

Rapport

Utskrivningsklare pasienter - Hvem er de og hvor hører de hjemme?



*En studie initiert av Norsk Sykepleierforbud og gjennomført av
Analysesenteret AS*

Lovisenberg
Juni 2010

Versjon 2010-06-18

Tor Øystein Seierstad
Arne Morten Holmeide
Morten Eimot

Innholdsfortegnelse

Innledning.....	4
1 Definisjon utskrivningsklar pasient	6
2 Kvantitativ studie.....	7
3. Diskusjon feilkilder	8
3.1 Nasjonal statistikk - NPR.....	8
3.1.1 Mangelfull innrapportering til NPR	8
3.1.2 Teknikaliteter mht. innhenting av informasjon om opphold med UKL.....	9
3.2 Systemfeil ved foretakenes registrering av UKL.....	11
3.2.1 Mangelfull registrering av utklardato på siste avdelingsopphold under sykehusoppholdet	11
3.2.2 Feilaktig bruk av melding om utklardato.....	11
3.2.3 Behandlings- og pleiepersonalets holdninger og kunnskap.....	11
3.3 Oppsummert feilkilder og datakvalitet	12
4 Resultater kvantitativ studie - NSF spørreundersøkelser.....	14
5 Resultater kvantitativ studie - Aktivitetsdata fra 4 helseforetak	23
5.1 Samlet antall liggedøgn og antall utskrivningsklare liggedøgn, 2007-9	23
5.2 Gjennomsnittlig liggetid og andel UKL, 2007-9, med og kir DRG	25
5.3 Fordeling på innmåte, DRG-type, hoveddiagnosegruppe og alder.....	26
5.4 Gjennomsnittlig liggetid og andel UKL, 2007-8-9, to utvalgte DRG	29
6 Resultater - Kvalitativ tilnærming.....	30
6.1 HVEM er de utskrivningsklare pasientene?	31
6.2 HVA eller hvilken helsehjelp er de utskrivningsklare pasientene i behov av?	32
6.3 HVOR gis helsehjelpen som de utskrivningsklare pasientene er i behov av best og mest effektivt?	34
6.4 HVORFOR oppstår utskrivningsklare liggedøgn	35
6.4.1 Innsnevring av fokus og ansvarsområder i spesialisthelsetjenesten	35
6.4.2 Manglende kommunikasjonslinjer	35
6.4.3 Manglende kontinuitet i inntak til institusjonsplasser i kommunene.....	36
6.4.4 Mangel på tilrettelagte boliger.....	36
6.4.5 Mangel på korttidsplasser	36
6.4.6 Mangel på kapasitet og kompetanse i primærhelsetjenesten.....	36
6.4.7 Manglende kapasitet i sosiale nettverk.....	37
6.5 HVORDAN forstås definisjonen på utskrivningsklare pasienter og hvordan anvender det enkelte foretak/sykehus denne definisjonen?.....	38
6.6 Ideer, eksempler og spørsmål til ettertanke	41

6.6.1	Kontinuerlig og offensiv samhandling fra dag en.....	41
6.6.2	Samhandling på flere nivå etterlyses	42
6.6.3	Eldremedisin og det komplekse på vei ut av spesialisthelsetjenesten?.....	42
6.6.4	0 utskrivningsklare dager en utopi	42
6.6.5	Billigere helsehjelp for de utskrivningsklare pasientene i primærhelsetjenesten?	43
6.6.6	Tar vi imot de rette pasientene ute?.....	43
6.6.7	Reinnleggelser	43
6.6.8	Ett eller to forvaltningsnivå innen eldreomsorgen?.....	43
6.6.9	Fokus på behandlingslinjer fremfor utklardato.....	44
7.	Oppsummering.....	45
VEDLEGG	48
VEDLEGG 1	Bestilling av data fra norsk pasientregister	48
VEDLEGG 2	Svar NPR vedr. bestilling av data	52
VEDLEGG 3	NSF brev til landets foretaksdirektører vedr. omfang av utskrivningsklare pas.	53
VEDLEGG 4	NSF spørreskjema utskrivningsklare pasienter	54
VEDLEGG 5	NSF prosjektbeskrivelse, Utskrivningsklare pasienter – hvem er de og hvor hører de hjemme?.....	55
VEDLEGG 6	Databehandleravtale mellom Analysesenteret og deltakende foretak	63
VEDLEGG 7	Oversikt over fokusgruppene med deltakere.....	64

Innledning

I samhandlingsreformen¹ er et av regjeringens viktigste grep å stimulere til at utskrivningsklare pasienter kommer over i primærhelsetjenestens omsorg når de ikke lengre er i behov av spesialisthelsetjeneste. Dette i tråd med det som medisinsk og pleiefaglig sett oppfattes å være beste effektive omsorgsnivå (BEON).

Regjeringen anslår i samhandlingsreformen antall utskrivningsklare liggedøgn (UKL) til å være om lag 150 000 innen somatikken og 4-500 000 innen psykisk helsevern pr år. For somatiske sengeposter utgjør dette ca 450 sykehussenger. Årskostnaden for liggedagene til somatiske utskrivningsklare pasienter basert på gjennomsnittlig døgnkostnad, er estimert til 725 mill. kroner. Dersom liggedagene hadde vært på intermediære avdelinger på sykehjem, tilsier ovennevnte anslag på døgnkostnad at samlet kostnad ville vært omlag 220 millioner kroner. Det bemerkes at tallene som er anslått for behandlingkostnader i sykehus og sykehjem er beheftet med *stor usikkerhet*. Det arbeides fortsatt med å estimere anslag for driftskostnader for utskrivningsklare pasienter innenfor psykisk helsevern.

Regjeringen foreslår i samhandlingsreformen² å overføre det økonomiske ansvaret for utskrivningsklare pasienter fullt og helt til kommunene fra og med 2012, hvilket betyr at kommunene får en betalingsplikt for pasienter som er definert utskrivningsklar. Poenget er ikke å straffe kommuner som ikke tar i mot utskrivningsklare pasienter, men å etablere en riktigere insitamentssituasjon for kommunene. Samlet for kommunesektoren vil de i forbindelse med innføringen av ordningen få tilført midler som svarer til sykehuskostnadene for de utskrivningsklare pasientene. I prinsippet kan de velge å videreføre omfanget av utskrivningsklare pasienter i sykehus og betale kostnadene ved dette. Samtidig vil det ligge et økonomisk insitament til å etablere kommunale plasser med lavere kostnader, med muligheter til å bruke de sparte midlene til andre helsetiltak. Endringen finansieres ved at regionale helseforetak får et trekk i sine rammer og kommunene en økning i sine rammer, basert på historiske tall for kostnader knyttet til utskrivningsklare pasienter.

Hva vet en imidlertid om denne klart pleietrengende gruppen pasienter som forårsaker et ikke ubetydelig antall utskrivningsklare liggedøgn i somatikken? Hvem er de, hva feiler de, hvilken hjelp er de i behov av og hvorfor lar det seg ikke gjøre å overføre dem til primærhelsetjenesten, når det er en rimelig faglig konsensus om at det er her de vil motta den beste og mest effektive omsorgen? Et søk i tilgjengelige faglitteratur viser at dette er problemstillinger vi i liten grad har dokumentert og oppsummert kunnskap om både nasjonalt og lokalt i de enkelte RHF, helseforetak og kommunene.

Norsk sykepleierforbund har på denne bakgrunn engasjert Analysesenteret AS til å gjennomføre en analyse i 2 faser der en søker å komme noe nærmere svarene på de nevnte problemstillinger:

- **Fase 1** innebærer innhenting av kvantitative data direkte fra samtlige foretak mht. antall UKL, en nærmere gjennomgang av tilgjengelige nasjonale data slik de fremkommer i Norsk Pasientregister (NPR) samt gjennom egen databehandleravtale med 4 helseforetak å drille litt i dybden mht. registrerte aktivitetsdata knyttet til opphold med UKL registrert.

¹ St.meld. nr. 47 (2008-2009) [Samhandlingsreformen](#)

² St.meld. nr. 47 (2008-2009) [Samhandlingsreformen pkt. 9.5](#)

- **Fase 2** legges opp som en kvalitativ studie der en ønsker å presentere funnene fra fase 1 for utvalgte grupper fagpersonell i de 4 helseforetakene en har inngått databehandleravtale med. Målet for denne del av studien er om mulig å komme noe nærmere en forklaring på hvorfor eller hvordan det relativt store antall UKL oppstår, hvorfor det ikke er mulig å skrive ut pasientene til omsorg i primærhelsetjenesten og hva som er fagpersonellets tanker eller forslag til løsning.

1 Definisjon utskrivningsklar pasient

I følge forskrift om utskrivningsklare pasienter og kommunal medfinansiering for utskrivningsklare pasienter³, er en pasient utskrivningsklar når følgende punkter er vurdert og konklusjonene dokumentert i pasientjournalen:

1. problemstillingen(e) ved innleggelsen slik disse var formulert av innleggende lege skal være avklart,
2. øvrige problemstillinger som har framkommet skal som hovedregel være avklart,
3. dersom man avstår fra endelig å avklare enkelte spørsmål skal dette redegjøres for,
4. det skal foreligge et klart standpunkt til diagnose(r), samt videre plan for oppfølging av pasienten,
5. pasientens samlede funksjonsnivå, endring fra forut for innleggelse, og forventet framtidig utvikling skal være vurdert,
6. dersom pasienten har behov for spesialisthelsetjenester som er utenfor den aktuelle avdelingens ansvarsområde, skal det sørges for at relevant kontakt etableres, og plan for denne oppfølgingen beskrives.

Forskriften fastslår videre at det er sykehuset som avgjør når en pasient er utskrivningsklar (§ 4) mens kommunen kan påklage sykehusets avgjørelse til Fylkesmannen (§ 5)

³ [FOR-1998-12-16-1447](#) Forskrift om utskrivningsklare pasienter. Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter. (1998-12-16)

2 Kvantitativ studie

I denne del av studien har målet vært å innhente kvantitative data til å belyse følgende problemstillinger:

- Omfang av utskrivningsklare døgn på landsbasis.
- Utskrivningsklare liggedøgn fordelt på alder, kjønn og DRG
- Forskjeller mellom Regionale helseforetak (RHF)?

Tre ulike metoder var planlagt benyttet for å innhente aktuelle kvantitative data:

1. Bestilling av særskilt uttrekk fra NPR der en etterspør på nasjonalt nivå
 - i) Antall opphold med utskrivningsklare liggedøgn per tertial i perioden 2007 t.o.m. andre tertial 2009 fordelt på RHF, rapporterende enhet og kommune
 - ii) Antall utskrivningsklare liggedøgn per tertial i perioden 2007 t.o.m. andre tertial 2009 fordelt på RHF, rapporterende enhet og kommune

Helsedirektoratet avd. Norsk pasientregister fant imidlertid etter å ha vurdert søknad om særskilt uttrekk fra NSF at de ikke kunne utlevere de bestilte data grunnet manglende grad av kompletthet for variabelen "dato meldt utskrivningsklar". Dette grunnet manglende rapportering fra institusjonene (vedlegg 2)

Denne tilnærming til problemstillingen utgår følgelig og den kvantitative studien vil måtte basere seg på de datasett som fremkommer på bakgrunn av de gjenværende to tilnærminger beskrevet under pkt 2 og 3.

2. Utsendelse av spørreskjema til alle landets foretak hvor en etterspør tall på antall opphold med utskrivningsklare liggedøgn samt antall utskrivningsklare liggedøgn totalt for første og andre tertial 2009.
3. Tilgang til detaljerte anonymisert aktivitetsdata gjennom særskilt databehandleravtale med 4 ulike helseforetak for perioden 2007-2009. Et særskilt fokus har vært rettet mot to relativt hyppig forekommende tilstander, der samhandling omkring utskrivningsklare pasienter antas å være vesentlige, men hvor behovene og årsakene som ligger bak de utskrivningsklare liggedøgn forventes å være noe forskjellige:
 - (a) Hjerneslag (medisinsk DRG)
 - (b) Lårhalsbrudd (kirurgisk DRG)

I tillegg er det innhentet demografiske data fra SSB over innbyggere fordelt på alder og kjønn ned på kommunenivå, tilrettelagt slik at det lar seg gjøre å kombinere disse med de øvrige innhentede data vedr. utskrivningsklarepasienter.

3. Diskusjon feilkilder

Ingen tall eller resultater som kommer ut av en analyse, har bedre kvalitet enn de tallene som er lagt inn i utgangspunktet og som danner grunnlaget for analysen.

Som det fremkommer av Samhandlingsreformens pkt. 3.5.1⁴ er tallgrunnlaget som ligger til grunn for anslagene knyttet til UKL beheftet med en betydelig usikkerhet. I utgangspunktet skal foretakene rapportere med dato til NPR når en pasient er definert som utskrivningsklar under oppholdet. Imidlertid er dette en variabel som ikke har blitt tillagt vesentlig vekt i kvalitetssikring av data ute i klinikken. Dermed oppstår usikkerhet om komplettitet og kvalitet på denne variabelen jmf. HelseDirektoratets avd. Norsk pasientregister sitt svar til NSF (vedlegg 2).

Selv om det foreligger regelverk og forskrifter⁵ som framstår som godt gjennomarbeidede, viser tallmaterialet, vår erfaring gjennom mange år med dialog med foretakene og tilbakemelding fra bl.a. NPR at det generelt er svært usikre og ikke sammenlignbare data om utskrivningsklare liggedøgn. Noen henter dataene fra pasientsystemet. Noen baserer seg på NPR-meldingen som er avledet fra pasientsystemet. Noen ser ut til å føre parallelle oversikter. Variabel datakvalitet skyldes neppe at dette er vanskelig informasjon å registrere men at det er ulike holdninger til og oppfatninger av hva som er hensiktsmessig å registrere.

Før vi går videre i presentasjon av data og funn gjort i fase 1, finner vi det nødvendig å foreta en drøfting av mulige feilkilder og noen observasjoner som er vi har gjort knyttet til de aktuelle data og kilder for informasjon vedr. UKL.

3.1 Nasjonal statistikk - NPR

3.1.1 Mangelfull innrapportering til NPR

NSF sin forespørsel til NPR om særskilt uttrekk av opphold med registrerte UKL (vedlegg 1) ble besvart med:

"... på grunn av at NPR ikke har komplette data for variabelen <dato meldt utskrivningsklar> dessverre ikke kan utlevere de bestilte data. Dette skyldes manglende rapportering fra institusjonene. I perioden 2007 til 2. Tertial 2009 inneholder kun 2 prosent av oppholdene en gyldig verdi i variabelen <dato meldt utskrivningsklar>. En eventuell utlevering vil derfor gi et uriktig bilde av antall opphold med pasienter som var utskrivningsklare" (vedlegg 2)

Viktig her å bemerke at ingen verdi også er en gyldig verdi for variabelen <dato meldt utskrivningsklar>. De aller fleste sykehusopphold avsluttes når pasienten er utskrivningsklar og fremkommer da i nasjonal statistikk med variabelen 0 (ingen utskrivningsklare liggedøgn). Den foreliggende studie med innhenting av data direkte fra foretakene er derfor av interesse for å se om foretakene/sykehusene gjennom egne registreringer kan synliggjøre et mer riktig omfang av problemstillingen rundt utskrivningsklare liggedøgn.

⁴ St.meld. nr. 47 (2008-2009) [Samhandlingsreformen pkt. 9.5.1 Dagens ordning og ansvar](#)

⁵ [FOR-1998-12-16-1447](#) Forskrift om utskrivningsklare pasienter. Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter. (1998-12-16)

3.1.2 Teknikaliteter mht. innhenting av informasjon om opphold med UKL

Å være utskrivingsklar er en tilstand i forhold til et gitt behandlingsforløp og helsetjeneste. Noen nyanser kan illustreres med to eksempler:

Eksempel 1: 80 år gammel pasient som tidligere ikke har hatt behov for hjemmebaserte tjenester eller sykehjemsplass, kommer akutt til sykehus. Pasienten legges inn på Avdeling A. Sykehuset sender første melding til hjemkommunen etter en dag. Etter fire dager anses behov for aktiv behandling på sykehus som avsluttet, men pasient er ikke i stand til å flytte hjem. Melding om at pasient er utskrivingsklar sendes fra sykehus til hjemkommunen. Hjemkommunen fatter vedtak om korttidsopphold og klargjør en slik plass etter 6 dager. Etter ytterligere 14 dager er pasienten igjen i stand til å klare seg hjemme med oppfølging fra hjemmebasert omsorg. Det totale behandlingsforløp blir som følger:

- ✓ 4 døgn aktiv sykehusbehandling
- ✓ 6 døgn utskrivingsklare liggedager på sykehus
- ✓ 14 dager korttidsopphold på sykehjem.

For å illustrere dette forløpet kan vi bruke bokstaven **H** som en illustrasjon på en (litt for kort..) **seng** og telle opp antall liggedøgn med ulik status slik:

Figur 1 Illustrasjon pasientforløp og sengebruk eksempel 1

Sykehus	Sykehjem
Dag: 1234567890	12345678901234
Seng: HHHH HHHHHH	HHHHHHHHHHHHHHH
Avd: AAAAAAAAAA	

Sykehusets rapportering til Norsk Pasientregister (NPR) av det aktuelle avdelingsoppholdet rapporteres med startdato og sluttdato og utskrivingsklardato, samt total liggetid på 10 dager, forutsatt at pasienten har ligget på en og samme avdeling i de 10 dagene.

Eksempel 2:

Samme pasient som i eksempel 1, men pga. korridorpatienter på den aktuelle avdelingen (A) foretas det på dag 6 en overflytting til annen avdeling (B) for eksempel geriatrisk avd.

Det totale behandlingsforløp blir da som følger:

- ✓ 4 døgn aktiv sykehusbehandling
- ✓ 2 døgn utskrivningsklare liggedager på avd A
- ✓ 4 døgn utskrivningsklare liggedager på avd B
- ✓ 14 dager korttidsopphold på sykehjem.

Figur 2 Illustrasjon pasientforløp og sengebruk eksempel 2

Sykehus	Sykehjem
Dag: 1234567890	12345678901234
Seng: HHHH HHHHH	HHHHHHHHHHHHH
Avd: AAAAAA BBBB	

NPR registrerer dette som ett sykehusopphold med to separate avdelingsopphold (A og B). Informasjon om utskrivningsklare liggedøgn hentes i NPR-meldingen *kun* fra det *siste* avdelingsoppholdet i en serie på flere avdelingsopphold under ett og samme sykehusopphold. Er det da slik at dato for utskrivningsklar kun er rapportert i tilknytning til oppholdet ved avdeling A og utskrivningsklardato (den samme) ikke er registrert tilknyttet oppholdet ved avdeling B, vil det samlede sykehusopphold framstå i nasjonal statistikk (NPR) *uten* utskrivningsklare liggedager. De 6 siste dagene av det 10 dager lange sykehusoppholdet faller ut av den nasjonale statistikken dersom ikke personalet ved avd. B sørger for å overføre og registrere dato for utskrivningsklar til det siste avdelingsoppholdet under sykehusoppholdet.

Analysesenterets erfaring gjennom kvalitetssikring og oppfølging av aktivitetsdata, bl.a. gjennom interne koderevisjoner, ved en rekke av landets foretak, er at dette er en hyppig forekommende feil. Personalet er ikke kjent med måten nasjonal aggregeringslogikk håndterer informasjon om dato for utskrivningsklar. En rekke sykehusopphold med utskrivningsklare liggedøgn "glipper" mht. å bli fanget opp i nasjonal statistikk når det foreligger fleravdelingsopphold. Dette selv om det under sykehusoppholdet er satt en utskrivningsklar dato helt i tråd med forskriftens krav til dokumentasjon og melding til hjemkommune. Når datoen for utskrivningsklar ikke overføres og registreres på det siste avdelingsoppholdet i en serie av flere avdelingsopphold under ett og samme sykehusopphold, "mister" NPR denne informasjonen.

3.2 Systemfeil ved foretakenes registrering av UKL

3.2.1 Mangelfull registrering av utklardato på siste avdelingsopphold under sykehusoppholdet

Problemene rundt manglende overføring av utskrivningsklardato til det siste avdelingsoppholdet under et sykehusopphold er en feil på systemnivå – det er på systemnivå rett og slett dårlig kjent i foretakene hvorledes NPR-meldingen håndterer data vedr. utklardato.

