

# Utvikling og variasjon i opphold, liggetid og andel reinnleggelser for utskrivningsklare pasienter

2011-2018

---

SAMDATA kommune

IS-2813





# Innhold

Sammendrag	4
Innledning	5
Tidligere analyser	6
Pasientsammensetning	7
Utvikling og variasjon i opphold og liggetid for utskrivningsklare pasienter ved somatiske sykehus	9
Andel reinnleggelser for utskrivningsklare pasienter ved somatiske sykehus	18
Utskrivningsklare liggedager og inntekter	22
Datagrunnlag og definisjoner	25



# Sammendrag

Fra 2017 til 2018 var det en økning i liggedager for utskrivningsklare pasienter, med størst vekst i de store bykommunene. Økningen skyldes i hovedsak en vekst i antall pasienter og opphold, mens gjennomsnittlig liggetid holdt seg relativt stabil.

Etter innføringen av Samhandlingsreformen fra 2012 har antall registrerte utskrivningsklare pasienter økt, flere oppgaver har blitt overført til kommunene og liggetiden på sykehus har blitt redusert. Formålet med denne rapporten er å se på utviklingen og variasjon i sykehusopphold, liggetid og reinnleggelser for utskrivningsklare pasienter ved somatiske sykehus for perioden 2011-2018. Vi gjør også en analyse som viser forholdet mellom antall utskrivningsklare liggedager registrert i NPR og regnskapsført inntekt for helseforetakene.

## **Vekst i utskrivningsklare opphold og liggedager siste år**

Det var en økning på i overkant av 5 000 utskrivningsklare døgnopphold fra 2017 til 2018. Veksten gjaldt alle regionene og kom hovedsakelig i kommuner med et befolkningstall på 50 000 innbyggere eller flere. Utskrivningsklare pasienter tilhørende Helse Midt-Norge og Helse Nord lå lengre på sykehus enn utskrivningsklare pasienter tilhørende Helse Sør-Øst og Helse Vest i 2018. De geografiske forskjellene var størst for liggetiden etter at pasienten var meldt utskrivningsklar. I foretaksområdet med lengst gjennomsnittlig liggetid etter meldt utskrivningsklar lå pasientene i gjennomsnitt nesten tre ganger så lenge som i foretaksområdet med kortest liggetid.

## **Stabil andel reinnleggelser**

En av fem utskrivningsklare pasienter ble reinnlagt etter døgnopphold på sykehus i 2018. Andel reinnleggelser har vært stabil de fem siste år, etter en økning de første årene i perioden fra 2011. Helse Vest og Helse Sør-Øst har i hele perioden høyere andel reinnleggelser enn Helse Midt-Norge og Helse Nord. Det er et sammenfall<sup>1</sup> mellom andel reinnleggelser og gjennomsnittlig liggetid etter meldt utskrivningsklar. Mange foretaksområder med en relativt lav andel reinnleggelser, har samtidig lengre gjennomsnittlig liggetid enn områder med høy andel reinnleggelser. Vi kan likevel ikke konkludere med at det er en direkte sammenheng mellom disse størrelsene på pasientnivå.

---

<sup>1</sup> Målt med korrelasjon.

## Innledning

I denne rapporten beskriver vi utviklingen i opphold, liggetid og andel reinnleggelser for utskrivningsklare pasienter ved somatiske sykehus for perioden 2011 til 2018.

Fra 1. januar 2012 ble Samhandlingsreformen og ordningen med kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter innført. Utskrivningsklare pasienter er definert som pasienter som er ferdigbehandlet på sykehus, men som har behov for et kommunalt tjenestetilbud etter utskrivning. I 2018 måtte kommunene betale 4 747 kroner per liggedøgn på sykehus for pasienter som var meldt utskrivningsklare. En målsetting med Samhandlingsreformen er at bedre forebygging og bedre pasientforløp skal føre til lavere forbruk av spesialisthelsetjenester og lavere samlede helsetjenestekostnader. Utskrivningsklare pasienter er en sårbar pasientgruppe som ofte har et komplekst sykdomsbilde. Det er derfor viktig å følge med på utvikling og variasjon i antall opphold, liggetid og reinnleggelser for disse pasientene. Notatet er inndelt som følger:

- Tidligere analyser
- Pasientsammensetning
- Utskrivningsklare opphold og liggedager etter bosted<sup>2</sup> og kommunegruppe<sup>3</sup>
- Andel reinnleggelse etter bosted og kommunegruppe
- Forholdet mellom utskrivningsklare liggedøgn registrert i NPR og regnskapsført inntekt for helseforetakene.

I årene etter Samhandlingsreformen ble innført, økte antall utskrivningsklare pasienter og opphold betydelig. Økningen antas i hovedsak å skyldes en registreringsendring, som følge av insentivet om betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter. Det var over fem ganger så mange utskrivningsklare opphold i 2018 sammenlignet med i 2011. Dette kan medføre at vi får en seleksjonsskjevhet når vi ser på utvikling og variasjon over tid.

Helse Midt-Norge har i hele perioden få registrerte opphold der pasienten blir tatt imot samme dag som han/hun ble meldt utskrivningsklar<sup>4</sup>. I 2016 hadde helseforetakene i Midt-Norge ingen registrerte opphold med 0 liggedager som utskrivningsklar. Ulik registreringspraksis av utskrivningsklare pasienter medfører at pasientsammensetningen i regionene vil kunne være forskjellig når vi deler utvalget inn etter utskrivningsklar status. I figurer og tall som presentertes for Norge totalt og for kommuner/kommunegruppene inkluderer vi alle utskrivningsklare pasienter, det vil si både pasienter som ble tatt imot av kommunen samme dag som meldt utskrivningsklar og pasientene som har én eller flere liggedager etter meldt utskrivningsklar. I visningene der vi ser på variasjon mellom regioner og foretaksområde, er det kun pasienter som har én eller flere utskrivningsklare liggedager som er inkludert.

---

<sup>2</sup> Bosted benyttes her som et samlebegrep for region, foretaksområder og kommuner.

<sup>3</sup> Kommunegrupper der kommunene er inndelt etter kommunens innbyggertall.

<sup>4</sup> Vi kan ikke utelukke at det også er en underregistrering av denne typen opphold ved andre helseforetak.

## Tidligere analyser

Etter 2011 har det vært en nedgang i gjennomsnittlig liggetid totalt for alle pasienter i somatiske sykehus. Medisinsk-teknisk utvikling har gitt behandlingsmetoder som bidrar til en mer effektiv pasientbehandling, noe som er én av flere forklaringer på redusert liggetid de senere år. Tall fra Helsedirektoratet<sup>5</sup> viser at reduksjonen i gjennomsnittlig liggetid har vært større for pasienter som er meldt utskrivningsklar enn for andre pasienter. Reduksjonen i gjennomsnittlig liggetid for utskrivningsklare pasienter er knyttet til kortere liggetid både før (behandlingstiden) og etter meldt utskrivningsklar. Melberg (2017)<sup>6</sup> viser også at behandlingstiden ble forkortet etter reformen. Forskeren mener at noe av reduksjon i behandlingstid kan skyldes at sykehusene tidligere ikke var like nøyaktig med å sette en utskrivningsklardato. Riksrevisjonen<sup>7</sup> mener at det er ting som tyder på at noen pasienter utskrives for tidlig, og at for tidlig utskrivelse kan føre til at flere pasienter blir reinnlagt.

Flere studier og rapporter har vist at andel reinnleggelser har økt etter innføringen av Samhandlingsreformen. I rapporten Samhandlingsstatistikk 2014-15<sup>8</sup> ble det gjennomført analyser som indikerer at kortere liggetid øker risikoen for reinnleggelse for utskrivningsklare pasienter. Kortere liggetid kan føre til at kommunene tar imot sykere pasienter enn før<sup>9</sup>, og økt sannsynlighet for reinnleggelse kan indikere at kommunene ikke har nok ressurser eller kompetanse til å følge opp pasientene. Hagen m.fl. (2016)<sup>10</sup> og Melberg (2017)<sup>11</sup> mener imidlertid at det er lite sannsynlig at reformen i seg selv har ført til økt nivå av reinnleggelser. De mener at økningen i andel reinnleggelser kan skyldes forhold som endring i pasientpopulasjonen og hvordan sykehusene klassifiserer utskrivningsklare pasienter etter reformen.

Ifølge Grimsmo (2015)<sup>12</sup> har pasientforløpet for noen pasienter blitt mer oppstykket. Det vanligste forløpet har vært «hjem – sykehus – hjem». Organisering av interkommunale døgntilbud for øyeblikkelig hjelp og intermedieæravdeling for mottak av utskrivningsklare pasienter, har imidlertid ført til korte mellomopphold i institusjon før eller etter sykehusinnleggelse for noen pasienter. En annen studie<sup>13</sup> viser at sykehjemmene har større pasientgjennomstrømning, og at situasjonen for pasientene er mer uavklart etter

---

<sup>5</sup> Helsedirektoratet (2015). Samhandlingsstatistikk 2014-15. Rapport IS-2427.

<sup>6</sup> Melberg, H. O. (2017). Samhandlingsreformen og kausal inferens – effekter på utskrivningsklare dager, behandlingstid og reinnleggelser. I: Michael; 14 Supplement 19, s 119-126.

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

<sup>8</sup> Helsedirektoratet (2015). Samhandlingsstatistikk 2014-2015 (kapittel 13). Rapport IS-2427.

<sup>9</sup> Grimsmo, A. (2013): Hvordan har kommunene løst utfordringen med utskrivningsklare pasienter? I; Sykepleien Forskning, 08, s. 148-155

<sup>10</sup> Hagen, T. og Melberg H. O. (2016). Liggetider og reinnleggelser i somatiske sykehus før og etter samhandlingsreformen. I; Tidsskrift for omsorgsforskning, 02, s. 143-158.

<sup>11</sup> Melberg, H. O. (2017). Samhandlingsreformen og kausal inferens – effekter på utskrivningsklare dager, behandlingstid og reinnleggelser. I: Michael; 14 Supplement 19, s 119-126.

<sup>12</sup> Grimsmo, A. (2015): Samhandlingsreformen - hva nå? I: Tidsskriftet Den Norske Legeforening, 17, s. 135..

