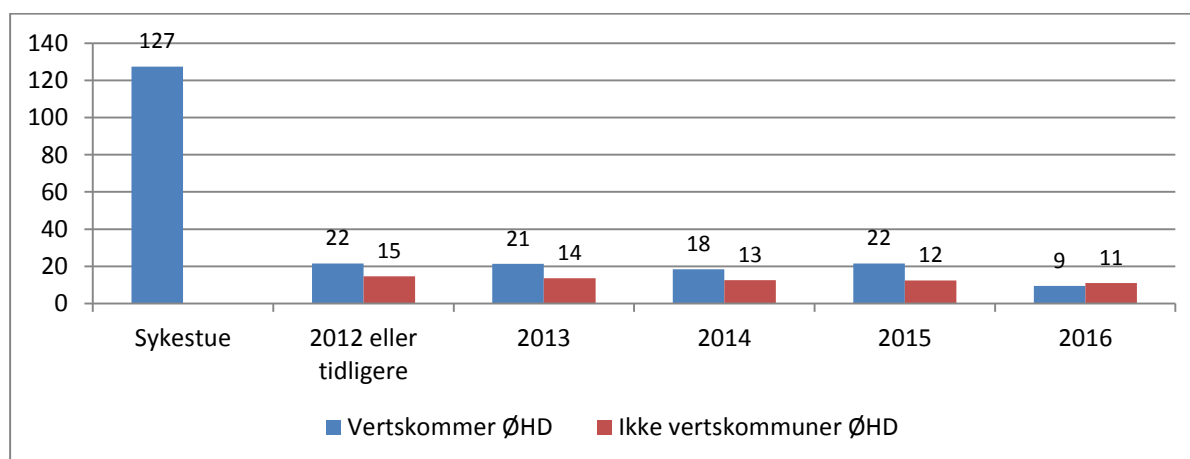
Bruken av det kommunale døgntilbudet for øyeblikkelig hjelp varierer betydelig mellom kommunene. Størst bruk finner vi i sykestuekommuner og vertskommuner. Små kommuner har høyere bruk av tilbudet enn store. Ikke overraskende finner vi lavest bruk for kommuner med et nystartet tilbud i 2016. Når vi inkluderer sykestuene tilsvarer bruken av det kommunale døgntilbudet for øyeblikkelig hjelp totalt sett 7,6 innleggelser og 20 liggedøgn per 1000 innbygger. I sykestuekommunene er det 40 innleggelser og 127 liggedøgn per 1000 innbygger, og i de kommunene som først opprettet et slikt tilbud er det omtrent 10 innleggelser og 20 liggedøgn per 1000 innbyggere. Kommuner som opprettet eller inngikk i et kommunalt døgntilbud i 2016 hadde 4,7 innleggelser per 1000 innbyggere.

STATUS FOR DET KOMMUNALE DØGN- og LIGGEDØGN- TILBUDET FOR ØYEBLIKKELIG HJELP 2016

Tabell 3 Innleggelser og liggedøgn i ØHD-tilbudet per 1000 innbyggere 2016 etter vertskommunestatus, oppstartsår og kommunestørrelse. Kommunefordelte data.

		Innleggelser			Liggedøgn		
		Totalt	Verts-kommune ØHD	Ikke vertskommune ØHD	Totalt	Verts-kommune ØHD	Ikke vertskommune ØHD
Totalt	Inkl. sykestuer	7,6	8,3		20	21	
	Ekskl. sykestuer	7,1	7,7	4,9	18	19	13
Oppstartsår	Sykestue	40,1	40,1		127	127	
	2012 eller tidligere	10,0	11,0	6,7	20	22	15
	2013	7,8	8,4	4,5	20	21	14
	2014	5,2	6,0	4,1	16	18	13
	2015	6,1	6,2	5,7	20	22	12
	2016	4,7	4,7	5,1	10	9	11
Kommunestørrelse	1-1 999 innb	13,9	27,2	6,8	35	66	18
	2 000-4 999 innb	11,7	19,4	6,4	31	54	14
	5 000-9 999 innb	7,0	9,4	4,6	19	26	12
	10 000-19 999 innb	9,7	15,0	4,0	22	30	13
	20 000-49 999 innb	6,1	6,4	4,6	19	20	14
	50 000-99 999 innb	8,2	8,2	-	15	15	-
	100 000 innb +	6,3	6,3	-	17	17	-
Størrelse på ØHD-enheten	Under 3 plasser	9,0	9,6	4,1	24	26	8
	4-5 plasser	7,3	8,4	5,1	22	26	13
	6-9 plasser	7,1	7,7	5,8	18	19	14
	10-14 plasser	9,3	11,6	4,3	15	16	12
	15 plasser+	6,5	6,7	4,7	19	18	19
	Totalt	7,6	8,4	5,0	19	21	13

Figur 3 Liggedøgn per 1000 innbyggere for ØHD-enheter etter Vertskommunestatus og oppstartsår. Kommunefordelte data 2016.



