



Status for kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp 2017



Tittel: Status for kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp 2017
Analysenotat i SAMDATA kommune

Nummer: 07/2018

Utgitt av: Helsedirektoratet

Avdeling: Komparativ statistikk og styringsinformasjon

Ansvarlig: Beate Margrethe Huseby

Beate.Margrethe.Huseby@helsedir.no

Sentralbord: 810 20 050

Nettsted: www.helsedirektoratet.no

Forfattere: Silje Marie Mortensen

Tone Rian Myrli

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

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

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

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

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

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

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

SAMMENDRAG

Oppstart av kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp innen psykisk helse og rus

Fra 1.1.2017 ble plikten for kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp (ØHD) utvidet til å gjelde pasienter med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblemer. For 2017 er kommunene derfor bedt om en særskilt rapportering av aktiviteten som er knyttet til disse pasientene. Av i alt 181 ØHD-enheter (eksklusive sykestuene) tilknyttet 392 kommuner, har 32 enheter rapportert at de har utvidet tilbudet og antall ØHD-plasser som følge av denne lovendringen. Noen rapporteringsenheter oppgir at antall plasser ikke ble utvidet eller at enkelte plasser ikke ble øremerket til plasser for pasienter med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblemer, men at de, innenfor det eksisterende tilbudet, har kapasitet til å ivareta nye pasientgrupper.

Mange av ØHD-enhetene har ikke klart å skille mellom ØHD-pasienter innen somatikk og ØHD-pasienter med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblemer, og har derfor kun rapportert samlet. Data som er særskilt rapportert for ØHD-tilbudet innen psykisk helse og rus viser at det var totalt 1 869 innleggelser og 3 895 estimerte liggedøgn for ØHD innen psykisk helse og rus i 2017.

I 2016 var tilsammen fem prosent av innleggelsene i ØHD-enhetene knyttet til pasienter med psykisk sykdom, rus eller psykososiale-/sosiale problemer. I 2017 var andelen økt til 7,7 prosent. Pasienter som ble innlagt på grunn av psykisk sykdom og/eller rusmiddelmissbruk ble noe oftere innlagt på natt og i helgene, de kom oftere direkte fra eget hjem og hadde lavere gjennomsnittsalder enn andre pasienter. Blant pasientene totalt, var 12 prosent i alderen 18-49 år, mens for pasienter med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblemer var andelen 32 prosent. Data indikerer også at pasienter med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblematikk i gjennomsnitt hadde noe kortere opphold enn andre pasienter.

I Helsedirektorates datainnsamling fra ØHD-enhetene for 2017 har vi mottatt opplysninger fra 410 kommuner. Det utgjør 96 prosent av alle kommuner, og er en økning på i overkant av åtte prosentpoeng fra fjorårets innsamling. Totalt for alle pasienter ble det rapportert 37 185 innleggelser og 104 133 estimerte liggedøgn i det kommunale døgntilbudet for øyeblikkelig hjelp i 2017. Dette utgjør en økning på 6,6 prosent i antall innleggelser, og 14 prosent for estimerte liggedøgn fra 2016.

Bruk av kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp varierer betydelig mellom kommunene. Det var sykestuene og vertskommunene som benyttet tilbudet mest. Små kommuner har

høyere bruk enn store, og generelt har tilbud som har vært i drift lenge høyere bruk enn mer nyoppstartede

Totalt sett utnytter kommunen tilbudet bedre i 2017 enn i tidligere år. Analysene viser at beleggsprosenten har økt med to prosentpoeng fra 2016 til 2017. Beleggsprosenten var høyere for store enheter, sykestuer og tilbud med lokalisering tilknyttet lokalt medisinsk senter/distrikt medisinsk senter/helsehus o.l, samt tilbud som har vært i drift noen år. Analysen indikerer at det fortsatt er rom for økt bruk av tilbudet.

STATUS FOR KOMMUNALT DØGNTILBUD FOR ØYEBLIKKELIG HJELP 2017

1. Innledning

Fra 1.1.2016 fikk kommunene plikt til å sørge for kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp jf. Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5. Denne plikten er et ledd i Samhandlingsreformen, hvor hovedformålet er å imøtekomme framtidens utfordringer på helseområdet. Kommunene fikk gjennom dette en ny oppgave. Det er et uttalt mål at helhetlige pasientforløp i størst mulig grad skal ivaretas innenfor beste effektive omsorgsnivå.

I forarbeidene til loven blir døgnopphold for øyeblikkelig hjelp definert som «innleggelse av pasienter med behov for hjelp som er påtrengende nødvendig, og hvor innleggelsen ikke er planlagt på forhånd». Formålet med oppbyggingen av kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp er å unngå innleggelser i sykehus når dette ikke er nødvendig eller ønskelig ut fra en medisinskfaglig vurdering, gi behandling nærmere pasientenes bosted og bidra til at kommunene blir involvert tidlig i pasientforløpet.

I første omgang var plikten til å sørge for kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp knyttet til pasienter med somatisk sykdom. Fra 1.1.2017 ble plikten utvidet til å gjelde voksne pasienter med psykiske helse- og/eller rusproblemer. I følge Helsedirektoratets veiledningsmaterieell er det lagt til grunn et begrenset omfang av liggedøgn som kan overføres fra spesialisthelsetjenesten til kommunene innen fagområdene psykisk helse og rus.

Hensikten med dette analysenotatet er å beskrive tilbudet og vise bruk av kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp ved utgangen av 2017. Først presenteres samlede tall for bruk av kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp for pasienter innen både somatisk sykdom og psykisk helse- og/eller rusmiddelproblemer. Flere av kommunene har ikke registreringssystemer som har gjort det mulig å skille mellom disse to fagområdene, det er derfor ikke mulig å gi en fullstendig og god oversikt over fagområdene hver for seg. I del to presenterer vi de tallene som er rapportert inn særskilt for pasienter med psykisk helse- og/eller rusproblemer.

I notatet bruker vi begrepet vertskommune om den kommunen som har tilbudet fysisk plassert i egen kommune, mens begrepet samarbeidskommune vil bli brukt om kommuner som samarbeider om et tilbud som ikke er lokalisert i egen kommune.

2. Om datagrunnlaget

Helsedirektoratet er pålagt av Helse- og omsorgsdepartementet å samle inn informasjon om bruk av kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp. Data ble samlet inn i perioden fra januar til april 2018. Rapporteringsperioden er fra 1. januar 2017 til 31. desember 2017, samme rapporteringsperiode som i 2016. For rapportering for tidligere år, var rapporteringsperioden fra 1. september til 31. august. I tabellene oppgis dette som 2012-13, 2013-14 og 2014-15.

Informasjonsinnhenting har foregått ved at kommunene ble bedt om å fylle ut et Excel-skjema med aggregert informasjon om bruk av tilbudet. Dersom tilbudet er etablert i samarbeid med andre kommuner, er det vertskommunen som har ansvaret for rapporteringen, og skal da rapportere på vegne av alle kommunene som inngår i samarbeidet. Dataregistrering og rapportering av bruk av kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp er foreløpig ikke en del av kommunenes ordinære rapporteringssystemer. Kommunene har derfor vært nødt til å fylle ut skjemaet manuelt. Dette gir økt risiko for feilregistrering av data.

I 2017 ble kommunene for første gang bedt om å levere opplysninger særskilt på innleggelser knyttet til psykisk helse og rus som en følge av at plikten for kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp fra 1.1.2017 ble utvidet til å gjelde disse pasientgruppene. Flere kommuner har opplyst at det har vært vanskelig å skille innleggelser for denne pasientgruppen fra andre innleggelser.

Ut fra de opplysningene som Helsedirektoratet har mottatt, har de fleste kommunene som samarbeider om somatiske innleggelser, utvidet samarbeidet til å gjelde innleggelser for pasienter med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblematikk. Enkelte kommuner har likevel opprettet eget tilbud for psykisk helse og rus. Der vi har fått opplysninger fra vertskommunen om at samarbeidet ikke gjelder innleggelser knyttet til psykisk helse og rus, har Helsedirektoratet sendt skjema til de berørte kommunene og bedt de om å rapportere særskilt for disse pasientgruppene. Dette gjaldt 11 kommuner, hvorav tre kommuner rapporterte data. Dette, samt at flere rapporteringsenheter ikke hadde mulighet til å skille innleggelser innen psykisk helse og rus fra somatiske innleggelser, medfører at data for psykiske helse og rus er mangelfull.

Skjemaet gir aggregert kommunefordelt informasjon om *innleggelser, kjønn og alder, liggedøgn og hvor pasienten ble skrevet ut til*. I tillegg er det informasjon om *innleggelsesdiagnose, innleggelsestidspunkt, hvor pasienten er henvist fra og hvem han/hun er henvist av per rapporteringsenhet*. I løpet av 2017 har noen kommuner gått fra å være en del av et samarbeid til å opprette et tilbud i egen kommune. For de kommunene som ikke hadde et eget tilbud gjennom hele 2017, er alle innleggelser lagt til det samarbeidet de var en del av ved årets begynnelse. I 2017 var det totalt 384 innleggelser av pasienter som ble innlagt ved et annet ØHD-tilbudet enn i sin egen bostedskommune. Dette er typisk pasienter som er på ferie eller lignende. Disse innleggelsene inngår ved det tilbudet de ble lagt inn ved, med unntak av beregningen 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.

STATUS FOR KOMMUNALT DØGNTILBUD FOR ØYEBLIKKELIG HJELP 2017

0,5 plass, mens andre kommuner har rundet dette opp til f.eks. 1 plass. Sum plasser er derfor ikke helt nøyaktig, dette har innvirkning på beregning av beleggsprosent.

Antall enheter i de ulike tabellene varierer noe. Dette skyldes at ikke alle rapporteringsenheter har levert alle opplysningene som ble etterspurt i skjemaet. Årsakene til dette er blant annet at opplysningene ikke er 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.

Data fra sykestuene i Finnmark er levert av Norsk Pasientregister (NPR), og inngår i *antall pasienter, innleggelser og liggedøgn* dersom ikke annet er oppgitt. Vi har kun inkludert innleggelser som er registrert som øyeblikkelig hjelp. For én sykestue mangler det informasjon om innleggelsene var øyeblikkelig hjelp eller elektiv. Ved rapportering i 2016 var om lag 98 prosent av alle innleggelsene for denne sykestuen registrert som øyeblikkelig hjelp. Vi har derfor valgt å ta med alle innleggelsene ved denne sykestuen. For å få oversikt over hvordan tilbudet ved sykestuene er organisert, har vi bedt om administrative opplysninger fra sykestuekommunen. Det er disse opplysningene som ligger til grunn for antall etablerte plasser. Sykestuene i Nord-Troms er ikke en del av NPR sine data.

For sykestuene er følgende diagnosekoder inkludert i data for psykisk helse og rus: Hovedkapittel F, Z00-Z01, Z03-Z04, Z59, Z63, Z72, G10, G20, G30, G31, G40, X6n, R41, R45, T4n-T50 og T51-T65.

3. Bruk av kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp

Status for kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp

I dette avsnittet presenteres antall plasser, antall innleggelses og antall liggedager for regionene¹ og for Norge totalt. Plasser ved sykestuene inngår i telling av antall plasser. Antall innleggelses og liggedøgn viser tall både eksklusive og inklusive aktivitet ved sykestuene.

Tabell 1 viser en økning på 85 plasser fra 2016 til 2017, dette kan både knyttes til utvidelsen av tilbudet for psykisk helse og rus, andre nye tilbud og til en mer komplett rapportering. Det var størst økning i antall plasser i Midt-Norge. I denne regionen økte antallet plasser med 59 prosent fra 2016 til 2017. Samlet sett økte antallet innleggelses med 6,6 prosent fra 2016 til 2017, og estimerte liggedager økte med rundt 14 prosent fra 2016 til 2017.