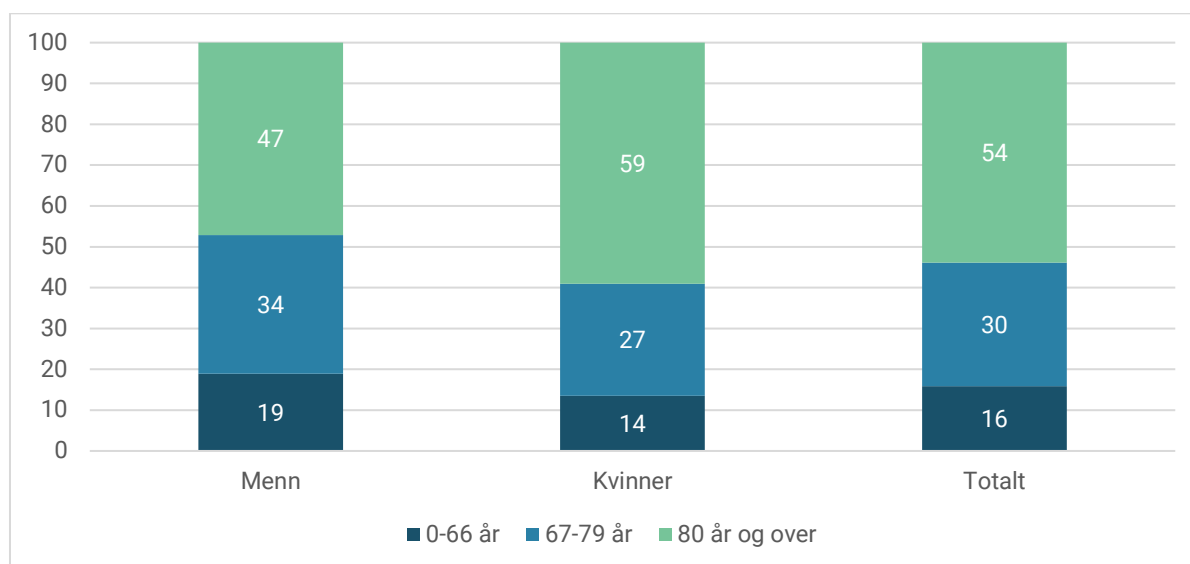
<sup>13</sup> Bruvik F., Drageset, J. og Abrahamsen, J. F. (2017). Fra sykehus til sykehjem – hva samhandlingsreformen har ført til. Sykepleien.no/ Forskning 10.4220/Sykepleienf.2017.60613

Samhandlingsreformen. Andre<sup>14</sup> mener at kommunene har klart å imøtekomme den ekstra belastningen som reformen har medført, blant annet gjennom å øke bruk av korttidsopphold i sykehjem, styrking av hjemmesykepleien og bedring av kompetansen i sykehjem. Riksrevisjonen (2016)<sup>15</sup> påpeker imidlertid at det fremdeles er lite kunnskap om kvaliteten på tjenestene til pasienter som skrives ut til kommunene, og at det er lite som tyder at kommunenes kompetanse og kapasitet har blitt særlig styrket etter innføringen av reformen.

## Pasientsammensetning

I 2018 var gjennomsnittsalderen for utskrivningsklare pasienter 78 år. Av alle utskrivningsklare pasienter var 54 prosent 80 år eller eldre. Gjennomsnittsalderen for de eldste utskrivningsklare pasientene (80 år og eldre) var 87 år. Figur 3 viser aldersfordelingen for utskrivningsklare pasienter for menn, kvinner og totalt i 2018, hvorav 57 prosent var kvinner og 43 prosent var menn.

Figur 1: Utskrivningsklare pasienter fordelt etter alder og kjønn, 2. tertial 2018. Alle utskrivningsklare er inkludert



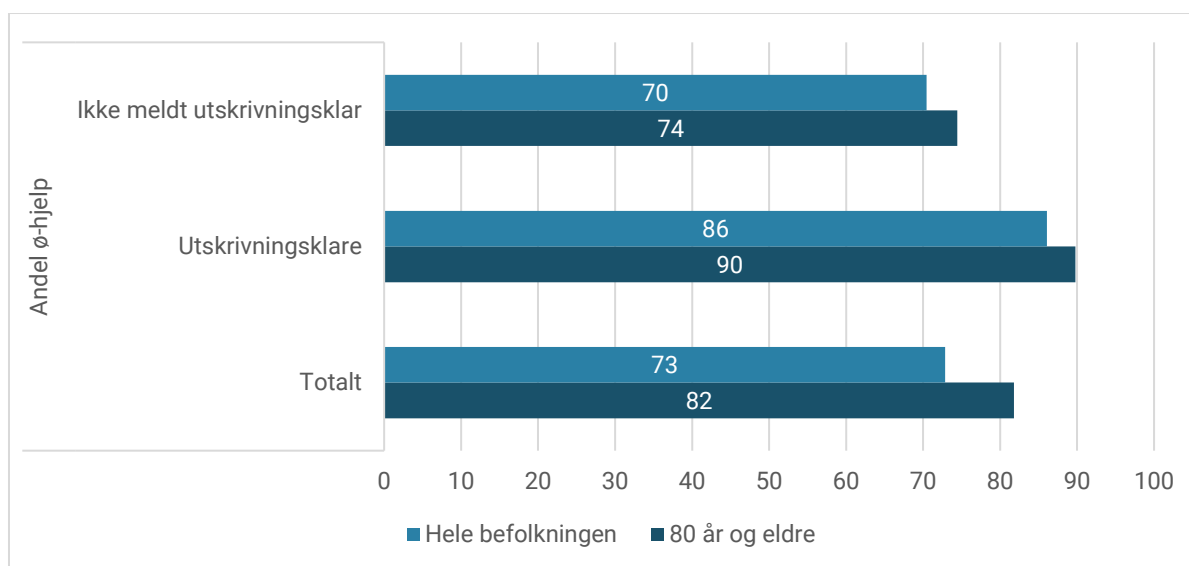
I 2018 var 90 prosent av oppholdene for utskrivningsklare pasienter i aldersgruppen 80 år og eldre registrert som øyeblikkelig hjelp. Tilsvarende ble 74 prosent av oppholdene for pasienter som ikke ble meldt utskrivningsklar registrert som øyeblikkelig hjelp. Tilnærmet halvparten (48 prosent) av alle døgnopphold for pasienter i alderen 80 år og over ble i registrert som utskrivningsklart i 2018. Tilsvarende for alle døgnopphold var 15 prosent.

<sup>14</sup> Hagen, T. og Melberg H. O. (2016). Liggetider og reinnleggelser i somatiske sykehus før og etter samhandlingsreformen. I; Tidsskrift for omsorgsforskning, 02, s. 143-158.

<sup>15</sup> Riksrevisjonen (2016). Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføring av samhandlingsreformen. Dokument 3:5 (2015-2016).



Figur 2: Viser andel øyeblikkelighjelp opphold etter utskrivningsklar status<sup>16</sup>, 2018. Alle utskrivningsklare er inkludert



Den typiske pasienten som skrives ut til kommunehelsetjenesten har flere lidelser, og mer enn ni av ti pasienter har mer enn én sykdom<sup>17</sup>. I 2018 var ti prosent av oppholdene knyttet til tilstandsgruppen<sup>18</sup> «influenza og lungebetennelse». Omtrent en tredjedel av oppholdene var kategorisert innen fem tilstandsgrupper. I tillegg til «influenza og lungebetennelse» var dette: «andre typer hjertesykdommer», «skader i hofter og lår», «kroniske sykdommer i nedre luftveier» og «hjernekar sykdommer».

<sup>16</sup> Gjennomsnittsalder for alle pasienter (uavhengig av utskrivningsklarstatus) var 50 år, mens gjennomsnittsalderne for pasienter som ikke er meldt utskrivningsklar var 46 år.

<sup>17</sup> Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2016. Dokument 3:2 (2017-2018).

<sup>18</sup> ICD-10<sup>18</sup> er delt inn i 21 hovedkapittel og i 217 kategoriblokker. Kategoriblokk omtales her som tilstandsgrupper.

# Utvikling og variasjon i opphold og liggetid for utskrivningsklare pasienter ved somatiske sykehus

## Opphold for utskrivningsklare pasienter for Norge totalt og etter region

I dette avsnittet viser vi utviklingen i antall opphold for pasienter som er meldt utskrivningsklar for perioden 2011 til 2018. Tabell 1 viser antall opphold fordelt etter liggetid etter meldt utskrivningsklar for Norge totalt. I 2018 ble 80 prosent av pasientene tatt imot av kommunen samme dag som de ble meldt utskrivningsklar, mens 10 prosent ble liggende én eller to dager på sykehus etter meldt utskrivningsklar.

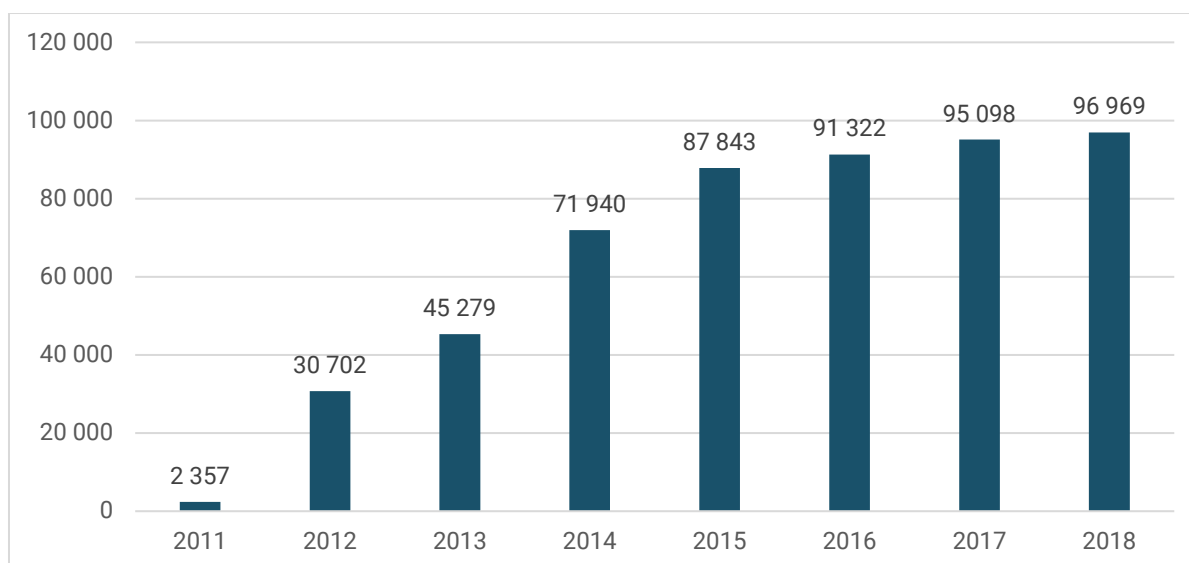
Tabell 1: Antall sykehusopphold for utskrivningsklare pasienter totalt og etter liggetid som utskrivningsklar, 2011-2018<sup>1</sup>

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Pst. Endring 2017-2018
0 dager	2 357	30 702	45 279	71 940	87 843	91 322	95 098	96 969	2,0
1-2 dager	4 866	7 227	7 268	8 412	9 119	10 225	10 859	12 341	13,6
3-5 dager	5 600	3 308	3 571	4 020	3 940	4 500	4 760	5 877	23,5
6-10 dager	7 247	1 916	1 861	2 387	2 081	2 599	2 564	3 156	23,1
>10 dager	2 900	1 126	1 096	1 676	1 419	1 601	1 535	1 839	19,8
>=1 dag	20 613	13 577	13 796	16 495	16 559	18 925	19 718	23 213	17,7
Totalt	22 970	44 279	59 075	88 435	104 402	110 247	114 816	120 182	4,7