Henvisninger til det kommunale døgntilbudet for øyeblikkelig hjelp

Innleggelse i døgntilbudet for øyeblikkelig hjelp krever henvisning eller innleggesskriv fra lege. Tabell 4 gir en oversikt over hvilken instans som har henvist til døgntilbud for øyeblikkelig hjelp. I 65 prosent av tilfellene er det legevakslege som har henvist pasienten, mens det i 23 prosent av tilfellene er fastlegen som er henvisende lege. Tabell 5 viser hvordan innleggelsene fordeler seg mellom dag, kveld og helgedager. I 69 prosent av tilfellene har henvisningen skjedd utenfor fastlegenes kontortid. Dette tyder på at pasientene har hatt behov for øyeblikkelig hjelp og at innleggelsene kan være et alternativ til innleggelse i sykehus. Fordelingen av henvisende instans og tidspunkt for henvisningen har endret seg lite i de tre rapporteringsperiodene. Sykestuene i Finnmark inngår ikke i tallmaterialet for tabell 4 og 5 fordi disse opplysningene ikke inngår i data fra Norsk pasientregister⁶.

Deloitte gjennomførte i 2014 en undersøkelse på oppdrag av Helsedirektoratet om bruken av ØHD⁷. Undersøkelsen viste at integrasjon av ØHD-tilbudet i den helhetlige akuttmedisinske kjeden er en utfordring. I områder der legevakt blir organisert med innleide leger har det i særlig grad vært utfordringer knyttet til å gjøre legene kjent med og trygge på det kommunale døgntilbudet for øyeblikkelig hjelp. En analyse av legevaktdata viste at reiseavstand og organisering av legevaktstilbudet påvirker bruken av legevakten⁸. Lang reiseavstand ser ut til å redusere bruken av legevakt. Kommuner med egen legevaksordning har høyere bruk av legevakt enn interkommunale legevakter eller legevakt lokalisert i tilknytning til sykehus. Av innleggelsene i kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp har 65 prosent blitt henvist fra legevakt. Det er derfor mulig at organiseringen og bruken av det kommunale døgntilbudet for øyeblikkelig hjelp påvirkes på samme vis. Analyser av Hagen indikerer imidlertid at det kommunale døgntilbudet for øyeblikkelig hjelp har hatt mindre effekt på sykehusbruken i vertskommunene enn i samarbeidskommunene⁹. Dette begrunnes med at tilbudet alltid kommer som et tillegg til eksisterende tilbud i samarbeidskommunene, mens det kan erstatte allerede eksisterende tilbud i vertskommunene.

⁶ NPR-data inneholder data om tidspunkt for innleggelsen men disse data er ikke utlevert for 2016.

⁷ Deloitte (2014) Undersøkelse om bruken av øyeblikkelig hjelp døgnoophold i kommunene. Oppdrag fra Helsedirektoratet oktober 2014.

⁸ Raknes, Morken og Hunskaar (2014) Reiseavstand og bruk av legevakt. Tidsskrift for Den norske legeförening 2014: 134:2151-5

⁹ Terje P. Hagen, Universitetet i Oslo, Foredrag på erfaringskonferanse for kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud 24. november 2015, Scandic Oslo Airport.

Tabell 4 Oversikt over hvilken instans som har henvist til døgntilbud for øyeblikkelig hjelp. Data er per rapporteringsenhet eksklusive sykestuedata fra Finnmark.

	2013-14	2014-15	2016
Legevaktslege	63	64	65
Fastlege	25	24	23
Annen lege i kommune	2	2	2
Lege i akuttmottak eller spesialisthelsetj.	6	8	9
Annet	3	1	1
Totalt	100	100	100
(N=)	14 523	21 061	32 350

Tabell 5. Tidspunkt for innleggelsene til døgntilbud for øyeblikkelig hjelp for året 2016. Data per rapporteringsenhet eksklusive sykestuedata fra Finnmark.