Tabell 1: Antall plasser², innleggelses og liggedøgn etter rapporteringsperiode og region. Data per rapporteringsenhet.

		2012-13	2013-14	2014-15	2016	2017	Prosent endring 2016-17
Antall plasser	Sør-Øst	181	269	318	357	367	2,8
	Vest	67	68	75	108	135	25,0
	Midt-Norge	47	67	77	68	108	58,8
	Nord	45	55	63	82	90	9,8
	Totalt	340	458	533	615	700	13,8
Antall innleggelses	Sør-Øst	1 738	8 659	13 308	20 115	19 237	-4,4
	Vest	926	3 288	3 442	5 645	8 109	43,5
	Midt-Norge	938	2 202	2 704	4 043	4 616	14,2
	Nord ekskl. sykestuer	816	1 638	2 876	2 527	2 699	6,8
	Nord sykestuer	2 167	7 569	2 343	2 557	2 523	-1,3
	Totalt ekskl. sykestuer	4 418	14 887	22 330	32 330	34 662	7,2
	Totalt inkl. sykestuer	6 585	22 456	24 673	34 887	37 185	6,6
Estimerte liggedøgn	Sør-Øst	4 769	22 726	35 395	50 491	55 149	9,2
	Vest	1 877	5 717	9 117	14 039	19 592	39,6
	Midt-Norge	2 333	6 415	7 874	11 554	13 598	17,7
	Nord ekskl. sykestuer	1 089	3 827	5 660	6 996	8 258	18,0
	Nord sykestuer	5 990	3 675	9 416	8 018	7 542	-5,9
	Totalt ekskl. sykestuer	10 068	38 684	58 046	83 079	96 591	16,3
	Totalt inkl. sykestuer	16 058	42 359	67 462	91 097	104 133	14,3

¹ Regionene samsvarer med inndelingen for helseregionenes «sørge-for-ansvar».

² Det er fire rapporteringsenheter som har ikke oppgitt antall plasser i 2017. Disse enhetene har vi gitt antall plasser som var oppgitt i rapporteringen for 2016.

STATUS FOR KOMMUNALT DØGNTILBUD FOR ØYEBLIKKELIG HJELP 2017

Organisering av tilbudet

Kommunene står i hovedsak fritt til å velge hvordan de ønsker å organisere tilbudet. Organiseringen av tilbudet kan avhenge av blant annet demografi, geografi, hvilke behov som finnes i kommunene og hvilke tjenester som allerede er etablert. Kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp skal beskrives i lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommunene og regionale helseforetak/ helseforetak. Disse samarbeidsavtalene skal etter Helse- og omsorgstjenesteloven gjennomgås årlig.

Kommunene står fritt til å velge om de ønsker å ha et tilbud i samarbeid med andre kommuner eller om de vil stå alene. I en analyse utført av Tjerbo og Skinner (2016)³ fant de at folketall har betydning for om kommunene inngår i et samarbeid eller ikke. Desto større befolkning, desto lavere sannsynlighet for at kommunen inngår i et samarbeid. Videre finner de også at reiseavstand til sykehus er av betydning. Jo lengre avstand til sykehus, jo lavere sjans for samarbeid.

Blant de 198 ØHD-tilbudene Helsedirektoratet har mottatt rapportering fra, er det 122 kommuner som ikke samarbeider med andre kommuner, mens 76 inngår i et interkommunalt samarbeid med inntil 12 deltakende kommuner. Dette betyr at om lag 70 prosent av kommunene inngår i et interkommunalt samarbeid. I løpet av 2017 har seks tidligere samarbeidskommuner gått fra å være en del av et samarbeid til å opprette eget tilbud i kommunen

Tabell 2 viser fordelingen mellom ulike lokaliseringer fra 2013-14 til 2017. Kategoriene er ikke gjensidig utelukkende, og enkelte kommuner har krysset av for flere typer lokalisering. Dette innebærer at totaltallet er litt høyere enn faktisk antall rapporteringsenheter og påvirker trolig endringene over tid i type lokalisering. Antall sykestuer er antall enheter med data, enten fra NPR eller fra rapporteringsskjema.

Over halvparten av rapporteringsenheten har tilbudet i et sykehjem. Fra 2016 til 2017 var det en økning i både antall og andel enheter som hadde tilbudet samlokalisert med legevakt.

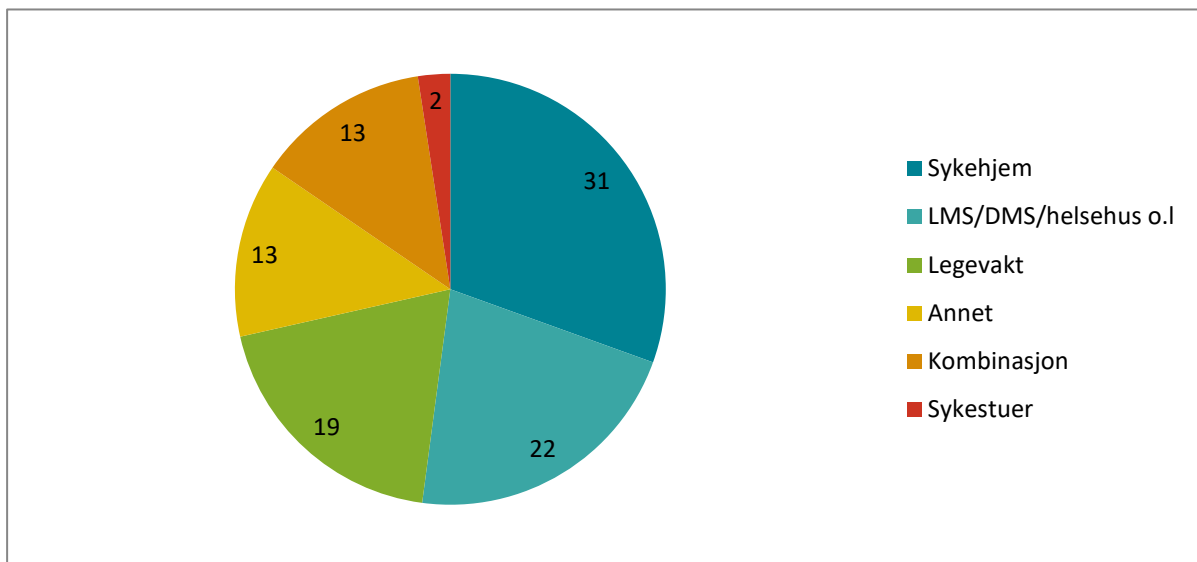
³ Trond Tjerbo og Marianne Sundlisæter Skinner (2016). Interkommunalt samarbeid om døgnåpne kommunale akuttenger og legevakt. Tar helsekommunen form? Tidsskrift for omsorgsforskning Nr. 2.2016.

Tabell 2: Lokalisering⁴ av kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp etter rapporteringsperiode. Data per rapporteringsenhet.

	2013-14		2014-15		2016		2017	
	Antall enheter	Andel	Antall enheter	Andel	Antall enheter	Andel	Antall enheter	Andel
Sykehjem	69	48,6	110	56,4	118	59,6	127	58,5
Legevakt	17	12,0	22	11,3	17	8,6	26	12,0
LMS/DMS/helsehus o.l. ⁵	24	16,9	33	16,9	32	16,2	29	13,4
Annet	14	9,9	15	7,7	14	7,1	17	7,8
Sykestue	18	12,7	15	7,7	17	8,6	18	8,3
Totalt	142	100	195	100	198	100	217	100

Figur 1 viser fordeling av antall plasser etter lokalisering. I kategorien *Kombinasjon* er de kommunene som har oppgitt at de har tilbud ved to eller flere lokaliseringer. Antall plasser som kommunene har til rådighet for akuttinnleggelser varierer fra 0,2 plasser til 73 plasser, og til sammen ble det registrert 700 plasser i 2017. Tabell 2 viser at nær 60 prosent av enhetene har valgt å lokalisere ØHD-tilbudet til et sykehjem, men sykehjemmene står for 31 prosent av plassene. Legevakt og LMS/DMS/helsehus o.l. utgjør til sammen om lag 25 prosent av enhetene, men har cirka 40 prosent av plassene. Dette skyldes at ØHD-tilbudene som er samlokalisert med legevakt eller LMS/DMS/helsehus o.l. gjerne ligger i byer og har flere plasser enn tilbud som er samlokalisert med sykehjem.

Figur 1: Andel plasser ved kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp etter lokalisering, 2017.



⁴ Det mangler informasjon om lokalisering for én enhet.

⁵ LMS=Lokal medisinske sentre. DMS=Distrikt medisinske sentre.

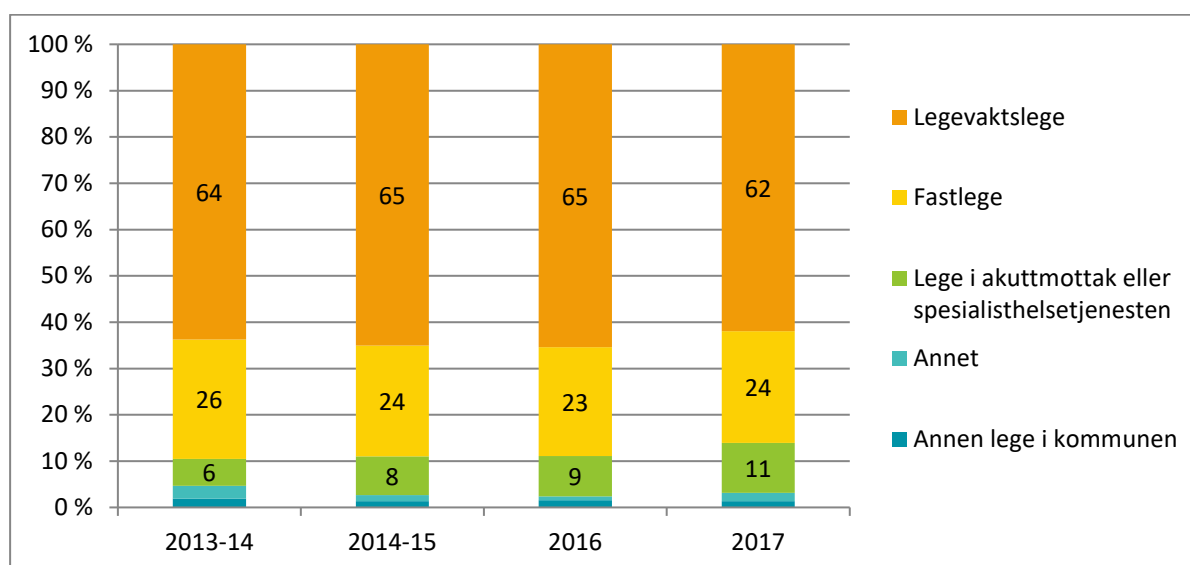
STATUS FOR KOMMUNALT DØGNTILBUD FOR ØYEBLIKKELIG HJELP 2017

Henvisninger til kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp

Innleggelser ved kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp krever en henvisning eller innleggelseskriv fra lege. Av den grunn spiller legene en nøkkelrolle i innleggelser og bruk av ØHD-tilbudene. Dersom legene ikke er informert om tilbudet, innleggelseskriterier eller har tiltro til at tilbudet som blir gitt ved disse enhetene er minst like godt som en sykehusinnleggelse, vil de heller ikke henvise pasienter til ØHD. Legenes manglende kunnskap og tiltro til tilbudet har tidligere blitt trukket fram som en av hovedforklaringene til den lave bruken av tilbudet (Skinner 2015)⁶. I følge en undersøkelse gjort av Deloitte⁷ i 2014 opplevde de fleste kommunene en økning i beleggsprosenten da tilbudet ble godt kjent og etablert.