<sup>1</sup> Tall for 2018 er et årsestimat som beregnes ut fra faktisk aktivitet ved somatiske sykehus per 2. tertial 2018

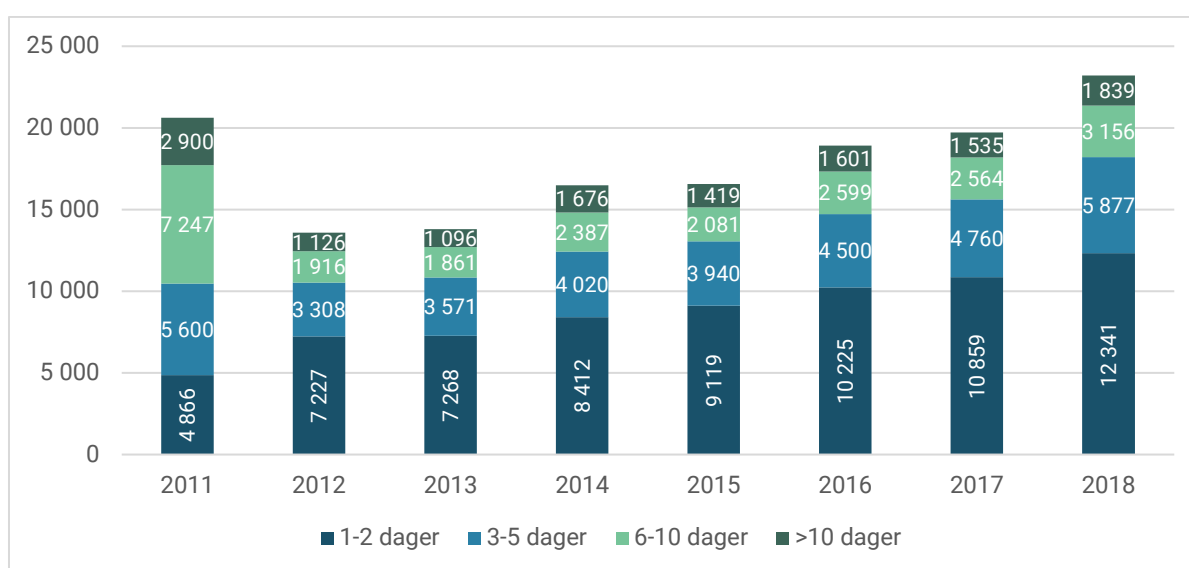
Som vi ser av tabellen over var det en økning på over 5 000 utskrivningsklare døgnopphold fra 2017 til 2018. Tidligere i perioden var det mest vekst i antall opphold der pasienten ble tatt imot av kommunen samme dag som meldt utskrivningsklar, se figur 3. Siste år (2017- 2018) var det derimot størst vekst i opphold der pasienten hadde én eller flere liggedager på sykehus etter meldt utskrivningsklar. Omtrent halvparten av veksten fra 2017 til 2018 gjaldt pasienter som lå mellom 1 og 5 dager etter meldt utskrivningsklar.

Figur 3: Antall sykehusopphold for utskrivningsklare pasienter som ble tatt imot av kommunen samme dag, 2011-2018<sup>1</sup>



<sup>1</sup>Tall for 2018 er et årsestimat som beregnes ut fra faktisk aktivitet ved somatiske sykehus per 2.tertial 2018

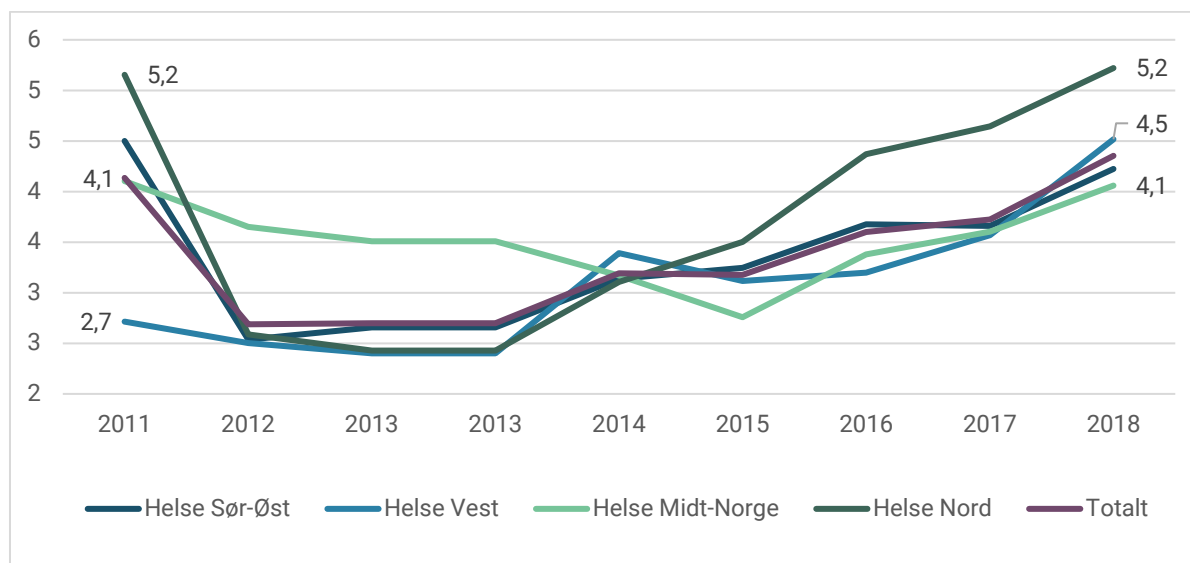
Figur 4: Antall sykehusopphold for utskrivningsklare pasienter etter liggetid som utskrivningsklar, 2011-2018<sup>1</sup>



Tall for 2018 er et årsestimat som beregnes ut fra faktisk aktivitet ved somatiske sykehus per 2.tertial 2018

Figur 5 viser antall opphold for pasienter med utskrivningsklare liggedager per 1 000 innbyggere (rate) for regionene og Norge totalt. I 2018 var det 4,4 opphold per 1 000 innbyggere for Norge totalt, en økning på 17 prosent fra 2017. Veksten var sterkest i Helse Vest, men tydelig i alle regionene. I Helse Vest hadde alle foretaksområdene en vekst, med unntak av Sogn og Fjordane. Østfold, Vestfold og St. Olavs-området var blant foretaksområdene som hadde størst økning av denne typen opphold fra 2017 til 2018.

Figur 5: Antall opphold med utskrivningsklare liggedager per 1 000 innbyggere etter region, 2011-2018



To tredjedeler av siste års vekst i opphold med utskrivningsklare liggedager kom for pasienter i alderen 80 år og eldre, og økningen (i antall) gjaldt i hovedsak øyeblikkelig hjelp. I 2018 sto pasienter i aldersgruppen 80 år og eldre for nær 60 prosent av oppholdene med utskrivningsklare liggedager.

#### Liggetid for utskrivningsklare pasienter for Norge totalt, regionene og foretaksområdene

For Norge totalt var det 96 134 utskrivningsklare liggedager i 2018. Det er en økning på i underkant av 16 000 liggedager sammenlignet med året før, som tilsvarer en vekst på 19 prosent. Helse Vest hadde sterkest vekst med 36 prosent.

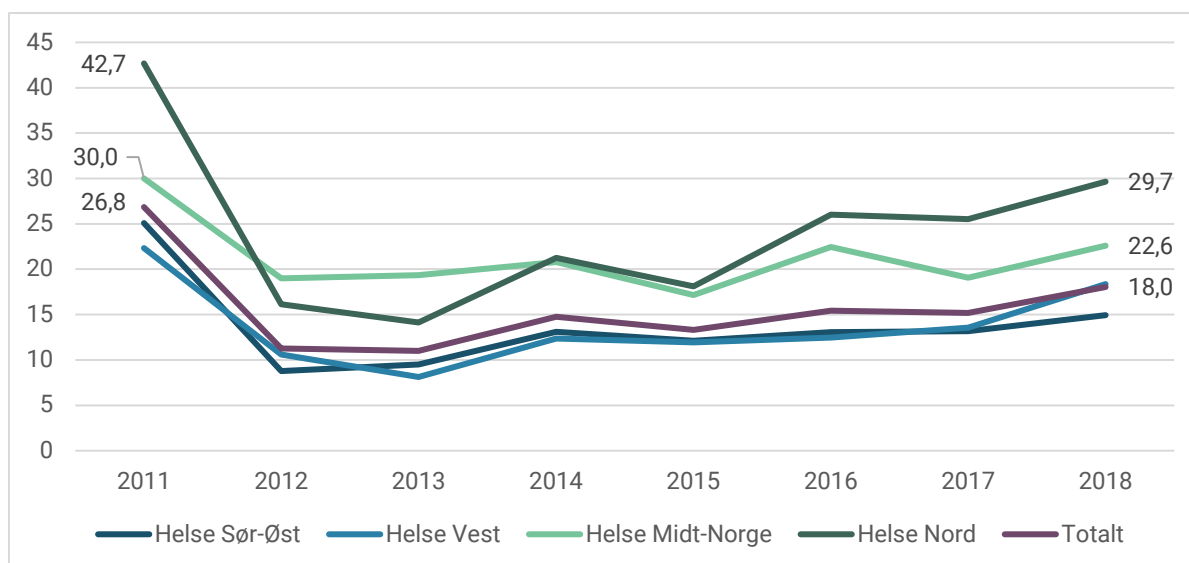
Tabell 2: Totalt antall liggedager etter meldt utskrivningsklar etter region, 2011-2018<sup>1</sup>

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Pst. Endring 2017-2018
Helse Sør-Øst	69 860	24 756	27 106	37 826	35 398	38 549	39 198	44 843	14,4
Helse Vest	23 261	11 238	8 722	13 421	13 069	13 723	15 018	20 366	35,6
Helse Midt-Norge	20 641	13 224	13 602	14 758	12 265	16 185	13 842	16 476	19,0
Helse Nord	20 092	7 650	6 756	10 215	8 731	12 606	12 407	14 450	16,5
Totalt	133	56 868	56 186	76 220	69 463	81 063	80 465	96 134	19,5

<sup>1</sup> Tall for 2018 er et årsestimat som beregnes ut fra faktisk aktivitet per 2.tertial 2018.