	2013-14	2014-15	2016
Dagtid hverdager (08.00-15.30)	32	31	31
Kveld hverdager (15.31-23.00)	37	35	33
Natt hverdager (23.01-07.59)	10	12	15
Helg og høytidsdager	21	22	21
Totalt	100	100	100
(N=)	13 038	21 452	32 117

Tabell 6 gir en oversikt over hvilket sted pasienten kommer fra og utskrives til. 89 prosent kommer fra eget hjem. Innleggelse fra kommunale institusjoner, boliger med heldøgns omsorgstjenester samt pasienter fra spesialisthelsetjenesten skjer i mindre grad og det er kun 7 prosent av innleggelsene som kommer fra sykehus. Ved utskriving sendes 66 prosent hjem og 14 prosent sendes til videre behandling i spesialisthelsetjenesten.

Tabell 6. Oversikt over hvilket sted pasienten kommer fra og utskrives til (prosent). Data fra 2016. Rapporteringsenheter.

	Hvor kommer pasienten fra?*	Hvor sendes pasienten ved utskriving? **
Hjemmet	89	66
Kommunal inst. eller bolig med heldøgns omsorg	3	17
Spesialisthelsetjenesten	7	14
Annet	1	3
Totalt	100	100
	32 698	30 581

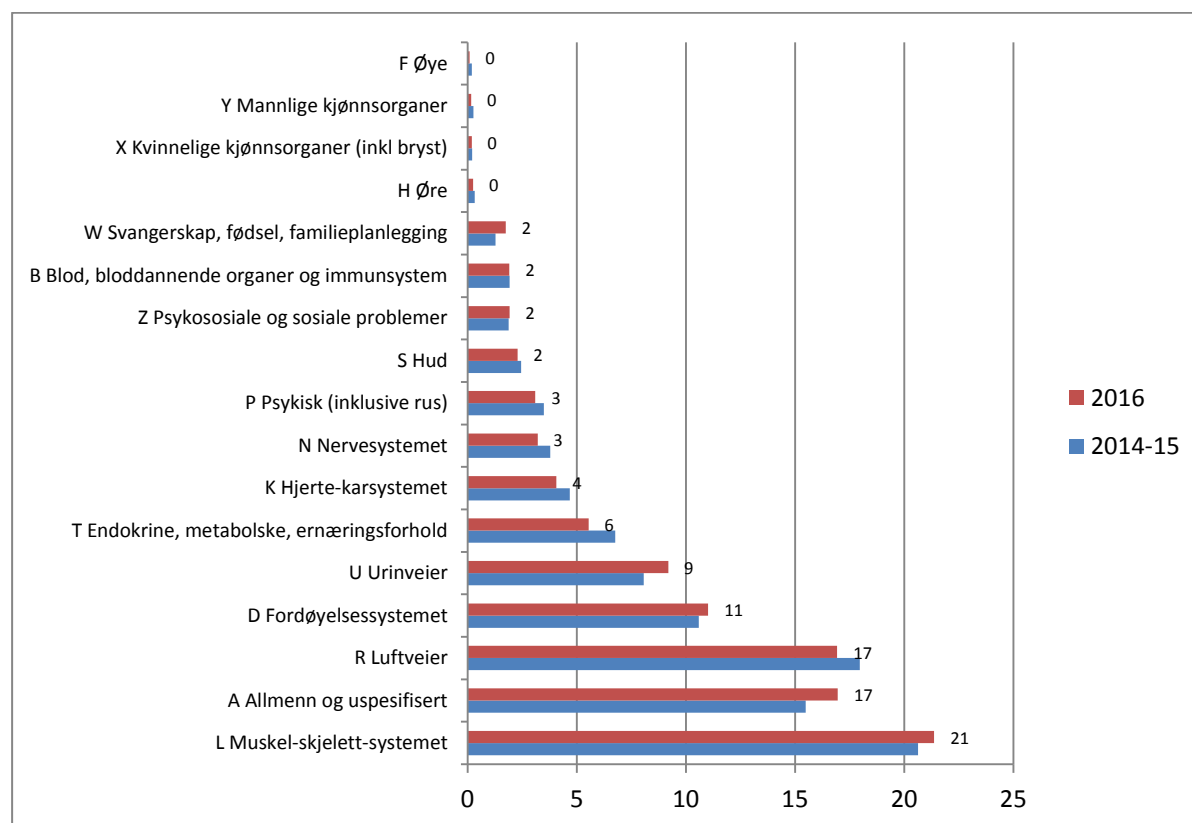
* Data fra sykestuene i Finnmark er inkludert ** Data fra sykestuene i Finnmark er ikke inkludert