Figur 2 viser hvilken instans som har henvist til kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp. Henvisninger fra legevaktslege har størst andel i hele perioden med over 60 prosent. Videre har henvisning fra fastlegene en andel på 24 prosent, mens lege i akuttmottak eller spesialisthelsetjenesten står for 11 prosent.

Figur 2: Oversikt over hvilken instans som har henvist til ØHD. Eksklusiv sykestuer i Finnmark.



Figuren over viser alle rapporteringsenhetene samlet, noe som ikke trenger å gi et korrekt bilde av fordelingen på kommunenivå. Skinner (2015)⁴ fant at det var stor variasjon og spredning på kommunenivå over hvilken instans som henviste til ØHD. Blant annet fant hun at 57 prosent av

⁶ Marianne Sundlisæter Skinner 2015) Skeptiske leger og tomme senger? Senter for omsorgsforskning – øst.

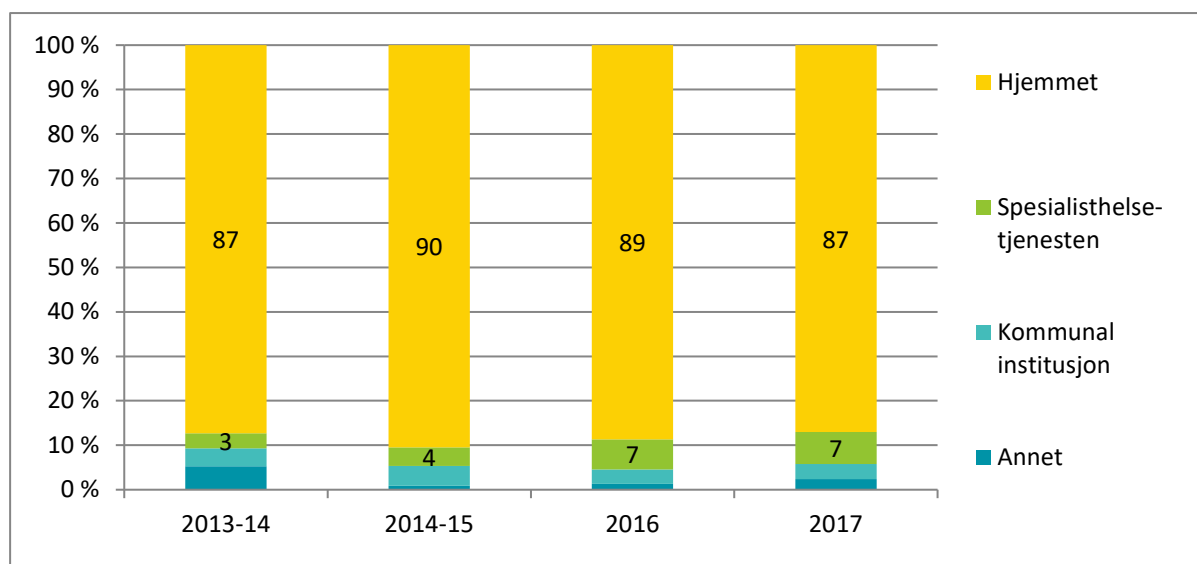
⁷ Deloitte (2014) Undersøkelse om bruken av øyeblikkelig hjelp døgnoophold i kommunen. Oppdrag fra Helsedirektoratet oktober 2014.

rapporteringsenhetene i hennes analyse ikke hadde noen henvisninger fra lege i spesialisthelsetjenesten.

I 2017 ble 11 prosent av innleggelsene i ØHD henvist av lege i akuttmottak, mot 6 prosent i rapporteringsperioden 2013-14. Regjeringen har som mål å styrke akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus, der kommunale øyeblikkelig hjelp døgnplasser inngår som en av flere tjenester. Desentraliserte spesialisthelsetjenester, gjerne samlokalisert med kommunale helse- og omsorgstjenester, skal videreutvikles for å gi gode tjenester i nærmiljøet og helhetlige pasientforløp (Nasjonal helse og sykehusplan 2015-2019⁸). Satsningen de siste årene på høyere kompetanse i akuttmottak («døgn til dag» for øyeblikkelig hjelp) kan ha bidratt til at flere pasienter blir diagnostisert og ferdigbehandlet i mottaket og kan henvises til for eksempel ØHD, og på den måten unngå innleggelser i sykehus.

I 2017, som tidligere år, kom den største andelen av pasientene fra hjemmet, se figur 3. Andel pasienter fra spesialisthelsetjenesten var høyere i 2016 og 2017 enn tidligere år. Pasienter som har vært gjennom en *diagnostisk sløyfe* inngår i kategorien «spesialisthelsetjenesten». I tilfeller hvor det er tvil om hvilket nivå en pasient skal henvises til, kan pasienten bli sendt til et akuttmottak eller annen plass i spesialisthelsetjenesten for å få en diagnostisk avklaring, for så å bli sendt til ØHD dersom det ikke er nødvendig å legge inn pasienten på sykehus.

Figur 3: Oversikt over hvor pasienter kommer fra. Eksklusive sykestuer i Finnmark.

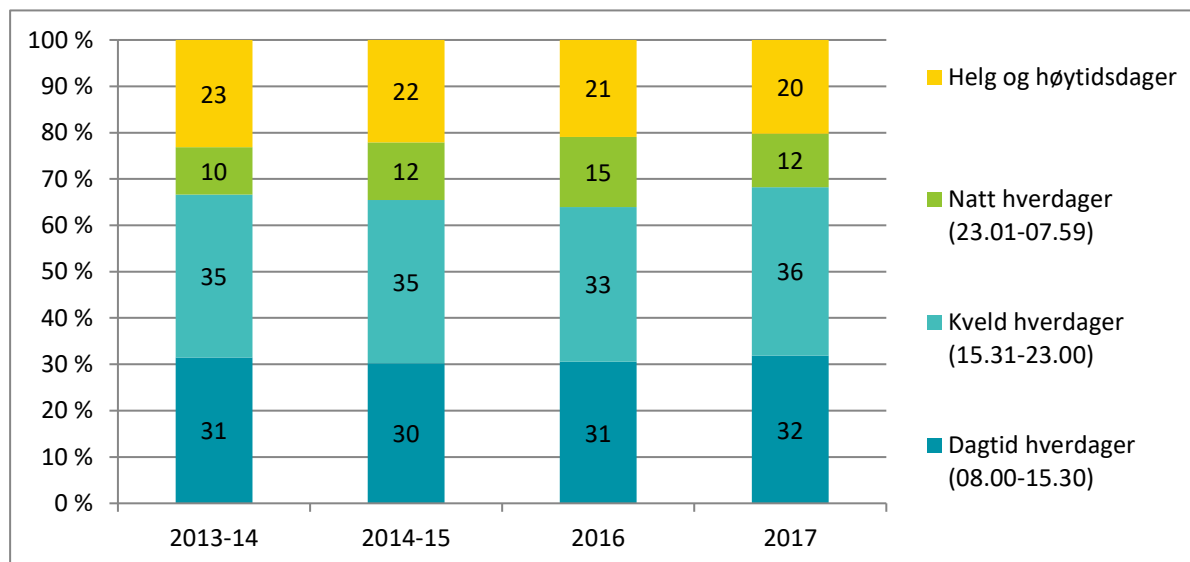


I figur 4 presenteres når på døgnet pasienten ble innlagt ved ØHD. I overkant av 30 prosent av innleggelsene foregikk innenfor tidsrommet til fastlegenes ordinære arbeidstid. Dette betyr at i overkant av 2/3 av innleggelse var utenfor fastlegenes arbeidstid.

⁸ <https://www.regjeringen.no/contentassets/7b6ad7e0ef1a403d97958bcb34478609/no/pdfs/stm201520160011000dddpdfs.pdf>

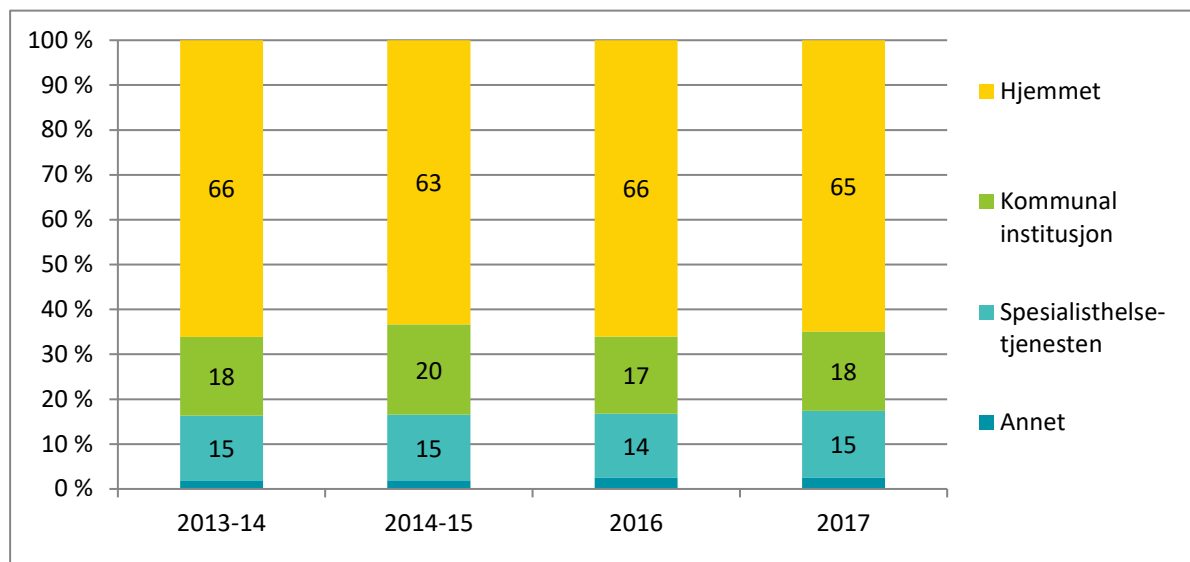
STATUS FOR KOMMUNALT DØGNTILBUD FOR ØYEBLIKKELIG HJELP 2017

Figur 4: Tidspunkt for innleggelse ved ØHD. Eksklusiv sykestuer i Finnmark.



Mens 87 prosent i 2017 kom *fra* hjemmet til ØHD, ble 65 prosent skrevet ut *til* hjemmet. Omtrent en tredjedel ble skrevet ut til kommunal institusjon eller til spesialisthelsetjenesten. Dette har vært stabilt i hele perioden fra tilbudet ble opprettet, se figur 5.

Figur 5: Oversikt over hvor pasienter ble skrevet ut til. Eksklusiv sykestuer i Finnmark.