3.2.2 Feilaktig bruk av melding om utklardato

Utskrivningsklare pasienter er en betydelig utfordring for helseforetakene mht. å opprettholde god pasientlogistikk og en tilstrekkelig flyt av pasienter gjennom systemet. Utskrivningsklare pasienter blir fort en "propp" i systemet, beslaglegger betydelige pleieressurser og umuliggjør inntak av nye pasienter som i stedet blir stående på vent med økte ventelister som resultat. Vi er ikke ukjente med at det ved enkelte foretak har etablert seg en mer eller mindre uformell praksis der en setter utklardato så tidlig som mulig, før pasienten reelt sett er utskrivningsklar, for på den måten å sikre seg at hjemkommunen allerede i en tidlig fase av sykehusoppholdet iverksetter tiltak for å kunne ta imot pasienten så snart mulig. Dette vil da fremkomme i Nasjonal statistikk (NPR) som en betydelig *overrapportering* av UKL. Enkelte foretak har kommentert dette forholdet også i forbindelse med innhenting av data i forbindelse med den spørreundersøkelsen som ble gjennomført i regi av NSF i januar og februar 2010.

En annen variant er der hvor foretakene kort og godt lar være å sette utklardato, selv om pasienten reelt sett er utskrivningsklar. Begrunnelsen for dette er at volumet av pasienter med mer enn 10 UKL (evt. kortere eller lengre der dette er avtalt mellom foretak og kommune) under et og samme sykehusopphold, oppfattes så lavt at en ikke ser det som hensiktsmessig resursbruk å fakturere hjemkommunen for kommunal betaling fra dag 11, tross hjemmel for dette i forskriften. For enkelte foretak er nok dette også et ganske bevisst valg for å skape et godt samarbeidsklima og opprettholde pasienttilsaget fra kommunene i opptaksområdet.

En slik praksis medfører da en betydelig *underrapportering* til NPR i forhold til reelt antall UKL. Gjennom den regelmessige kontakt Analysesenteret har med en rekke foretak, er vi vel kjent med at dette forekommer i et ikke ubetydelig omfang. Vi registrerer ikke sjelden at det også er forskjeller mht. registreringspraksis, både mellom ulike sykehus og ulike avdelinger innen samme foretak. Enkelte foretak rapporterer også en slik praksis i forbindelse med den nevnte NSF spørreundersøkelsen gjort i forbindelse med denne studien.

3.2.3 Behandlings- og pleiepersonalets holdninger og kunnskap

Medisinsk beslutningsteori er et stort fagfelt i seg selv og det er langt utenfor denne rapportens mål å utforske dette i særlig detalj. Imidlertid er det viktig å være seg bevisst hvordan ulike behandleres personlige holdninger påvirker de fortløpende beslutningene som tas i den kliniske hverdag, inkludert beslutning mht. hvorvidt en pasient er utskrivningsklar eller ikke.

Selv om kriteriene for når en pasient er utskrivningsklar er rimelig greit definert i egen forskrift med tilhørende kommentarer og retningslinjer er det ikke til å komme unna at det ligger en ikke ubetydelig grad av medisinsk- og pleiefaglig skjønnsutøvelse til grunn for når vi velger å sette utklardato. Når kriteriene i tillegg er dårlig kommunisert og lite kjent av de reelle beslutningstakerne, behandler- og pleieteamet på avdelingen, vil praksis naturlig nok også kunne bli relativt uensartet fra avdeling til avdeling og foretak til foretak.

Fortsatt råder det blant mange behandlere en patriarkalsk holdning der en oppfatter sin rolle å være en som deler ut goder. Et slikt gode kan være ulike former for utredning, behandling, omsorg og pleie. For mange utskrivningsklare pasienter og deres pårørende fremstår det å bli utskrevet uten å være ferdig behandlet og i stand til å skjønne sitt eget liv som ubarmhjertig og skremmende. Noe som

harmonerer dårlig med den patriarkalske behandlerens selvforståelse. Hvorledes vi som behandlings- og pleiepersonale forholder oss til en slik engstelse hos pasient og pårørende, påvirkes både av våre egne forventninger til egen rolle, pasientens og pårørendes oppfatning av behov for og rett til behandling, hjemmetjenestens forventninger til hjelp og støtte fra sykehuset i en alltid mer eller mindre presset arbeidssituasjon med mer. En snill og velment praktisering mht. fastsettelse av utklardato versus en, av mange oppfattet som streng og lite empatisk, vilje til å sette utklardato, om så før behovet for spesialisthelsetjeneste ikke lengre er tilstede, vil kunne bidra til hhv. overrapportering og underrapportering. Alt avhengig av hvilken "utklarkultur" som dominerer avdelingen eller sykehuset, vil ulike holdninger kunne medføre både over- og underrapportering av UKL.

Behov for å synliggjøre eget sykehus, egen avdeling eller egen profesjons berettigelse kan være en annen mer eller mindre ubevisst faktor som påvirker vår praksis mht. når vi setter utklardato under et opphold. Gjennom vår dialog med ansatte ute i klinikken og med egne erfaringer som klinikere og ledere på ulike nivå innen spesialisthelsetjenesten, er vi ikke ukjent med at det ved enkelte avdelinger i perioder kan utvikle seg en kultur der en ser det som helt nødvendig å ha en del reelt sett utskrivningsklare og avklarte pasienter liggende i avdelingen til enhver tid, for å holde arbeidspresset på et nivå det er mulig å leve med uten å bli fullstendig utslitt. De reelt sett utskrivningsklare pasientene kan rett og slett oppfattes som nødvendige for å sikre tilstrekkelig ro i avdelingen, for å unngå sykemeldinger og i det hele tatt gjøre det mulig å komme igjennom arbeidsdagen eller vakt-døgnet. Omfanget av denne type holdninger er trolig ikke særlig stort men likefullt et poeng å ha et ledelsesfokus på mulighet for denne type "subkulturer" i fbm. oppfølging av utskrivningsklare liggedøgn .

På bakgrunn av det datamaterialet vi besitter er det helt umulig å si noe om i hvilken grad de ovennevnte forhold bidrar til en systematisk under- eller overrapportering av UKL eller om de som mer eller mindre tilfeldige feil nuller hverandre ut i den store sammenheng på et aggregert nasjonalt nivå. Den eneste muligheten en har til å etterprøve denne type feilkilder med tanke på å fremskaffe kunnskap om omfang er gjennom nitidige journalrevisjoner der "ekspertisen" går inn i den enkelte pasients journal og etterprøver evt. beslutninger eller manglende sådanne mht. fastsettelse av utklardato. En slik granskning ligger langt utenfor de muligheter vi har innenfor rammene av denne studien. Vel så verdifullt er det etter vår oppfatning at ledere på alle nivå i klinikken, spesielt ledelsen ved den enkelte avdeling, har et bevisst forhold til denne type muligheter for en avvikende registreringspraksis. Fra tid til annen bør en som leder etterspørre behandlings- og pleiepersonalets kunnskap om og holdninger til fastsettelse av utklardato og sørge for at oppdatert kunnskap tilfaller alle som inngår i beslutningsprosessen.

3.3 Oppsummert feilkilder og datakvalitet

Den usikkerhet som her fremkommer knyttet til datagrunnlaget gjør at en kvantitativ analyse har begrenset verdi. Resultatene som fremkommer vil ikke kunne benyttes som noen endelig sannhet.

Det er behov for å synliggjøre datagrunnlaget, dels for å avdekke mangel på og behovet for en ensartet registreringspraksis.

Det er behov for, i lang større grad enn det vi har mulighet for innenfor rammene av denne studien, å synliggjøre i detalj hvordan informasjon om status som utskrivningsklar oppstår, dokumenteres og distribueres i forhold til operative, taktiske og strategiske beslutninger. Ikke minst blir dette viktig når en ser hvilken betydning en mest mulig korrekt og ensartet registreringspraksis vil få i den nært forestående samhandlingsreformen både mht. fordeling av ressurser mellom og planlegging av behandlingstilbud innen primær- og spesialisthelsetjenesten.

I den kvalitative delen av denne studien (fase 2) har vi i dialog med klinikere søkt å kartlegge både forståelse og anvendelse av definisjonen på en utskrivningsklar pasient slik den fremkommer av forskrift⁶. Resultatene av denne kartleggingen finnes nærmere gjengitt under pkt 6.5 i denne studien.

⁶ [FOR-1998-12-16-1447](#) Forskrift om utskrivningsklare pasienter. Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter. (1998-12-16)

4 Resultater kvantitativ studie – NSF spørreundersøkelser

NSF inviterte 4. Januar 2010 via e-post (vedlegg 3) foretaks-/sykehusdirektørene ved de 25 norske somatiske helseforetakene/sykehus til å delta i en spørreundersøkelse vedr. utskrivningsklare pasienter (vedlegg 4).

Vi har mottatt svar fra samtlige 25 av landets 25 somatiske helseforetak/sykehus. Ett foretak (Helse Fonna HF) meldte tilbake at de ikke hadde tall av tilstrekkelig kvalitet å oppgi ellers har alle levert inn sine presumptivt riktige tall, dog befengt med all mulig usikkerhet slik det fremkommer av diskusjonen under punkt 3.

For oversikt over foretak/sykehus som har bidratt se figur 3.

Figur 3 Helseforetak – sykehus som har besvart henvendelsen

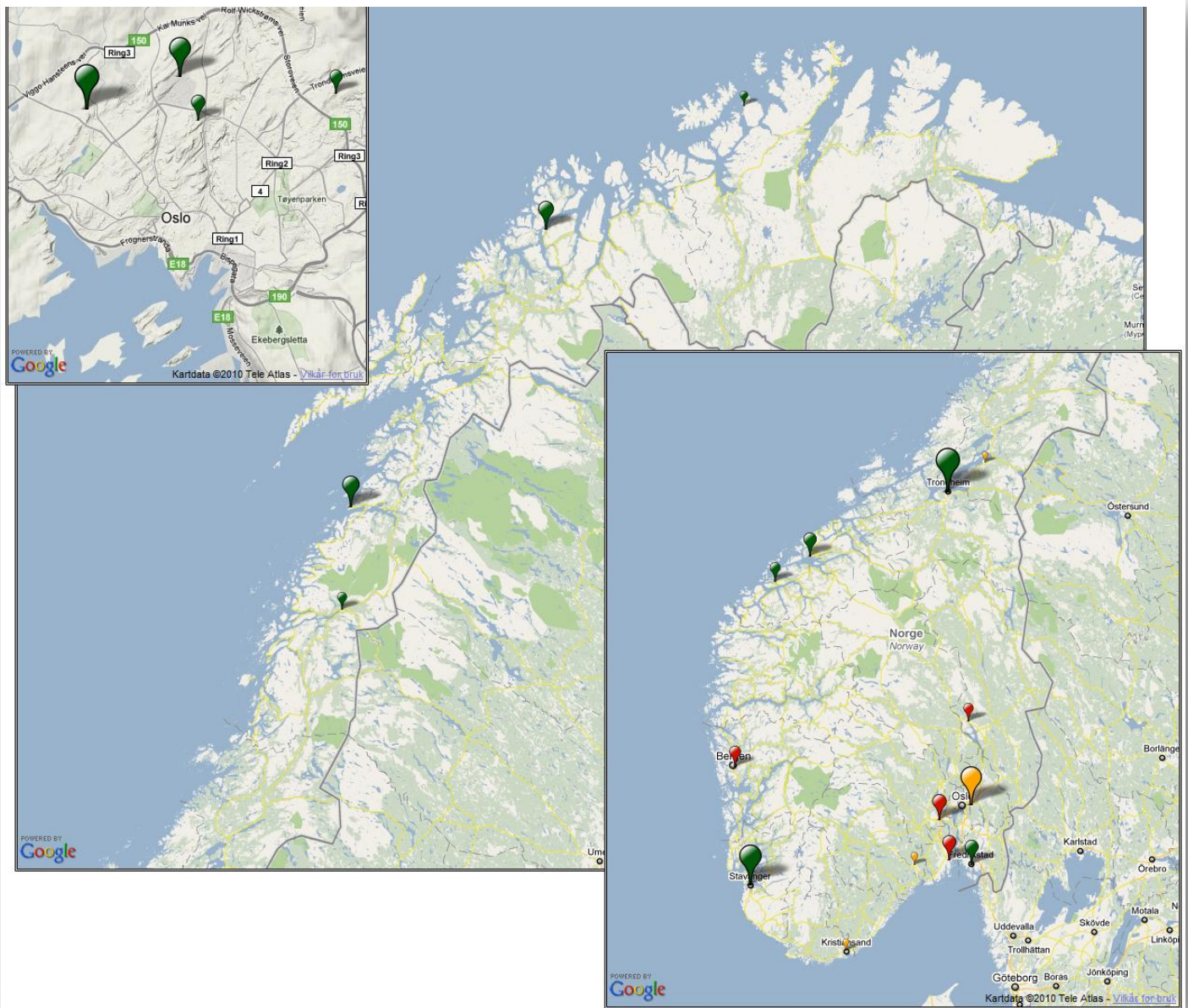
HELSEFORETAK - SYKEHUS SOM HAR BESVART HENVENDELSEN
AHUS HF
Diakonhjemmet
Haraldsplass diakonale sykehus
Helgelandssykehuset HF
Helse Bergen HF
Helse Finnmark HF
Helse Førde
Helse Nord- Trøndelag HF
Helse Nord-Møre og Romsdal HF
Helse Stavanger HF
Helse Sunnmøre HF
Lovisenberg Diakonale Sykehus
Nordlands-sykehuset HF
OUS Aker
OUS Ullevål
SIV HF
St. Olav HF (Orkdal sykehus)
St. Olav HF (St. Olav sykehus Trondheim)
Sykehuset innlandet HF
Sykehuset Telemark HF
Sykehuset Østfold HF
Sørlandet sykehus HF
UNN HF
Vestre Viken HF

I undersøkelsen etterspørres foretakenes/sykehusenes egne data knyttet til utskrivningsklare liggedøgn slik de selv benytter dem i ledelse av eget foretak/sykehus og ikke nødvendigvis de data som fremkommer av NPR-meldingen.

Det er vår oppfatning at vi på denne måten har innhentet det beste tilgjengelige datamateriale vedr. utskrivningsklare pasienter slik de forelå i de norske foretak/sykehus på rapporteringstidspunktet.

For å unngå forstyrrelse av ennå ikke ferdigregistrerte opphold er kun data for 1. og 2. tertial 2009 innhentet (lukkede tertial mht. NPR og ISF på innhentingstidspunktet). Resultatene er kartografisk fremstilt i figur 4. For full interaktivitet kan kartet hentes opp på <http://www.kospa.no/map/>

Figur 4 Kartet angir omfang av UKL pr foretak i form av symbolstørrelse, samt egenrapportert datakvalitet i form av farge (grønn - god, gul - middels og rød – dårlig)



I tillegg til de rent numeriske data ble foretakene bedt om å skåre kvaliteten på egne registreringer knyttet til utskrivningsklare pasienter for oppsummering se figur 5.

Figur 5 Egenrapportert vurdering av kvalitet på tallene oppgitt for Utskrivningsklare liggedøgn

Foretakenes egenvurdert kvalitet på oppgitt UK tall	
Skala 1 til 7 hvor 1 = Svært dårlig kvalitet og 7 = Svært god kvalitet	
	ikke oppgitt
	Ikke oppgitt
	Ikke oppgitt
	Ikke oppgitt
	2
	3
	4
	4
	4
	4
	5
	5
	5
	5
	5
	5
	5
	5
	5
	5
	6
	6
	6
	6
	7

I undersøkelsen har vi skilt mellom opphold med utskrivningsklare liggedøgn (UKL) registrert i to grupper hhv. opphold med 1-10 utskrivningsklare liggedøgn og opphold med 11 eller flere utskrivningsklare liggedøgn registrert. Dette skillet er valgt med den begrunnelse at det etter 10 dager, i hht. forskrift om utskrivningsklare pasienter og forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter, inntreer en mulighet for å pålegge kommunal medbetaling for

utskrivningsklare pasienter⁷ med fast pris per døgn. Det er fullt mulig for foretakene/sykehusene, gjennom egen avtale med kommuner/bydeler i opptaksområdet, å inngå avtale om kortere eller lengre frist for når kommunal medbetaling inntreffer.

I tillegg til de innhentede data gjennom spørreundersøkelsen benyttes data fra NPR-kuben for spesialisthelsetjenesten for å fremskaffe data om det totale antall opphold i samme periode innen de ulike regionale helseforetakene (RHF)

⁷ [FOR-1998-12-16-1447](#) Forskrift om utskrivningsklare pasienter. Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter. (1998-12-16)

Figur 6 Alle - Resultater spørreundersøkelsen 1. og 2. tertial 2009

1.	2.	3.	4.
Totalt antall somatiske DØGNOPPHOLD registrert med utskrivningsklare liggedøgn samlet for 1. og 2. tertial 2009?	Totalt antall somatiske DØGNOPPHOLD med 11 eller flere utskrivningsklare liggedøgn samlet for 1. og 2. Tertial 2009?	Totalt antall somatiske utskrivningsklare LIGGEDØGN samlet for 1. og 2. tertial 2009?	Totalt antall somatiske utskrivningsklare LIGGEDØGN f.o.m. 11. utskrivningsklare liggedøgn samlet for 1. og 2. tertial 2009?
118	24	732	310
124	11	965	521
332	35	2669	1652
1078	70	4441	1009
181	42	1544	524
338	92	2854	1506
633	193	6093	1755
887	128	4647	567
497	90	3480	575
128	34	1202	272
1271	326	9769	3057
1162	-	4596	-
893	80	4405	464
1272	-	8450	-
1266	-	8031	-
1121	261	8698	4150
355	118	4219	2984
320	80	2397	577
454	178	5304	2111
-	-	-	-
222	65	1840	991
824	208	8472	3428
146	23	1043	479
656	170	4184	566
118	42	1240	374
14396	2270	101275	27872

Denne tabellen oppsummerer de innrapporterte tallene fra 24 av totalt 25 somatiske foretak/sykehus i landet. St. Olav HF fremkommer i denne tabellen med to linjer grunnet innrapportert tall for Orkdal sykehus separat

Helse Fonna HF er det eneste somatiske foretaket som ikke hadde tall å bibringe denne undersøkelsen.