Årsaker til innleggelse

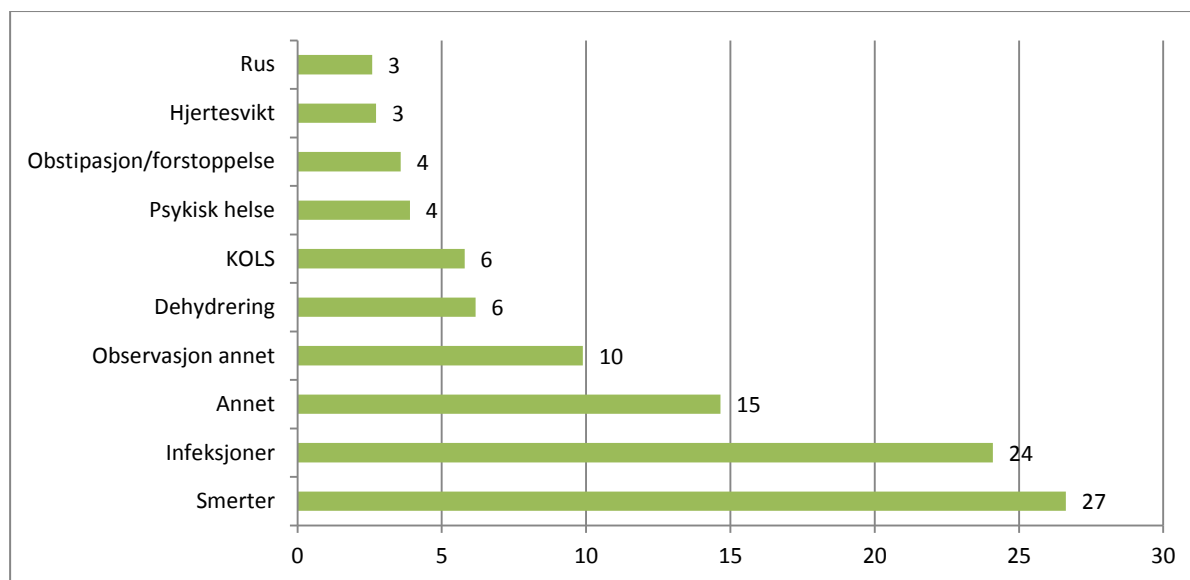
Rapporteringsenhetene er bedt om å rapportere fordelingen av innleggelsesdiagnoser for pasientene. Når det gjelder innleggelsesdiagnoser, skjer grupperingen etter ICPC-2 kodeverk og angis etter hvilket hovedkapittel diagnosen tilhører. Noen kommuner benytter et rapporteringssystem for ØHD-innleggelsene hvor det registreres særlige relevante årsaker til innleggelse og Helsedirektoratet har også fått tilgang til denne informasjonen som gjenfinnes i figur 5.

Innrapporteringen av diagnoser er mangelfull, det mangler informasjon fra mange enheter, men fordelingen mellom hovedkapitlene i IC-PC er lite endret fra tidligere. Sykdommer i muskel-skjelett-systemet er den vanligste diagnosegruppen og «Allmenn og uspesifisert», samt sykdom i luftveier er de nest største gruppene. Sykdom i tilknytning til psykisk helse og rus står for 3 prosent av innleggelsene.

Figur 4. Årsaker til innleggelse i ØHD-tilbudet. Data fra rapporteringsenhetene 2014-15 og 2016. Sykestuer er ikke inkludert.



Figur 5. Registrering av særlige relevante årsaker til innleggelse i ØHD-tilbudet. Data fra 80 rapporteringsenheter 2016. Sykestuer er ikke inkludert.



Beleggsprosent

Opprettelsen av det kommunale døgntilbudet for øyeblikkelig hjelp er knyttet til en vurdering av at tilbudet kan gi hensiktsmessig behandling til pasientene og samtidig gi god ressursutnyttelse. Mange av sykehusene har møtt kapasitetsutfordringer ved øyeblikkelig-hjelp-innleggelser av eldre, og den forventede befolkningsutviklingen indikerer at disse utfordringene kan øke i årene framover. For at ØHD-tilbudet skal gi en god utnyttelse av ressursene, er det imidlertid viktig at det blir benyttet. Tidligere analyser har vist at beleggsprosenten er lav i mange av ØHD-tilbudene, og dette har bidratt til å stille spørsmål ved om sykehusene kunne utnyttet ressursene bedre. Utfordringer knyttet til lav beleggsprosent ved ØHD-enhetene ble omtalt både i Melding St. 26 (2014-2015) og NOU 2015:17 Akuttutvalget¹⁰.