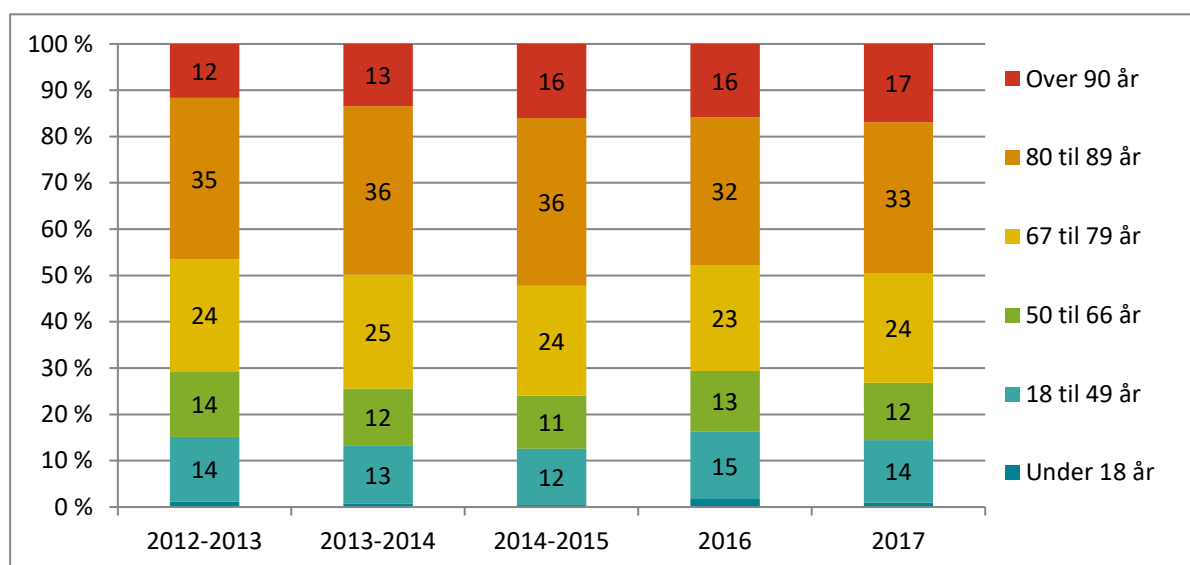
Kommunale øyeblikkelig hjelp døgnplasser kan bidra til at pasienter får et godt tilbud i nærområdet. Det er kun 7 prosent av pasientene som kommer fra spesialisthelsetjenesten og 15 prosent som skrives ut til spesialisthelsetjenesten. Dette er i tråd med intensjonene for hvordan ØHD-tilbudet skulle brukes. At kun 15 prosent av pasientenes sendes videre til spesialisthelsetjenesten, kan bety at omfanget av innleggelser i spesialisthelsetjenesten reduseres som følge av det kommunale ØHD-

tilbudet. Det har likevel blitt påpekt (Grimsmo 2015)⁹ at pasientforløpet for noen pasienter har blitt mer oppstykket de senere år. Det vanligste forløpet har vært hjem – sykehus – hjem. Mens organisering av interkommunale døgntilbud for øyeblikkelig hjelp har ført til korte mellomopphold i institusjon før eller etter sykehusinnleggelse for noen pasienter.

Aldersfordeling og årsak til innleggelse

I rapporteringen fra kommunene hentes det inn informasjon om kjønn- og aldersfordeling for pasienter som har vært innlagt i kommunalt døgntilbudet for øyeblikkelig hjelp. Dersom en pasient hadde flere innleggelser, vil det være avvik mellom antall innleggelser og antall pasienter. For 2017 ble det oppgitt kjønn- og alderssammensetning for 32 911 pasienter. Over 63 prosent var kvinner. Personer i aldersgruppene 67 til 79 år og 80 til 89 år utgjorde dem største andelen av pasientene ved ØHD, hvor over 73 prosent av pasientene var over 67 år, og om lag 50 prosent var over 80 år. Alderssammensetningen blant ØHD-pasientene har vært lite endret fra oppstarten i 2012 til 2017, men vi ser en tendens til at andelen eldre over 90 år har økt noe. Dette framgår av figur 6.

Figur 6: Aldersfordeling for pasienter innlagt i ØHD. Sykestuer er inkludert.



Rapporteringsenhetene ble bedt om å rapportere innleggelsesdiagnose for pasientene. Gruppering av diagnose skjer etter ICPC-2 kodeverk, og angir hvilket hovedkapittel diagnosen tilhører. Pasienter som er aktuelle for behandling i kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp, er i utgangspunktet de samme pasientene som hyppig blir innlagt på sykehus. Det avgjørende er om pasienten kan gis et forsvarlig tilbud i kommunen eller ikke. I det første veiledningsmaterialet var det avklarte pasienter med kjent diagnose som var anbefalt inn i ØHD. Dette ble utvidet til å gjelde stabile pasienter med uavklart diagnose, som trenger observasjon og utredning, men som ikke oppfattes som alvorlig syke¹⁰.

⁹ Grimsmo, A. (2015). Samhandlingsreformen - hva nå? Tidsskriftet Den Norske Legeforening: 17.

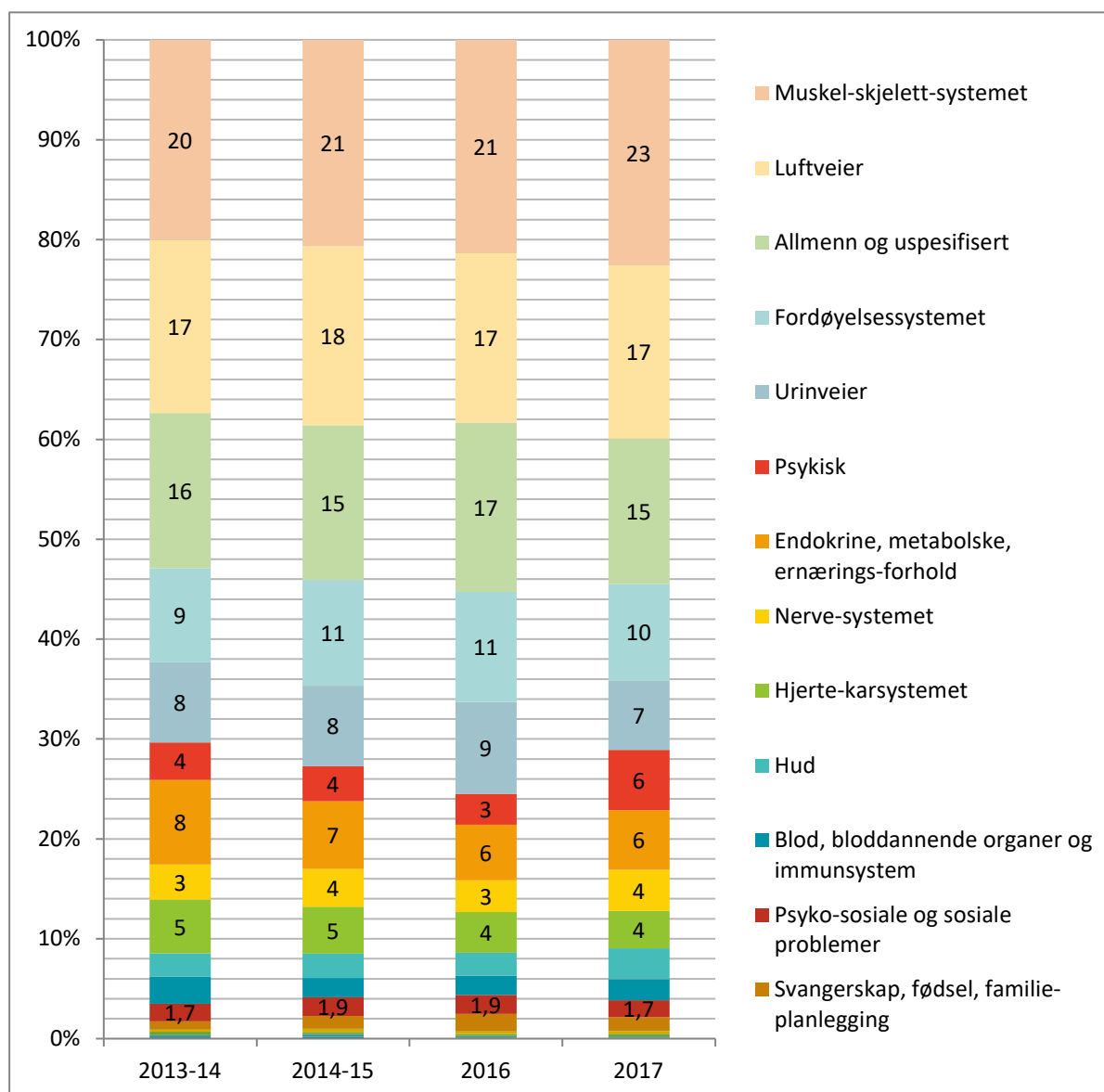
¹⁰ Helsedirektoratet (2016). Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnoophold. Veiledningsmateriell.

STATUS FOR KOMMUNALT DØGNTILBUD FOR ØYEBLIKKELIG HJELP 2017

Kommunene kan i praksis påta seg utredning, behandling og omsorg ved de mindre alvorlige tilfellene av øyeblikkelig hjelp, forutsatt at de har den nødvendige kompetansen og infrastrukturen.

Figur 7 viser andel innleggelser etter hovedkapitlene til ICPC-2. I 2017 var årsak til innleggelse oppgitt for 31 234 innleggelser, en økning på 10 000 fra 2016. I likhet med tidligere år, var de største diagnosegruppene *sykdommer i muskel-skjelett systemet, sykdommer i luftveiene og allmenn og uspesifisert tilstand*. Til sammen utgjør disse tre gruppene over 54 prosent av innleggelsene. Antall registrerte innleggelser knyttet til psykisk helse og rus ble tredoblet fra 2016 til 2017, og økte med tre prosentpoeng, til seks prosent av antall innleggelser registrert med innleggingsdiagnose.

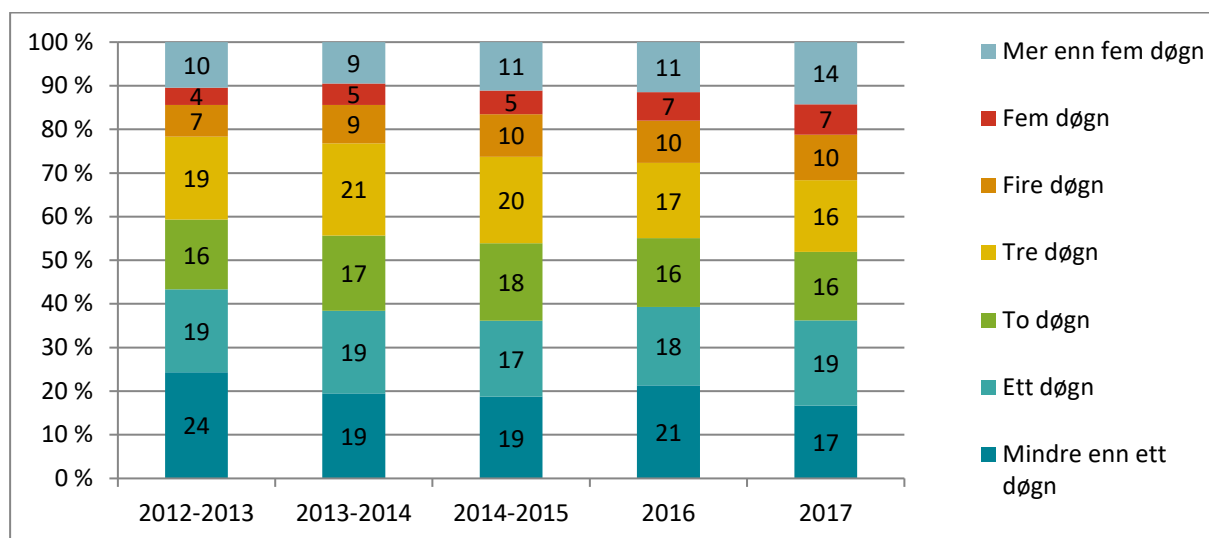
Figur 7: Årsaker til innleggelser i ØHD etter rapporteringsperiode. Sykestuer er ekskludert.