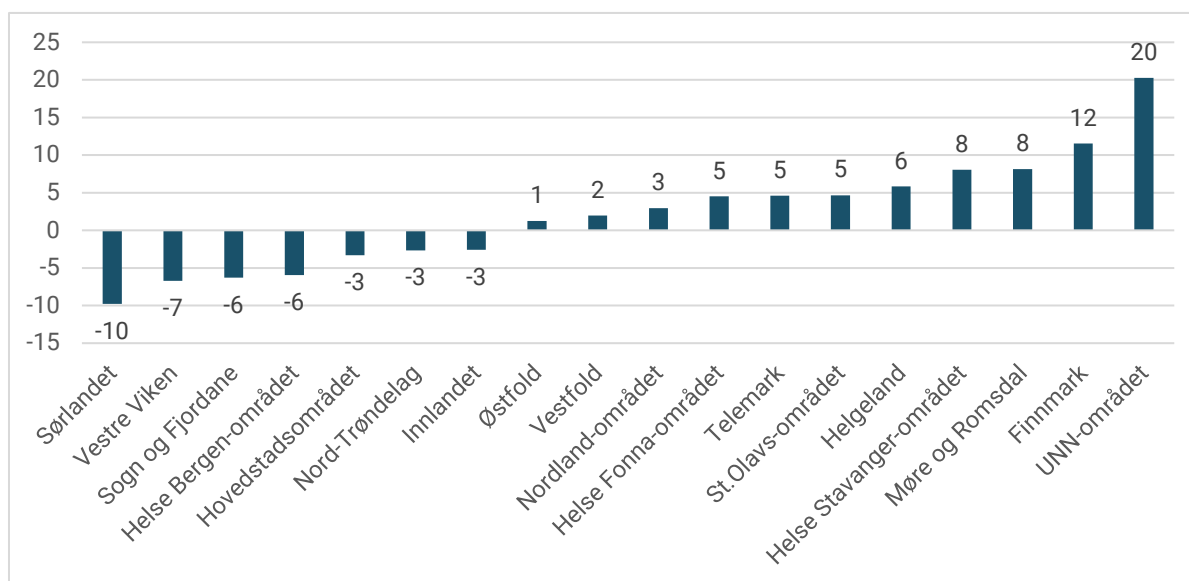
Figur 6 viser utvikling i raten for utskrivningsklare liggedager fra 2011 til 2018 for regionene og Norge totalt. Etter en betydelig reduksjon fra 2011 til 2012, har antall liggedager gradvis økt fram mot 2018. Økningen er hovedsakelig knyttet til en vekst i antall pasienter og antall opphold.

Figur 6: Utskrivningsklare liggedager per 1 000 innbyggere etter region, 2011-2018



Figur 7 viser at det er store forskjeller mellom foretaksområdene i antallet liggedager per innbygger.

Figur 7: Variasjon mellom foretaksområdene i utskrivningsklare liggedager per 1 000 innbyggere – avvik i antall dager fra landsgjennomsnittet, 2018



Foretaksområdet med høyest rate for utskrivningsklare liggedager har flere ganger så mange liggedager per innbygger enn områdene med lavest rate. De fleste områdene som hadde relativ høy rate for utskrivningsklare liggedager, hadde også høy rate for døgnopphold med utskrivningsklare liggedager. Gjennomsnittlig liggetid etter meldt utskrivningsklar har imidlertid noe større betydning<sup>19</sup> for raten for utskrivningsklare liggedager enn antall opphold. Møre og Romsdal hadde relativt lav rate i antall opphold med utskrivningsklare liggedager<sup>20</sup>,

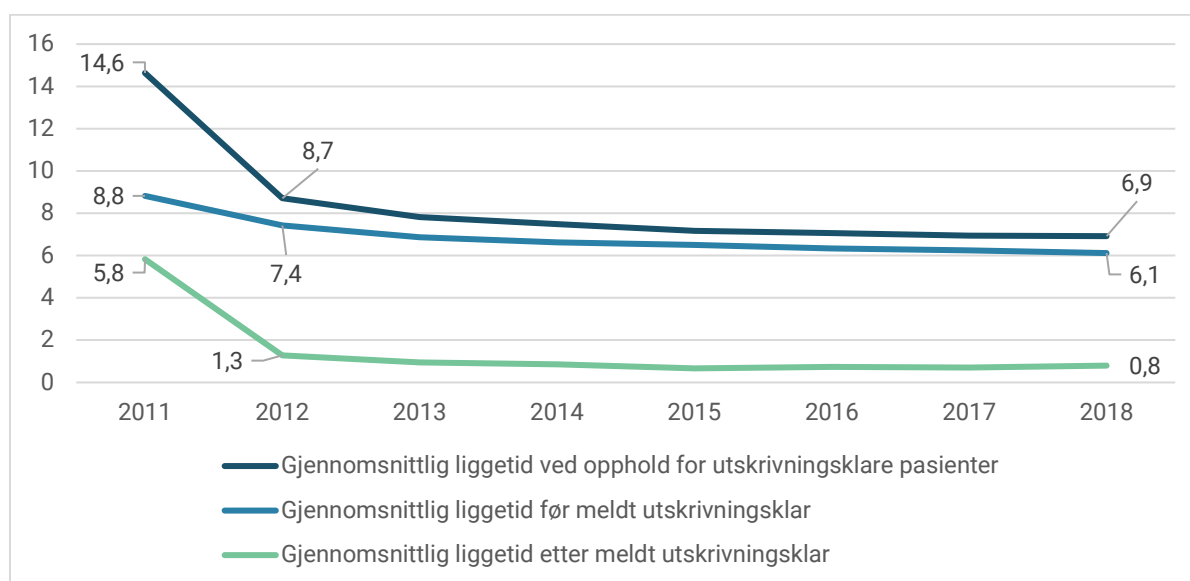
<sup>19</sup> Målt med korrelasjon.

<sup>20</sup> 19 prosent lavere i Møre og Romsdal enn for Norge totalt.

men pasienten lå i gjennomsnitt lenger på sykehus, noe som bidro til at de hadde høy rate for utskrivningsklare liggedager. UNN-området hadde noe høyere rate for antall opphold enn Norge totalt og samtidig relativt lang gjennomsnittlig liggetid som utskrivningsklar.

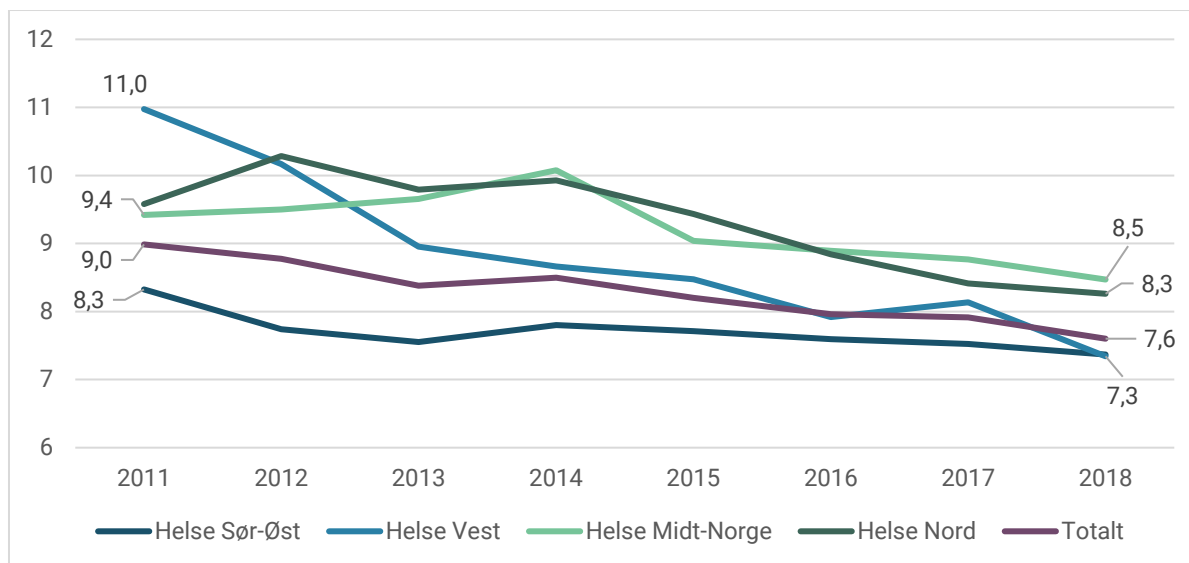
Det framgår av figur 8 at gjennomsnittlig liggetid som utskrivningsklar for Norge totalt var en halv dag kortere i 2018 enn i 2012. Gjennomsnittlig liggetid før meldt utskrivningsklar ble i samme periode redusert med over et døgn.

Figur 8: Gjennomsnittlig liggetid for alle utskrivningsklare for Norge totalt, 2011-2018. Alle utskrivningsklare er inkludert

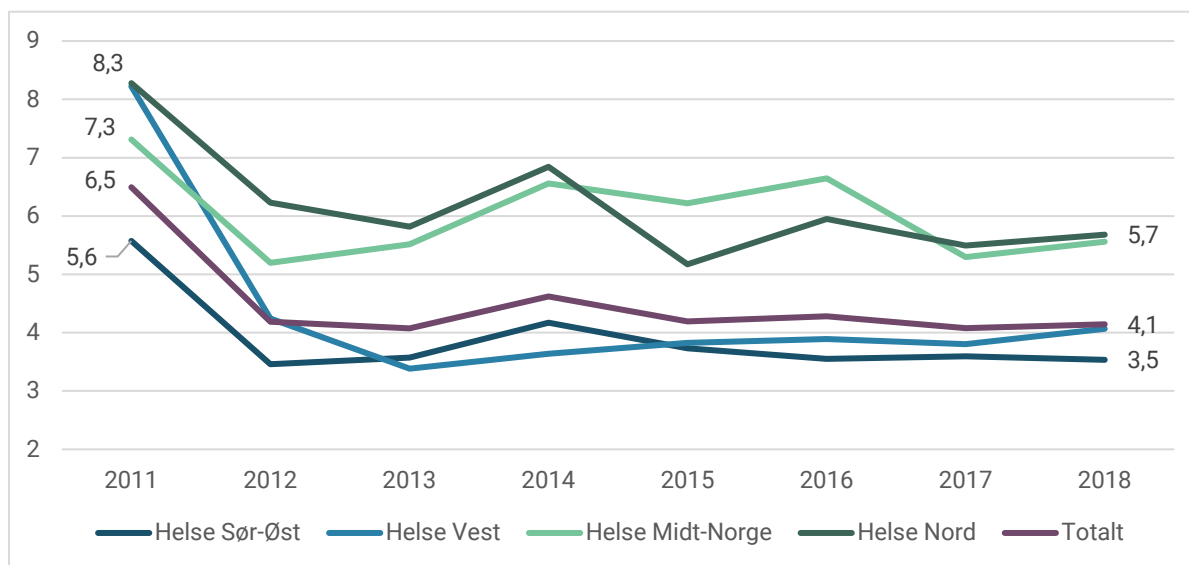


Figur 9 viser gjennomsnittlig liggetid *før meldt utskrivningsklar*, mens figur 10 viser gjennomsnittlig liggetid *etter* meldt utskrivningsklar, for regionene og Norge totalt i perioden 2011 til 2018. I disse figurene har vi kun inkludert opphold for pasienten som har én eller flere liggedager på sykehus etter meldt utskrivningsklar. Gjennomsnittlig liggetid vil derfor være høyere enn i figur 8. Andel opphold for pasienter som blir tatt imot av kommunen samme dag som meldt utskrivningsklar varierer mellom regionene. I Helse Sør-Øst ble 84 prosent av utskrivningsklare pasienter tatt imot av kommunen samme dag i 2018, og tilsvarende for Helse Vest var 82 prosent. Ved Helse Nord og Helse Midt-Norge ble henholdsvis 74 prosent og 39 prosent tatt imot av kommunen samme dag. Som tidligere nevnt antar vi at det er en underreportering av denne type opphold i Helse Midt-Norge, og muligens også i Helse Nord.