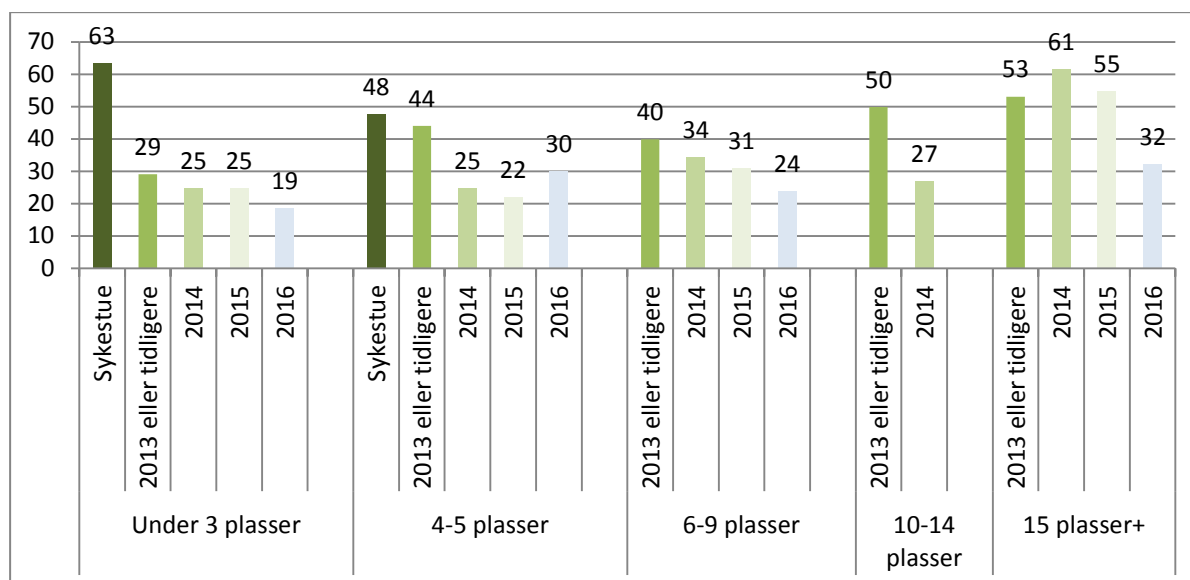
Vi mangler eksakte opplysninger om varigheten på oppholdene for de pasientene som har vært innlagt ved et ØHD-tilbud, men har estimert summen av liggedøgn for hvert tilbud. For sykestuene i Finnmark har vi komplett informasjon om varigheten av oppholdene (data fra NPR).

De rapporterte opplysningene fra ØHD-enhetene indikerer en beleggsprosent på 38,3 prosent når vi ikke inkluderer sykestuene. Dette er noe høyere enn den beleggsprosenten som ble beregnet i tilknytning til rapporteringen fra ØHD-enhetene i 2014-15 (35 prosent). Sykestuene har høyere beleggsprosent enn andre ØHD-tilbud (70,5 prosent), og dersom vi inkluderer disse, er gjennomsnittlig beleggsprosent ved ØHD-tilbudene 39,5 prosent.

¹⁰ NOU 2015: 17 Først og fremst – Et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus.

Vi finner at beleggsprosenten generelt er høyere ved store ØHD-enheter enn ved små, og at kapasitetsutnyttelsen er noe høyere for tilbud som har eksistert lenge enn for de som er opprettet mer nylig. Dette illustreres i figur 6 som viser beleggsprosent i henhold til ØHD-tilbudets størrelse og oppstartsår.

Figur 6. Beleggsprosent ved ØHD-enheter i 2016 etter tilbudets størrelse og oppstartsår.



Blant de minste tilbudene finner vi store variasjoner, men gjennomsnittlig kapasitetsutnyttelse for små enheter er 30,9 prosent (inklusive sykestuene), mens gjennomsnittet for enheter med 15 plasser eller mer er 50,9 prosent.

Vi finner også en viss forskjell i kapasitetsutnyttelse knyttet til lokaliseringen av tilbudet. Beleggsprosenten er høyere for ØHD-tilbud i sykestuer og i lokal-/distriktmedisinske sentra eller helsehus enn den er i enheter som er lokalisert i legevakt eller på sykehjem. Dette kan knyttes til forskjeller i hvordan tilbudene brukes og hvor lenge de har eksistert.

Våre beregninger av kapasitetsutnyttelse har åpenbare svakheter ettersom vi ikke har komplett informasjon om oppholdenes varighet. Vi ser av data fra sykestuene at pasienter som ligger lenger enn 5 døgn, oftest har mer enn 7 døgn slik vårt estimat forutsetter. Dette innebærer at beleggsprosenten kan være underestimert. I rapporteringen for 2017 vil det derfor spørres etter totalt antall liggedøgn ved ØHD-enhetene.