Figur 7 Helse Sør-Øst RHF - Resultater spørreundersøkelsen 1. og 2. tertial 2009

Sør-Øst	1.	2.	3.	4.	5.
	Totalt antall somatiske DØGNOPPHOLD registrert med utskrivningsklare liggedøgn samlet for 1. og 2. tertial 2009?	Totalt antall somatiske DØGNOPPHOLD med 11 eller flere utskrivningsklare liggedøgn samlet for 1. og 2. Tertial 2009?	Totalt antall somatiske utskrivningsklare LIGGEDØGN samlet for 1. og 2. tertial 2009?	Totalt antall somatiske utskrivningsklare LIGGEDØGN f.o.m. 11. utskrivningsklare liggedøgn samlet for 1. og 2. tertial 2009?	Vurder kvaliteten på eget foretaks registreringer av somatiske utskrivningsklare liggedøgn
Vestre Viken HF	1162	-	4596	-	-
SIV HF	893	80	4405	464	-
Sykehuset innlandet HF	332	35	2669	1652	2
Sykehuset Telemark HF	128	34	1202	272	3
Sørlandet sykehus HF	124	11	965	521	4
AHUS HF	1266	51 1. Kvartal 2009*	8031	701 1. kvartal 2009*	4
OUS Aker	656	170	4184	566	5
Lovisenberg Diakonale Sykehus	887	128	4647	567	6
Diakonhjemmet	1271	326	9769	3057	6
OUS Ullevål	1272	-	8450	-	6
Sykehuset Østfold HF	1078	70	4441	1009	7
Sum 1. og 2. Tertial 2009	9069	854*	53359	8108*	

* AHUS tallene ikke medregnet i sum da ikke komplette for 1. og 2. kvartal

Figur 8 Helse Vest RHF - Resultater spørreundersøkelsen 1. og 2. tertial 2009

Vest	1.	2.	3.	4.	5.
	Totalt antall somatiske DØGNOPPHOLD registrert med utskrivningsklare liggedøgn samlet for 1. og 2. tertial 2009?	Totalt antall somatiske DØGNOPPHOLD med 11 eller flere utskrivningsklare liggedøgn samlet for 1. og 2. Tertial 2009?	Totalt antall somatiske utskrivningsklare LIGGEDØGN samlet for 1. og 2. tertial 2009?	Totalt antall somatiske utskrivningsklare LIGGEDØGN f.o.m. 11. utskrivningsklare liggedøgn samlet for 1. og 2. tertial 2009?	Vurder kvaliteten på eget foretaks registreringer av somatiske utskrivningsklare liggedøgn
Helse Bergen HF	497	90	3480	575	-
Haraldsplass diakonale sykehus	118	42	1240	374	4
Helse Fonna*	-	-	-	-	-
Helse Stavanger HF	1121	261	8698	4150	5
Helse Førde	222	65	1840	991	5
Sum 1. og 2. Tertial 2009	1958	458	15258	6090	

* Mangler tall med tilstrekkelig kvalitet til å kunne utlevere disse

Figur 9 Helse Midt RHF - Resultater spørreundersøkelsen 1. og 2. tertial 2009

Midt	1.	2.	3.	4.	5.
	Totalt antall somatiske DØGNOPPHOLD registrert med utskrivningsklare liggedøgn samlet for 1. og 2. tertial 2009?	Totalt antall somatiske DØGNOPPHOLD med 11 eller flere utskrivningsklare liggedøgn samlet for 1. og 2. Tertial 2009?	Totalt antall somatiske utskrivningsklare LIGGEDØGN samlet for 1. og 2. tertial 2009?	Totalt antall somatiske utskrivningsklare LIGGEDØGN f.o.m. 11. utskrivningsklare liggedøgn samlet for 1. og 2. tertial 2009?	Vurder kvaliteten på eget foretaks registreringer av somatiske utskrivningsklare liggedøgn
Helse Nord-Trøndelag HF	118	24	732	310	4
Helse Sunnmøre HF	338	92	2854	1506	5
St. Olav	824	208	8472	3428	5
Orkdal sykehus (St.Olav HF)	146	23	1043	479	5
Helse Nord-Møre og Romsdal HF	355	118	4219	2984	6
Sum 1. og 2. Tertial 2009	1781	465	17320	8707	

Figur 10 Helse Nord RHF - Resultater spørreundersøkelsen 1. og 2. tertial 2009

Nord	1.	2.	3.	4.	5.
	Totalt antall somatiske DØGNOPPHOLD registrert med utskrivningsklare liggedøgn samlet for 1. og 2. tertial 2009?	Totalt antall somatiske DØGNOPPHOLD med 11 eller flere utskrivningsklare liggedøgn samlet for 1. og 2. Tertial 2009?	Totalt antall somatiske utskrivningsklare LIGGEDØGN samlet for 1. og 2. tertial 2009?	Totalt antall somatiske utskrivningsklare LIGGEDØGN f.o.m. 11. utskrivningsklare liggedøgn samlet for 1. og 2. tertial	Vurder kvaliteten på eget foretaks registreringer av somatiske utskrivningsklare liggedøgn
Helse Finnmark HF	181	42	1544	524	5
Nordlands-sykehuset HF	633	193	6093	1755	5
Helgelandssykehuset HF	320	80	2397	577	5
UNN HF	454	178	5304	2111	5
Sum 1. og 2. Tertial 2009	1588	493	15338	4967	

Figur 11 Utskrivningsklare liggedøgn i forhold til totalt antall liggedøgn, 1. og 2. tertial 2009

RHF	Totalt antall somatiske utskrivningsklare LIGGEDØGN samlet for 1. og 2. tertial 2009.	Totalt antall somatiske utskrivningsklare LIGGEDØGN f.o.m. 11. UKL for 1. og 2. tertial 2009.	LIGGEDØGN totalt for 1. og 2. tertial 2009.	Andel UKL av totalt antall LIGGEDØGN for 1. og 2. tertial 2009	Andel UKL f.o.m. 11 UKL av totalt antall LIGGEDØGN for 1. og 2. tertial 2009
Helse Sør-Øst	53359	8108	1415885	3,77 %	0,57 %
Helse Vest*	15258	6090	528217	2,89 %	1,15 %
Helse Midt	17320	8707	367585	4,71 %	2,37 %
Helse Nord	15338	4967	259871	5,90 %	1,91 %
Sum 1. og 2. Tertial 2009**	101275	27872	2571558	3,94 %	1,08 %

*Mangler tallene fra Helse Fonna og Helse Vest er således ikke direkte sammenlignbare med øvrige

** Eksl. tall fra Helse Fonna HF som ikke kunne oppgis

Figur 12 Andel døgnopphold med UKL registrert i forhold til totalt antall døgnopphold 1. og 2. tertial 2009

RHF	Totalt antall DØGNOPPHOLD med UKL ihht. spørreskjema 1. og 2. Tertial 2009	Totalt antall DØGNOPPHOLD NPR-kuben 1. og 2. Tertial 2009	Totalt antall DØGNOPPHOLD med UKL registrert i % av totalt antall døgnopphold 1. og 2. Tertial 2009
Helse Sør-Øst	9923	317414	3,13 %
Helse Vest*	2416	113992	2,14 %
Helse Midt	2246	76787	2,92 %
Helse Nord	2081	54939	3,79 %
Sum 1. og 2. Tertial 2009**	16666	563132	2,96 %

*Mangler tallene fra Helse Fonna og Helse Vest er således ikke direkte sammenlignbare med øvrige

** Eksl. tall fra Helse Fonna HF som ikke kunne oppgis

5 Resultater kvantitativ studie - Aktivitetsdata fra 4 helseforetak

Det er inngått særskilt databehandlingsavtale mellom Analysesenteret AS og 4 helseforetak/sykehus der anonymiserte aktivitetsdata for 2007, 2008 og 2009 er gjort tilgjengelige for nærmere analyse mhp. utskrivningsklare pasienter.

Foretakene som har gitt slik tilgang til sine aktivitetsdata

- ✓ Helse Finnmark HF
- ✓ UNN HF
- ✓ Diakonhjemmet sykehus
- ✓ SIV HF

Av de fire foretakene rapporterte 3 i spørreundersøkelsen at de hadde gode data for utskrivningsklare liggedager.

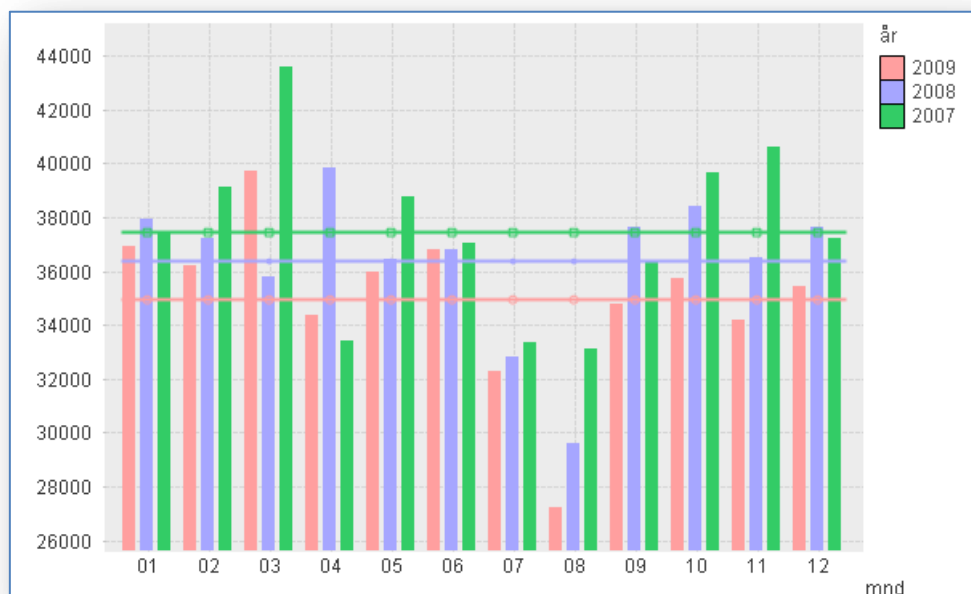
Viktig å være oppmerksom på at fordeling av utskrivningsklare liggedager på ulike pasientgrupper varierer en god del mellom foretakene også mellom de 4 som her er nærmere studert. Dette skyldes bl.a. forhold knyttet til funksjonsdeling og forekomst av spesialisert avdelinger ved det enkelte sykehus eller innen foretaket.

Videre er det verdt å merke seg at Diakonhjemmet sykehus fremstår som det sykehus som har den relativt sett høyeste andelen av UKL i vår spørreundersøkelse ut til foretakene der UKL utgjør 25 % av totalt antall liggedøgn i den aktuelle perioden mot et landsgjennomsnitt på 4,2 %. Dette vil naturlig nok påvirke gjennomsnittsbetraktningene gjort på det samlede materiale for de 4 foretakene.

I det påfølgende presenterer vi de samlede tallene for alle de 4 foretakene. En tilsvarende gjennomgang per foretak er presentert i egne statistikkhefter som følger denne rapporten i egen forsendelse

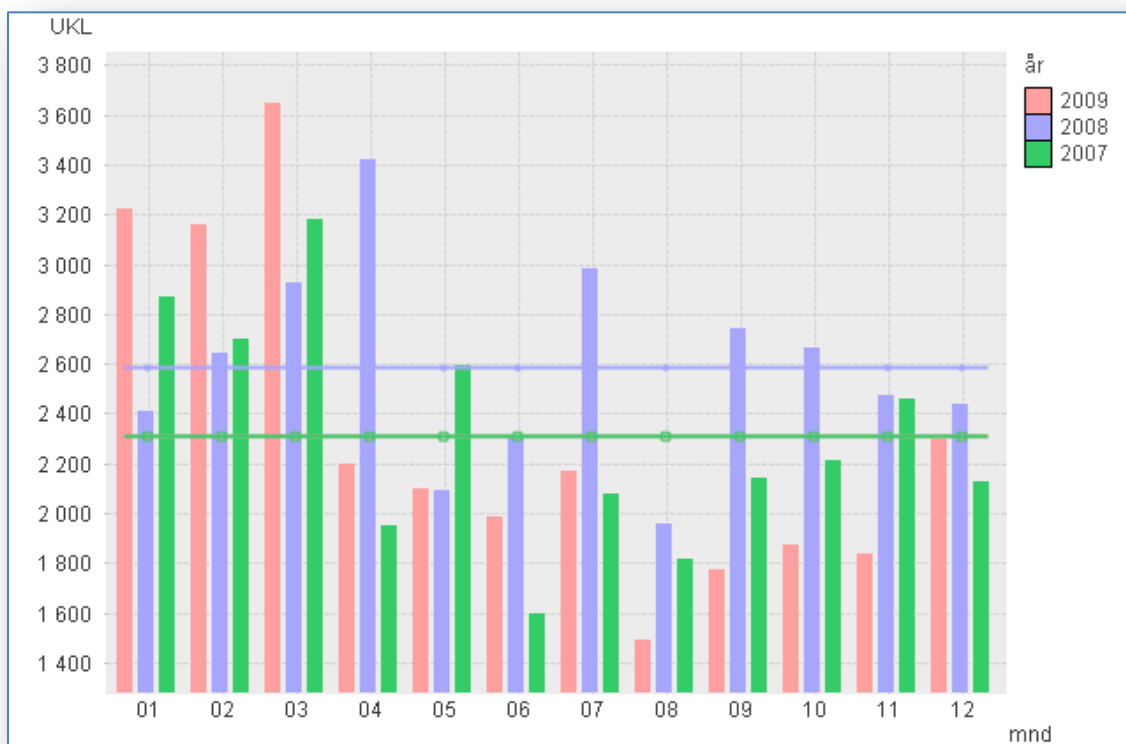
5.1 Samlet antall liggedøgn og antall utskrivningsklare liggedøgn, 2007-9

Figur 13 Totalt antall liggedøgn, alle sykehusopphold for de 4 foretakene i 2007-8-9



MERK! y-aksen starter ikke på 0 og alle liggedager er periodisert til utskrivningsmåned

Figur 14 Totalt antall utskrivningsklare liggedøgn (UKL) ved de 4 foretakene i 2007-8-9



MERK! y-aksen starter ikke på 0 og alle liggedager er periodisert til utskrivningsmåned

I Figur 14 kan det tilsynelatende se ut som trendlinje for 2009 mangler. Dette skyldes at denne tilfeldigvis viser seg å ligge helt likt med trendlinjen for 2007 og legger seg derfor bak og skjules at trendlinjen for 2007.

Figur 15 Totalt antall liggedøgn og UKL, fordelt på måned og år.

	2009			2008			2007		
	Liggedøgn	UKL	andel UKL	Liggedøgn	UKL	andel UKL	Liggedøgn	UKL	andel UKL
Total	419766	27766	6,61 %	436706	31062	7,11%	449724	27741	6,17%
Januar	36913	3223	8,73 %	37956	2409	6,35 %	37473	2872	7,66 %
Februar	36236	3161	8,72 %	37237	2645	7,10 %	39145	2703	6,91 %
Mars	39708	3644	9,18 %	35829	2923	8,16 %	43632	3184	7,30 %
April	34380	2199	6,40 %	39854	3423	8,59 %	33414	1948	5,83 %
Mai	35987	2098	5,83 %	36438	2096	5,75 %	38776	2596	6,69 %
Juni	36833	1985	5,39 %	36810	2304	6,26 %	37042	1596	4,31 %
Juli	32282	2171	6,73 %	32846	2984	9,08 %	33355	2077	6,23 %
August	27253	1495	5,49 %	29585	1956	6,61 %	33095	1815	5,48 %
September	34806	1778	5,11 %	37624	2741	7,29 %	36323	2143	5,90 %
Oktober	35726	1875	5,25 %	38396	2663	6,94 %	39667	2216	5,59 %
November	34217	1841	5,38 %	36487	2477	6,79 %	40595	2461	6,06 %
Desember	35425	2296	6,48 %	37644	2441	6,48 %	37207	2130	5,72 %

5.2 Gjennomsnittlig liggetid og andel UKL, 2007-9, med og kir DRG

Figur 16 ALLE - Gjennomsnittlig liggetid for heldøgn sykehusopphold, andel UKL

	2009			2008			2007		
	Liggedøgn	UKL	andel UKL	Liggedøgn	UKL	andel UKL	Liggedøgn	UKL	andel UKL
Total	5,12	0,34	6,61 %	5,24	0,37	7,11 %	5,35	0,33	6,17 %
Januar	5,26	0,46	8,73 %	5,21	0,33	6,35 %	5,26	0,40	7,66 %
Februar	5,37	0,47	8,72 %	5,32	0,38	7,10 %	5,70	0,39	6,91 %
Mars	5,32	0,49	9,18 %	5,49	0,45	8,16 %	5,60	0,41	7,30 %
April	5,15	0,33	6,40 %	5,26	0,45	8,59 %	5,15	0,30	5,83 %
Mai	5,08	0,30	5,83 %	5,11	0,29	5,75 %	5,38	0,36	6,69 %
Juni	5,29	0,28	5,39 %	5,24	0,33	6,26 %	5,08	0,22	4,31 %
Juli	5,15	0,35	6,73 %	5,39	0,49	9,08 %	5,52	0,34	6,23 %
August	4,67	0,26	5,49 %	4,88	0,32	6,61 %	4,93	0,27	5,48 %
September	4,85	0,25	5,11 %	5,16	0,38	7,29 %	5,24	0,31	5,90 %
Oktober	5,00	0,26	5,25 %	5,22	0,36	6,94 %	5,29	0,30	5,59 %
November	5,07	0,27	5,38 %	5,22	0,35	6,79 %	5,44	0,33	6,06 %
Desember	5,23	0,34	6,48 %	5,38	0,35	6,48 %	5,58	0,32	5,72 %

Figur 17 Kirurgiske DRG - Gjennomsnittlig liggetid for heldøgn sykehusopphold, andel UKL

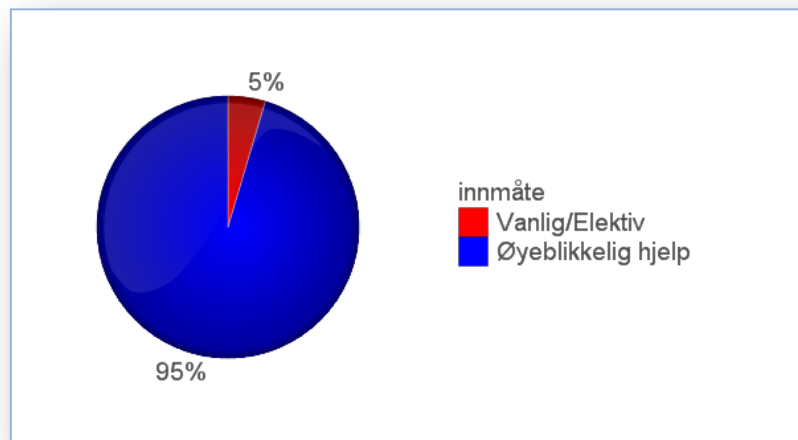
	2009			2008			2007		
	Liggedøgn	UKL	andel UKL	Liggedøgn	UKL	andel UKL	Liggedøgn	UKL	andel UKL
Total	6,03	0,34	5,64 %	6,06	0,35	5,78 %	6,24	0,30	4,86 %
Januar	5,64	0,41	7,22 %	5,85	0,30	5,10 %	5,80	0,42	7,21 %
Februar	6,18	0,47	7,65 %	6,02	0,42	7,03 %	6,41	0,36	5,65 %
Mars	6,09	0,51	8,43 %	6,68	0,50	7,41 %	6,30	0,30	4,79 %
April	6,01	0,34	5,71 %	5,64	0,31	5,53 %	6,27	0,31	4,97 %
Mai	6,06	0,29	4,71 %	5,83	0,25	4,33 %	6,40	0,26	4,05 %
Juni	6,07	0,34	5,55 %	6,16	0,35	5,65 %	5,96	0,24	3,95 %
Juli	7,03	0,37	5,24 %	6,65	0,47	6,99 %	6,93	0,39	5,67 %
August	5,98	0,29	4,84 %	5,76	0,33	5,70 %	5,87	0,21	3,65 %
September	5,43	0,23	4,27 %	6,12	0,41	6,75 %	6,07	0,23	3,82 %
Oktober	5,85	0,22	3,73 %	6,11	0,29	4,76 %	6,01	0,24	4,07 %
November	5,89	0,28	4,80 %	5,81	0,30	5,12 %	6,08	0,29	4,79 %
Desember	6,51	0,32	4,86 %	6,33	0,33	5,24 %	7,06	0,41	5,81 %

Figur 18 Medisinske DRG - Gjennomsnittlig liggetid for heldøgn sykehusopphold, andel UKL

år	2009			2008			2007		
	Liggedøgn	UKL	andel UKL	Liggedøgn	UKL	andel UKL	Liggedøgn	UKL	andel UKL
Total	4,87	0,37	7,63 %	5,00	0,42	8,32 %	5,07	0,37	7,23 %
Januar	5,20	0,52	10,03 %	5,01	0,37	7,36 %	5,10	0,42	8,25 %
Februar	5,10	0,51	9,93 %	5,10	0,39	7,62 %	5,47	0,44	7,98 %
Mars	5,13	0,52	10,10 %	5,17	0,47	9,18 %	5,38	0,48	9,00 %
April	5,01	0,36	7,13 %	5,17	0,55	10,61 %	4,81	0,32	6,64 %
Mai	4,73	0,33	6,97 %	4,88	0,34	6,87 %	5,06	0,43	8,53 %
Juni	5,10	0,29	5,74 %	4,96	0,35	7,03 %	4,83	0,23	4,79 %
Juli	4,72	0,38	8,02 %	5,11	0,55	10,80 %	5,20	0,36	7,00 %
August	4,30	0,27	6,35 %	4,70	0,35	7,50 %	4,68	0,31	6,73 %
September	4,72	0,28	5,89 %	4,85	0,40	8,16 %	4,95	0,37	7,42 %
Oktober	4,77	0,31	6,41 %	4,90	0,42	8,62 %	5,07	0,34	6,68 %
November	4,77	0,29	6,12 %	5,05	0,41	8,18 %	5,23	0,37	7,15 %
Desember	4,79	0,38	8,01 %	5,08	0,39	7,67 %	5,07	0,31	6,10 %

5.3 Fordeling på innmåte, DRG-type, hoveddiagnosegruppe og alder

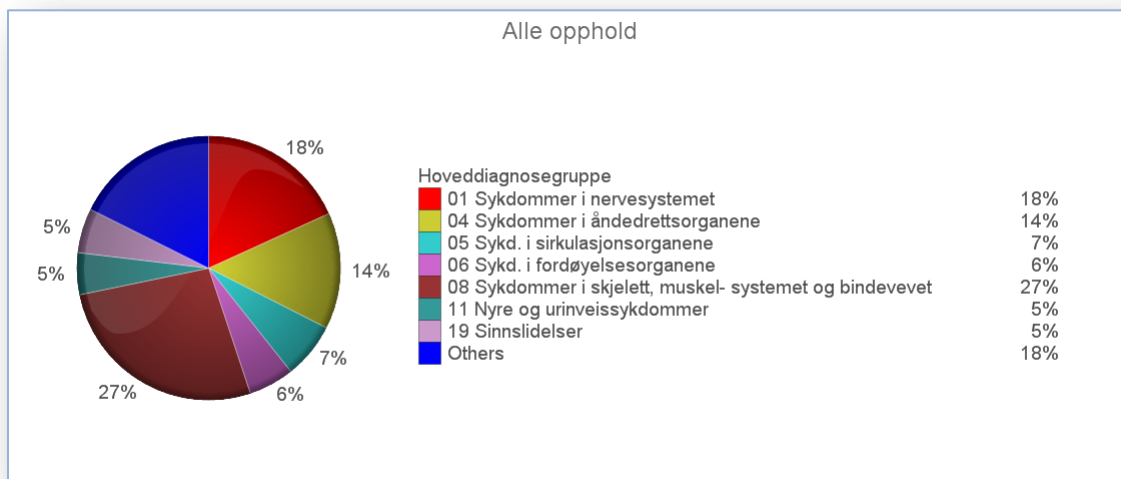
Figur 19 Sykehusopphold med UKL fordelt etter innkomstmåte



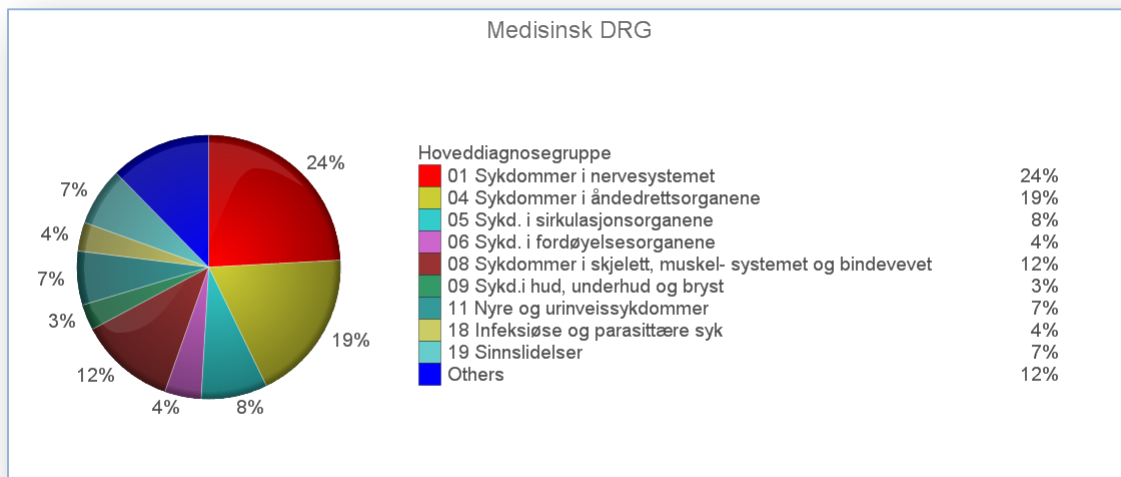
Figur 20 Fordeling mellom kirurgiske og medisinske DRG, Liggedager og UKL.