Innleggelser og liggetid

I tidligere utgaver av veiledningsmaterialet til ØHD, ble det oppgitt at opphold ved ØHD burde avgrenses til 72 timer. Dette skulle være veiledende, og ble ikke ansett som en absolutt norm. I nyeste utgave av veilederen har Helsedirektoratet gått bort fra å oppgi veiledende antall timer i liggetid. Det skal være pasientens tilstand og/eller psykososiale forhold rundt pasienten som skal være avgjørende for om det er forsvarlig å skrive ut pasienten eller ikke¹¹. Figur 8 viser at det fra 2016 til 2017 var en økning i andel innleggelser med mer enn fem liggedager, men andel innleggelser med mindre enn ett døgn ble redusert. Dette, samt at det har vært en større økning i estimerte liggedager enn antall innleggelser fra 2016 til 2017, tyder på at pasientene ligger lenger ved tilbudene enn tidligere.

Figur 8: Liggetidsfordeling etter rapporteringsperiode. Sykestuer er inkludert.



Tabell 3 viser antall innleggelser og estimerte liggedager per innbygger for vertskommunene, samarbeidskommunene og totalt. Vi har opplysninger fra 174 vertskommuner (inklusive sykestuene) og 184 samarbeidskommuner. Innleggelser med mindre enn én liggedag regnes som 0,5 liggedager, og innleggelser med mer enn fem liggedager antas å utgjøre syv liggedager. I forbindelse med innsamlingen av data, har vi fått tilbakemeldinger om at antall liggedager kan være noe underestimert. Noen kommuner har opplevd at pasienter har vært inneliggende i over en måned. For sykestuene var gjennomsnittlig liggetid, ved innleggelser der pasienten lå mer enn fem dager, i underkant av 12 dager. Antall faktiske liggedøgn vil derfor trolig være noe høyere enn det som er estimert her, dette innebærer at beleggprosenten potensielt også er noe høyere.

¹¹ Helsedirektoratet (2016) Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Veiledningsmateriell.

STATUS FOR KOMMUNALT DØGNTILBUD FOR ØYEBLIKKELIG HJELP 2017

Tabell 3: Innleggelser og liggedøgn per 1 000 innbyggere etter kommunestørrelse, oppstartsår og størrelse på enheten, 2017¹².

		Innleggelser			Estimerte liggedøgn		
		Totalt	Vertskommune	Samarbeidskommune	Totalt	Vertskommune	Samarbeidskommune
Kommunestørrelse	0-1 999 innb.	13,2	26,7	5,3	35	73	15
	2 000-4 999 innb.	12,0	19,2	7,1	29	46	17
	5 000-9 999 innb.	7,4	9,0	5,4	21	27	15
	10 000-19 999 innb.	7,4	8,5	5,2	20	23	15
	20 000-49 999 innb.	5,8	6,5	3,2	20	23	12
	50 000-99 999 innb.	5,0	5,0	-	18	18	-
	100 000 innb.+	6,6	6,6	-	19	19	-
Oppstartsår	Sykestue	43,5	43,5	-	129	129	-
	2013 eller tidligere	6,9	7,0	6,2	20	22	15
	2014	4,9	5,7	3,5	18	20	14
	2015	6,1	6,5	2,0	24	26	14
	2016	7,2	7,2	7,0	17	16	18
	2017	4,0	3,6	3,0	12	12	13
Størrelse på enheten	Mindre enn 3 plasser	9,0	10,2	1,9	24	30	5
	3-5 plasser	7,3	7,7	6,3	22	24	16
	6-9 plasser	7,5	7,4	7,9	21	23	18
	10-14 plasser	4,5	4,6	4,2	15	17	12
	15 plasser +	6,6	6,9	4,0	19	20	16
	Totalt ekskl. sykestuer	6,5	6,8	5,2	19	21	14
	Totalt inkl. sykestuer	7,0	7,3	5,2	20	22	14

I 2017 var det totalt 7,4 innleggelser per 1 000 innbyggere ved ØHD inkludert sykestuene. Videre var det totalt 20 liggedøgn per 1 000 innbyggere i 2017. Bruk av ØHD varierer betydelig mellom kommunene. Sykestuene og vertskommunene har høyest rate. Små kommuner har høyere bruk av tilbudet enn store, målt per innbygger¹³. Små kommuner har gjerne færre plasser enn store kommuner, og vertskommuner med få plasser har høyere rate enn kommuner med flere plasser. Samarbeidskommuner med færre enn tre plasser har den laveste raten. I denne gruppen er det relativt få enheter sammenlignet med vertskommunene, og flere har ingen rapporterte innleggelser, noe som bidrar til den lave raten. De enhetene som har vært i drift i en lengre periode har høyere bruk enn enheter som har et mer nyopprettet tilbud¹³.

¹² Ved utregning av rater er enheter som ikke har levert kommunefordelte tall ekskludert. Innleggelser fra andre kommuner, «gjestekommuner», er også ekskludert.

¹³ For de de to største kommunegruppene og tilbud med oppstart i 2017, er det få enheter.

Beleggsprosent

For at kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp skal fungere som det var tiltenkt må det gi god behandling til pasientene og samtidig gi god ressursutnyttelse. Mange sykehus har støtt på kapasitetsutfordringer med øyeblikkelig hjelp innleggelser av eldre, og den forventede befolkningsveksten tilsier at disse utfordringene kan øke i årene framover. For at ØHD skal gi god utnyttelse av ressursene, er det viktig at tilbudet blir benyttet. Tidligere analyse har vist at beleggsprosenten har vært lav ved flere ØHD-enheter, og dette har bidratt til å stille om spørsmål om sykehusene kunne ha utnyttet ressursene bedre.

Tabell 4 viser beleggsprosent¹⁴ for kommunale øyeblikkelig hjelp døgnplasser for regionene og for Norge totalt. For Nord og for Norge totalt viser vi beleggsprosent både eksklusive og inklusive sykestuene. I 2017 var beleggsprosenten på 40 prosent eksklusive sykestuene, og noe høyere dersom sykestuene er inkludert. Beleggsprosenten for ØHD eksklusive sykestuer har økt med cirka 2 prosentpoeng fra 2016 til 2017. Økningen i beleggsprosent fra 2016 til 2017 var ved tilbud som hadde 9 eller færre plasser.

Som vi ser av tabellen nedenfor var beleggsprosenten høyest for de tilbudene som lengst har vært i drift. For de tilbudene som ble etablert først, 2013 eller tidligere, var beleggsprosenten på 45 prosent, tilsvarende for enheter med oppstart i 2016 og 2017 var henholdsvis 33 prosent og 25 prosent.

Sykestuene skiller seg ut fra de andre ØHD-tilbudene med en beleggsprosent på 122 prosent. Beleggsprosenten for sykestuene økte med om lag 50 prosentpoeng fra 2016 til 2017. Sykestuene har få plasser og få innleggelser, og tallene er derfor sensitive for hvor mange og hvilke enheter som har rapportert data.

Dersom vi ser bort i fra sykestuene, var det tilbud som er lokalisert ved LMS/DMS/Helsehus o.l. som i 2017 hadde høyest beleggsprosent. Disse enhetene hadde en økning på 7 prosentpoeng fra 2016. Tilbud som er lokalisert ved legevakt hadde en økning på 13 prosentpoeng i samme periode. Tilbud som er samlokalisert med legevakt eller LMS/DMS/helsehus o.l. er ofte de enhetene som er størst målt i antall plasser. Tabell 4 viser at beleggsprosenten var høyest ved tilbud som har 15 eller flere plasser. Videre var det lavest beleggsprosent ved tilbud som har færre enn 3 plasser, dette er i hovedsak enheter som er samlokalisert med sykehjem

¹⁴ Beleggsprosent = totalt antall liggedøgn per år/estimerte liggedøgn per år * 100.

STATUS FOR KOMMUNALT DØGNTILBUD FOR ØYEBLIKkelig HJELP 2017

Tabell 4: Beleggsprosent etter region, oppstartsår, størrelsen på enheten og lokalisering, 2017¹⁵. Data per rapporteringsenhet.

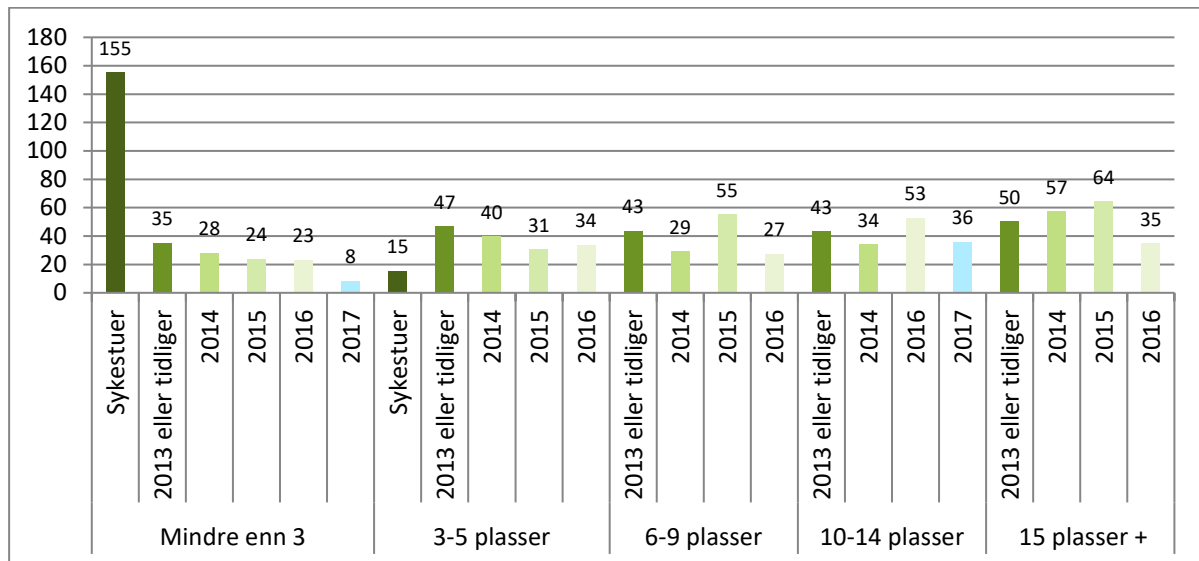
	Antall enheter 2017	Sum plasser 2017	Estimerte liggedager 2017*	Beleggsprosent 2017	Beleggsprosent 2016	
Region	Sør-Øst	67	356	55 149	43	41
	Vest	36	134	19 592	40	36
	Midt-Norge	40	108	13 598	36	31
	Nord	32	67	8 253	34	36
	Nord inkl. sykestuer	50	84	15 795	52	43
	Totalt ekskl. sykestuer	175	665	96 591	40	38
	Totalt inkl. sykestuer	193	682	104 133	42	40
Oppstartsår	Sykestuer	18	17	7 542	122	71
	2013 eller tidligere	75	363	59 150	45	44
	2014	25	98	13 197	37	34
	2015	34	74	9 741	36	32
	2016	32	109	13 165	33	26
	2017	9	21	1 338	25	-
	Totalt	193	682	109 369	43	
Størrelse på enheten	Mindre enn 3 plasser	126	163	19 247	34	31
	3-5 plasser	38	147	22 082	41	39
	6-9 plasser	13	96	13 775	39	37
	10-14 plasser	10	117	17 359	42	43
	15 plasser +	5	162	28 926	49	51
	Totalt	193	682	104 133	42	40
Lokalisering	Sykestuer	18	17	7 542	122	71
	Sykehjem	109	209	26 036	35	32
	Legevakt	14	135	20 931	43	31
	LMS/DMS/Helsehus	22	140	24 525	48	41
	Annet	12	91	14 228	43	49
	Kombinasjon	17	88	10 825	34	-
	Totalt	192	681	104 086	42	

*For sykestuene har vi faktiske liggedager. Innleggelse med liggetid under ett døgn er satt til 0,5 døgn

Generelt var beleggsprosenten høyest for enhetene med flest plasser, samt at beleggsprosenten er noe høyere for tilbud som har eksistert lenge sammenlignet med tilbud som er mer nyoppstartet. Dette illustreres i figur 9.