En beleggsprosent på 40 gir grunn til å stille spørsmål ved om tilbudet utnyttes godt nok. Skinner (2015)¹¹ påpeker at ulik tradisjon og organisering av akuttbehandling i sykehjem før etablering av kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp bidrar til å forklare variasjonen i beleggsprosent og bruk av tilbudet. Hun påpeker også at legene viste motvilje mot å henvise pasienter til andre institusjoner

¹¹ Marianne Sundlisæter Skinner (2015) Senter for omsorgsforskning. Rapportserie 10/2015. Skeptiske leger og tomme senger? Bruk av de kommunale akutte døgnplassene.

enn sykehuset. I Skinners intervjuundersøkelse ble det også gitt tilbakemeldinger om at helsemyndighetenes forventningsbehov for døgnplasser for øyeblikkelig hjelp var høyere enn det behovet som ble opplevd lokalt. Rambøll (2015)¹² påpeker også at manglende tillit til tilbudet er en hovedutfordring og påpeker at informantene problematiserer hvorvidt kriteriene for innleggelse er tydelig nok.

Tabell 7. Beleggsprosent for ØHD-enheter etter region, tilbudets størrelse, oppstartsår og lokalisering. Data fra rapporteringsenheter 2016. Data fra sykestuene er inkludert.

		Antall enheter	Estimerte liggedøgn	Sum plasser	Beleggsprosent
Region	Totalt inkl sykestuer	172	84 475	586	39,5
	Totalt ekskl sykestuer	155	79 091	565	38,3
	Sør-Øst	56	50 333	333	41,4
	Vest	32	14 044	106	36,4
	Midt-Norge	37	7 712	68	31,0
	Nord	47	12 386	79	43,0
ØHD-tilbudets størrelse	Under 3 plasser	111	15 950	141	30,9
	4-5 plasser	27	13 829	98	38,7
	6-9 plasser	23	19 603	146	36,9
	10-14 plasser	7	12 226	78	42,9
	15 plasser+	4	22 867	123	50,9
Oppstartsår	Sykestue	17	5 384	21	70,5
	2013 eller tidligere	75	52 845	332	43,7
	2014	24	12 052	98	33,6
	2015	33	8 330	72	31,6
	2016	26	5 864	63	25,6
Lokalisering	Sykestue	17	5 384	21	70,5
	LMS, DMS, Helsehus	28	23 257	155	41,0
	Sykehjem	112	31 083	265	32,2
	Legevakt	14	6 238	55	31,1
	Annet	13	24 819	140	48,6

Bidrar døgntilbudet for øyeblikkelig hjelp til å redusere innleggelser i sykehus?

Formålet med oppbygningen av et kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp er å unngå sykehusinnleggelser der dette ikke er ønskelig eller nødvendig ut fra en medisinskfaglig vurdering. Et av prosjektene i Forskningsrådets evaluering av sykehusreformen analyserte om opprettelsen av

¹² Rambøll (2015) Øyeblikkelig hjelp døgntilbud – bruk av plassene ved interkommunale samarbeid.



kommunale døgneheter førte til færre innleggelser ved somatiske sykehus (Swanson m.fl. 2016¹³). Hovedkonklusjonen fra dette prosjektet var at innføringen av ØHD har hatt effekter, men at effektene varierer med hvordan tilbudet er organisert. Der ØHD er organisert med god tilgang til legetjenester (samlokalisert med legevakt/god legeberedskap), er effekten målbar (ca. 2,5 prosent færre innleggelser). For ØHD med annen organisering er det ikke dokumentert effekt. Effekten er størst for pasientgruppen over 80 år innlagt ved medisinske avdelinger. Rapporten og evalueringen peker på at ØHD er relativt tidlig i etableringsfasen, og at de mulige positive effektene på lengre sikt kan være underestimerte.