DRG type	Liggedøgn	UKL
Kirurgisk DRG	33,3 %	25,9 %
Medisinsk DRG	66,7 %	74,1 %

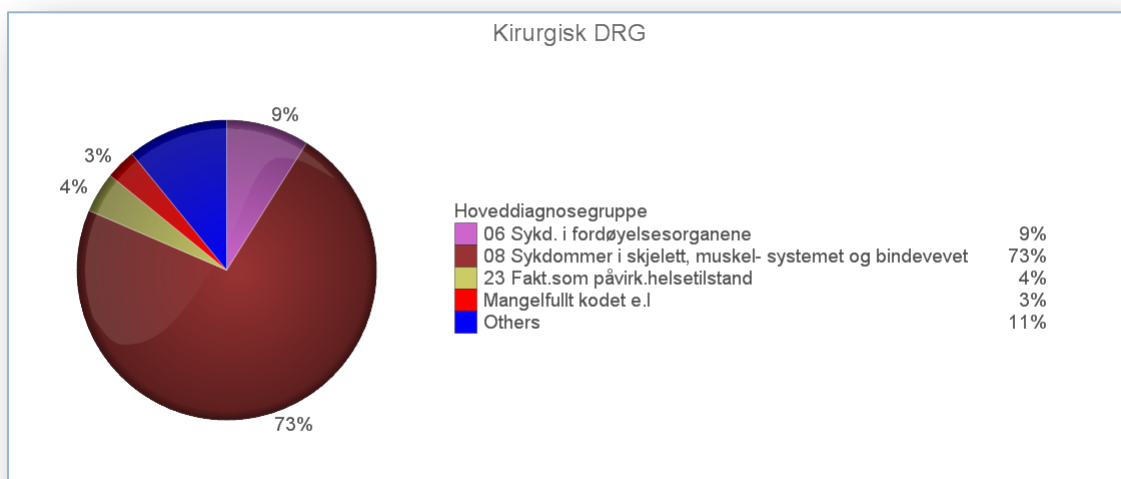
Figur 21 Alle sykehusopphold med UKL fordelt på HDG (hoveddiagnosegruppe)



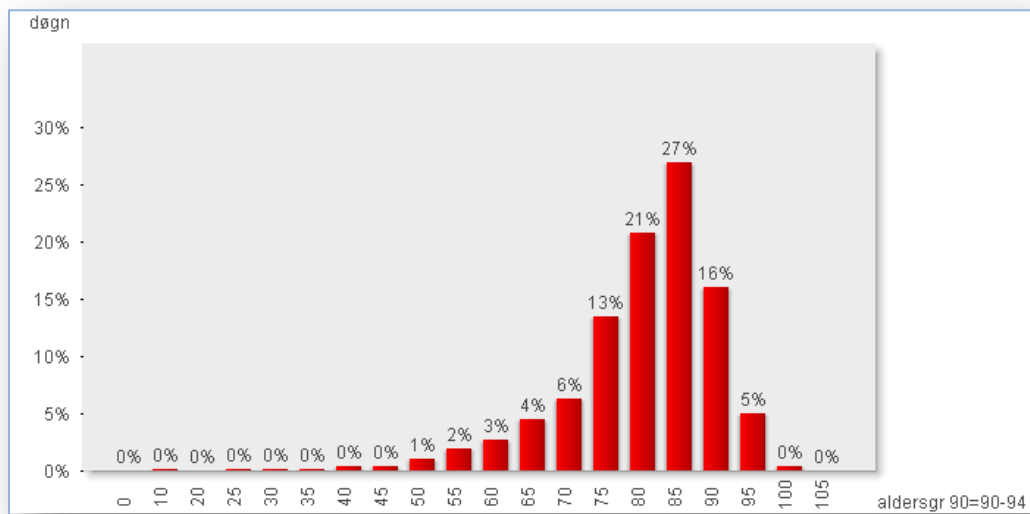
Figur 22 Medisinske sykehusopphold med UKL fordelt på HDG (hoveddiagnosegruppe)



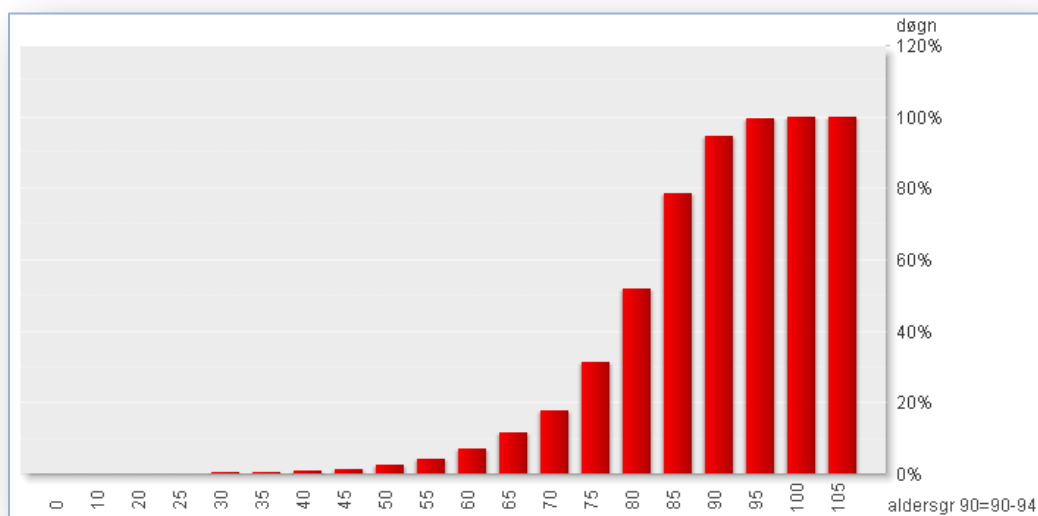
Figur 23 Kirurgiske sykehusopphold med UKL fordelt på HDG (hoveddiagnosegruppe)



Figur 24 UKL %-vis fordelt etter pasientenes alder



Figur 25 Akkumulert antall UKL %-vis fordelt etter pasientenes alder



5.4 Gjennomsnittlig liggetid og andel UKL, 2007-8-9, to utvalgte DRG

Figur 26 DRG 14 Spesifikke karsykdommer i hjernen ekskl. TIA (hjerneslag)
Gjennomsnittlig liggetid for heldøgn sykehusopphold og andel UKL

	2009			2008			2007		
	Liggedøgn	UKL	andel UKL	Liggedøgn	UKL	andel UKL	Liggedøgn	UKL	andel UKL
Total	11,37	2,23	19,64 %	12,08	2,46	20,40 %	11,78	2,24	19,00 %
Januar	9,78	1,67	17,07 %	11,42	2,06	18,05 %	11,49	2,90	25,28 %
Februar	12,92	3,22	24,95 %	10,76	1,40	13,02 %	12,88	2,39	18,59 %
Mars	10,02	2,49	24,84 %	11,95	2,95	24,67 %	13,92	2,59	18,60 %
April	12,29	2,59	21,06 %	14,59	4,47	30,65 %	9,95	1,72	17,31 %
Mai	13,38	3,53	26,40 %	10,30	1,72	16,72 %	14,87	2,97	19,97 %
Juni	13,11	1,99	15,21 %	12,02	2,31	19,20 %	9,55	1,13	11,83 %
Juli	10,19	1,77	17,39 %	15,46	3,08	19,93 %	13,08	2,49	19,07 %
August	7,19	1,84	25,64 %	10,75	2,81	26,14 %	8,96	1,58	17,58 %
September	10,51	1,30	12,39 %	10,46	1,78	17,05 %	10,14	2,02	19,90 %
Oktober	11,62	1,70	14,65 %	11,45	2,04	17,86 %	13,00	2,81	21,62 %
November	12,98	2,06	15,90 %	12,72	2,80	21,98 %	11,84	1,90	16,09 %
Desember	11,83	2,56	21,65 %	13,29	2,29	17,25 %	11,14	2,22	19,89 %

Figur 27 DRG 210 Op på bekken/hofte/femur ekskl proteseop > 17år
Gjennomsnittlig liggetid for heldøgn sykehusopphold og andel UKL

	2009			2008			2007		
	Liggedøgn	UKL	andel UKL	Liggedøgn	UKL	andel UKL	Liggedøgn	UKL	andel UKL
Total	10,63	3,10	29,14 %	10,23	3,15	30,76 %	10,70	2,96	27,69 %
Januar	11,99	4,41	36,78 %	9,36	2,91	31,10 %	10,41	3,95	37,97 %
Februar	10,89	4,77	43,76 %	10,02	3,24	32,31 %	10,73	3,12	29,10 %
Mars	11,80	3,91	33,16 %	12,08	3,79	31,38 %	12,83	3,96	30,82 %
April	11,72	3,32	28,37 %	9,51	2,41	25,34 %	11,27	3,21	28,52 %
Mai	11,60	2,77	23,90 %	10,04	3,47	34,60 %	10,09	2,47	24,52 %
Juni	10,14	3,14	30,97 %	11,97	5,30	44,25 %	10,44	2,66	25,51 %
Juli	7,52	1,70	22,57 %	10,34	3,41	32,95 %	9,26	2,49	26,86 %
August	7,85	1,52	19,32 %	7,45	2,21	29,65 %	10,75	2,13	19,77 %
September	11,35	3,90	34,38 %	11,32	3,11	27,48 %	11,68	3,19	27,33 %
Oktober	8,68	2,02	23,24 %	10,79	3,09	28,61 %	10,04	2,18	21,69 %
November	11,16	2,64	23,69 %	10,49	2,78	26,52 %	10,39	2,88	27,73 %
Desember	11,29	2,28	20,20 %	9,42	2,33	24,78 %	10,41	3,04	29,20 %

6 Resultater kvalitativ tilnærming

I fase 1 av denne studien tilnærmet vi oss de utskrivningsklare pasientene ved hjelp av kvantitativ metode. Utgangspunktet var innsamlede tall fra egen spørreundersøkelse, aktivitetsregistreringer fra 4 ulike foretak/sykehus og offentlig tilgjengelige statistikk.

I fase 2 av denne studien har vi benyttet en kvalitativ tilnærming for å komme nærmere en beskrivelse av de utskrivningsklare pasientene. Med utgangspunkt i de samme 4 helseforetakene/sykehusene som bidro med kvantitative data i fase 1, ble samarbeidende klinikerne både fra spesialist- og primærhelsetjenesten invitert inn i 5 fokusgrupper.

Fokusgrupper er en effektiv måte å organisere innhenting av erfaringsbasert informasjon fra ulike aktører knyttet til en aktuell problemstilling – i vårt tilfelle utskrivningsklare pasienter. Ved å samle en liten representativ gruppe helsearbeidere og gjennomføre et åpent semistrukturert intervju/samtale av ca 1 ½ times varighet har målet vært å få tilgang til erfaringer som kan berede grunnen for utvikling av nye hypoteser, begreper og forståelsesmåter mht. de utskrivningsklare pasientene.

I fokusgruppene ble klinikerne invitert til å gi sin beskrivelse av og redegjøre for utfordringer og muligheter knyttet til de utskrivningsklare pasientene slik de ser og opplever dem i egen hverdag. I perioden 30. april til 10. juni ble det avholdt fokusgrupper i hhv. Tønsberg, Kirkenes, Hammerfest, Tromsø og Oslo.

For nærmere angivelse av sammensetning og deltakere i fokusgruppene se vedlegg 7. Totalt har 34 personer deltatt fra foretak/sykehus og kommuner i fokusgruppene.

Forut for hver fokusgruppe mottok deltakerne et lite statistikkhefte (oversendes i egen forsendelse) med bakgrunnsinformasjon basert aktivitetsregistreringer fra eget foretak/sykehus. I heftene tilrettela vi særskilte kvantitative data mhp.:

- Omfang av utskrivningsklare liggedøgn ved aktuelt foretak/sykehus
- Fordeling av utskrivningsklare liggedøgn på kommune/bydelsnivå
- Fordeling av utskrivningsklare liggedøgn på hoveddiagnose- og diagnosegruppenivå
- Fordeling av utskrivningsklare liggedøgn på diagnosegruppenivå innen de tre dominerende hoveddiagnosegruppene
- Case hjerneslag (DRG 14A og 14B)
- Case lårhalsbrudd (DRG 210 og 211)

Aktuelle problemstillinger som deltakerne ble utfordret på å belyse nærmere ut fra egen erfaring var:

- ✓ **Hvem** er de utskrivningsklare pasientene?
- ✓ **Hva** eller hvilken helsehjelp er det de utskrivningsklare pasientene er i behov av?
- ✓ **Hvor** gis helsehjelpen som de utskrivningsklare pasientene er i behov av best og mest effektivt
- ✓ **Hvorfor** oppstår problemstillingen med utskrivningsklare pasienter?
- ✓ **Hvordan** forstås definisjonen på utskrivningsklare pasienter og hvordan anvender det enkelte foretak/sykehus denne definisjonen?

I tillegg ba vi deltakerne om å komme frem med gode eksempler eller bekymringer, sett med deres øyne, i forhold til samhandling omkring utskrivningsklare pasienter.

Under fokusgruppene ble det gjort lydopptak. Lydopptakene er i etterkant transkribert og gjennomgått med sikte på best mulig å få frem deltakernes innspill, svar eller vesentlige spørsmål mht. problemstillinger knyttet til de utskrivningsklare pasientene.

6.1 HVEM er de utskrivningsklare pasientene?

Under pkt. 5 i denne rapporten har vi på bakgrunn av de samlede aktivitetsregistreringer gjort i 2007, 2008 og 2009 ved Diakonhjemmet sykehus, SIV HF, UNN HF og Helse Finnmark HF synliggjort noen karakteristika ved sykehusopphold som ender opp med utskrivningsklare liggedøgn. Kort oppsummert finner vi når vi dukker ned i det samlede materialet for de 4 foretakene/sykehusene:

- Inntaksmåte er i 95 % av tilfellene øyeblikkelig hjelp, kun 5 % av oppholdene som ender med utskrivningsklare liggedøgn i tilknytning til sykehusoppholdet er elektive opphold (fig. 19)
- ¼ av de utskrivningsklare liggedøgnene er knyttet til sykehusopphold som grupperes til en kirurgisk DRG (dvs. gjennomført kirurgisk prosedyre under oppholdet) mens ¾ av de utskrivningsklare liggedøgnene er knyttet til sykehusopphold som grupperes til en medisinsk DRG (fig. 20)
- 4 av 5 (80 %) utskrivningsklare liggedøgn er knyttet til pasienter over 70 år. 1 av 2 (50 %) utskrivningsklare liggedøgn er knyttet til pasienter over 80 år.
- Tre hoveddiagnosegrupper dominerer bildet og står for 59 % av sykehusoppholdene med utskrivningsklare liggedøgn registrert under oppholdet:
 - o HDG 08 Sykdommer i skjelett-, muskelsystemet og bindevevet som står for 27 % (spredning 18 – 33 %) av sykehusoppholdene med utskrivningsklare liggedøgn registrert. Den dominerende DRG i denne gruppen er DRG 210 (lårhalsbrudd)
 - o HDG 01 Sykdommer i nervesystemet som står for 18 % (spredning 15-24 %) av sykehusoppholdene med utskrivningsklare liggedøgn registrert. Den dominerende DRG i denne gruppen er DRG 14 A (hjerneslag)
 - o HDG 04 Sykdommer i åndrettsorganene som står for 14 % (spredning 13-18 %) sykehusoppholdene med utskrivningsklare liggedøgn registrert. Den dominerende DRG i denne gruppen er DRG 89 (lungebetennelse)
- Komorbiditet målt som antall tilstander (diagnoser) registrert håndtert under sykehusoppholdet øker med økende antall utskrivningsklare liggedager.

I fokusgruppene ble den typiske pasient som ender opp med utskrivningsklare liggedøgn i forbindelse med innleggelse på sykehus beskrevet med følgende karakteristika:

- De er gamle
- De får en akutt sykdom (eks brudd, hjerneslag, lungebetennelse) med funksjonssvikt til følge
- De trenger rehabilitering over betydelig lengre tid enn unge pasienter med tilsvarende lidelser for om mulig å gjenvinne den funksjonsevne de hadde før den akutte sykdommen inntraff bl.a. grunnet komorbiditet (flere kompliserende kroniske tilstander i tillegg til den akutte lidelsen)
- Under oppholdet avdekkes en betydelig grad av funksjonssvikt, både kognitivt og fysisk, gjerne akutt forverret av den inntrufne sykdommen, med et økt behov for tilsyn, hjelp og pleie til følge i forhold til situasjon før innleggelsen.
- De har gjerne et komplekst og sammensatt sykdomsbilde, der kompleksiteten oftere enn den akutte lidelsen som forårsaket innleggelsen, er den behandlingsmessige utfordringen
- De har oftere en bolig som ikke er tilrettelagt i forhold til funksjonsnivå
- De er oftere enslige uten nære pårørende til å hjelpe dem i nærheten
- De har oftere et svekket sosialt nettverk

6.2 HVA eller hvilken helsehjelp er de utskrivningsklare pasientene i behov av?

Kvantitative tilnærminger kan gi oss noen svar på hvem de utskrivningsklare pasientene er vurdert på bakgrunn av diagnoser, men forteller oss lite om hvilken helsehjelp det er pasientene er i behov av. Det som er rimelig sikkert er at de alle er pasienter med klart definerte behov, både i forhold til behandling, pleie og omsorg. Dette gjør at verken sykehus eller kommune finner det mulig å skrive pasienten ut til den omsorgssituasjon som var før innleggelsen. Samtlige 5 fokusgrupper ble utfordret på å gi sin beskrivelse av hvilken behandling, pleie eller omsorg pasientgruppen utskrivningsklare pasienter er i behov av. Noen innspill til denne beskrivelsen som gikk igjen i fokusgruppene var:

- Primært handler behovet for helsehjelp om relativt basal pleie, medisiner, aktivisering, ernæring, mobilisering, forebygging av infeksjoner og fall.
- Kan dele hovedtyngden av de utskrivningsklare pasientene inn i enkelte hovedgrupper etter behov for helsehjelp:
 - o Den nyoppdagete litt rørete begynnende demente pasienten med behov for regelmessig tilsyn gjennom hele døgnet enten i eget hjem eller institusjon
 - o Rehabilitering og opptrening mht ADL-funksjoner som å spise, drikke, gå, snakke, personlig hygiene
 - o Terminal pleie og palliasjon (en volummessig mindre gruppe men desto mer krevende kompetansemessig så vel som ressursmessig)
 - o Indirekte helsehjelp i form av avlastning utslitte pårørende (også dette en mindre gruppe - typisk eldre ektefelle med "aleneomsorg" for den syke)

Det vanligste er vanligst og behovet for helsehjelp for de fleste utskrivningsklare pasientene er som nevnt over. Det er imidlertid vel verdt å merke seg innspillene mht. at selv om volumet av andre pasientkategorier med behov for en mer avansert helsehjelp i nasjonal sammenheng kan fremstå som lite, er variasjonsbredden i krav til ressurser og kompetanse desto større.