Figur 9: Gjennomsnittlig liggetid før meldt utskrivningsklar etter region, 2011-2018. Pasienter med én eller flere utskrivningsklare liggedager er inkludert



Figur 10: Gjennomsnittlig liggetid etter meldt utskrivningsklar etter region, 2011-2018. Pasienter med én eller flere utskrivningsklare liggedager er inkludert



Pasientene i Helse Nord og Helse Midt-Norge lå lengre på sykehus både før og etter meldt utskrivningsklar sammenlignet med pasienter tilhørende Helse Sør-Øst og Helse Vest. Fra 2017 til 2018 var det en økning i gjennomsnittlig liggetid etter meldt utskrivningsklar for alle regionene, med unntak av i Helse Sør-Øst.

I 2018 var gjennomsnittlig liggetid før meldt utskrivningsklar 7,6 dager for Norge totalt, en reduksjon på 0,3 dager fra året før. Variasjonen mellom foretaksområdene var mindre i 2017 og 2018 enn tidligere i perioden, og var på 13 prosent i 2018<sup>21</sup>. I 2018 hadde pasienter tilhørende UNN-området og St. Olavs-området lengst liggetid, med henholdsvis 9,2 dager og

<sup>21</sup> Variasjonskoeffisient=gjennomsnitt/standardavvik\*100.

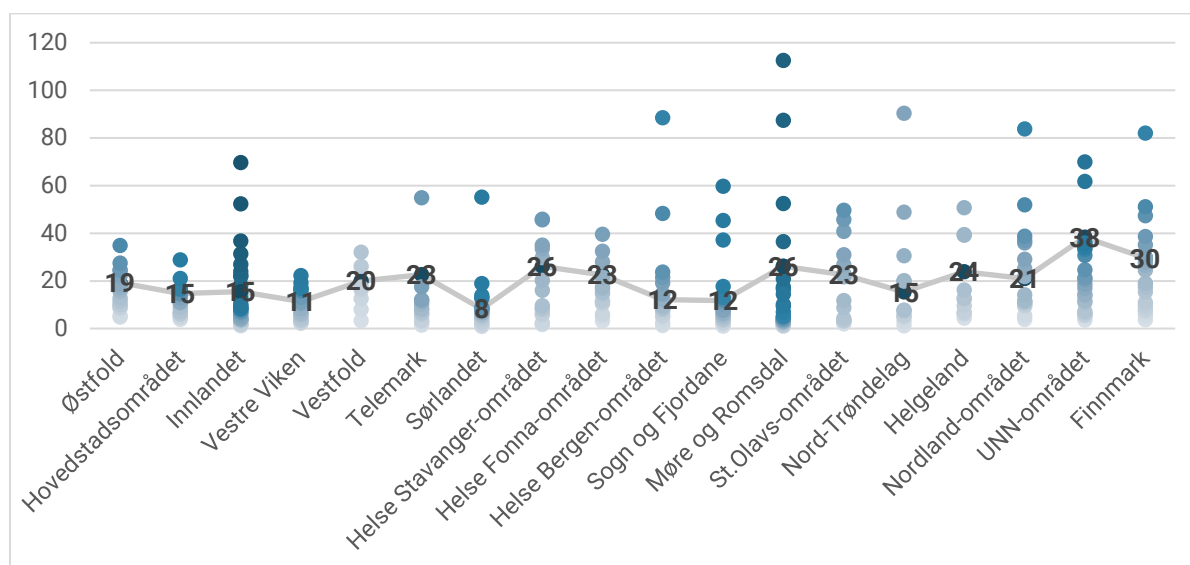
8,8 dager. Begge foretaksområdene reduserte gjennomsnittlig liggetid før meldt utskrivningsklar fra 2014 til 2018, og avviket fra det nasjonale nivået ble mindre i perioden fram mot 2018. Sørlandet og Vestfold hadde i 2018 lavest gjennomsnittlig liggetid før meldt utskrivningsklar, med henholdsvis 5,9 dager og 6,2 dager.

Variasjonen mellom foretaksområdene i gjennomsnittlig liggetid som utskrivningsklar var lavere i 2017 og 2018 enn tidligere i perioden. I 2018 var variasjonen på 28 prosent<sup>22</sup>. Landsgjennomsnittet for liggetid etter meldt utskrivningsklar var 4,1 dager. Pasientene tilhørende Møre og Romsdal lå 7,4 dager, nesten 3 ganger så lenge som ved Østfold (2,7 dager).

### Liggetid for utskrivningsklare pasienter etter kommuner og kommunegrupper

Figur 11 viser rate for liggedager etter meldt utskrivningsklar for foretaksområdene og kommunene innad i områdene i 2018. Som vi ser av figuren er områdevariasjon større innenfor enkelte foretaksområder enn andre. For noen av kommunene er antall opphold lavt, og tallene må derfor tolkes med forsiktighet.

Figur 11: Utskrivningsklare liggedager per 1 000 innbyggere etter foretaksområdene og kommunene, 2018.



Hovedstadsområdet (samlet), Østfold og Vestfold hadde lav områdevariasjon. Størst variasjon ble observert i Møre og Romsdal og Nord-Trøndelag.

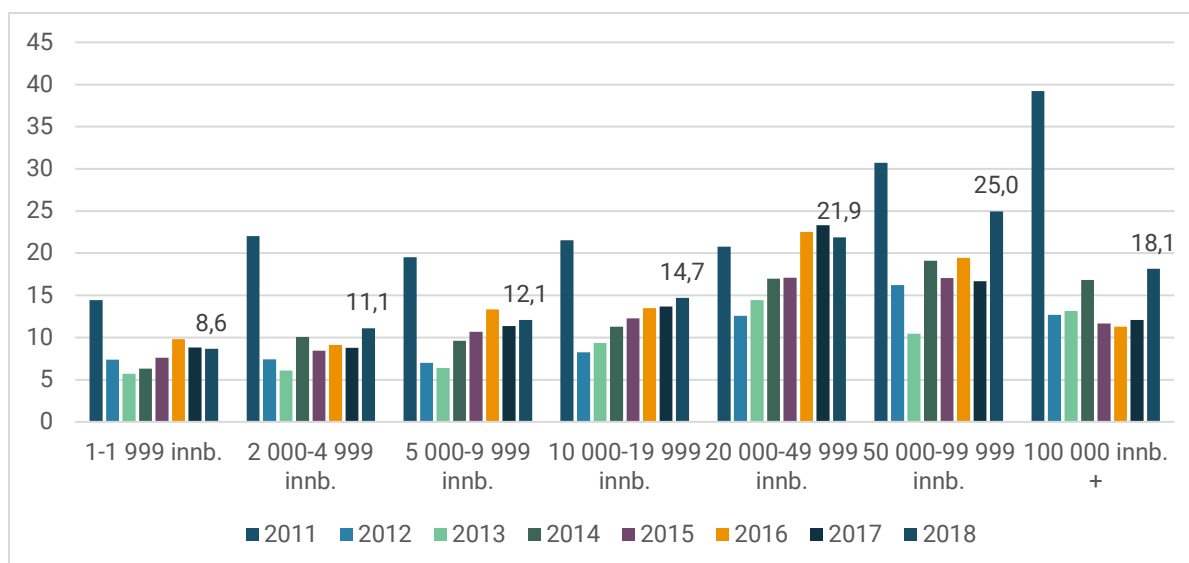
Figur 12 viser utvikling i raten for utskrivningsklare liggedager fra 2011 til 2018 etter kommunegruppe, mens figur 13 viser gjennomsnittlig liggetid som utskrivningsklar<sup>23</sup> for samme periode og samme inndeling.

<sup>22</sup> Variasjonskoeffisient=gjennomsnitt/standardavvik\*100.

<sup>23</sup> Alle utskrivningsklare pasienter er med i beregningen. Dvs. at også pasienter som tas imot av kommunen samme dag er inkludert, og gjennomsnittlig liggetid er derfor lavere enn i figur 9 og 10.

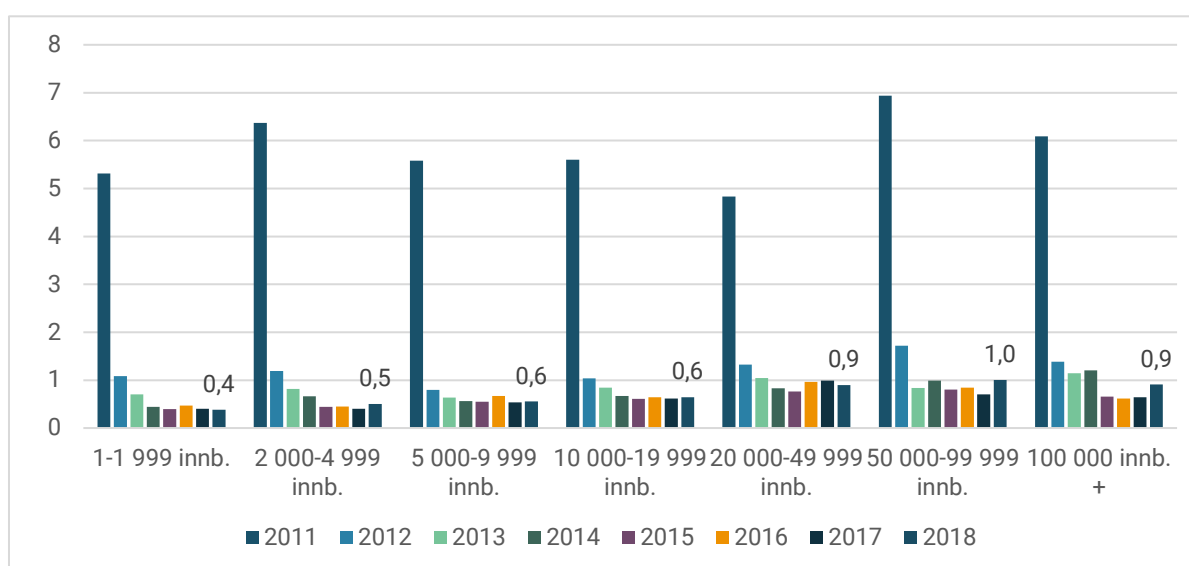


Figur 12: Utskrivningsklare liggedager per 1 000 innbyggere etter kommunegrupper, 2011-2018<sup>1</sup>



Større kommuner har høyere rate for utskrivningsklare liggedøgn enn mindre kommuner. Veksten i utskrivningsklare liggedager fra 2017 til 2018 kom hovedsakelig i kommuner med et befolkningstall på 50 000 innbyggere eller flere.