¹⁵ For kommuner som har etablert et tilbud i løpet av 2017, har vi beregnet belegg for den tiden enheten har vært operativ.

Figur 9: Beleggsprosent ved ØHD-enheter etter tilbudets størrelse og oppstartsår, 2017.



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. Også Rambøll (2015)¹⁶ hevder at manglende tillit til tilbudet er en hovedutfordringene som tilbudet står ovenfor.

¹⁶ Rambøll (2015) Øyeblikkelig hjelp døgntilbud – bruk av plassene ved interkommunale samarbeid.

STATUS FOR KOMMUNALT DØGNTILBUD FOR ØYEBLIKKELIG HJELP 2017

3.7 Bidrar ØHD til å redusere innleggelser i sykehus?

Ett av hovedformålene med etableringen av ØHD er å redusere øyeblikkelig hjelp innleggelser i sykehus. 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 har effekt, men at effektene varierer med hvordan tilbudet er 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)¹⁷.

I en annen analyse, i den samme evalueringen, fant de også en effekt på øyeblikkelig hjelp innleggelser ved sykehus, men at effekten varierte etter type diagnose. De fant en reduksjon i innleggelser ved sykehus for diagnosene astma, angina og KOLS, men ikke for diabetes eller hjertesvikt. Det kommunale tilbudet kan bidra til å redusere innleggelser i spesialisthelsetjenesten ved enkelt kroniske tilstander (Islam og Kjerstad 2016)¹⁸. Dette kan være kostnadsbesparende, da en innleggelse i spesialisthelsetjenesten trolig vil være mer kostbar enn en innleggelse i et kommunalt tilbud. Videre kan de frigjorte ressursene i spesialisthelsetjenesten brukes på andre pasienter.

Det er særlig personer i aldersgruppen 80 år og eldre som benytter kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp, og det er for denne aldersgruppen at vi kan forvente størst effekt på innleggelser i sykehus. Korrigert for befolkningsutviklingen har medisinske ø-hjelpsinnleggelser for denne aldersgruppen vært relativt stabil, men med en svak nedgang etter at Samhandlingsreformen ble innført (Helsedirektoratet 2017)¹⁹.

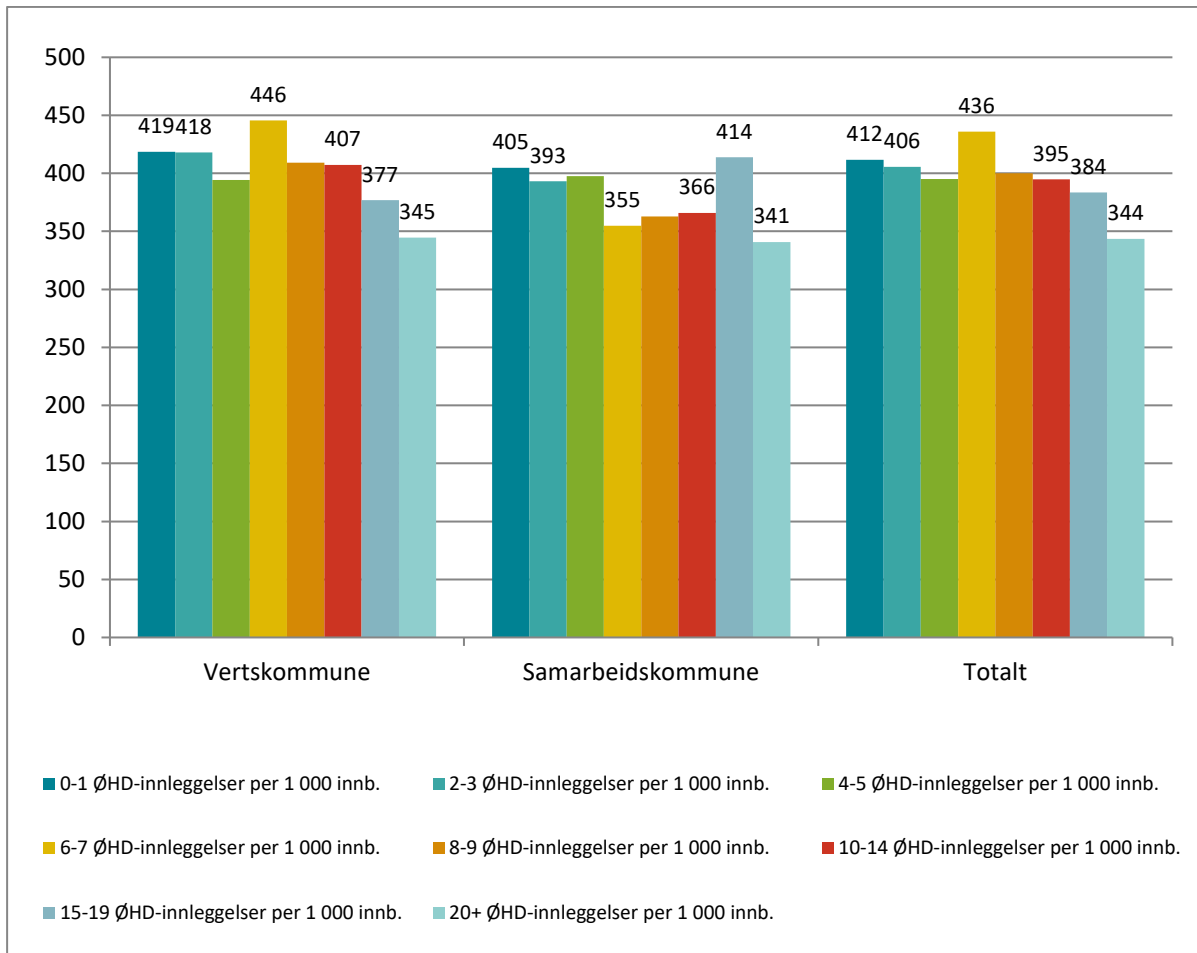
Figur 10 viser medisinske øyeblikkelig hjelp innleggelser i sykehus etter kommunenes nivå av innleggelser i ØHD for vertskommuner, samarbeidskommuner og totalt. Figuren viser at de med høyest nivå av innleggelser i ØHD, 20 eller flere innleggelser per 1 000 innbyggere, hadde lavere nivå av innleggelser i sykehus. Bruken av ØHD er relativt lav, og det kan derfor ikke forventes at det vil ha en stor effekt på innleggelser i sykehus. En regresjonsanalyse utført av Helsedirektoratet i 2016 viser en liten, men signifikant effekt på innleggelser i sykehus. Resultatene viste at én innleggelse i ØHD sparte sykehusene for én innleggelse. Men forholdene er komplekse og det er mange forhold som kan spille inn, det kreves derfor en mer omfattende analyse for å slå fast eventuelle effekter av ØHD-tilbudet.

¹⁷ 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.

¹⁸ Kamrun og Kjerstad (2016). Dose Emergency Capacity in Primary Care Affect Emergency Hospital Admissions?.

¹⁹ Helsedirektoratet (2017). «Bruk av somatisk spesialisthelsetjenesten i den eldre befolkningen». Analysenotat 10/2017. Samdata spesialisthelsetjenesten.

Figur 10: Sykehusopphold for medisinske ø-hjelpsinnleggelse for 80 år og eldre per 1 000 innbyggere etter organisering og bruk av ØHD-tilbudet, 2017. Eksklusive sykestuer.



STATUS FOR KOMMUNALT DØGNILBUD FOR ØYEBLIKKELIG HJELP 2017

4. Bruk av kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp innen psykisk helse og rus

Fra 1.1.2017 ble den kommunale plikten til å yte øyeblikkelig hjelp utvidet til å gjelde for pasienter med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer. Kommunenes ansvar er å tilby hjelp når det antas at den hjelp kommunen kan gi er påtrengende nødvendig og forsvarlig å gi²⁰. Plikten gjelder kun for de pasienter og brukere som kommunen har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg til. Bakgrunnen for å innføre plikten for personer som har psykisk helse- og /eller rusmiddelproblemer er at denne gruppen ikke skal diskrimineres, men ha lik tilgang til helsetjenester når det haster. Kommunen skal sørge for å etablere et slikt døgntilbud.

Innen psykisk helsevern er det bygget opp en bred desentralisert spesialisthelsetjeneste gjennom etablering av distriktpspsykiatriske sentre (DPS) rundt om i landet. Det er et overordnet mål å redusere behovet for innleggelse i døgnavdeling og redusere behovet for bruk av tvang gjennom å tilby hjelp nærmere der pasienten bor og på et tidligere tidspunkt i forløpet. DPS har også ansvar for å tilby akuttjenester og akuttbehandling. Innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) ble kravet om å opprette øyeblikkelig hjelp-tilbud lovfestet i spesialisthelsetjenesteloven i 2007. Det er etablert flere steder i landet, både som egne rusakuttenheter, og også i samarbeid med psykisk helsevern eller kommunen. I tillegg er en betydelig andel øyeblikkelig hjelp-innleggelse tatt hånd om ved somatiske akuttavdelinger i spesialisthelsetjenesten. Rusakuttilbudet har i stor grad behov for helsefaglig kompetanse. Dette gjelder særlig spesialistkompetanse innen rus- og avhengighetsmedisin, som først ble vedtatt etablert som egen spesialitet i 2012²¹. Øyeblikkelig-hjelp-tilbudet til pasienter med rusmiddelproblematikk er et kompetansekrevende felt som ikke fullt ut er ivaretatt av sektoren TSB, og som fortsatt er under utvikling og styrking innen spesialisthelsetjenesten.

De siste 20 årene er det bygget opp et bredt spekter av tjenester og boliger i kommunene. Målet med tjenestetilbudet er å fremme uavhengighet, selvstendighet og evne til å mestre eget liv i lokalsamfunnet. Årsverkinnsatsen innen kommunalt psykisk helse- og rusarbeid er hovedsakelig knyttet til boliger med fast personell på døgn og dag, og andre behandlings- og oppfølgingstjenester i hjemmet²². På bakgrunn av dette, og at akutttilbudet i spesialisthelsetjenesten til pasienter med psykiske helse- og/eller rusmiddelproblemer fortsatt skal styrkes og videreutvikles, er det ikke ønskelig at kommunene bygger opp egne og kostnadskrevende døgninstitusjoner for denne pasientgruppen. Dette betyr at det ikke vil dreie seg om tilsvarende oppgaveoverføring fra spesialisthelsetjenesten til kommunen som for somatikken, og følgelig en begrenset ressuroverføring fra spesialisthelsetjenesten

²⁰ Helse- og omsorgstjenesteloven §3-5.

²¹ Helse- og omsorgsdepartementet (2012). Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk alkohol-narkotika-doping. Meld.St.30.

²² https://helsedirektoratet.no/Documents/Psykisk%20helse/Rapport_IS24_8_2017.pdf

til kommunene. Kommunene vil dermed til en viss grad være nødt til å bygge opp tilbudet innen de eksisterende rammene og videreutvikle tilbudet til å romme flere pasientgrupper (Helsedirektoratet 2016)²³.

Innføring av tilbudet 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 innleggelse 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 døgnbehandling i TSB. Det kan også være pasienter som gjennomgår kortvarig og ukomplisert avrusning, og som har behov for tilgang til medisinsk faglig kompetanse (Helsedirektoratet 2016)²⁴.