Det kan være det nyfødte multifunksjonshemmede barnet med betydelige behov både i forhold til pleie, ernæring og habilitering. Det kan være pasienten klarert for hjemmerespiratorbehandling hvor en pasient alene genererte behov for 8 kvalifiserte pleiere for å dekke en 24 timers turnus i pasientens hjem. Eller det kan dreie seg om pasienten med behov for andre avanserte behandlingsformer som hjemmedialyse med mer.

I antall er disse pasientene få per kommune men i behov for helsehjelp både hva kompetanse, kapasitet og ressurser angår er de enorme for den kommunen eller bydelen som står ansvarlig for å gi dem et forsvarlig tilbud i primærhelsetjenesten.

Det ble i flere fokusgrupper vektlagt at konsekvensen av stadige kortere og mer effektive pasientopphold innen spesialisthelsetjenesten gir et tilsvarende stadig økende krav til kapasitet, kompetanse og ressurser ute i primærhelsetjenesten mht. hvilken behandling som skal gis.

I tillegg til at gruppen utskrivningsklare pasienter er sammensatt, kan også tilstanden for den enkelte pasient variere fra dag til dag. Det er krevende for sykehuset og kommunen å ha et felles, hensiktsmessig og oppdatert beslutningsgrunnlag som sikrer riktige prioriteringer og behandling på rett nivå. For å møte denne utfordringen framheves to strategier:

- ✓ Proaktivitet fra kommunens side ved raskt å starte kartlegging av behov så snart sykehuset melder at det er innlagte en pasient som antas å ha behov for tjenester ved overføring til primærhelsetjenesten etter endt sykehusopphold
- ✓ Oppdatert og fullstendig informasjonsutveksling f.eks. gjennom et tiltak som kalles "konvolutten" i Vestfold der en på forhånd har definert vesentlig informasjon som skal følge pasienten ved overføring mellom nivåene for å sikre kontinuitet og kvalitet i behandlingen.

Disse strategiene krever stor profesjonalitet både i forhold til den enkelte sak og i forhold til å etablere og utvikle gode strukturer for samhandling.

Hva og hvilken helsehjelp pasienten er i behov av er ofte en krevende tverrfaglig oppgave å avklare. Fra sykehuslegenes side framholder flere at det er klare medisinske og juridiske kriterier for å avgrense hvorvidt en pasient er utskrivingsklar. Redusert liggetid på sykehus anses å være uttrykk for gode framskritt med høy effektivitet og kvalitet i diagnostisering og behandling. Sykehuslegene har oftest det avgjørende ord i en tverrfaglig prosess. I en del sammenhenger rapporterte enkelte deltakere at de som pleiefaglige ansvar opplever at status som utskrivingsklar settes for tidlig vurdert fra deres ståsted.

Det som gjør denne prosessen ekstra krevende er at den helsefaglige vurdering må foretas i en situasjon med kryssende interesser. I en viss grad framgår det at f.eks. pårørende kan ha vikarierende motiver for å hevde at hjemmebaserte tjenester ikke er adekvat. I fokusgruppene framholdes at et sterkt fokus på redusert liggetid i sykehus, samtidig med en satsing på hjemmebaserte tjenester (på bekostning av sykehjemsplasser), bidrar til at omfanget av utskrivingsklare liggedøgn øker.

6.3 HVOR gis helsehjelpen som de utskrivningsklare pasientene er i behov av best og mest effektivt?

I Stortingsmelding 47 om Samhandlingsreformen introduseres et nytt begrep – BEON – beste effektive omsorgsnivå. Fokusgruppene ble utfordret til å si noe om hvor de ut fra egne erfaringer så at helsehjelpen for utskrivningsklare pasienter kunne gis best og mest effektivt.

I alle fokusgruppene var det en rimelig grad av enighet om at den aktuelle helsehjelpen for det store volumet av utskrivningsklare pasienter best blir gitt i primærhelsetjenesten om mulig helst i pasientens eget hjem eller i mindre opptrenings- eller sykehjemsenheter nært pasientens hjem.

En begrunnelse som ble gitt for valget av primærhelsetjenesten som den beste arenaen for å yte helsehjelp til de denne pasientgruppen er akutt sykehusenes manglende mulighet for å gi pasienten nødvendig ro og kontinuitet i behandlingen. Livet på en firemannsstue med nye pasienter inn og ut døgnet igjennom, stadig skiftende leger, behandlings- og pleiepersonell med pårørende ofte langt borte, gir en uro hos pasienten som forsterker funksjonssvikten og begrenser mulighetene for rehabilitering og opptrening.

En klar forutsetning for at helsehjelpen gis best i primærhelsetjenesten er tilstrekkelig tilgang på kvalifisert helsepersonell i kommunen med interesse for å jobbe med denne pasientgruppen. Primært dreier dette seg om sykepleiere, fysio- og ergoterapeuter, fagarbeidere/hjelpepleiere men også tilstrekkelige legetjenester. I flere av fokusgruppene ble en uttalt mangel på kvalifisert helsepersonell på alle nivå pekt på som et reelt hinder mht. å kunne gi det beste tilbudet i kommunene. I en situasjon der det er stor mangel på kvalifiserte søkere til allerede opprettede stillinger i hjemmebasert omsorg og ved sykehjem blir konsekvensen, sett fra pasientens ståsted, at sykehuset likevel blir det *minst dårlige* alternativet med tanke på behandling for å gjenvinne tapte funksjoner.

Et annet dilemma som ble trukket frem er at "best" og "effektiv" ikke alltid er sammenfallende. Det er liten tvil om at det for en kronisk lungesyk respiratorkevende pasient er "best" å kunne bo hjemme. Samtidig er det like sikkert at 8 fagpersoner i turnus for å betjene en respiratorpasient i eget hjem, er en betydelig mer ineffektiv måte å utnytte ressursene på, enn om pasienten hadde fått samme tilbud gitt på sykehus. Små enheter og små kommuner gjør mulighetene for effektiv drift mindre i tillegg til at de sliter med å rekruttere fagpersonell.

6.4 HVORFOR oppstår utskrivningsklare liggedøgn

Utskrivningsklare liggedøgn oppstår primært fordi det helsetjenestetilbudet disse pasientene er i behov av, i kortere eller lengre perioder, ikke finnes med tilstrekkelig kapasitet og kompetanse. Dette var et ganske samstemt budskap som kom frem i alle fokusgruppene. Eller som en deltaker sa det: "Utskrivningsklare liggedøgn er primært et politisk skapt problem". Endringer i finansieringsform av sykehusene fra rammer til ISF, effektivisering av pasientforløpene, kortere liggetid, med størst fokus på det akutte og mindre på helheten har over tid skviset den eldre akutt syke pasienten med sammensatte lidelser og redusert funksjonsevne ut av spesialisthelsetjenesten. Mottaksapparatet på primærhelsetjenestesiden mangler kapasitet og ressurser, både i form av midler og kvalifisert personell, til å ta hånd om de utskrivningsklare pasientene. Den utskrivningsklare pasienten havner i en limbosituasjon, stemplet utskrivningsklar av spesialisthelsetjenesten, men samtidig uten tilbud i primærhelsetjenesten. Fra helsepersonellens side oppleves denne håndteringen av klart pleie- og behandlingstrengende pasienter med behov og potensial for rehabilitering som uverdigg.

En pasient som legges inn på sykehus legger ideelt sett ut på en rundreise som skal flyte i et kontinuum fra hjemmet og tilbake til hjemmet igjen. Denne reisen kan betraktes som en lang kjede av sammenhengende hendelser. For hver overgang fra en hendelse til den neste ligger det en fare for at reisen stopper unødig opp, grunnet brudd eller mangler i kjeden. Fokusgruppene peker på at det ikke finnes én årsak alene til at pasienter ender opp som utskrivningsklare. Forhold som ble trukket frem som årsaker til utskrivningsklare liggedøgn i fokusgruppene var:

6.4.1 Innsnevring av fokus og ansvarsområder i spesialisthelsetjenesten

Utviklingene over de siste par tiårene har vært en betydelig innsnevring av hvilken type helsetjenester spesialisthelsetjenesten tar ansvar for, med desto større overføring av oppgaver til primærhelsetjenesten. Langt på vei er dette en vellykket funksjonsfordeling som gjør at rundt 96 % av alle pasienter skrives ut på "utklar dato" dvs. uten utskrivningsklare liggedøgn og tas imot av en primærhelsetjeneste som har bygd opp en betydelig kompetanse og kapasitet som ikke var tilgjengelig i kommunene tidligere. Flere pasienter får god behandling i eller nært eget hjem nå enn før.

Bekymringen slik den kom frem i flere av fokusgruppene går på at det stadig oftere oppleves som om spesialisthelsetjenesten ikke lengre oppfatter det som sin oppgave å gi et tilbud til eldre pasienter med komplekse og sammensatte lidelsene. Når den akutte tilstanden, eksempelvis bruddet, er avklart og under rimelig kontroll, erklæres pasienten utskrivningsklar fra spesialisthelsetjenesten. Dette til tross for at pasientens øvrige tilstand tilsier en betydelig grad av innsats mht. videre utredning og behandling. Et spesialisert tilbud med tid til utredning og behandling av det komplekse og sammensatte finnes langt på vei ikke lengre innenfor spesialisthelsetjenesten. I stedet erklæres stadig sykere pasienter utskrivningsklare til primærhelsetjenesten uten at mottaksapparatet på den andre siden er satt i stand verken kapasitetsmessig eller kompetansemessig til å takle det økte volumet av syke utskrivningsklare pasienter. Konsekvensen er at antall utskrivningsklare liggedøgn øker.

6.4.2 Manglende kommunikasjonslinjer

Manglende kommunikasjonslinjer eller mangelfull kjennskap til disse hos den enkelte helsearbeider både i spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten ble i flere av fokusgruppene trukket frem som en viktig årsak til utskrivningsklare liggedøgn. Diskontinuitet på pleieside grunnet turnusordninger ved sykehuset og mangel på klart definerte og tilgjengelig kontaktpunkt i kommunen bidrar til at pasienter blir liggende fordi en ikke lykkes å oppnå en kontakt for å planlegge videre forløp. Dernest når kontakt oppnås er aktørenes kjennskap til pasienten ofte ufullstendig. Manglende koordinering både internt på sykehuset og eksternt i kommunene medfører at samme pasient meldes av flere på sykehuset til flere instanser i kommunen og genererer et betydelig

dobbeltarbeid. I håp om å nå frem til en løsning snarest mulig, opplever også flere kommuner at sykehuset har en praksis der samme pasient meldes samtidig til flere instanser i håp om "å få napp" et av stedene.

Manglende mulighet for elektronisk kommunikasjon ble av trukket frem som en annen vesentlig årsak til utskrivningsklare liggedøgn. Fortsatt er den vesentligste kommunikasjonslinjen mellom sykehus og kommune for skriftlig informasjon ordinær postgang per brev. Dette i mangel av lukkede sikre nettverk for elektronisk kommunikasjon. Tidligmeldinger (A-skjema) som fylles ut ved ankomst sendes per post og mottas først noen dager senere i kommunene. Når gjennomsnittlig liggetid for heldøgns sykehusopphold i vår studie er 5,12 dager (11,3 for hjerneslag og 10,6 for lårhalsbrudd) sier det seg selv at tap av 1-3 dager før melding om nye pasienter når frem til kommunene bidrar til unødig å forlenge sykehusoppholdet. Diakonhjemmet kompensere for manglende elektroniske kommunikasjon ved å benytte bud direkte fra sykehus og til mottaker i bydelene.

6.4.3 Manglende kontinuitet i inntak til institusjonsplasser i kommunene

For pasienter som kan skrives ut til hjemmebasert omsorg har de fleste kommuner en ordning for kontinuerlig behandling av innkomne søknader. Fortsatt har imidlertid mange kommuner en praksis der søknader både til korttidsplasser og mer permanente sykehjemsplasser skjer på et ukentlig møte. Dette gir en manglende fleksibilitet i mottak av pasienter fra sykehuset med økende antall utskrivningsklare liggedøgn til følge.

6.4.4 Mangel på tilrettelagte boliger

Eldre mennesker bor gjerne i eldre hus med begrensede muligheter for å tilpasse boligen når funksjonssvikt inntreffer. Flere av kommunene meldte mangel på alternativ og tilrettelagt bolig for pasienter med funksjonstap. Pasienten har ikke mulighet for å vende hjem etter endt sykehusopphold og blir liggende på vent ved sykehuset, enten til pasienten er kommet så langt i sin rehabilitering at en igjen kan klare seg hjemme med et tilbud fra hjemmebasert omsorg, eller til kommunen kan tilby plass ved institusjon eller omsorgsbolig. I fokusgruppene fremkom betydelige variasjoner mht. hvor langt kommunene hadde kommet i forhold til å etablere et tilstrekkelig antall omsorgsboliger eller andre alternative boformer når egen bolig ikke lengre kan bebos grunnet funksjonstap. Flere steder opplevde deltakere i fokusgruppen at denne type bygg har tapt i kampen om kommunale midler til fordel for mer "statuspregede" bygg som skoler, kulturhus, idrettsanlegg og lignende.

6.4.5 Mangel på korttidsplasser

Eldre mennesker bruker lengre tid en yngre på å komme seg etter akutt sykdom. Det skyldes både komorbiditet (flere andre sykdommer samtidig) og som en konsekvens av alder med mindre marginer å gå på før funksjonssvikt inntreffer. Når liggetiden på sykehus krympes grunnet effektive og målrettede sykehusopphold rekker den eldre pasient ganske enkelt ikke å komme tilbake til sitt opprinnelige funksjonsnivå før oppholdet er til ende. Behovet for korttidsplasser der pasientene får den nødvendige tid til å hente seg inn og trene opp basale ADL-funksjoner er påtrengende i de fleste deltakende kommunene som deltok i fokusgruppene.

6.4.6 Mangel på kapasitet og kompetanse i primærhelsetjenesten

Utfordringer knyttet til å sikre en tilstrekkelig kapasitet og kompetanse for stadig tidligere utskrevne pasienter med økte krav til kompetanse og kapasitet i kommunen fremstod i flere av fokusgruppene som den vesentligste hindringen i forhold til å kunne redusere antall utskrivningsklare liggedøgn. For flere av kommunene handlet det i større grad om å få rekruttert og stabilisert kvalifisert helsepersonell i de stillingene som allerede finnes, enn at det var behov for stillinger og tilbud. Stor "turnover" og stadige vakanser i nøkkelstillinger, spesielt sykepleiere, gjør det vanskelig å utvikle permanente tilbud med en forsvarlig kvalitet til å møte utfordringene knyttet til mottak av stadig flere og sykere utskrivningsklare pasienter.

Fagpersonellet søker mot større miljø med mulighet for kollegafelleskap og fordypning i mer avgrensede områder. De små kommunene, den allmenne og brede utfordringen knyttet til eldre pasienter med "lavstatuslidelser" rekrutterer dårlig i et marked der det generelt sett er for få kvalifiserte helsearbeidere i forhold til tilfanget av stillinger. En interessant observasjon i denne sammenheng var eksemplene som kom frem i et par av fokusgruppene mht. at rekruttering og stabilisering av personell i primærhelsetjenesten er lettere dersom oppgavene blir mer avgrensede og spesialiserte. Eksempler på dette var kommunal rehabiliteringsavdeling eller egen smitteavdeling innen sykehjemmet for pasienter med MRSA eller annen smittsom sykdom ved sykehjem.

6.4.7 Manglende kapasitet i sosiale nettverk

Et velfungerende sosialt nettverk med kapasitet til å stille opp når sykdom rammer er et godt utgangspunkt for å kunne vende raskt hjem etter akutt sykdom. Fokusgruppene deltakere opplever imidlertid at de sosiale nettverkene svekkes. Flere eldre bor i dag alene uten nærhet til storfamilien. De eldre har generelt sett færre pårørende og de pårørende som finnes bor oftere langt vekk. Der det finnes pårørende i nærheten, oppleves disse å ha mindre mulighet eller vilje til å gå inn i forpliktende og langvarige omsorgsoppgaver for sine eldre familiemedlemmer i dag i forhold til tidligere. Dette påvirker særlig antall utskrivningsklare liggedøgn for den pasientgruppen der regelmessig tilsyn på døgnbasis er det største hinderet for å kunne komme hjem.

6.5 HVORDAN forstås definisjonen på utskrivningsklare pasienter og hvordan anvender det enkelte foretak/sykehus denne definisjonen?

I Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter § 3 heter det at:

En pasient er utskrivningsklar når følgende punkter er vurdert og konklusjonene dokumentert i pasientjournalen:

- 1. problemstillingen(e) ved innleggelsen slik disse var formulert av innleggende lege skal være avklart,*
- 2. øvrige problemstillinger som har framkommet skal som hovedregel være avklart,*
- 3. dersom man avstår fra endelig å avklare enkelte spørsmål skal dette redegjøres for,*
- 4. det skal foreligge et klart standpunkt til diagnose(r), samt videre plan for oppfølging av pasienten,*
- 5. pasientens samlede funksjonsnivå, endring fra forut for innleggelse, og forventet framtidig utvikling skal være vurdert,*
- 6. dersom pasienten har behov for spesialisthelsetjenester som er utenfor den aktuelle avdelingens ansvarsområde, skal det sørges for at relevant kontakt etableres, og plan for denne oppfølgingen beskrives.*

Som vi har gjort rede for under pkt 3 i denne rapporten er det stor usikkerhet knyttet til operasjonaliseringen av denne definisjonen og registreringen av "utklardato" ute i klinikken. I spørreundersøkelsen som NSF gjennomførte ba vi foretakene skåre egen kvalitet på denne parameteren. Kun 5 av 25 foretak gir seg selv verdien 6 eller 7 på en skala fra 1 til 7, der 1 var svært dårlig og 7 svært god kvalitet. 4 foretak hadde ikke grunnlag for å skåre egen kvalitet. Ett av landets større foretak avstod helt fra å rapportere tall da en i foretaket ikke hadde sett behovet av å ha noen særskilt oversikt eller oppfølging av denne parameteren.

I fokusgruppene utfordret vi deltakerne til å komme med sin beskrivelse i forhold til hvordan "utklardato" settes og hvilke forhold som påvirker denne beslutningen. Følgende erfaringer ble trukket frem i de ulike fokusgruppene mht. fastsettelse av utklardato:

- Utklardato er i siste instans legebestemt. Grad av tverrfaglighet i beslutningen varierer betydelig fra avdeling til avdeling. Det er en trend at når det gjelder kirurgiske pasienter er beslutningen i mindre grad tverrfaglig og i større grad utelukkende bestemt av at legen mener å ha løst det akutte problem som medførte innleggelsen. Størst grad av tverrfaglighet i beslutningen omkring utklardato fremkom ved de nevrologiske og fysikalsk medisinske avdelinger.
- Utklardato settes primært med utgangspunkt i at den akutte lidelse som forårsaket innleggelsen er avklart og videre behandlingsplan for denne tilstanden er skissert (pkt. 1 i definisjonen). I liten eller mindre grad oppleves det at øvrige tilstander er tatt stilling til og hovedsakelig avklart før utklardato settes (pkt. 2 i definisjonen). Også her er det en gradient fra kirurgi via medisin til de mer typiske rehabiliteringsavdelingene mht. i hvilken grad øvrige tilstander er diagnostisert og avklart.
- Kartleggingen av pasientens samlede funksjonsnivå, endring fra forut for innleggelse, og forventet framtidig utvikling oppfattes, med unntak av de spesialiserte rehabiliteringsenhetene innen nevrologi og fysikalskmedisin, er oftest svært mangelfull eller fraværende og påvirker sjelden fastsettelse av utklardato.