Figur 13: Gjennomsnittlig liggetid etter meldt utskrivningsklar etter kommunegrupper, 2011-2018. Alle utskrivningsklare er inkludert



Gjennomsnittlig liggetid etter meldt utskrivningsklar har holdt relativt stabilt nivå de fire siste årene for de fleste kommunegruppene. For de to største kommunegruppene økte liggetiden med 0,3 dager fra 2017 til 2018.

I 2018 lå pasientene i de minste kommunene i gjennomsnitt kortere på sykehus etter meldt utskrivningsklar enn pasienter fra større kommuner. I kommuner med et innbyggertall på mindre enn 20 000 innbyggere, ble pasientene tatt imot av kommunen samme dag som meldt utskrivningsklar i 84-87 prosent av tilfellene. I den største kommunegruppen (>100 000

innbyggere) ble pasienten tatt imot av kommunen samme dag i 76 prosent av tilfellene. Større variasjoner mellom kommunene i omfang utskrivningsklare opphold og hvor lenge pasientene ligger på sykehus etter meldt utskrivningsklar, kan indikere at kommunene har ulik kapasitet mht. kommunale tjenester for den eldre befolkning. Noe områdevariasjon vil imidlertid være forventet og nødvendig for å gi pasientene en god oppfølging og gode forløp.

## Andel reinnleggelser for utskrivningsklare pasienter ved somatiske sykehus

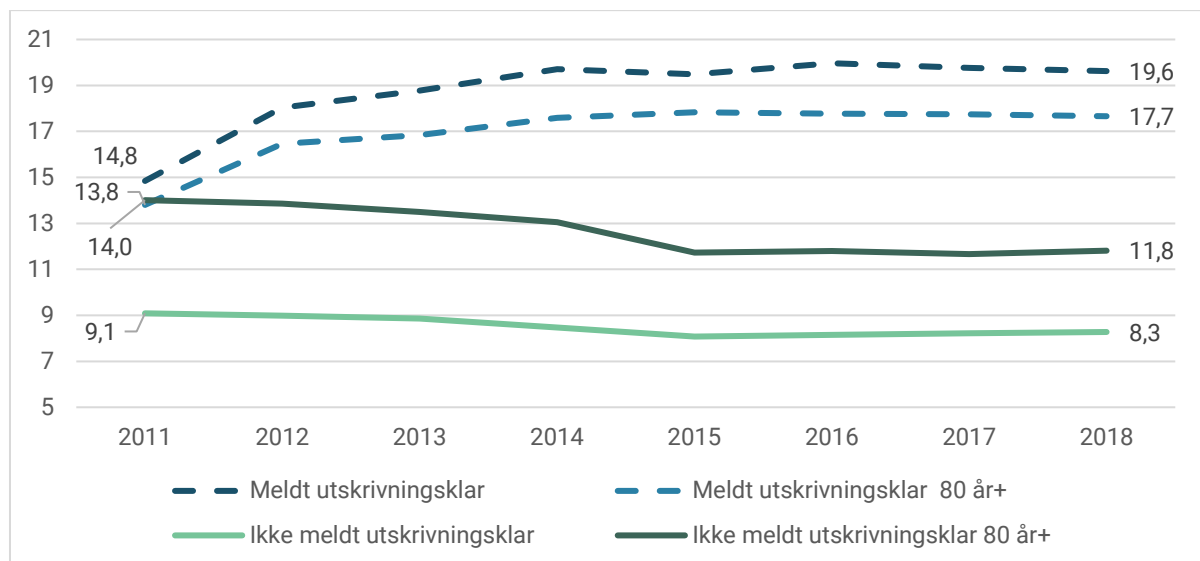
Stor variasjon i andel reinnleggelser mellom helseforetaksområder kan indikere ulikhet i kvaliteten på behandling og oppfølging i sykehus eller kommune, og/eller variasjoner i kvaliteten på samhandlingen mellom disse. Noen reinnleggelser er helt nødvendige, men en høy andel reinnleggelser er generelt lite ønskelig både for pasientene og for sykehusene.

Over tid har arbeidsfordelingen mellom sykehus og kommuner endret seg. Kommunene har fått ansvar for større deler av oppfølgingen etter sykehusbehandling, spesielt ved at liggetiden for innlagte pasienter gradvis har blitt redusert. Det er en helsepolitisk målsetning å redusere antall liggedager for eldre, og spesielt utskrivningsklare pasienter på somatiske sykehus. Med dette som bakgrunn er det viktig å følge med på utvikling i reinnleggelse for disse pasientene.

### Reinnleggelser for utskrivningsklare pasienter for Norge totalt, regionene og foretaksområdene

Det framgår av figur 14 at andel reinnleggelser for utskrivningsklare pasienter har holdt et stabilt nivå de fem siste år, mens det var en økning tidlig i perioden.

Figur 14: Andel reinnleggelser etter utskrivningsklar status og alder for Norge totalt, 2011-2018. Alle utskrivningsklare er inkludert

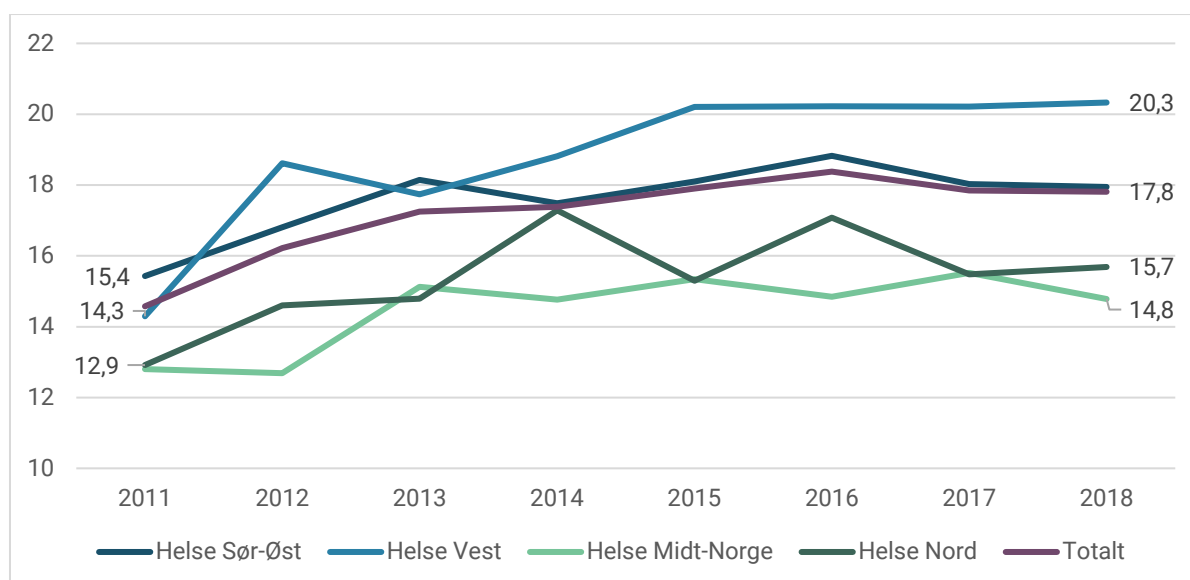


Omtrent en av fem utskrivningsklare pasienter ble reinnlagt innen 30 dager i 2018. Tilsvarende for pasienter som ikke var meldt utskrivningsklar ble færre enn en av ti reinnlagt. Pasienter som ble tatt imot av kommunen samme dag som meldt utskrivningsklar, hadde høyeste andel reinnleggelser (20,1 prosent). Av pasientene som ikke ble tatt imot av kommunene samme dag som meldt utskrivningsklar, ble 17,8 prosent reinnlagt innen 30 dager. Gjennomsnittsalderen var noe høyere for pasienter som ble liggende på sykehus etter meldt utskrivningsklar sammenlignet med for opphold der pasienten ble tatt imot av kommunen samme dag, 80 år versus 77 år.

Andel reinnleggelser for utskrivningsklare opphold var lavere for pasienter som var 80 år eller eldre sammenlignet med alle utskrivningsklare pasienter. En mulig forklaring på dette er at pasienter 80 år og eldre i større grad har en sykehjemsplass eller får en tettere oppfølging i kommunene sammenlignet med yngre utskrivningsklare pasienter. Videre vil dødeligheten være større blant de eldste pasientene. I gruppen utskrivningsklare pasienter 80 år og eldre var gjennomsnittsalderen 87 år i 2018, og det er sannsynlig at flere i denne aldersgruppen dør kort tid etter utskrivelse<sup>24</sup>.

Figur 15 viser andel reinnleggelser der vi kun inkluderer pasienter som har én eller flere liggedager som utskrivningsklar. Andel reinnleggelser vil derfor være noe lavere enn angitt i figur 14. Andelen reinnleggelser var høyere i Helse Vest og Helse Sør-Øst sammenlignet med Helse Midt-Norge og Helse Nord i hele perioden.

*Figur 15: Andel reinnleggelser for utskrivningsklare pasienter etter region, 2011-2018. Pasienter med én eller flere utskrivningsklare liggedager er inkludert*



Det er et sammenfall<sup>25</sup> mellom gjennomsnittlig liggetid som utskrivningsklar og andel reinnleggelser. Som vist tidligere i notatet lå utskrivningsklare pasienter i Helse Midt-Norge og Helse Nord lengre på sykehus etter meldt utskrivningsklar enn de to andre regionene, og har samtidig lavere andel reinnleggelser. Tilsvarende ser vi et sammenfall for foretaksområdene. Mange foretaksområder med relativt lav andel reinnleggelser, har samtidig lengre gjennomsnittlig liggetid enn områder med høy andel reinnleggelser. Vi kan likevel ikke konkludere med at det er en direkte sammenheng mellom disse størrelsene på pasientnivå.