Status for kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp innen psykisk helse og rus

Helsedirektoratet har gitt SINTEF et årlig oppdrag på kartlegging av kommunalt psykisk helse og rusarbeid. I undersøkelsen for 2017 hadde Helsedirektoratet lagt inn spørsmål om ØHD-tilbudet for pasienter med psykisk helse og/eller rusmiddelproblematikk²⁵. I denne undersøkelsen oppgir 7 av 10 kommuner at de har etablert øyeblikkelig hjelp døgnopphold for pasienter med psykiske helse- og/eller rusproblemer. Av de som hadde etablert et tilbud, var det 86 prosent som hadde valgt å integrere tilbudet i det eksisterende døgntilbudet i somatikken, mens 14 prosent av kommunene hadde etablert et eget døgntilbud for denne pasient-/brukergruppen. Etableringen av tilbudet øyeblikkelig hjelp døgnopphold er i mange kommuner gjort gjennom interkommunalt samarbeid. Andre har opprettet plassene i sykehjem, bofellesskap eller i forbindelse med kommunens legevakt. Samtidig viste rapportering i 2017 at én av tre kommuner ikke hadde fått på plass et slikt tilbud.

I Helsedirektoratets datainnsamling om ØHD-tilbudet i januar 2018 (rapportering av data fra 2017) oppgir mange av ØHD-enhetene at de ikke kan skille klart mellom ØHD-pasienter innen somatikk og ØHD-pasienter med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblemer, og har derfor kun rapportert samlet. Data som er særskilt rapportert for ØHD-tilbudet innen psykisk helse og rus viser at det var totalt 1 869 innleggelse og 3 895 estimerte liggedøgn for ØHD innen psykisk helse og rus i 2017. Ettersom mange av enhetene benytter plassene fleksibelt til både somatiske pasienter og pasienter med psykisk helse-

²³ Helsedirektoratet (2016). Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Veiledningsmateriell.

²⁴ Helsedirektoratet (2016) Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Veiledningsmateriell.

²⁵ https://helsedirektoratet.no/Documents/Psykisk%20helse/Rapport_IS24_8_2017.pdf

STATUS FOR KOMMUNALT DØGNTILBUD FOR ØYEBLIKKELIG HJELP 2017

og/eller rusmiddelproblemer, har vi ikke informasjon om eksakt antall plasser som er avsatt til pasienter med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblematikk.

I Helsedirektoratets undersøkelse ble kommunene spurt om tilbudet ble utvidet som en følge av at nye pasientgrupper skulle bli ivaretatt. Det var 32 rapporteringsenheter (av 181 enheter ekskl. sykestuene) som oppga at de hadde utvidet på bakgrunn av dette. Samlet for disse enhetene ble det oppgitt 35 plasser. Dette er ikke nødvendigvis nye plasser, men en omdefinering fra somatiske plasser til plasser for pasienter med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblemer. Noen rapporteringsenheter oppgir at antall plasser ikke ble utvidet eller at enkelte plasser ikke ble øremerket til plasser for pasienter med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer, men at de innenfor det eksisterende tilbudet også har kapasitet til å ivareta nye pasientgrupper.

I rapporteringsskjemaet ble det også inkludert spørsmål om plassene for pasienter med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblematikk var lokalisert på samme sted som de allerede etablerte plassene, og hvis ikke, hvor de var lokalisert. På dette har 34 enheter svart at de nye eller omdefinerte plassene er lokalisert på samme sted som de somatiske plassene. 13 rapporteringsenheter oppgir at lokaliseringen er annet sted, inkludert tre kommuner som inngår i et samarbeid om somatiske pasienter men ikke for pasienter innen psykisk helse- og rusfeltet. Av disse oppgir åtte enheter at tilbudet var opprettet i tilknytning bofelleskap/bosenter/omsorgsbolig for pasienter med psykiske lidelser og/eller rusproblematikk, to ved sykehjem, to ved annen institusjon i tilknytning til psykisk helse og rus, én ved helsebygg i tilknytning til legevakt og én enhet oppgir at plassene er organisert med forsterket hjelp i hjemmet. Noen få enheter oppgir at de ikke har fått på plass tilbudet til pasienter innen psykiske helse- og rusfeltet, mens for andre har tilbudet kun vært operativt i deler av året.

I tabellen nedenfor, tabell 5, vises antall enheter som har rapportert innleggelser, antall opphold og estimerte liggedager. Det er verdt å merke seg at i tabellen inngår kun de kommunene som har registrert én eller flere innleggelser. For noen samarbeid er det registrert innleggelser på noen av kommunene i samarbeidet, men ikke alle. Dette kan skyldes at det de ikke hadde innleggelser innen psykisk helse og/eller rus i 2017, eller at det er mangelfull rapportering. Det er om lag 60 kommuner som ikke har noen registrerte innleggelser, men som inngår i et samarbeid hvor det er rapportert innleggelser for noen av kommunen. De aller fleste av disse kommunene er samarbeidskommuner.

Vi har fått opplysninger om antall innleggelser fra 181 kommuner i tillegg til 15 sykestuer. I 2017 var det totalt 1 869 rapporterte innleggelser inklusive tall fra sykestuene knyttet til psykisk helsevern og rus i kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp, det tilsvarer om lag 9 innleggelser i gjennomsnitt per kommune. For liggetidsfordeling har vi fått opplysninger fra 150 kommuner og 15 sykestuer. For disse enhetene har vi estimert antall liggedager til 3 895, dette tilsvarer omtrent 23 liggedøgn i gjennomsnitt per kommune.

Tabell 5: Antall kommuner med rapportert data for ØHD psykisk helse og rus 2017, innleggelser og estimerte liggedager.

	Innleggelser		Estimerte liggedager	
	Antall kommuner	Antall opphold	Antall kommuner	Estimerte liggedager
Sør-Øst	78	580	57	1 032
Vest	47	702	45	1 353
Midt-Norge	25	145	25	422
Nord	31	181	23	511
Sykestuer	15	262	15	585*
Totalt	196	1 869	165	3 895

*For sykestuene har vi faktiske liggedager. Innleggelser med liggetid under ett døgn er satt til 0,5 døgn

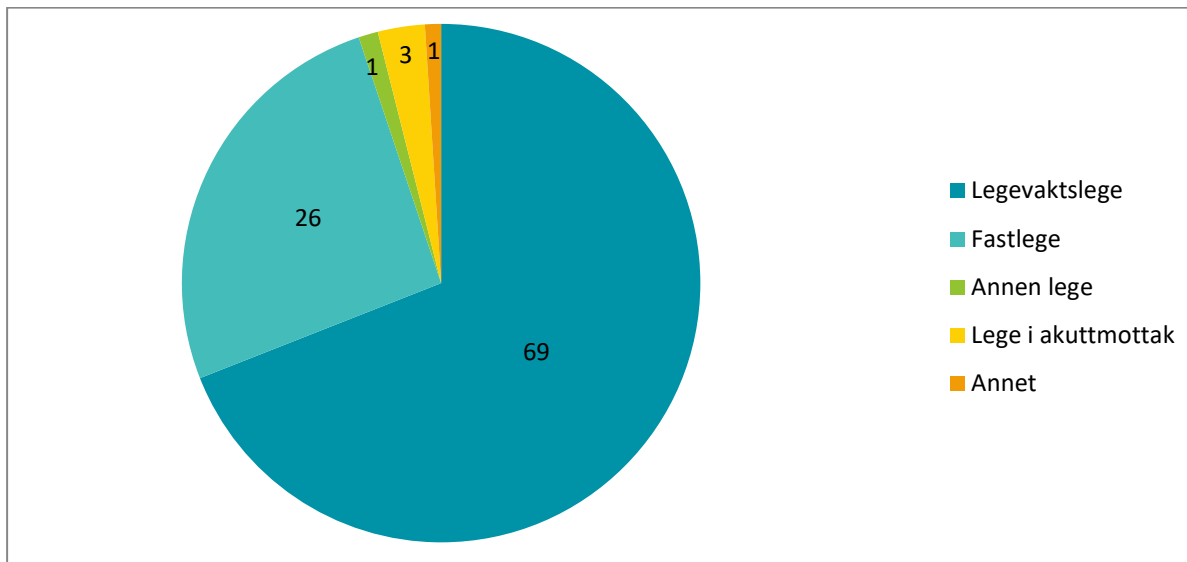
I 2017 var det 1 882 innleggelser (eksklusive sykestuer) som var registrert med innleggesdiagnose hovedkapittel P Psykisk (inkludert rus), og totalt 2 413 innleggelser (eksklusive sykestuer) dersom vi også inkluderer hovedkapittel Z *Psyko-sosiale og sosiale problemer*. Videre har vi fått tilbakemelding fra enkelte rapporteringsenheter at det, særlig for psykisk helse- og rusfeltet, har betydning om det registreres innleggesdiagnose eller utskrivelsesdiagnose. Det vil foreligge mer informasjon om bakgrunnen for pasientenes behov for øyeblikkelig hjelp på utskrivningstidspunktet. Følgelig vil også antall opphold relatert til psykisk helse- og/eller rusproblematikk sannsynligvis være flere dersom man ser på utskrivelsesdiagnose enn om man ser på innleggesdiagnose. Pasienter kan bli innlagt med somatiske plager, mens den egentlige årsaken skyldes psykisk helse- og/eller rusmiddelproblemer. Flere rapporteringsenheter har heller ikke hatt mulighet til å skille mellom somatiske innleggelser og innleggelser innen psykisk helse og rus, noe som innebærer at de faktiske tallene er høyere enn det som blir presentert her.

Henvisninger

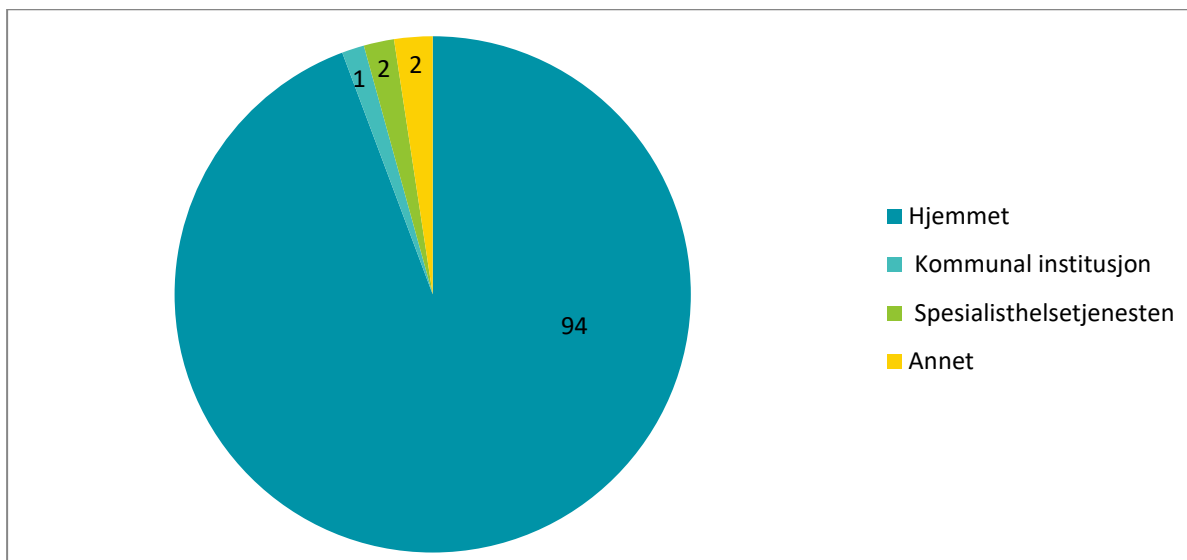
Figur 11 viser henvisende instans til ØHD innen psykisk helse og rus, og figur 12 viser hvor pasientene kommer fra. Nesten 70 prosent av innleggelsene var henvist av legevaktslege, videre ble 26 prosent henvist av fastlege, mens resterende 6 prosenten ble henvist av annen lege i kommunene, lege i akuttmottak eller annet. Det var en noe høyere andel som ble henvist av legevaktslege hvis vi sammenligner med utvalget som inkluderer alle innleggelser i ØHD. Det omtrent samme nivå som ble henvist av fastlege, mens andelen som ble henvist av lege i akuttmottak er lavere.