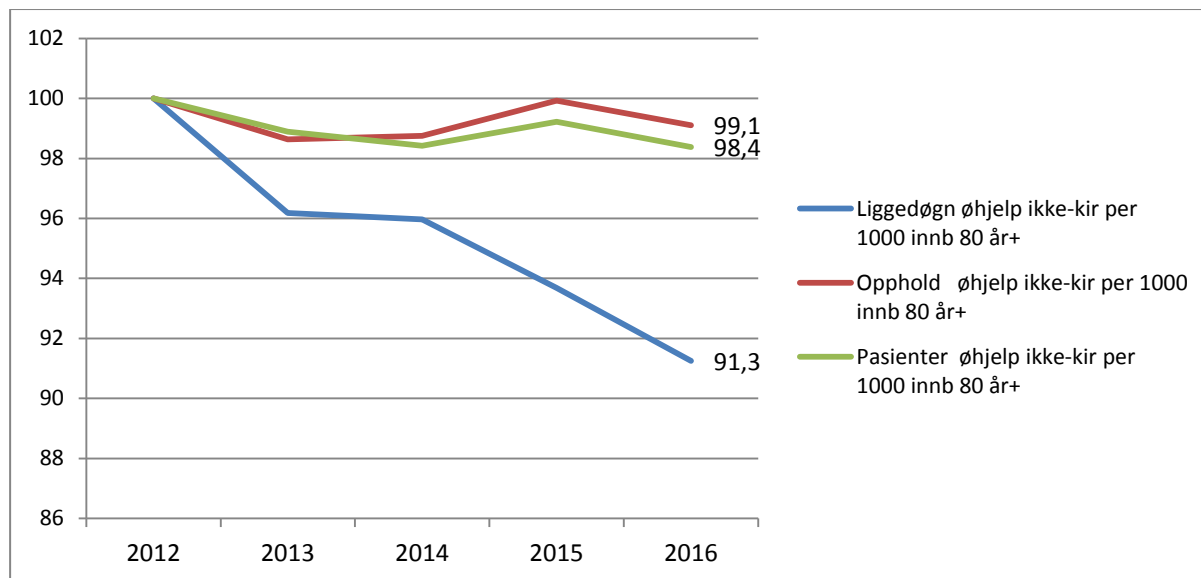
En annen artikkel fra evalueringen (Islam og Kjerstad 2016¹⁴) viser at kommunale døgntilbud for øyeblikkelig hjelp reduserer antall innleggelser i sykehus, men at resultatene er forskjellig for ulike typer diagnoser. Man finner en reduksjon i innleggelser i sykehus for diagnosene angina, astma og kols, men ikke for diagnosene hjertesvikt og diabetes. Disse funnene antyder at det kommunale døgntilbudet for øyeblikkelig hjelp kan bidra til å avlaste spesialisthelsetjenesten for pasienter med visse kroniske lidelser. Det påpekes at dette vil gi en kostnadsbesparelse da innleggelser i spesialisthelsetjenesten trolig vil være dyrere enn innleggelser i det kommunale døgntilbudet for øyeblikkelig hjelp. I tillegg vil det bidra til at de frigjorte ressursene i spesialisthelsetjenesten kan brukes på andre pasienter, for eksempel gjennom kortere ventelister.

Utviklingen i bruk av sykehus når det gjelder medisinsk behandling for øyeblikkelig hjelp i perioden etter Samhandlingsreformen (2012-16), viser et stabilt nivå eller svak nedgang når det gjelder innleggelser av eldre pasienter. Nedgangen på 0,9-1,6 prosent korrigert for befolkningsutviklingen – se figur 7. Innleggelsene preges av stadig kortere varighet. Nedgangen i liggedøgn for eldre pasienter (80 år og over) er på knapt ti prosent, men dette mønsteret gjelder alle typer opphold og kan ikke tilskrives en effekt av ØHD ettersom registreringene i kommunene indikerer at det kommunale døgntilbudet for øyeblikkelig hjelp kun i liten grad brukes til etterbehandling av pasienter fra sykehus. Generelt sett er det dermed ingen åpenbare eller tydelige effekter av oppbyggingen av det kommunale tilbudet for øyeblikkelig hjelp på ø-hjelp i sykehus, men dette skyldes trolig at nivået av ØHD-innleggelser er lavt (7,6 per innbygger) i sammenligning med sykehusinnleggelsene (106 per innbygger).

¹³ ¹³ Marianne Sundlisæter Skinner (2015) Senter for omsorgsforskning. Rapportserie 10/2015. Skeptiske leger og tomme senger? Bruk av de kommunale akutte døgnplassene

¹⁴ M. Kamrul Islam og Egil Kjerstad, Does Emergency Capacity in Primary Care Effect Emergency Hospital Admissions? 2016.

Figur 7. Prosent endring 2012-16 i bruk av sykehus ved øyeblikkelig hjelp for medisinsk behandling per innbygger 80 år og over. 2012=100.