- Henvisning av pasienten videre i spesialisthelsetjenesten i forhold til de tilstander som ikke medførte den akutte innleggelse overlates oftest primærhelsetjenesten og vektlegges ikke mht. fastsettelse av utklardato
- En rekke situasjonsbestemte forhold oppfattes i varierende grad å påvirke praktiseringen av Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare slik som:
 - Pasientens alder – eldre pasienter med kompliserende andre tilstander blir tidligere erklært utskrivningsklare enn tilsvarende syke yngre pasienter
 - Pasientens lidelse – pasienter med lavstatuslidelser (eks. hjernelag eller demens) tendenserer til å få en tidligere utklardato enn pasienter med høystatuslidelser (eks. kreft) tross likhet i behovet for videre helsetjenester
 - Pasientens bokommune - pasienter hjemmehørende i kommuner eller bydeler hvor det erfaringsvis er vanskelig å få utskrevet pasienten erklæres utskrivningsklare tidligere enn i kommuner/bydeler som raskere tar imot pasienten. Dette for å legge press på kommunen/bydelen i håp om å få pasienten raskere ut. Deltakere både fra spesialist- og primærhelsetjenesten nevnte en rekke eksempler på at utklardato i slike tilfeller ofte settes før pasienten reelt sett er utskrivningsklar.
 - Belegg i avdelingen mht. innlagte påvirker fastsettelse av utklardato. Når avdelingene fylles pga. stor pågang av akutt syke, fremskyndes utklardato for andre pasienter – ikke slik at det oppfattes som faglig uforsvarlig fra sykehusets side, men likefullt slik at oppholdet får en kortere varighet og utredningen/behandlingen en dårligere kvalitet enn ønskelig. Typisk ser en dette også når det går mot helg og høytider og avdelinger slås sammen for å redusere kostnader og behov for personell ved sykehuset.
 - Visittgående lege/sykepleier - hvilke leger/sykepleiere det er som gjennomfører visitten påvirker fastsettelse av utklardato. I gruppene fremkom en ganske stor grad av samstemmighet i forhold til at legene og sykepleierne internt på avdelingen håndterer fastsettelse av utklardato ulikt. Med hederlige unntak var dette i liten grad tema for faglig diskusjon innad på sykehusene.
 - Nærhet til sykehuset – pasienter som bor nært til sykehuset får en tidligere utklardato enn de med lengre reisevei med en begrunnelse om at det er raskt å ta dem tilbake om komplikasjoner eller forverrelse skulle inntreffe.
 - Pårørende – om pasienten har aktive pårørende eller ikke som står på for dem mht. å sikre videre utredning og rettigheter påvirker fastsettelse av utklardato

I samtalene omkring fastsettelse av utklardato kom det frem at det i liten grad var noen dialog mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten omkring fastsettelsen av utklardato. Primærhelsetjenesten kommenterte gjennomgående at funksjonskartleggingen, som for dem er en av de viktigste vurderingene mht. å kunne velge de rette tjenester og omsorgsnivå for pasienten i kommunen, var mangelfulle og til dels fraværende. Det fremkom også en viss grad av uenighet i synet på hva som er en tilstrekkelig funksjonskartlegging og at de ulike tjenestene forholder seg til ulike verktøy i denne kartleggingen. Kommunene benytter i økende grad IPLOS – verktøy for funksjonskartlegging – mens dette i mindre grad er i bruk eller kjent ved sykehusavdelingen.

Det fremkom i fokusgruppene at de to partene har et divergerende syn på når en pasient er utskrivningsklar i forhold til definisjonen gitt i forskriften. I en studie utført av kommunehelsetjenesten ved ett av sykehjemmene i Tromsø var deres konklusjon at 25 % av pasientene mottatt som utskrivningsklare etter deres vurdering ikke var det. Tilsvarende funn var gjort innen hjemmebasert omsorg. En av de gjennomgående manglene som ble trukket frem i fokusgruppene i fht. forskriftens krav, var mangelen på en fullstendig og journalført skriftlig oppsummering og vurdering av oppholdet ved sykehus med angivelse av funn, diagnose, videre behandlingsopplegg og medisinerer. En rekke eksempler på at alvorlig syke pasienter mottas som utskrivningsklare ved sykehjem og sykestuer uten at de nødvendige papirer fulgte med ble nevnt. Ikke uvanlig er ventetiden på skriftlig dokumentasjon på en uke eller mer. Dette handler dels om at oppholdet ikke er endelig oppsummert og journalført ved utskrivelse og dels at

kommunikasjonslinjene for å få formidlet denne type informasjon mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten er svært dårlige jmf. pkt. 4.4.2.

En effekt av dette framholdes å være reinnleggelser. F.eks. ved at eldre med brudd kommer tilbake med nye brudd fordi forebyggende tiltak ikke er iverksatt som følge av at pasientens tilstand, nye medikamenter eller annet som bidrar til svimmelhet er kjent.

Deltakere i ulike fokusgruppen oppfattet utklardato som et teknisk begrep løsrevet fra klinisk virkelighet. Mens et pasientforløp oppfattes som en dynamisk hendelse der situasjon fortløpende endrer seg både til det bedre og det verre, oppfattes utklardato av deltakerne å være en statisk størrelse lite egnet til å kommunisere pasientens tilstand og behov. Langt på vei var det en felles oppfatning i fokusgruppene at forskriften og fastsettelsen av utklardato i større grad var konfliktskapende og i liten grad fremmende på faglig samhandling omkring pasienten. Den store grad av variasjon i anvendelse og fortolkning av forskrift mht. fastsettelse av utklardato både på system- og individnivå gjør denne til et lite egnet verktøy i samhandlingen omkring felles pasienter. Unødig mye tid blir brukt på uenighet om pasientens utklardato fremfor faglig samhandling om en smidigst mulig overføring fra spesialist- til primærhelsetjenesten. Ved full betalingsplikt for kommunen fra første dag etter meldt utklar ser helsepersonell på begge sider for seg at tidsbruk på unødige konflikter omkring fastsettelse av utklardato vil stjele ytterligere tid og fokus fra et målrettet samarbeid omkring best mulig pasientflyt fra "hjem til hjem" ved behov for innleggelse i sykehus.

6.6 Ideer, eksempler og spørsmål til ettertanke

I denne bolken vil vi kort oppsummere noen ideer, eksempler og spørsmål til ettertanke som dukket opp i en eller flere av fokusgruppene.

6.6.1 Kontinuerlig og offensiv samhandling fra dag en

I samtlige fokusgrupper ble behovet for etablering av direkte kontakt mellom helsepersonell på sykehus og i kommunen fra dag én, ved innleggelse av pasienter som en forventer vil få behov for videre oppfølging ute etter endt sykehusopphold, trukket frem som et suksesskriterium for å redusere antall utskrivningsklare liggedager og sikre en god overføring av pasient fra sykehus til primærhelsetjeneste. Der en lykkes med dette er erfaringene, slik den fremkom i flere fokusgrupper uavhengig av hverandre, at pasientoppholdene blir kortere, utskrivningsklare liggedøgn færre og overføring til primærhelsetjenesten enklere. Noen erfaringer som ble trukket frem var:

- ✓ Tidlig melding gir tid og mulighet for planlegging av overføring til primærhelsetjenesten etter endt sykehusopphold.
- ✓ Kontinuitet i den videre kontakt mellom sykehus og kommune under oppholdet bidrar til at tilbud og planer kan justeres og tilpasses pasientens endrede behov nderveis. Suksesskriteriet her er kontinuitet i samarbeidsrelasjonene mht. personell.
- ✓ Kommunikasjon via A- og B- skjema blir for statisk og utfordringer knyttet til eksisterende kommunikasjonslinjer jmf. pkt. 6.4.2 mht. forsendelse bidrar til at denne kommunikasjonsformen oppfattes lite hensiktsmessig. Direkte dialog avklarer og fremmer gode pasientforløp langt bedre.
- ✓ Samhandling gjennom kartleggingsbesøk utført av kommunens personell på sykehuset og samarbeidsmøter der alle parter, inkludert pasient og pårørende er tilstede, oppfattes der det er gjennomført som en forenkling og tidsbesparende prosess i forhold til å planlegge overføring til kommunen. Der fysisk oppmøte på sykehus vanskeliggjøres grunnet avstand fremkom gode eksempler på hvorledes bruk av videokonferanse og annen telekommunikasjon kan løse problemet med avstander mellom sykehus og primærhelsetjeneste
- ✓ Samhandling oppstår ikke uten at det settes av dedikerte ressurser og oppgavene samles på færre og tydelig definerte personer på sykehuset og i primærhelsetjenesten. Dedikerte ressurspersoner til samhandling er ikke ensbetydende med behov for flere stillinger eller økte ressurser. En reorganisering av kontakten mellom sykehus og kommune på færre hender bidrar til at øvrig personell får frigjort tid til direkte pasientkontakt fremfor å bruke dagen på å sitte i telefon uten å nå frem til den som måtte kjenne pasienten.
- ✓ Personell som skal bekle disse nøkkelposisjonene må ha god klinisk erfaring og oversikt over muligheter og tilbud både på sykehuset og i kommunen. Klare avtaler mellom sykehus og kommune som tydeliggjør begge parters forpliktelser og oppgaver i forbindelse med overføring av pasienten fra sykehus til kommune er en forutsetning for vellykket samarbeid. Gjensidig forståelse for hverandres muligheter og begrensninger er en avgjørende forutsetning.

Sykehuset i Vestfold HF er et godt eksempel på hvor en er kommet et godt stykke på vei med å strukturere gode og tydelige samhandlingslinjer etter ovennevnte prinsipper bl.a. gjennom:

- ✓ Opprettelse av dedikerte stillinger både i ledelsen (samhandlingssjef) og på avdelingene (samhandlingssykepleiere)
- ✓ Opprettelse av stilling som pasientkoordinator ute i kommunene
- ✓ Utarbeidelse av detaljerte og entydige samhandlingsrutiner nedfelt i eget avtaleverk mellom enkeltkommunene og sykehuset
- ✓ Etablering av behandlingslinje for slagpasienter for et helhetlig behandlingsforløp fra hjem til hjem

- ✓ Opprettelse av "samhandlingskonvolutt" – en konvolutt med spesifisert innhold der vesentlig informasjon vedr. pasienten følger pasienten på vei inn til og ut fra spesialisthelsetjenesten

Erfaringene i fra Vestfold er ikke at disse tiltakene bidrar til at det totale antall utskrivningsklare liggedøgn nødvendigvis går ned, men de bidrar til at det blir færre utskrivningsklare liggedøgn per opphold.

Et annet og spennende prosjekt er Oslo kommunes etablering av en spesialisert korttidsenhet i leide lokaler ved Diakonhjemmet sykehus. Dette prosjektet er så vidt nyetablert at det ennå ikke er mulig å si for mye om effekten av tiltaket. Med nærhet til og muligheten for støtte fra sykehusets spesialister samt en enklere tilgang til supplerende undersøkelser i forbindelse med oppfølging av pasienten er håpet at dette vil lette overføringen fra sykehus til primærhelsetjenesten av pasienter som ellers ville blitt liggende som utskrivningsklare pasienter ved sykehusets avdelinger. Utfordringen her er igjen kommunikasjon og formidling av pasientinformasjon fra sykehus til kommune da det ikke er lov å gi den kommunale avdelingen tilgang til sykehusets journalsystem.

6.6.2 Samhandling på flere nivå etterlyses

I flere fokusgrupper ble behovet for at samhandlingen forankres på flere nivå mellom sykehus og kommune enn den rent pleiefaglige/medisinske påpekt som viktig. Det er behov for en regelmessig samhandling på operativt ledernivå mellom sykehusledelse og administrativ ledelse i kommunen. Videre er det behov for regelmessig samhandling også mellom sykehus og politisk ledelse i bydelene. Erfaringer gjort av enkelte deltakere i fokusgruppene var at "bistand" fra sykehuset både mht. problembeskrivelse, dokumentasjon av omfang og mulige samarbeidsløsninger bidro til en økt og mer korrekt forståelse av samhandlingsutfordringene hos politikerne og derigjennom også mulighet for en riktigere prioritering av pleie- og omsorgstjenestene i forhold til andre kommunale oppgaver.

6.6.3 Eldremedisin og det komplekse på vei ut av spesialisthelsetjenesten?

En bekymring som ble fremmet i flere av fokusgruppene var bekymringen knyttet til at det oppleves å bli stadig mindre rom for det komplekse, sammensatte og tidkrevende innen spesialisthelsetjenesten. Innsatsstyrt finansiering, fokus på stadig kortere liggetid, etablering av femdagersposter, en stadig økende grad av spesialisering, færre generalister og en minimal satsning på geriatri er forhold som skaper bekymring.

Spesielt fra primærhelsetjenestehold ble det i fokusgruppene fremmet en bekymring i forhold til at eldre pasienter med sammensatte og kompliserte lidelser gradvis skyves ut av spesialisthelsetjenesten. Det oppleves av flere vanskeligere å få eldre pasienter med diffuse symptomer og funksjonssvikt innlagt for utredning og diagnostisering og utklardato blir stadig tidligere satt. Av enkelte oppleves ikke situasjonen lengre å være verken LEON eller BEON men DEMON – det eneste mulige omsorgsnivå.

6.6.4 0 utskrivningsklare dager en utopi

Måten utskrivningsklare liggedøgn er behandlet på i stortingsmeldingen om samhandlingsreformen og den påfølgende debatt gjør at det er skapt et inntrykk av at utskrivningsklare liggedøgn er mulig helt å eliminere gjennom bedre samhandling og en overføring av det økonomiske ansvar for disse til kommunene. I flere fokusgrupper ble dette sett på som utopi. En målsetting om 0 utskrivningsklare liggedøgn vil forutsette en betydelig overkapasitet i primærhelsetjenesten om en til enhver tid skal ha mulighet til å ta imot alle fra dag en. Som det fremkommer av figur 14 under pkt. 5.3 er det bl.a. en betydelig årstidsvariasjon mht. antall utskrivningsklare liggedøgn – månedsvariasjon fra ca 1500 utskrivningsklare liggedøgn i august 2009 til en topp på drøye 3600 utskrivningsklare liggedøgn i mars 2009. 0 utskrivningsklare vil aldri være ønskelig eller forsvarlig verken ut i fra et ønske om å legge til rette for en best mulig effektiv helsetjeneste.

6.6.5 Billigere helsehjelp for de utskrivningsklare pasientene i primærhelsetjenesten?

En erfaren sykehjemslege stiller seg undrende til påstandene om at utskrivningsklare pasienter er billigere å behandle i primærhelsetjenesten. Behandling på et visst nivå har samme kostnad enten den ytes på sykehus eller i kommunene. Eller sagt på en annen måte de direkte kostnader knyttet til behandling- og pleie av utskrivningsklare pasienter mht. lønn til pleiepersonell, ergo- og fysioterapeuter samt leger, drift av bygninger, kostnader til medikamenter og investeringer i nødvendig utstyr er i store trekk de samme. Sykehusets kostnader knyttet til akuttberedskap vil i liten grad forsvinne selv om utskrivningsklare pasienter blir færre og antall senger kan reduseres noe. Vil kun bidra til at de gjenværende sykehussengene blir ytterligere dyrere når beredskapskostnadene skal fordeles på færre senger. Mindre kommuners mulighet for effektivt å kunne utnytte kapasiteten til spesialisert arbeidskraft og kostbart utstyr er begrenset og vil i noen tilfeller kunne bidra til at kostnadene knyttet til senger i kommunen blir høyere enn på sykehus (ekstremtilfellet er eksemplet med hjemmerespiratorpasienten som alene legger beslag på 8 personer i turnus etter hjemføring til kommunen). Det etterlyses beregninger som synliggjør de konkrete kostnadene knyttet til ivaretagelse av utskrivningsklare pasienter både i sykehus og i kommunene.

6.6.6 Tar vi imot de rette pasientene ute?

I fokusgruppen med utgangspunkt i UNN HF ble problemstillingen om hvorvidt det er de riktige utskrivningsklare pasientene som tas imot i kommunen luftet. Ut ifra egne erfaringer og enkelte mindre undersøkelser var primærhelsetjenestens opplevelse at en ikke ubetydelig andel av pasientene som overføres til kommunen på utklardato ikke viser seg å være reelt sett utskrivningsklare, mens andre pasienter som reelt sett er utskrivningsklare blir liggende på sykehuset. Inntrykket var at dette til en viss grad igjen henger sammen med at akuttavdelingene kirurgi og ortopedi i spissen, vinner over avdelingene med de kroniske pasientene, i kampen om hvem som får sine pasienter ut først da de har størst behov for å rydde plass til nye akuttpasienter. Konsekvensen blir at reelt sett ikke utskrivningsklare pasienter beslaglegger ressurser og behandlingsplasser i kommunen på bekostning av de pasientene som virkelig er utskrivningsklare og kunne nyttiggjort seg tilbudet i kommunen langt bedre. Det ble etterlyst studier der en ikke bare fokuserte på overføringen av utskrivningsklare pasienter men hvor en også gikk nærmere inn på overføringen av de 96 % som skrives ut uten utskrivningsklare liggedøgn registrert. En ide til løsning av dette var innleggelse av alle akutt syke eldre med sammensatte lidelser på egen avdeling bemannet med kompetent personell og la de ulike spesialistene ta hånd om sine pasienters behov der. Dette etter modell av hvorledes en for eksempel ved UNN HF har samlet alle barn som legges inn på sykehuset, uavhengig av lidelse, på barneavdelingen.

6.6.7 Reinnleggelser

I fokusgruppen med utgangspunkt i Diakonhjemmet ble det påpekt at utfordringene knyttet til utskrivningsklare liggedøgn må sees i sammenheng med antall reinnleggelser. En måte å unngå utskrivningsklare liggedøgn på er å sjanse på at en tidlig utskrivelse til hjemmebasert omsorg ikke vil resultere i snarlig reinnleggelse. Flere av deltakerne i denne fokusgruppen mente å se at dette skjedde i et visst omfang og at en del pasienter endte opp som svingdørspasienter mellom hjem og sykehus grunnet manglende heldøgnstilbud i bydelen.

6.6.8 Ett eller to forvaltningsnivå innen eldreomsorgen?

I fokusgruppen med utgangspunkt i Helse Finnmark Klinikk Kirkenes ble tanken om ett felles forvaltningsnivå luftet som mulig løsning på utfordringene knyttet til utskrivningsklare pasienter. Begrunnelsen for å tenke ett felles fremfor to forvaltningsnivå innen eldreomsorgen var at så lenge det er mulig å plassere utfordringer og regningen hos "den andre" vil dette være et hinder for å få til den mest effektive samhandlingen. Uten denne muligheten for å kvitte seg med problemet vil viljen og fleksibiliteten i forhold til å finne gode løsninger til pasientens og fellesskapets beste kunne bedres.

6.6.9 Fokus på behandlingslinjer fremfor utklardato

I flere av fokusgruppene ble satsning på etablering av helhetlige behandlingslinjer "fra hjem til hjem" for de vanligste akutte tilstandene hos eldre med mange og sammensatte lidelser sett på som en viktig og riktig vei å gå. Etablering av slike behandlingslinjer pålegger sykehus og kommune et tett og forpliktende samarbeid der begge parter fremstår som likeverdige partnere. Behandlingslinjene legges i "fredstid" og definerer klare roller og gjensidige forventninger til begge parter og virker både konfliktdepende og fremmende på samhandlingen når den akutte situasjonen oppstår. Etablering av behandlingslinjer forutsetter at en enes om en felles faglig forståelse av pasientens samtlige behov og selve etableringsprosessen fremstår, når vellykket gjennomført, både som faglig inspirerende og sammensveisende til forskjell fra den langt mer konfliktskapende og ensidig fastsatte utklardatoen.