STATUS FOR KOMMUNALT DØGNTILBUD FOR ØYEBLIKKELIG HJELP 2017

Figur 11: Oversikt over hvilken instans som har henvist til ØHD psykisk helse og rus, 2017. Sykestuene er ekskludert..



Figur 12: Oversikt over hvor pasienter kommer fra, ØHD psykisk helse og rus 2017. Sykestuene er inkludert.



94 prosent av de som legges inn ved en kommunal enhet for øyeblikkelig hjelp kommer fra hjemmet, mens de resterende seks prosentene kommer fra spesialisthelsetjenesten, kommunal institusjon eller annet. Se figur 12. I likhet med framstillingen for ØHD-totalt, kommer de aller fleste fra hjemmet, men andelen for psykisk helse og rus er høyere enn for ØHD-totalt. Det er i hovedsak andelen som ble henvist av spesialisthelsetjenesten som er lavere for innleggelses i psykiske helse og rus enn for hele utvalget totalt.

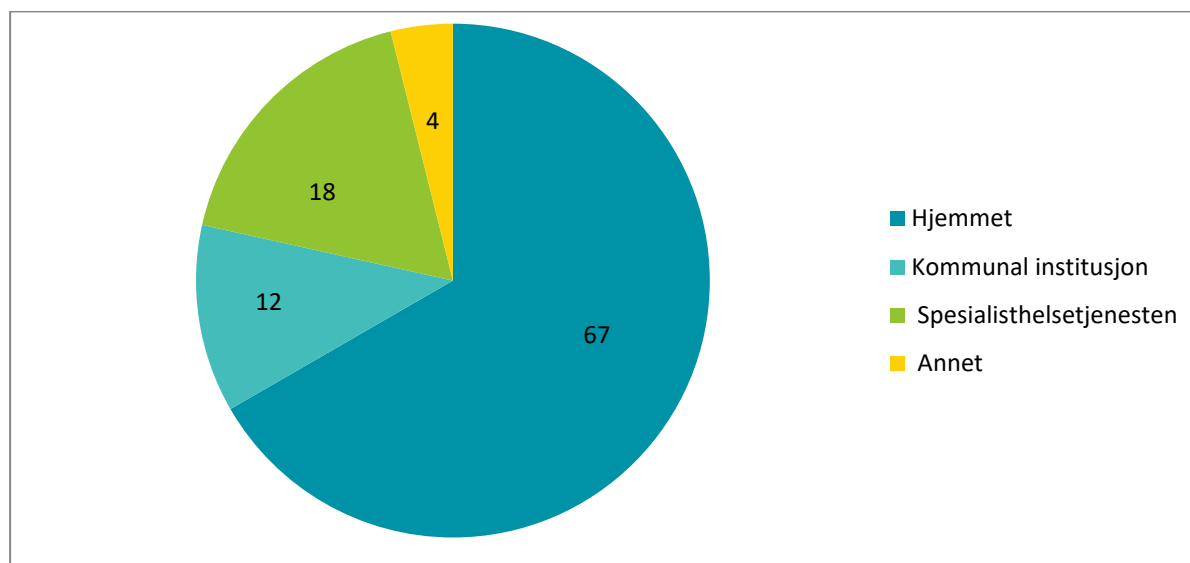
Når det gjelder innleggelsestidspunkt har vi ikke kategorien «helg og høytid» for sykestuene tilsvarende som for ØHD-innleggelsene, og vi har derfor ikke mulighet å gjøre den samme inndelingen for sykestuene som for ØHD-enhetene. Tabell 6 viser derfor tidspunkt for innleggelse separat for de enhetene som har rapportert ordinært og for sykestuene. Vi har opplysninger fra 101 enheter som har rapportert ordinært og fra 15 sykestuer. For kommunen som har levert ordinær rapportering var det oppgitt innleggelsestidspunkt for 1 508 innleggelse. 28 prosent av innleggelsene var innenfor fastlegenes ordinære arbeidstid, mens 78 prosent var utenfor fastlegenes arbeidstid. Dette kan være en forklaringsfaktor for legevaktlegenes høye andel som henvisende instans. Ved sykestuene ble omtrent 80 prosent innlagt ved ØHD utenfor fastlegenes ordinære arbeidstid, og hvor innleggelse på natt utgjorde over 2/3 av innleggelsene for sykestuene. Det var en høyere andel som ble innlagt på helg, høytidsdager og natt for pasienter med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblemer enn for ØHD-totalt.

Tabell 6: Oversikt over innleggelsestidspunkt, ØHD psykisk helse og rus 2017.

Ordinær rapportering			Sykestuer		
	Antall innleggelse	Andel		Antall innleggelse	Andel
Dagtid (hverdager)	424	28	Dagtid	46	19
Kveld (hverdager)	452	30	Kveld	29	12
Natt (hverdager)	220	15	Natt	170	69
Helg og høytid	412	27	-	-	-
Totalt	1 508	100	Totalt	245	100

Som vist tidligere kom over 94 prosent av innleggelsene fra hjemmet. Det var 67 prosent som ble skrevet ut til hjemmet. 12 prosent ble skrevet ut til en kommunal institusjon, 18 prosent til spesialisthelsetjenesten og 4 prosent til annet. Dette framgår av figur 13.

Figur 13: Oversikt over hvor pasienten blir skrevet ut til, ØHD psykisk helse og rus 2017. Sykestuene er inkludert.

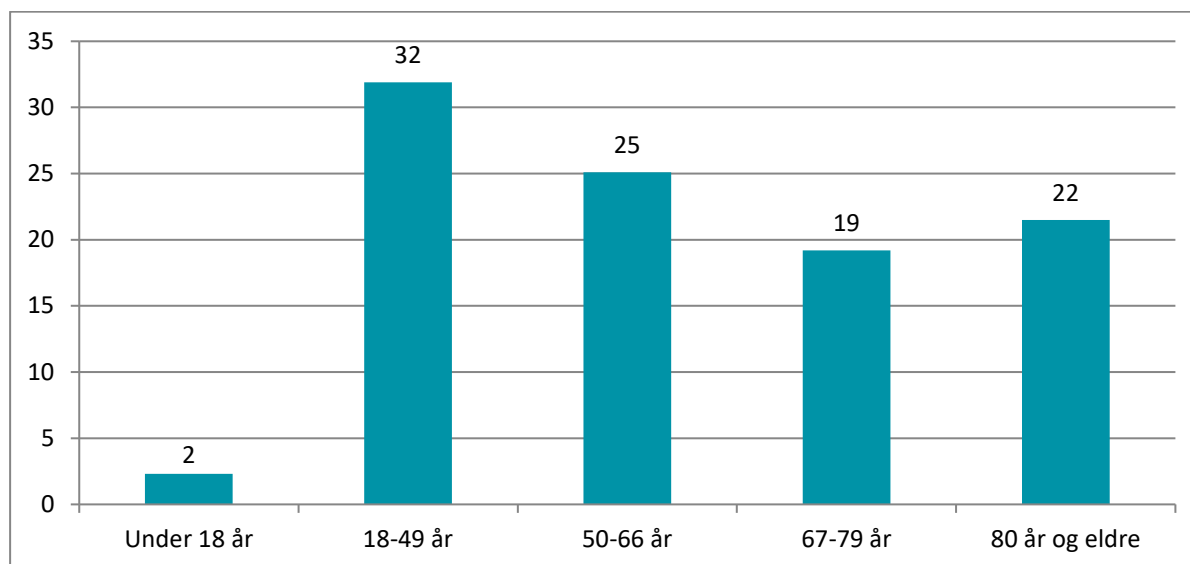


STATUS FOR KOMMUNALT DØGNTILBUD FOR ØYEBLIKKELIG HJELP 2017

Alder – og liggetidsfordeling

For ØHD innen psykisk helse og rus har vi fått kjønn- og alderssammensetning for 1 237 pasienter. Omtrent 60 prosent av pasienten var kvinner. Figur 14 viser at cirka 1/3 av pasienten innen psykisk helse- og/eller rus var under 50 år. Andel pasienter over 67 år utgjør cirka 40 prosent av alle pasienter innen psykisk helse og rus. Pasientsammensetningen var betraktelig mye yngre for ØHD innen psykiske helse og rus enn ØHD sett under ett.

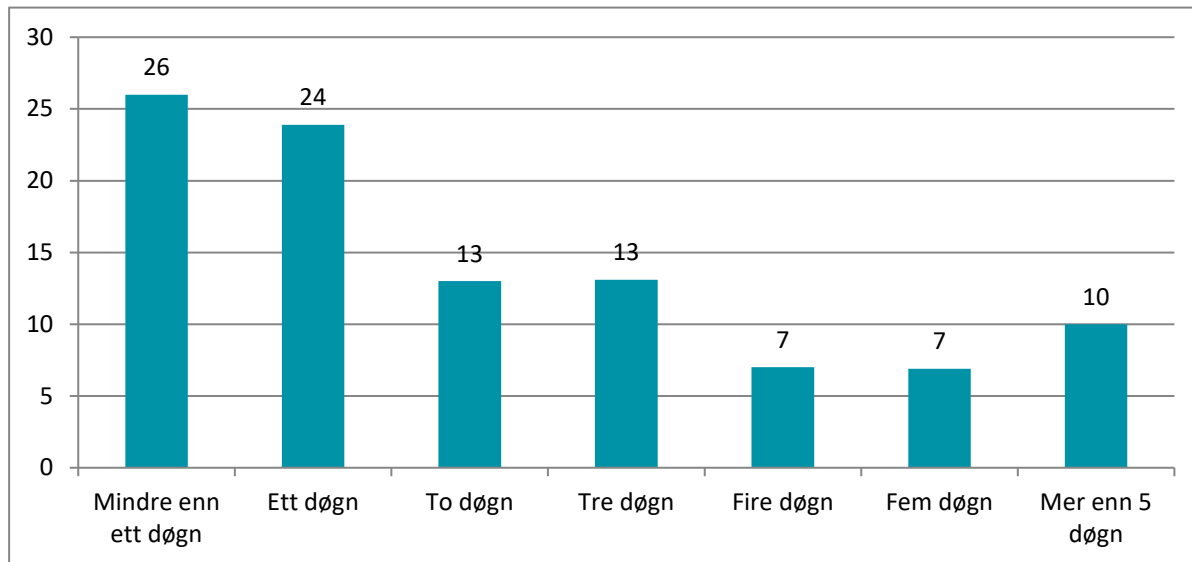
Figur 14: Kjønn- og alderssammensetning, ØHD psykisk helse og rus 2017. Sykestuer er ekskludert



I 2017 hadde omtrent halvparten av episodene ved en ØHD-enhet eller ved en sykestue en varighet på et døgn eller mindre, se figur 15. Dette er en relativt mye høyere andel enn dersom man ser på alle innleggelsene samlet (26 prosent). For innleggelsene knyttet til psykisk helse- og/eller rus, hadde overkant av 1/4 av innleggelsene et opphold med en varighet på 2-3 døgn, 15 prosent lå i 4-5 døgn, mens 10 prosent lå ved enheten i mer enn 5 døgn. Ved sykestuen lå de som hadde flere enn 5 døgn i gjennomsnitt 11 dager²⁶, vi har ikke informasjon til å beregne tilsvarende for ØHD-enhetene

²⁶ For sykestuene var det 19 av 208 innleggelsene som hadde liggetid over fem dager.

Figur 15: Liggetidsfordeling, ØHD psykisk helse og rus 2017. Data per kommune. Sykestuer er inkludert.





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