



Av Hans Knut Otterstad,
Norsk institutt for omsorgstjenester og Harald Tønseth, ssb.

Flest utskrivningsklare

Undersøkelsen viser bedre tilgjengelighet, men kortere opphold for eldre på sykehus. Og at flere havner i sykehjemskø.

Aldri tidligere har etterspørselen etter geriatrisk behandling vært større enn de siste ti årene. For de sykeste av de eldre er det innleggelse i sykehus- og sykehjem som har vært mest kritisk, og hovedutfordringen har vært å unngå køer.

Denne undersøkelsen viser at det er store forskjeller mellom fylkene i det sentrale østlandsområdet i perioden 1996–2007. Forklaringen er at det er en sterk sammenheng mellom tilgjengeligheten til sykehjem og presset på sykehusene for aldersgruppen 80 år og eldre.

Den gode nyheten er at tilgjengeligheten for eldre pasienter i sykehus er blitt kraftig forbedret i denne tiårsperioden. Men konsekvensen er at sykehusoppholdet er blitt mye kortere enn

innført en betalingsordning for «overliggerne». Dette er et tegn på at problemet ikke kan løses på et faglig grunnlag, men at myndighetene må ty til økonomiske styringsmekanismer. Konsekvensen er at pasientene blir del av et spill av typen: «Dette er ikke vårt ansvar». Dette er ikke noen ny trend i norsk helsevesen, men problematikken forsterkes av eldrebølgen. Denne undersøkelsen skal besvare tre spørsmål:

- › Hvilken sammenheng er det mellom tilgjengelighet til sykehjem i kommunene og liggetider i sykehus for pasienter som er 80 år og eldre?
- › Hvor store er forskjellene mellom fylkene?
- › Kan man ut fra denne empirien peke på løsninger som kan bedre samarbeidet mellom sykehusene og den kommunale eldreomsorgen, slik at det skapes et mer sammenhengende og forutsigbart behandlingstilbud, og mer styrt av faglige prinsipper?

Statistikken synes å vise at det er en grunnleggende systemfeil i helsetjenesten i Oslo.

tidligere. Dette kan også tolkes som at sykehusene har økt sin produktivitet i forhold til eldre pasienter. Følgen av dette er «utskrivningsklare» sykehuspasienter – og at mange flere nå havner i sykehjemskø. Den dårlige nyheten er at situasjonen i Oslo er verre enn i nabofylkene og at dette har vart i lang tid, tilsynelatende uten særlige forbedringer når det gjelder sykehjemsdrift.

Tre spørsmål

Denne undersøkelsen tar for seg utviklingen av tilbudet til de eldre i en periode med økt etterspørsel etter helsetjenester på grunn av eldrebølgen. Tilgjengeligheten på plasser i sykehus og sykehjem varierer betydelig i Norge. Forskjellene mellom helsetilbudet i fylkene kan dokumenteres gjennom den offisielle statistikken. Dette skyldes i hovedsak at pleie- og omsorgstilbudet i kommunen er svært sprikende og prisgitt kommunale prioriteringer.

Et hovedproblem er overføringen av «utskrivningsklare pasienter» fra akuttavdelinger i sykehus til pleie- og omsorgstjenesten i kommunene. Dette handler egentlig om tilbudet av geriatri der ansvaret er delt mellom kommuner og sykehus. Sykehusene hevder at de fungerer som sykehjem for mange pasienter, og det er

Metode og materiale

I denne undersøkelsen er det benyttet tjenestetatistikk fra kommuner og fylker. Det datamateriale som er mest egnet til å belyse disse problemstillingene er tallene som viser forbruksrater og pasientstrømmene i sykehus og sykehjem. I sykehusene er det den gjennomsnittlige liggetid som tallfester dette, mens det i kommunene er tilgjengeligheten til ledige plasser målt som pasientstrømmer. I både sykehus og sykehjem er behandlingsskapiteten utnyttet til bristepunktet og tilgjengeligheten blir derved bestemt av utskrivningstakten. Den kan måles både i forhold til antallet senger og i forhold til befolkningsgrupper. I denne undersøkelsen er tilgjengeligheten beregnet i forhold til aldersgruppen 80 år og eldre. Regneformelen er «Antall utskrivinger/innleggelse per år fordelt på 100 innbyggere». Det er benyttet flere materialer, i hovedsak rutinetatistikk fra Statistikk sentralbyrå

Funn:

Eldrebølgen har hatt forskjellige tidsmessig forløp i fylkene. De demografiske endringene er drivkraften bak etterspørselen av tjenester. Tabell 1 viser at eldrebefolkningen har endret seg i ulik retning, og at den har hatt helt ulik utvikling i Oslo og Akershus

www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturreferanser på våre nettsider.