7. Oppsummering

I denne studien har vi tilnærmet oss problemstillingen "Utskrivningsklare pasienter – hvem er de og hvor hører de hjemme?" gjennom bruk av både kvantitativ og en kvalitative metode. Studien er avgrenset til å gjelde somatiske pasienter

Oppsummert er våre viktigste funn:

- ✓ Det er en betydelig usikkerhet knyttet til kvaliteten på nasjonale data knyttet til utskrivningsklare liggedøgn. En rekke systemmessig og individuelle feilkilder gjør at data omkring utskrivningsklare liggedøgn slik de i dag registreres og innrapporteres fra norske helseforetak til NPR er lite egnet til å trekke endelige konklusjoner eller gi en nærmere beskrivelse av hvem disse pasientene er eller hvilken helsehjelp de er i behov av. Kort oppsummert dreier dette seg om:
 - mangelfull registrering og innrapportering av utskrivningsklare liggedøgn
 - mangelfull forståelse av hvorledes NPR håndterer informasjon om utskrivningsklar dato når avdelingsopphold aggregeres til sykehusopphold
 - store forskjeller i fortolkning og praktisert av definisjon mellom helsepersonell på samme avdeling, avdelinger og foretak imellom
 - betydelig diskrepans mellom primær- og spesialisthelsetjenestens vurdering av hvorvidt pasientene er reelt utskrivningsklare
 - en rekke utenforliggende og ikke kontrollerbare faktorer oppgis i den kvalitative studien å påvirke fastsettelsen av utklardato bl.a.:
 - pasientens alder
 - pasientens lidelse
 - pasientens bokommune
 - pasientbelegg i avdelingen
 - nærhet til sykehus
 - pårørende
- ✓ Det har over år pågått en kontinuerlig og alt overveiende meget vellykket samhandling mellom kommuner og sykehus om felles pasienter, kjennetegnet ved høy faglig standard og vilje til å finne gode løsninger. I vårt innsamlede materiale fra alle landets foretak, med unntak av ett, fremkommer med de forbehold som må tas mht. feilkilene nevnt i foregående punkt:
 - mer enn 97 % av alle sykehusoppholdene avsluttes på dato for utskrivningsklar
 - knappe 3 % av alle sykehusoppholdene er registrert med utskrivningsklare liggedøgn
 - utskrivningsklare liggedøgn utgjør drøyt 4 % av det samlede antall liggedøgn i de somatiske sykehusene
 - utskrivningsklare liggedøgn mer enn 10 dager utgjør kun 1 % av det samlede antall liggedøgn i de somatiske sykehusene
- ✓ Primærhelsetjenesten har over de siste 20 år overtatt en vesentlig del av den helsetjenesten som tidligere ble gitt av spesialisthelsetjenesten gjennom en betydelig opprustning både mht. kapasitet og kompetanse. Dette synliggjort gjennom stadig kortere liggetider. I vår undersøkelse med utgangspunkt i aktivitetsdata for 4 foretak/sykehus for perioden 2007 til 2009 finner vi med forbehold om de nevnte feilkilder:
 - gjennomsnittlig liggetid for et sykehusopphold er 5,1 dager inkl. utskrivningsklare liggedager (i snitt 0,3 utskrivningsklare liggedager per sykehusopphold)
 - gjennomsnittlig liggetid for et sykehusopphold gruppert til en kirurgisk DRG er 6 dager

- gjennomsnittlig liggetid for et sykehusopphold gruppert til en medisinsk DRG er 4,9 dager
- innspill i fokusgruppene bekrefter at primærhelsetjenesten mottar stadig sykere pasienter til behandling og tilbyr spesialiserte behandlingstilbud som en tidligere kun ville fått ved sykehus eks. respiratorbehandling og dialyse.
- ✓ Utskrivningsklare liggedager oppfattes primært å være et uttrykk for
 - manglende politisk vilje til å prioritere tilstrekkelige ressurser til denne pasientgruppen
 - generell mangel på kompetent arbeidskraft (sykepleier, ergo- og fysioterapeuter, fagarbeidere/hjelpepleiere) i helsetjenesten og en spesiell mangel på kompetent arbeidskraft med vilje til å arbeide med denne type pasienter i små fagmiljø ute i kommunene
 - i mindre grad et uttrykk for manglende samhandling
- ✓ Det foreligger et forbedringspotensiale mht. en bedre struktur på og systematisering av samhandlingen mellom sykehus og kommune bl.a. gjennom:
 - Dedikering av ansvar for samhandling på færre hender både i kommune og på sykehus – kontinuitet, kompetanse og kjennskap til hverandre på personellsiden trekkes frem som vesentlige suksesskriterier for en bedre samhandling
 - Etablering av faste og entydige samhandlingsrutiner med klart definerte krav og forpliktelser til begge parter
 - Etablering av sammenhengende behandlingslinjer "fra hjem til hjem" for pasientgrupper med et visst volum for eksempel hjerneslag, lårhalsbrudd, kognitiv og eller fysisk funksjonssvik uten entydig forklaring
 - Tidlig melding dag en til kommune ved innleggelse av pasienten hvor en forventer behov for tilrettelagte helsetjenester ved overføring til kommune etter endt opphold.
 - Regelmessig informasjonsutveksling underveis under sykehusoppholdet med henblikk på endringer i medisinsk tilstand og funksjonsnivå
 - Oppsøkende virksomhet der primærhelsetjenesten besøker pasient på sykehuset for å kartlegge medisinske behov, funksjonsnivå og avstemme forventninger til det videre tilbud i samarbeid med sykehusets personell og om mulig med pasient og pårørende tilstede samtidig
 - Tilrettelegging av enkle verktøy for effektiv elektronisk kommunikasjon av skriftlig informasjon vedr. pasient mellom kommune og sykehus – i dag for en stor del fraværende spesielt mellom pleie- og omsorgssektor i kommunen og sykehus.
 - En forankring og styrking av samhandling mellom sykehus og kommune med regelmessig kommunikasjon/møter på et administrativt nivå (overordnet ledelse) og politisk nivå. Dette som et tillegg til den daglige operative samhandling mellom helsepersonell på pasientnivå.
- ✓ Basert på de funn vi har gjort gjennom vår kvantitative undersøkelser og senere fått kommentert og supplert gjennom fokusgruppene er vår beskrivelse av den "typiske utskrivningsklare pasient":
 - De er gamle
 - De får en akutt sykdom (eks brudd, hjerneslag, lungebetennelse) med funksjonssvikt til følge
 - De trenger rehabilitering over betydelig lengre tid enn unge pasienter med tilsvarende lidelser for om mulig å gjenvinne den funksjonsevne de hadde før den akutte sykdommen inntraff bl.a.

grunnet komorbiditet (flere kompliserende kroniske tilstander i tillegg til den akutte lidelsen)

- Under oppholdet avdekkes en betydelig grad av funksjonssvikt, både kognitivt og fysisk, gjerne akutt forverret av den inntrufne sykdommen, med et økt behov for tilsyn, hjelp og pleie til følge i forhold til situasjon før innleggelsen.
 - De har oftere et komplekst og sammensatt sykdomsbilde der kompleksiteten oftere enn den akutte lidelsen som forårsaket innleggelsen er den behandlingsmessige utfordringen
 - De har oftere en bolig som ikke er tilrettelagt i forhold til funksjonsnivå
 - De er oftere enslige uten nære pårørende til å hjelpe dem i nærheten
 - De har oftere et svekket sosialt nettverk
- ✓ Hjelpen den "typiske utskrivningsklare pasienten" er i behov dreier seg primært om
- basal pleie
 - tilsyn
 - medisinerer
 - mobilisering
 - aktivisering
 - ernæring
 - forebygge fallulykker
 - tilrettelagte boforhold
- ✓ Hjelpen som den "typiske utskrivningsklare pasient" trenger gis best i primærhelsetjenesten under forutsetning av tilstrekkelig kapasitet og kompetanse
- ✓ Til tross for at det vanligste er vanligst fremstår bredden og variasjon i de "ikke-typiske utskrivningsklare pasientene" som meget stor. En enkelt pasient alene kan bli en betydelig og til tider uoverstigelig ressurs- og kompetansemessig utfordring for hjemkommunen eller bydelen og bidra til et betydelig antall utskrivningsklare liggedøgn
- ✓ Det etterspørres spesifikke kostnadsanalyser som i større grad en gjennomsnittstall for kostnader per sykehusseng i akuttsykehus eller per sykehjemsseng i kommunal institusjon som sier noe om den reelle kostnaden ved ivaretagelse av utskrivningsklare pasienter hhv. i spesialist- og primærhelsetjenesten. Målet i direkte pasientrettede kostnader stilles det av erfarne klinikere spørsmålsteget ved sannheten i at ivaretagelse av utskrivningsklare pasienter er billigere å ivareta i primærhelsetjenesten enn i spesialisthelsetjenesten.

VEDLEGG

VEDLEGG 1 Bestilling av data fra norsk pasientregister

Bestilling av data fra Norsk pasientregister

Søker skal ha gjort seg kjent med [retningslinjer for utlevering av data fra Norsk pasientregister](#) og [Norsk pasientregisterforskriften](#) før det søkes om utlevering av data. Behandlingstiden begynner ikke å løpe før Norsk pasientregister har mottatt all nødvendig informasjon.

1 Kontaktinformasjon

1.1 Sted og dato	Oslo, 17. November 2009
1.2 Søkers fornavn og etternavn	Arvid Libak
1.3 Stilling/akademisk grad	Avdelingssjef samfunnspolitisk avdeling
1.4 Firma/Institusjon	Norges Sykepleierforbud
1.5 Adresse	Tollbugt. 22, Pb. 456 Sentrum
1.6 Postnr og poststed	0104 Oslo
1.7 Direkte telefon	22 04 32 47
1.8 E-postadresse	arvid.libak@sykepleierforbundet.no

2 Beskrivelse av bestilling

2.1 Kryss av for hvilke data det bes om:

Statistikk/anonyme data	X
Aidentifiserte data	
Personidentifiserbare data	

2.2 Hvilke år ønskes det data fra:

2007, 2008, 2009 (2009 t.o.m 2. tertial)
--

2.3 Kryss av for hvilke tertial ønskes det data fra:

X	1.tertial
---	-----------

X	2.tertial
---	-----------

X	3.tertial
---	-----------

2.4 Kryss av for hvilke fagområder det ønskes aktivitetsdata fra:

Somatikk	x
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	
Avtalespesialister, somatikk	
Psykisk helsevern for barn og unge	

Psykisk helsevern for voksne	
Avtalespesialister, psykisk helsevern	
Rehabiliteringsinstitusjoner	
Skade- og ulykkesdata	

2.5 Kryss av for hvilke fagområder det ønskes ventelistedata fra:

Somatikk	
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	

Psykisk helsevern for barn og unge	
Psykisk helsevern for voksne	

2.6 Beskriv bestillingen nærmere, eventuelt legg ved dokument:

i) *Antall opphold med utskrivningsklare liggedøgn* per tertial i perioden 2007 t.o.m. andre tertial 2009 fordelt på: Periode (år og tertial) DRG, kjønn, alder (0-64,65-79,80+), RHF, rapporterende enhet, kommune.

ii) *Antall utskrivningsklare liggedøgn totalt* per tertial i perioden 2007 t.o.m. andre tertial 2009 fordelt på : Periode (år og tertial) DRG, kjønn, alder (0-64,65-79,80+), RHF, rapporterende enhet, kommune.

2.7 Kryss av for hvilken form du ønsker data levert på:

<input type="checkbox"/>	SPSS	<input checked="" type="checkbox"/>	Excel	<input type="checkbox"/>	Annet
--------------------------	------	-------------------------------------	-------	--------------------------	-------

2.8 Beskriv formålet med bruk av data (formål er beskrevet i Norsk pasientregisterforskriften):

Med Prosjektet "Utskrivningsklare pasienter - hvem er de og hvor hører de hjemme? – en analyse av omfang, kostnader og behov for helsetjenester", ønsker Norges sykepleierforbund å fremskaffe mer kunnskap knyttet til en betydelig samhandlingsutfordring i Helse-Norge.

Data innhentet fra NPR ønskes brukt sammen med egne innhentende data fra de ulike institusjonene innen spesialisthelsetjenesten for å belyse:

1. Omfang av utskrivningsklare døgn på landsbasis.
2. Evt. forskjeller mellom Regionale helseforetak (RHF)
3. Evt. forskjeller mellom store og små helseforetak (HF)
4. Kostnad knyttet til utskrivningsklare døgn fordelt på alder, kjønn og DRG

2.9 Skal data fra Norsk pasientregister kobles med andres data?

<input type="checkbox"/>	Ja	<input checked="" type="checkbox"/>	Nei
--------------------------	----	-------------------------------------	-----

3 Vurdering /godkjenning av andre instanser

Dersom det svares ja på noen spørsmål, skal det legges ved dokumenter som bekrefter godkjenning.

	Ja	Nei	tittel på vedlagte dokument
3.1 Er prosjektet meldepliktig til Datatilsynet		x	
3.2 Krever prosjektet forhåndsgodkjenning fra REK?		x	
3.3 Krevet prosjektet konsesjon fra Datatilsynet?		x	
3.4 Krever prosjektet fritak fra helsepersonells taushetsplikt fra REK?		x	

4 Prosjektinformasjon

4.1 Prosjekttittel	“Utskrivningsklare pasienter - hvem er de og hvor hører de hjemme? – en analyse av omfang, kostnader og behov for helsetjenester”
4.2 Prosjektstart	15. november 2009
4.3 Prosjektslutt	30. april 2009
4.4 Beskriv prosjektet nærmere evt. legg ved en prosjektbeskrivelse	Se vedlagt prosjektbeskrivelse
4.5 Foreløpig titler på og dato på planlagte publikasjoner	Helsepolitisk statusrapport fra Norsk Sykepleierforbund med samme tittel som prosjektet - del 1 kvantitative betraktninger jan 2009 - del 2 kvalitative betraktninger april 2009 - del 3 oppsummering april 2009

VEDLEGG 2 Svar NPR vedr. bestilling av data

Norsk sykepleierforbund
Arvid Libak
Tollbugt 22, Pb 456 Sentrum
0104 OSLO

Deres ref.:
Saksbehandler: ROW
Vår ref.: 09/7609
Dato: 15.12.2009

Bestilling av data - Sykepleierforbundet - utskrivingsklare pasienter

Det vises til søknad av 17.11.2009 hvor det bes om data for døgnopphold med utskrivingsklare pasienter i perioden 2007 til 2. tertial 2009.

I søknaden oppgis det at data skal brukes Sykepleierforbundets prosjekt "Utskrivingsklare pasienter – hvem er de og hvor hører de hjemme? En analyse av omfang, kostnader og behov for helsetjenester".

Helsedirektoratet avd. Norsk pasientregister har vurdert søknaden og funnet at vi på grunn av at NPR ikke har komplette data for variabelen "Dato meldt utskrivingsklar" (utskr_klar) dessverre ikke kan utlevere de bestilte data. Dette skyldes manglende rapportering fra institusjonene. I perioden 2007 til 2. tertial 2009 inneholder kun 2 prosent av oppholdene en gyldig verdi i variabelen "Dato meldt utskrivingsklar". En eventuell utlevering vil derfor gi et uriktig bilde av antall opphold med pasienter som var utskrivingsklare.

Vennlig hilsen

Iver Nordhuus e.f.
seksjonssjef

Robert Wiik
rådgiver

Dokumentet er godkjent elektronisk

Helsedirektoratet • Divisjon helseøkonomi og finansiering
Avd. norsk pasientregister
Robert Wiik, tlf.: 415 42 665

Postboks 6173 Sluppen, 7435 Trondheim • Besøksadresse: Sluppenveien 12 C, Trondheim • Tlf.: 810 20 050
Faks: 932 70 500 • Org. nr.: 983 544 622 • npr@helsedir.no • www.helsedirektoratet.no

VEDLEGG 3 NSF brev til landets foretaksdirektører vedr. omfang av utskrivningsklare pasienter

Til landets foretaksdirektører

Norsk Sykepleierforbund (NSF) har høsten 2009 tatt initiativ til en større studie vedr. utskrivningsklare pasienter. Vårt mål med studien "Utskrivningsklare pasienter – hvem er de og hvor hører de hjemme?" er å bedre beslutnings- og kunnskapsgrunnlaget omkring en vesentlig samhandlingsutfordring innen helsevesenet. Til å gjennomføre studien har NSF engasjert Analysecenteret AS.

En særlig utfordring knyttet til utskrivningsklare pasienter er den betydelige usikkerhet som er knyttet til offentlig statistikk (NPR) vedr. opphold med utskrivningsklare liggedøgn. På vår forespørsel til NPR om mulighet for et særlig uttrekk knyttet til opphold med utskrivningsklare liggedøgn, svarer NPR at de mht. variabelen "Dato meldt utskrivningsklar" (utskr_klar) har så mangelfulle data at de ikke finner å kunne gjøre de etterspurte uttrekk.

NSF er kjent med at en rekke foretak har etablert egne kontroll- og kvalitetssikringssystemer der antall opphold med utskrivningsklare liggedøgn er godt dokumentert selv om de ikke fremkommer av NPR-meldingen. I samarbeid med Analysecenteret gjennomfører vi derfor nå en rask spørreundersøkelse knyttet til omfanget av utskrivningsklare liggedøgn ved alle landets somatiske helseforetak.

Data fra spørreundersøkelsen vil inngå som en del av en større studie ved Analysecenteret knyttet til problemstillingene rundt utskrivningsklare pasienter. Om ønskelig kan vi oversende detaljert prosjektbeskrivelse. Analysecenterets endelige forskningsrapport vil bli oversendt alle deltagende foretak. Studien vil også bli publisert som del av en egen helsepolitisk statusrapport vedr. utskrivningsklare pasienter fra NSF til HOD og Helse- og omsorgskomiteen på Stortinget.

I spørreundersøkelsen ber vi om at du, eller en av dine medarbeidere med kjennskap til eget foretaks tall, angir omfanget av opphold med utskrivningsklare liggedøgn i ditt helseforetak. De innrapporterte data vil bli behandlet av Analysecenteret i tråd med gjeldende standarder for god forskningsetikk og kan ikke benyttes i andre sammenhenger enn den angitte uten foretakets samtykke.

For å starte spørreundersøkelsen [klikk her](#)

Dersom du ikke får åpnet spørreundersøkelsen direkte fra hyperkoblingen over kan du åpne den via www.kospa.no/uk

Alternativt kan spørreundersøkelsen besvares ved å benytte vedlagte excel-ark. I excel-arket kan du skrive inn dine svar direkte, lagre det utfylte excel-arket og send det som vedlegg til følgende e-postadresse: to@asl.no

Skulle du ikke ønske å levere data fra ditt foretak til denne studien ber vi deg kort angir dette på spørreskjemaets pkt 6 og klikk send, så unngår vi unødige å bruke av din og vår tid på å etterspørre svar.

Svarfrist: 17. Januar 2010

På forhånd takk for hjelpen!

Med vennlig hilsen
Lisbeth Normann
Forbundsleder
Norsk Sykepleierforbund

VEDLEGG 4 NSF spørreskjema utskrivningsklare pasienter

Utskrivningsklare pasienter - hvem er de og hvor hører de hjemme?																			
Navn på helseforetak: <input type="text"/>																			
<i>Spørsmål</i>	<i>Svar</i>																		
1 Totalt antall somatiske OPPHOLD registrert med utskrivningsklare liggedøgn samlet for 1. og 2. tertial 2009?	<input type="text"/>																		
2 Totalt antall somatiske OPPHOLD med 11 eller flere utskrivningsklare liggedøgn samlet for 1. og 2. Tertial 2009?	<input type="text"/>																		
3 Totalt antall somatiske utskrivningsklare LIGGEDØGN samlet for 1. og 2. tertial 2009?	<input type="text"/>																		
4 Totalt antall somatiske utskrivningsklare LIGGEDØGN f.o.m. 11. utskrivningsklare liggedøgn samlet for 1. og 2. tertial 2009? Her deles de utskrivningsklare liggedøgnene under et opphold i 2 grupper. Gruppe A: 1.-10. utskrivningsklare liggedøgn. Gruppe B: 11. utskrivningsklare liggedøgn og oppover. Vi ønsker oppgitt det totale antall utskrivningsklare liggedøgn som tilhører gruppe B. Angi antallet.	<input type="text"/>																		
5 Vurdering av kvaliteten på eget foretaks registrering av somatiske utskrivningsklare liggedøgn På en skala fra 1 til 7 hvordan vil du vurdere kvaliteten på registreringen av utklardato i ditt foretak?	<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td></td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> <td>7</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Svært</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td>Svært</td> </tr> </table>		1	2	3	4	5	6	7		Svært	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Svært
	1	2	3	4	5	6	7												
Svært	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Svært											
6 Her kan du legge inn kommentarer til egne tall eller gi tilbakemelding på spørreskjema. Om du ikke ønsker å besvare skjema fint om du kommenterer dette her og sender inn tomt skjema.	<input type="text"/>																		
Besvarelsen er gitt av, navn: <input type="text"/> Stilling i foretaket: <input type="text"/> E-postadresse: <input type="text"/> Telefon arbeid: <input type="text"/>																			

VEDLEGG 5 NSF prosjektbeskrivelse, Utskrivningsklare pasienter – hvem er de og hvor hører de hjemme?