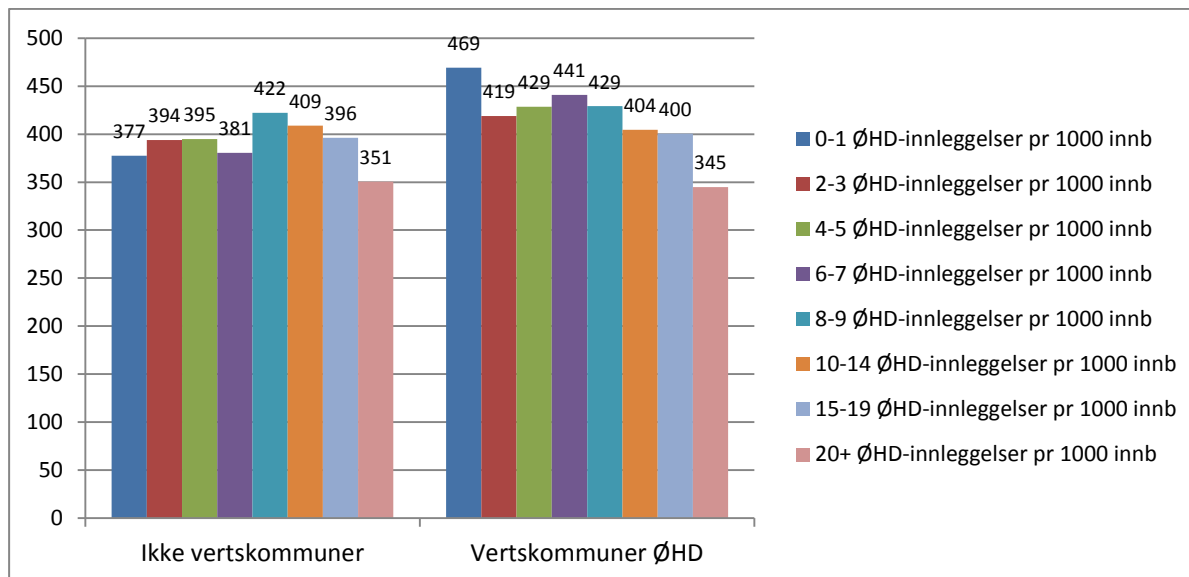


Vi har sett nærmere på sammenhengen mellom nivået av ØHD-bruk og nivået av ø-hjelpsinnleggelse for eldre korrigert for kommunestørrelse, vertskommuner for ØHD og tidspunkt for oppstart av tilbudet. Sammenhengene mellom bruk av sykehus og ØHD er komplekse, vi finner at vertskommunene for ØHD har høyere bruk av ØHD, men også høyere bruk av sykehus enn andre kommuner¹⁵. Små kommuner har høyere bruk av ØHD, men lavere nivå av ø-hjelpsopphold for medisinsk behandling blant eldre enn store kommuner. En enkel regresjonsanalyse av kommunestørrelse, ØHD vertskommune-status og ø-hjelpsopphold på sykehus for medisinsk behandling av eldre pasienter (ikke kirurgi) påviser likevel at det er en statistisk signifikant sammenheng mellom bruk av ØHD og sykehus når vi korrigerer for kommunestørrelse og om kommunen er en vertskommune for ØHD-tilbudet. Kommuner med høy bruk av ØHD-tilbudet, har i gjennomsnitt noe lavere nivå på ø-hjelpsinnleggelse for medisinsk behandling av eldre 80 år og over. Sammenhengen er tydeligst for de kommunene som har et ØHD-tilbud lokalisert i egen kommune (se tabell 8).

Effekten av ØHD-tilbudet på sykehusopphold for øyeblikkelig hjelp og medisinsk behandling av eldre er liten fordi omfanget av ØHD-innleggelse er liten, men sammenhengen er signifikant og indikerer at en innleggelse på en ØHD-enhet sparer en innleggelse på sykehus. Effekten er vanskelig å illustrere grafisk, men kan anes i figur 8. Figuren viser sykehusbruk etter kommunenes nivå av ØHD-innleggelse. Kommuner med et høyt nivå av ØHD-innleggelse (mer enn 20 innleggelse per 1000 innbygger), har også noe lavere nivå av sykehusopphold for øyeblikkelig hjelp og medisinsk behandling av eldre.

¹⁵ Med bruk av ØHD refereres det her til ØHD-innleggelse per innbygger. Med bruk av sykehus refereres det til ø-hjelpsinnleggelse for medisinsk behandling per innbygger 80 år og over.

Figur 8. Sykehusopphold for øyeblikkelig hjelp og medisinsk behandling per 1000 innbyggere 80 år og over etter kommunenes bruk og organisering av ØHD-tilbudet. Data fra 2016.



Tabell 8. OLS regresjon av kommunenes nivå av ø-hjelpsinleggelser for medisinsk behandling per innbygger 80 år og over etter kommunestørrelse og bruk av ØHD-tilbudet. Data 2016.

	B	Sign.
Konstant	364,47	
ØHD-innleggelser per 1000 innb.	-1,08	0,017
ØHD-vertskommunestatus	27,41	0,032
Kommunestørrelse (7-delt)	10,89	0,010
N=334		



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