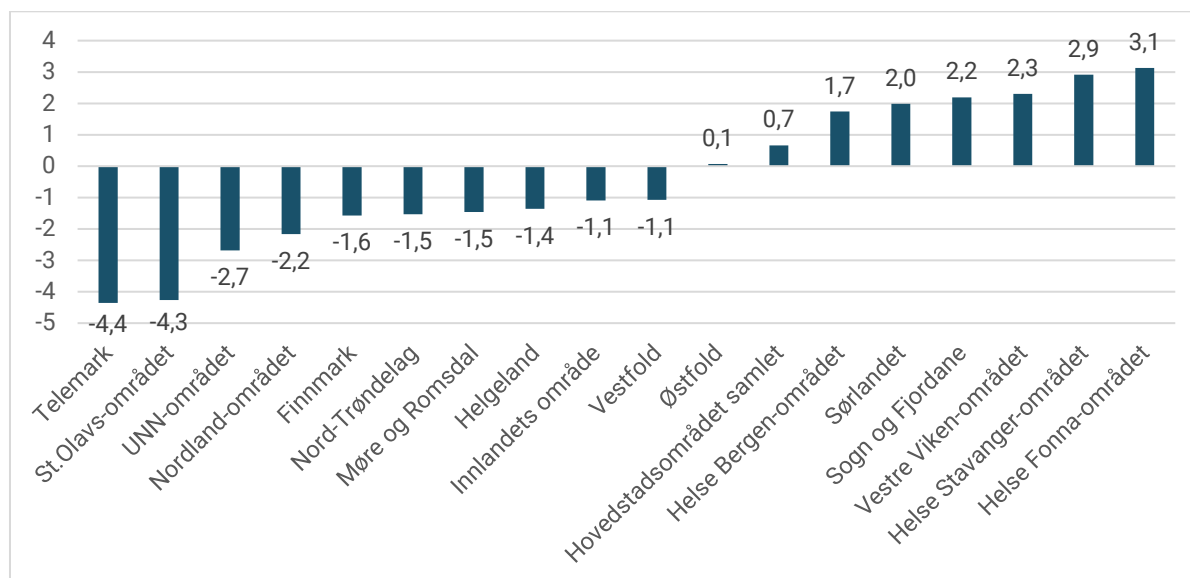
Figur 16 viser variasjon mellom foretaksområdene i andel reinnleggelse for pasienter med utskrivningsklare liggedager i 2018. Telemark og St. Olavs-området hadde lavest andel på

<sup>24</sup> Vi har ikke korrigert for pasienter som dør innen 30 dager etter utskrivelse.

<sup>25</sup> Målt med korrelasjon.

henholdsvis 13 og 14 prosent. Høyest nivå hadde Helse Fonna og Stavanger-området med en andel på om lag 21 prosent.

Figur 16: Variasjon mellom foretaksområdene i andel reinnleggelse for utskrivningsklare pasienter – avvik i prosentpoeng fra landsgjennomsnittet, 2018. Pasienter med én eller flere utskrivningsklare liggedager er inkludert



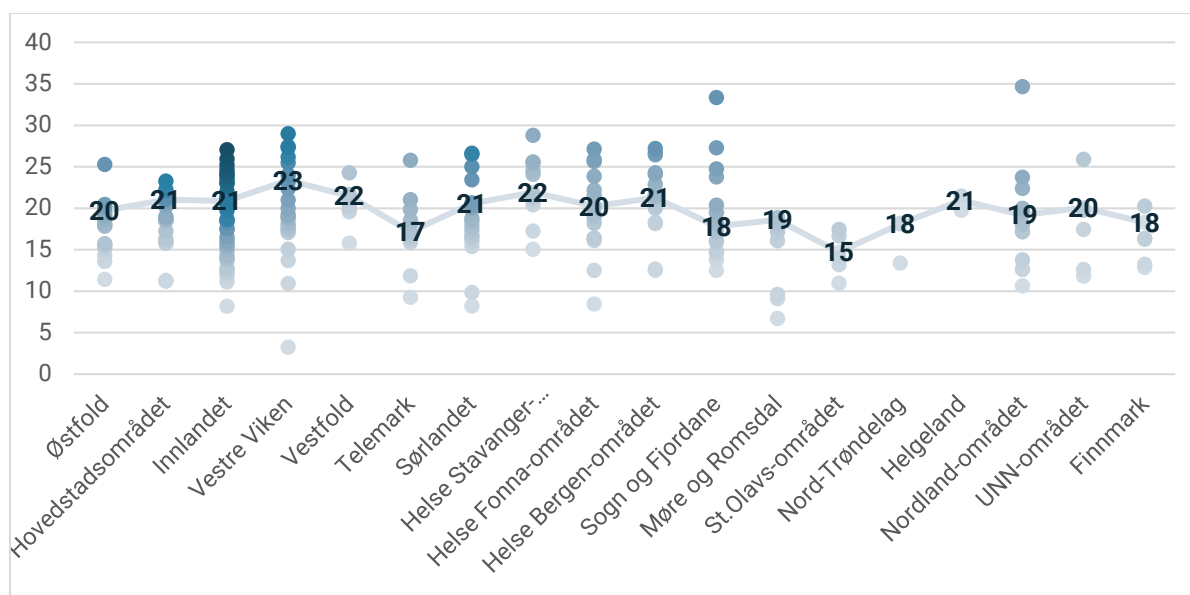
Variasjonen<sup>26</sup> mellom bostedene i andel reinnleggelser var litt lavere i 2018 enn i 2011 både for alle utskrivningsklare og utskrivningsklare på 80 år og over.

### Reinnleggelse for utskrivningsklare pasienter etter kommuner og kommunegrupper

Figur 17 viser variasjon mellom kommunene innenfor bostedsområdene i andel reinnleggelser for utskrivningsklare pasienter i 2018. Mest områdevariasjon ble observert i Nordland-området, Møre og Romsdal og Vestre Viken. Det var minst variasjon mellom kommunene i Helgeland, Vestfold og Nord-Trøndelag. For noen foretaksområder er det få kommuner som er inkludert i analysen. Dette skyldes at vi ikke beregner andel reinnleggelser dersom det er få utskrivningsklare opphold. Det er få inkluderte kommuner for de tre foretaksområdene med minst variasjon. Tallene må derfor tolkes med forsiktighet.

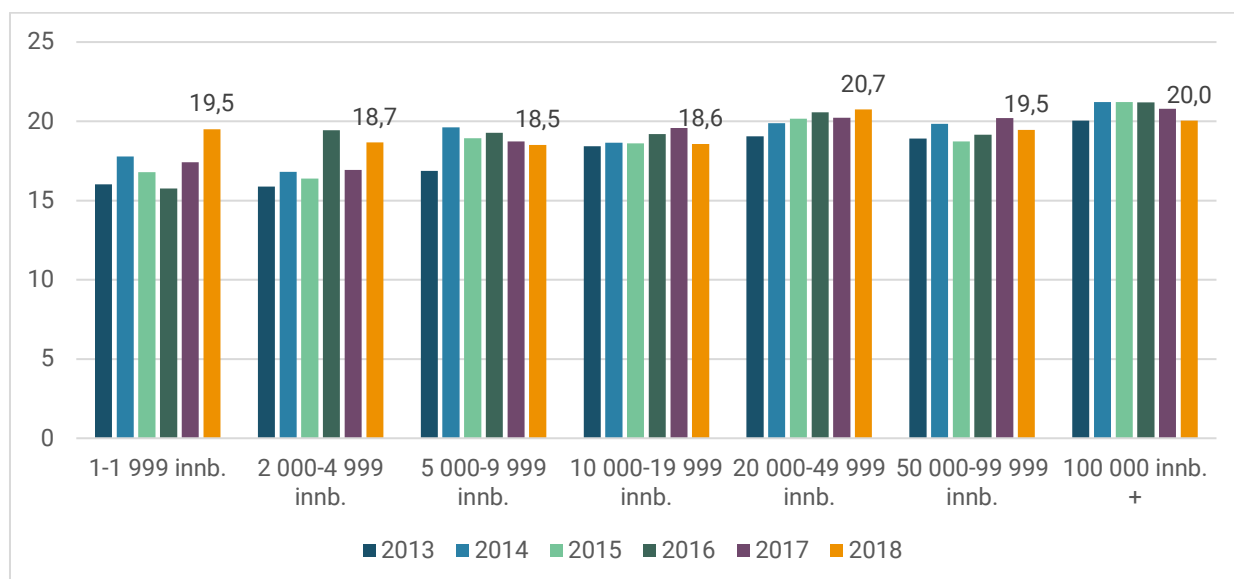
<sup>26</sup> Variasjonskoeffisient=gjennomsnitt/standardavvik\*100.

Figur 17: Andel reinnleggelse for utskrivningsklare pasienter etter foretaksområdene og kommunene, 2018. Alle utskrivningsklare opphold er inkludert



Figur 18 viser andel reinnleggelser for utskrivningsklare pasienter for ulike kommunegrupper inndelt etter befolkningstall for tidsperioden 2013-2018.

Figur 18: Andel reinnleggelser for utskrivningsklare pasienter etter kommunegrupper, 2013-2018. Alle utskrivningsklare er inkludert



Kommunegruppene med få innbyggere (< 5 000 innbyggere) hadde i perioden 2011-2017 en lavere andel reinnleggelser enn kommunegrupper med flere innbyggere, men andelen reinnleggelser for de to minste kommunegruppene økte siste år. For kommunegruppen med 100 000 eller flere innbyggere ble andel reinnleggelser redusert to siste år. Variasjonen<sup>27</sup> mellom kommunegruppene var på fire prosent i 2018, fire prosentpoeng lavere enn i 2013.

<sup>27</sup> Variasjonskoeffisient=gjennomsnitt/standardavvik\*100.

## Utskrivningsklare liggedager og inntekter

Antall utskrivningsklare liggedager som er presentert tidligere i dette notatet er høyere enn antall utskrivningsklare liggedager som faktureres til kommunene. Det er ulike forklaringer på hvorfor kommunene ikke blir fakturert, for eksempel for sent varsel til kommunene om utskrivningsklar pasient. Tallene i figur 21 og 22 viser at det er store variasjonen mellom helseforetakene i hvor godt samsvar det er mellom utskrivningsklare liggedager registrert i NPR og fakturerte liggedager (regnskapsført inntekt for helseforetakene). Vi har ikke forklaringer på hvorfor det er så stor variasjon i dekningsgrad mellom helseforetakene.

### Framgangsmåte

Vi har estimert inntekt for registrerte utskrivningsklare liggedager i 2016 og 2017 ved å se på antall utskrivningsklare liggedager og multiplisert med døgnprisen for de respektive årene<sup>28</sup>. Dette sammenlignes med regnskapsført inntekt ført på artskonto 326, Utskrivningsklare pasienter.