Prosjektbeskrivelse

Utskrivningsklare pasienter – hvem er de og hvor hører de hjemme?

- en kunnskapsbasert analyse av omfang, kostnader og behov for helsetjenester

Oslo, november 2009

Innledning

Norsk Sykepleierforbund mottar gjennom sine medlemmer stadige tilbakemeldinger med faglig bekymring knyttet til helsevesenets ivaretagelse av pasientgruppen "Utskrivningsklare pasienter"⁸. Medlemmenes oppfatning er at dette er et område hvor det synes mye og vites lite.

Utskrivningsklare pasienter beskrives som en av de betydeligste samhandlingsutfordringene å løse i forbindelse med eldrebølgen frem mot 2030⁹

Med Prosjektet "Utskrivningsklare pasienter - hvem er de og hvor hører de hjemme? – en analyse av omfang, kostnader og behov for helsetjenester", ønsker Norges Sykepleierforbund (NSF) å fremskaffe mer eksakt kunnskap om denne gruppen pasienter. Prosjektet er todelt:

- Del 1 Gjennomføring av en nærmere studie og analyse med tanke på å fremskaffe kunnskap om omfanget av, kostnadene ved og behov for helsetjenester knyttet til utskrivningsklare pasienter. Til å gjennomføre del 1 av prosjektet har Sykepleierforbundet engasjert Analysesenteret AS. Analysesenteret har et selvstendig faglig ansvar for utredningen.
- Del 2 I del 2 av prosjektet utarbeider samfunnspolitisk avdeling i Sykepleierforbundet en egen vurdering vedrørende utskrivningsklare pasienter som fremlegges forbundsstyret for endelig godkjenning.

⁸ [FOR-2003-05-19-653](#) fra 2003-07-01 Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare

⁹ St.meld. nr. 47 Samhandlingsreformen kap 4

Del 1 Studie og analyse

Utredningen skal ta utgangspunkt i følgende hovedhypotese:

Nasjonal statistikk over utskrivingsklare pasienter gir et upresist og tildels skjevt bilde av utfordringene knyttet til pasienter som anses ferdig behandlet innen spesialisthelsetjenesten og klare for tilbakeføring til primærhelsetjenesten.

Et upresist og skjevt bilde av utfordringene knyttet til utskrivingsklare pasienter vanskeliggjør styring, ressursdisponering og planlegging både i primær- og spesialisthelsetjenesten, med betydning for både kvalitet i pasientbehandling og for arbeidsmiljø.

Det er i den daglige samhandling mellom helsepersonell at informasjon om utskrivingsklare pasienter oppstår, vedlikeholdes og har sin primære anvendelse. Sekundær anvendelse av informasjon i forhold til styring, ressursdisponering, finansiering og planlegging forutsetter at informasjon transformeres og sammenstilles på en hensiktsmessig måte. Det kan her være flere forhold som påvirker tallgrunnlaget bl.a.:

- A. Registrering/datasystemer:
 - i) Registreringsinstrukser og opplæring knyttet til registrering kan være mangelfulle
 - ii) Informasjonssystemene kan ha mangelfull brukskvalitet.
 - iii) Når en serie av omsorgsepisoder skal settes sammen til et sykehusopphold aggregeres informasjon feilaktig.
- B. Utskrivingsklare pasienter er en svært heterogen gruppe og hva som defineres som utskrivingsklart må også tolkes i lys av hva den aktuelle organisasjonsenhet tilbyr av helsetjenester.
- C. Kvalitet og kapasitet i neste ledd i behandlingsskjeden må antas å være avgjørende for hvordan utfordringene framstår.

For å verifisere om hypotesen er riktig skal det anvendes en kombinasjon av kvantitative og kvalitative metoder

Studien legges opp i tre faser:

1. Kvantitativ studie: Fremskaffe, bearbeide og tilrettelegge tallgrunnlag
2. Kvalitativ studie: Problemstillinger med utgangspunkt i funn gjort i den kvantitative studien presenteres for en eller flere fokusgrupper sammensatt av helsepersonell fra foretak og kommune hvor de utfordres på å forklare eller belyse nærmere de funn som fremkommer.
3. Rapportskriving med analyse og oppsummering av funnene gjort i fase 1 og fase 2.

Problemstillinger som vil være aktuelle å diskutere nærmere i lys av de funn som fremkommer av fase 1:

- Er utskrivningsklare pasienter reelt sett utskrivningsklare, eller skjer det en skiving av pasientoppholdet for å korte ned behandlingstid innen spesialisthelsetjenesten på bekostning av kvalitet?
- Hvilken helsehjelp er de utskrivningsklare pasientene i behov av og er de i så måte å oppfatte som en ensartet eller uensartet gruppe? Finnes det noen fellestrekk ved deres behov for helsehjelp?

- Hvilke forutsetninger må være på plass for å sikre utskrivningsklare pasienter en tilstrekkelig kvalitet på helsehjelpen?
- Hvor mottar utskrivningsklare pasienter reelt sett den kvalitativt beste helsehjelpen?
- I hvilken grad blokkerer utskrivningsklare pasienter for andre pasienter i behov av nødvendige spesialisthelsetjenester?
- Vil ventetiden gå ned eller køene forsvinne om en får redusert antall utskrivningsklare liggedøgn til et minimum?
- Vil korridorpasienter som problem forsvinne om en får redusert antall utskrivningsklare liggedøgn til et minimum?
- I hvilken grad vil foretakene ha mulighet for å redusere sengetall og kostnader dersom utskrivningsklare døgn reduseres til et minimum?
- Er et evt. gjennomsnitt på XX antall UK-pasienter per døgn det samme som XX antall senger og personell for mye?

Del 2 NSF-rapport

På bakgrunn av Analysesenterets studie og analyse i del 1 av prosjektet vil samfunnspolitisk avdeling i Sykepleierforbundet utarbeide en egen NSF-rapport.

Funnene gjort i del 1 av prosjektet sammenstilles i denne rapporten med faglige råd og anbefalinger fra Sykepleierforbundet mht. hva NSF oppfatter vil være de beste helsefaglige løsninger for behandling, pleie og omsorg av de pasienter som i dag utgjør gruppen utskrivningsklare pasienter.

Endelig utkast til rapport fremlegges av samfunnspolitisk avdeling i Sykepleierforbundet for forbundsstyret til endelig godkjenning før publisering.

Rapporten vil inngå som en av flere deler i Sykepleierforbundets arbeid med og innspill til de helsepolitiske miljøer mht. utformingen av Samhandlingsreformen.

Del 3 Nærmere om gjennomføring og arbeidsdeling NSF og ASL

GJENNOMFØRING OG ARBEIDSDELING DEL 1 STUDIE OG ANALYSE

Fase 1 Problemstillinger og innhenting av data

I denne fasen innhentes kvantitative data til å belyse følgende problemstillinger:

- Kvantifisering av omfang, kostnader, diagnoser og helsetjenestebehov knyttet til gruppen utskrivningsklare pasienter med fokus på
- Omfang av utskrivningsklare døgn på landsbasis.
- Forskjeller mellom Regionale helseforetak (RHF)?
- Forskjeller mellom store og små helseforetak (HF)?
- Utskrivningsklare liggedøgn fordelt på alder, kjønn og DRG
- Kostnad knyttet til utskrivningsklare døgn fordelt på alder, kjønn og DRG

Kilder og ansvar for datafangst:

- NPR-kuben, ASL henter ut og tilrettelegger aktuelle data
- Bestilling av særskilt uttrekk fra NPR der en etterspør på nasjonalt nivå
 - iii) Antall opphold med utskrivningsklare liggedøgn per tertial i perioden 2007 t.o.m. andre tertial 2009 fordelt på RHF, rapporterende enhet og kommune
 - iv) Antall utskrivningsklare liggedøgn per tertial i perioden 2007 t.o.m. andre tertial 2009 fordelt på RHF, rapporterende enhet og kommune
 NSF bestiller slikt uttak fra NPR mens ASL har ansvar for å tilrettelegge data når foreligger
- Utsendelse av spørreskjema til alle landets foretak hvor en etterspør tall på antall opphold med utskrivningsklare liggedøgn samt antall utskrivningsklare liggedøgn totalt for første og andre tertial 2009. ASL tilrettelegger spørreskjema, NSF forestår utsendelse av forespørsel og oppfølging mht. innhenting av data. ASL ansvar for å tilrettelegge data når foreligger
- Invitasjon av 2-5 foretak om avlevering av et noe mer detaljert datasett knyttet til utskrivningsklare liggedøgn som utgangspunkt for den kvalitative studien i fase 2. Fokus på to relativt hyppig forekommende tilstander der samhandling omkring utskrivningsklare pasienter er en vesentlig men hvor behovene og årsakene som ligger bak de utskrivningsklare liggedøgn antas å være noe forskjellige:
 - (c) Hjerneslag (medisinsk DRG)
 - (d) Lårhalsbrudd (kirurgisk DRG)
 ASL forestår innhenting og bearbeiding av disse data gjennom inngåelse av databehandleravtale med det enkelte helseforetak.
- Innhenting av demografiske data over innbyggere fordelt på alder og kjønn ned på kommunenivå, tilrettelagt slik at det lar seg gjøre å kombinere disse med de øvrige innhentede data vedr. utskrivningsklare pasienter. ASL forestår innhenting og tilrettelegging av data.

Fremdrift studiens fase 1:

Målsetting er at tilrettelagte data i hht. ovennevnte kan foreligge som egen delrapport i løpet av februar 2010.

På bakgrunn av de funn som fremkommer av Analysesenterets studie og analyse av den kvantitative studien i fase1, avgjør NSF endelig om de ønsker å gå videre med fase 2 og den kvalitative del av studien.

Alternativt avsluttes Analysesenterets engasjement med den fremlagte delrapport basert på den kvantitative studien i fase 1.

Fase 2 Foretaksvise fokusgrupper med utgangspunkt i bearbeidede data fra fase 1

Med utgangspunkt i de bearbeidede data fra fase 1 gjennomføres en kvalitativ studie med 2-3 fokusgrupper av 1 ½ til 2 timers varighet.

Med utgangspunkt i de 2-5 foretakene som har bidratt inn i prosjektet gjennom databehandleravtaler med ASL settes det sammen fokusgrupper på anslagsvis 4-7 personer bestående av sentrale fagpersoner innen foretakene og utvalgte samarbeidende kommuner.

I forkant av hver fokusgruppe har gruppens medlemmer mottatt en sammenstilling av de bearbeidede data fra fase 1 med en kortfattet oppsummering av sentrale funn.

Fokusgruppens oppgave vil være gjennom diskusjon og samtale, med utgangspunkt i de presenterte data, å bidra med innspill og fortolkninger på de funn som fremkommer.

Samtalen/diskusjonen i fokusgruppen tas opp på lydbånd som i ettertid transkriberes til et tekstdokument egnet for kvalitativ analyse. Analysen av de 2-5 inkluderte fokusgruppene vil sammen med de kvantitative resultatene fra fase 1 danne grunnlag for om mulig å fremheve enkelte sentrale problemstillinger, mulige løsninger, forutsetninger for og evt. kostnadmessige effekter av å lykkes med å redusere utskrivningsklare liggedøgn i spesialisthelsetjenesten til et minimum og hvilket nivå snakker en da evt. om?

Gjennomføring:

- ASL forutsettes, evt. i samarbeid med eksterne ressursperson(er) på fokusgruppe/kvalitativ analyse, å tilrettelegge for og gjennomføre de foretaksvise fokusgruppene.
- NSF, evt. ASL dersom NSF ikke har slik kapasitet, forestår transkribering av opptakene fra fokusgruppene.
- ASL, evt. i samarbeid med eksterne ressursperson(er) på fokusgruppe/kvalitativ analyse, gjennomfører en kvalitativ analyse av de transkriberte fokusgruppene og oppsummerer dette i en egen delrapport

Fremdrift studiens fase 2:

Målsetting er at fokusgrupper, transkribering og resultater av gjennomført kvalitativ studie skal foreligge i form av en egen delrapport for fase 2 innen utgangen av april 2010

Fase 3 Rapportskrivning med sammenfatning og fremstilling av resultater fase 1 og 2 med tilhørende analyse

ASL forestår en endelig sammenfattende og oppsummerende analyse og rapport med beskrivelse og fremstilling av:

- Metode
- Materiale
- Resultater av studiene gjort i fase 1 og 2
- Analyse og fortolkning av resultatene fra studiene gjort i fase 1 og 2
- Oppsummering og konklusjoner

Fremdrift studiens fase 3:

Målsetting er at endelig rapport fra Analysesenteret AS skal foreligge i overgangen mai/juni 2010

GJENNOMFØRING DEL 2 NSF-RAPPORT


Sykepleierforbundets samfunnspolitiske avdeling forestår utarbeidelsen av egen NSF-rapport i tråd med det som fremkommer i del 2 av denne prosjektbeskrivelsen.

Fremdrift prosjektets del 2:

Målsetting er at endelig NSF-rapport skal kunne forelegges forbundsstyret i løpet av juni 2010

VEDLEGG 6 Databehandleravtale mellom Analysesenteret og deltakende foretak

Likelydende databehandleravtale er inngått med alle 4 foretak som har gitt tilgang til sine aktivitetsdata, her eksemplifisert med utkast til avtale med UNN HF



Databehandleravtale mellom Analysecenteret AS og UNN HF

1. Omfang og formål
Denne avtale regulerer Analysesenterets tilgang, som databehandler, til UNN HF, som behandlingsansvarlig, sine aktivitetsdata slik de fremkommer av DRG-gruppert NPR melding. Formålet er nærmere analyse av problemstillinger knyttet til utskrivningsklare pasienter ved sykehuset. På aggregert nivå skal generelle vurderinger og konklusjoner kunne benyttes i et prosjekt som gjennomføres på oppdrag av NSF.

2. Metodebeskrivelse
Data for perioden 2007-2009 lastes inn i Qlikview og verktøyets metoder for kryptering av pasientidentifikasjon benyttes. Alle mottatte data anonymiseres og all kobling mot aidentifisert pasientID, adresse eller annen informasjon som kan knytte data til person slettes. For ytterligere å avpersonifisere generaliseres dataene til 5 års aldersgrupper.

Tidsrekker pr. mnd som viser utvikling i antall utskrivningsklare liggedager for ulike pasientgrupper mv. utarbeides. Med utgangspunkt i datagrunnlaget skal en søke å komme fram til:

- i. Hvem er de utskrivningsklare pasientene (alder, kjønn, diagnoser).
- ii. Kostnadsestimat knyttet til utskrivningsklare liggedøgn

3. Analyseresenterets forpliktelser
Analysecenteret vil for oppdraget følge alle relevante bestemmelser om beskyttelse av personopplysninger og informasjonssikkerhet i helseregisterloven, personopplysningsloven og personopplysningsforskriften. Analysecenteret forplikter seg til ikke å behandle data utover det som er nødvendig for å kunne belyse relevante aspekter ved problemstillingen slik den fremkommer av pkt. 1.


4. Datasikkerhet
Analysecenteret har iverksatt fysiske, tekniske og organisatoriske tiltak som sikrer konfidensialitet, integritet, tilgjengelighet og kvalitet ved all behandling av helseopplysninger i sin virksomhet. Tiltakene er nedfelt i egen sikkerhetsmanual for Analysecenteret. Sikkerhetsmanualen ligger til grunn for all behandling av helseopplysninger i prosjektet.

5. Varighet
Denne avtalen gjelder fra den er signert av begge parter og inntil samarbeid omkring den aktuelle problemstilling avsluttes.


6. Lovvalg
Partenes rettigheter og plikter etter denne avtalen bestemmes i sin helhet av norsk rett.

7. Signatur
Denne avtale foreligger i to eksemplarer, ett til hver av partene.

<p>På vegne av Analysecenteret AS Sted og dato: Lovisenberg 2. Desember 2009</p>	<p>På vegne av UNN HF Sted og dato:</p>
--	---



Morten Eimot
Adm.dir.



Tor Ingebrigtsen
Direktør

VEDLEGG 7 Oversikt over fokusgruppene med deltakere

Fokusgruppe 1 SIV HF

Tid: 30. april 2009
Sted: Tønsberg
Leder: Arne Morten Holmeide, Analysesenteret
Medleder: Arvid Libak, Sykepleierforbundet

Deltakere: Irene Jørgensen, samhandlingssjef SIV HF
Kirsti Nyerød, pasientkoordinator Sandefjord kommune
Karen Kaasa, kommunaldirektør for Helse og Sosial Nøtterøy kommune
Inger Marie Flakstad, samhandlingssykepleier lungeseksjonen SIV HF
Linda Fyrin Hansen, samhandlingssykepleier og pasientkoordinator 3A SIV HF
Siv Bone Krøset, seksjonsoverlege slagenheten, SIV HF

Fokusgruppe 2 Helse Finnmark HF, Klinikk Kirkenes

Tid: 18. mai 2009
Sted: Kirkenes
Leder: Arne Morten Holmeide, Analysesenteret
Medleder: Tor Øystein Seierstad, Analysesenteret

Deltakere: Rita Jørgensen, assisterende klinikkssjef, Klinikk Kirkenes
Jostein Tørstad, fastlege og sykehjemslege, Sør-Varanger kommune
Line Nilsen, konst. avdelingsspl. kir. avd., Klinikk Kirkenes
Torill Vara, avdelingsspl. med. avd., Klinikk Kirkenes
Berit Bekkevold Johnsen, leder tildelingskontoret, Sør-Varanger kommune
Anita Kurthi, virksomhetsleder hjemmebasert omsorg, Sør-Varanger kommune

Fokusgruppe 3 Helse Finnmark HF, Klinikk Hammerfest

Tid: 19. mai 2009
Sted: Hammerfest
Leder: Arne Morten Holmeide, Analysesenteret
Medleder: Tor Øystein Seierstad, Analysesenteret

Deltakere: Siv Merete Jakobsen, sykepleier medisin, Klinikk Hammerfest
Linda Merethe Jensen, fagansvarlig pleie og omsorg, Hammerfest kommune
Trine Nylund, virksomhetsleder Rypefjord sykehjem, Hammerfest kommune
Åse Kolstad, soneleder hjemmesykepleien, Alta kommune
Tone Mausset, leder sykestua, Alta kommune
Runa Leivstad, sykepleier kirurgen, Klinikk Hammerfest

Fokusgruppe 4 UNN HF

Tid: 28. mai 2009
Sted: Tromsø
Leder: Tor Øystein Seierstad, Analysesenteret
Medleder: Arvid Libak, Sykepleierforbundet
Observatør: Anne Marie Flovik, Sykepleierforbundet

Deltakere: Ola Iversen, prosjektleder pasientforløp nevrologisk avd., UNN HF
Therese Folgerød, eldreoverlege, Tromsø kommune
Eva Grønbeck, avdelingssykepleier omsorgstjenesten sentrum, Tromsø kommune
Bente Kristensen, seniorrådgiver senter for telemedisin og samhandling, UNN HF
Kari Torgersen, pleie- og omsorgskonsulent Nordøya hjemmetj., Tromsø kommune
Grethe Færingen, leder tildelingskontoret, Narvik kommune
Tove Skjellbakk, avd.leder legeavdelingen med.klinikk, UNN HF

Fokusgruppe 5 Diakonhjemmet sykehus

Tid: 10. juni 2010
Sted: Diakonhjemmet
Leder: Arne Morten Holmeide, Analysesenteret
Medleder: Anne Marie Flovik, Sykepleierforbundet

Deltakere: Trond Munkejord, kontroller, Diakonhjemmet sykehus
Alcinda Maria Rudolph, ass. avdelingssykepleier, Diakonhjemmet sykehus
Torunn Nasset, enhet for samhandling, Diakonhjemmet sykehus
Renate Kuraas Karlsen, bestillerkontoret bydel Frogner, Oslo kommune
Marianne Førsund Hofsmarken, bestillerkontoret bydel Vestre Aker, Oslo kommune
Giske Edvardsen, avdelingssjef bydel Ullern leder søknadskontoret, Oslo kommune
Aud Turid Remmen, sektorkoordinator, Diakonhjemmet sykehus
Liv Fjeldstad, fagsykepleier medisinsk avdeing, Diakonhjemmet sykehus
Herlof Heinrich Herlofsen, kvalitetsansvarlig lege med.avd., Diakonhjemmet sykehus