Tabell 3: Estimert og regnskapsført inntekt, 2016

	Antall liggedager	Døgnsats	Estimert inntekt	Regnskapsført inntekt (k326)	Dekningsgrad
Helse Sør-Øst	36 238	4 505	163 252 190	87 624 000	0,537
Helse Vest	13 254	4 505	59 709 270	32 048 000	0,537
Helse Midt-Norge	16 210	4 505	73 026 050	57 234 000	0,784
Helse Nord	12 574	4 505	56 645 870	43 023 000	0,760
Total	78 276	4 505	352 633 380	219 929 000	0,624

Tabell 4: Estimert og regnskapsført inntekt, 2017

	Antall liggedager	Døgnsats	Estimert inntekt	Regnskapsført inntekt (k326)	Dekningsgrad
Helse Sør-Øst	36 847	4 622	170 306 834	90 147 000	0,529
Helse Vest	14 266	4 622	65 937 452	34 122 000	0,517
Helse Midt-Norge	13 694	4 622	63 293 668	51 608 000	0,815
Helse Nord	12 493	4 622	57 742 646	43 528 000	0,754
Total	77 300	4 622	357 280 600	219 405 000	0,614

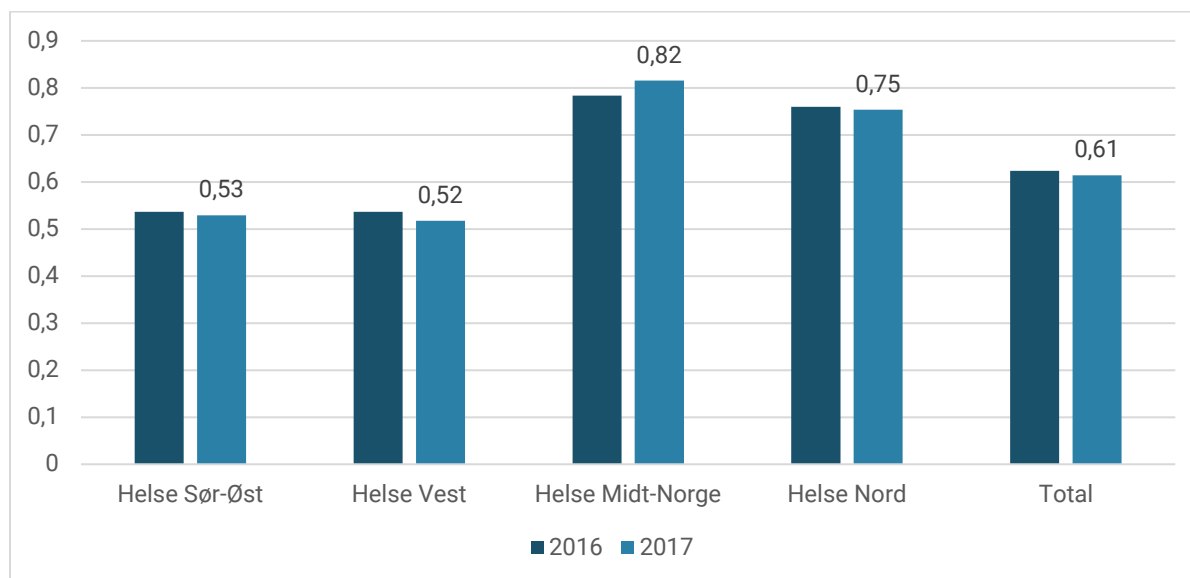
Som mål på avvik benytter vi dekningsgrad. Dekningsgraden viser regnskapsført inntekt som andel av den estimerte inntekten for utskrivningsklare liggedager registrert i NPR. Verdier rundt 1,0 indikerer bra samsvar mellom regnskap og registrert antall liggedager i NPR. Lavere verdi enn 1,0 indikerer at foretaket har inntektsført et lavere beløp enn den estimerte inntekten ut fra antall registrerte utskrivningsklare liggedager.

<sup>28</sup> Diakonhjemmet Sykehus, Lovisenberg Sykehus og Haraldsplass Diakonale Sykehus er ikke inkludert.

## Resultater nasjonalt og regionalt

Vi ser av figur 21 at dekningsgraden er relativt stabil mellom 2016 og 2017, og ligger i overkant av 0,60 for helseforetakene samlet. Det vil si at 60 prosent av de registrerte utskrivningsklare liggedagene er inntektsført. Helse Midt- Norge og Helse Nord har en høyere dekningsgrad enn de øvrige regionale helseforetakene. For 2017 er dekningsgraden 0,82 for Helse Midt-Norge, 0,75 for Helse Nord, 0,53 for Helse Sør-Øst og 0,52 for Helse Vest.

Figur 19: Dekningsgrader Regionale Helseforetak, 2016 og 2017

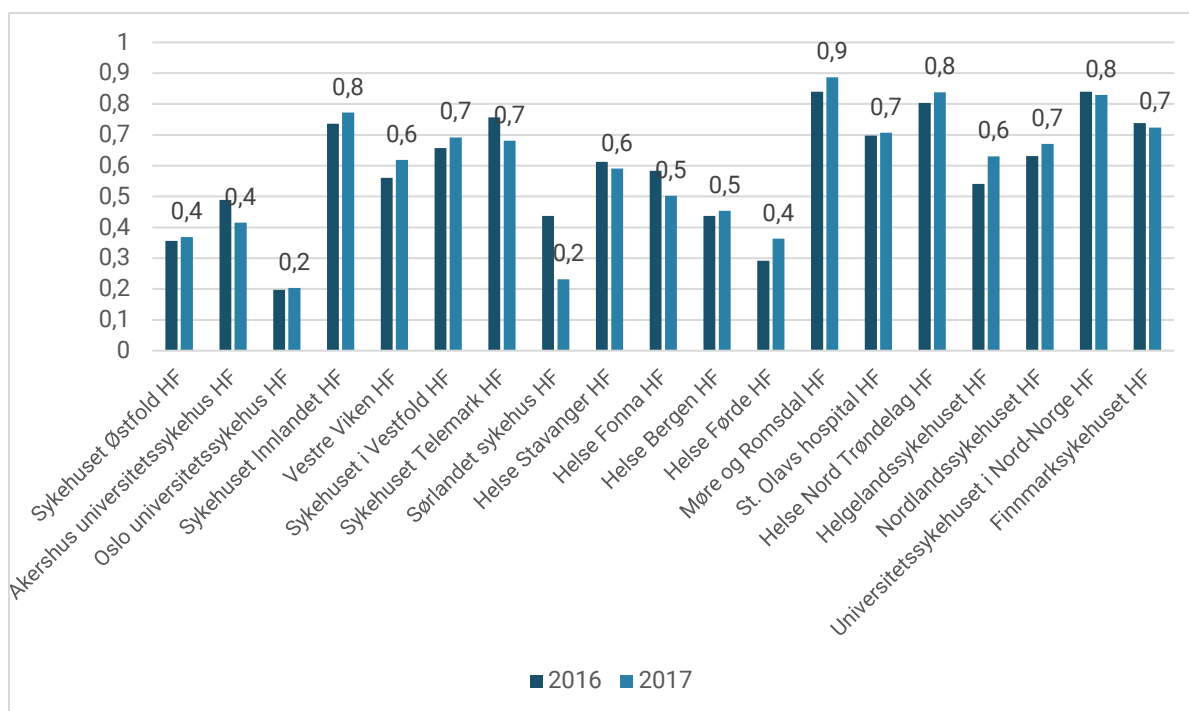


## Resultater per helseforetak

Figur 20 viser at det er variasjoner i dekningsgrad mellom og innad i de regionale helseforetakene. Vi ser at dekningen er gjennomgående høyere for helseforetakene i Nord og Midt-Norge. I Helse Nord er det Helgelandssykehuset HF som har lavest dekningsgrad med 0,63 og Universitetssykehuset Nord-Norge HF som har høyest dekningsgrad med 0,83. I Helse Midt-Norge varierer dekningen fra 0,71 hos St. Olavs hospital HF til 0,89 hos Møre og Romsdal HF. For Helse Vest er nivået lavere, hvor Helse Stavanger HF har den høyeste dekningsgraden på 0,59. Hos Helse Sør-Øst er forskjellene mellom helseforetakene større. Oslo Universitetssykehus HF har en dekningsgrad på 0,20, mens den er 0,77 for Sykehuset Innlandet HF.



Figur 20: Dekningsgrader Helseforetak, 2016 og 2017



## Datagrunnlag og definisjoner

Data er hentet fra Norsk pasientregister (NPR), som inneholder aktivitet fra somatiske sykehus. For utskrivningsklare opphold er analysene basert på årsdata 2011-2017 og per 2. tertial for 2018. Tall for 2018 er beregnet på grunnlag av innrapportert aktivitet per 2. tertial, med en antagelse om at 2/3 av aktiviteten kom i denne perioden. Tall for regnskapsførte inntekter ved Helseforetakene er hentet fra SSB.

Foretaksområdene er sammenfallende med helseforetakenes «sørge for ansvar». Det tas utgangspunkt i pasientens bosted, og er uavhengig av hvor pasienten ble behandlet. Befolkningstall brukt i beregning av rater (per 1000 innbyggere) er hentet fra SSB, og er framskrevne tall for 1. januar 2019. Leksvik og Rissa ble slått sammen til Indre Fosen fra 1.1.2018. I perioden 2011-2017 er Leksvik tilhørende Nord-Trøndelag, mens i 2018 er hele Indre Fosen lagt til St. Olavs-området.

Utskrivningsklare døgnopphold definert som pasienter som har behov for et kommunalt tilbud etter utskrivning fra sykehuset, og som har vært innlagt med liggetid på minst ett døgn. Døgnrehabilitering er ekskludert. Utskrivningsklare liggedager er antallet dager fra utskrivningsklardato til utskrivningsdato. Liggetid før pasienten ble meldt utskrivningsklar viser antall dager fra innskrivningsdato til utskrivningsklardato.

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

Analysene av reinnleggelser er basert på pasientdata per 2. tertial alle år 2012-2018. Andel reinnleggelser i august vil være kunstig lavt, siden en del av reinnleggelsene etter opphold i august vil komme i første del av 3. tertial. Dette medfører at beregnet andel reinnleggelser er litt lavere enn det faktiske nivået.

Vi har ikke mulighet for å korrigere for pasienter som dør kort tid etter at de er skrevet ut av sykehus. Andel reinnleggelse for utskrivningsklare pasienter vil derfor være noe underestimert. Dette vil ha størst betydning for utskrivningsklare pasienter på 80 år og eldre.

Ved helseforetakene i Midt-Norge (Møre og Romsdal HF, St. Olavs hospital HF og Helse Nord-Trøndelag HF) var det ingen registrerte opphold for pasienter som ble meldt utskrivningsklar og tatt imot av kommunen samme dag i 2016. Også for de andre årene i perioden har disse helseforetakene et lavt nivå. Det må derfor utvises forsiktighet ved tolkning av disse tallene. Det er knyttet usikkerhet til om det også ved andre helseforetak skjer en underrapportering av utskrivningsklare pasienter som blir tatt imot av kommunen samme dag.



**Utvikling og variasjon i opphold, liggetid og andel  
reinnleggelser for utskrivningsklare pasienter 2011-2018**

**Utgitt**

Februar 2019

**Bestillingsnummer**

IS-2813

**Forfattere**

Tone Rian Myrli,  
Silje Marie Mortensen og  
Beate Aufles

**Utgitt av**

Helsedirektoratet

**Postadresse**

Pb. 220 Skøyen  
0213 Oslo

**Besøksadresse**

Vitaminveien 4, Oslo

**Telefon** 810 20 050

**Faks** 24 16 30 01

**Forsidefoto**

© godunk13/Mostphotos  
(illustrasjonsbilde)

**Design**

Itera as

[www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)