Søkeord:

- › Sykehjem
- › Geriatri
- › Spesialisthelsetjenesten
- › Kommunehelsetjenesten



TABELL 1: Antall innbyggere 80 år og eldre, i perioden 1996–2007, og den prosentvise endringen i samme periode. Data per 1. januar

Fylker	1996	1999	2002	2005	2006	2007	Prosent endring 1996–2007
Østfold	10334	10915	11606	12383	12537	12812	24,0
Akershus	11443	12966	15073	17186	17926	18536	62,0
Oslo	23424	23719	24431	24556	24409	24173	3,2
Vestfold	8376	9123	9896	10722	10896	10926	30,4

are i Oslo

denne perioden. Eldrebølgen kom tidligere til Oslo enn til de andre fylkene, og antall innbyggere, 80 år og eldre, nådde et toppunkt i 2005. Akershus har hatt den største utfordringen med en meget rask og sterk økning av eldrebefolkningen og dermed også av tjenestebehovene for denne aldersgruppen, men økningen kom flere år senere. I Vestfold og Østfold har økningen av behovet ligget på gjennomsnittet for dette materialet. (Se tabell 1.)

Sykehjemsdekningen har blitt redusert med opptil 35 prosent under eldrebølgen. Forskjellen mellom fylkene har vært store i hele perioden.

Tabell 2 viser at sykehjemsdekningen var meget ulik i disse fylkene ved periodens start i 1996. Akershus og Oslo hadde mye bedre dekning enn Østfold og Vestfold. Disse forskjellene gjenfinnes også i 2007, og rangeringen av fylkene er uendret. Oslo og Akershus har fortsatt betydelig bedre sykehjemsdekning enn Vestfold og Østfold. Ser man på den prosentvise endringen er det Akershus og Vestfold som har hatt den største reduksjonen av sykehjemsdekningen. I 2007 hadde Vestfold kun 13,6 sykehjems plasser per 100 innbyggere på 80 år og eldre, mens Oslo hadde 19,6. Dette betyr at Oslo hadde 44 prosent flere sykehjems plasser enn Vestfold ved utgangen av perioden. Østfold hadde den laveste dekning med 17,7 plasser ved starten på perioden, og tilbudet er ytterligere redusert i løpet av perioden. Konklusjonen er at sykehjemsdekningen i tiden 1996–2007 har blitt betydelig redusert og at det fortsatt er store forskjeller mellom nabofylker. (Se tabell 2.)

Tilgjengeligheten av sykehjem i Oslo har vært betydelig lavere enn i de andre fylkene selv om sykehjemsdekningen har vært høyere i hele perioden.

Tabell 3 viser antall utskrivinger fra sykehjemsnivået, og dermed tilgjengeligheten på sykehjems plasser i løpet av ett år. Det har vært en økning av tilgjengeligheten i denne perioden for alle fylker bortsett fra Oslo. Paradokset er at Oslo har lavere tilgjengelighet til tross for bedre sykehjemsdekning!

I 2006 var tilgjengeligheten på samme nivå i Akershus og Vestfold, med rundt 40 utskrivinger per 100 innbyggere på 80 år og eldre, i løpet av året. Østfold lå noe lavere og Oslo var lavest. Fra 2005 har tilgjengeligheten i Oslo vært betydelig lavere enn i de andre fylkene. (Se tabell 3.)

Tilgjengeligheten bestemmes i første rekke av tilbudet av korttids plasser, og i mindre grad av den samlede sykehjemsdekning.

I Norge utgjør langtidssengene cirka 85 prosent av plassene i sykehjem. Men tilgjengeligheten til sykehjem bestemmes av tilbudet av korttidssenger siden 80 prosent av utskrivingene skjer fra disse plassene. Liggetiden i langtidssenger er i gjen-

TABELL 2: Sykehjemsdekning og prosentvis endring i løpet av perioden 1996 – 2007

Fylker	Dekning av sykehjem, antall plasser per 100, 80 år +					Prosent endring 1996-2007
	1996	1999	2002	2005	2006	
Østfold	17,7	16,6	15,1	14,5	15,2	-14,3
Akershus	27,2	22,7	19,4	18,2	18,9	-30,7
Oslo	24,4	25,2	20,7	19,1	19,6	-19,5
Vestfold	20,9	19,0	15,3	14,3	13,6	-34,7

TABELL 3: Antall utskrivinger fra sykehjem per 100 innbyggere, 80 år+ i løpet av ett år i perioden 1996 – 2007, og prosentvis endring i løpet av perioden

Fylker	Utskrivinger per år per 100 innb. 80 år +				Prosent endring 1996-2006
	1996	1999	2005	2006	
Østfold	34	33	34,6	37,9	11,5
Akershus	30	35	39,1	40,2	34,0
Oslo	32	36	33,1	30,7	-4,1
Vestfold	32	33	39,4	40,2	25,6

TABELL 4: Dekningen av antall korttids plasser i sykehjem i forhold til antall innbyggere 80 år og eldre i perioden 1996-2007

Fylker	Antall korttids plasser per 100 innb. 80 år +				Prosent endring 1996-2007
	1996	1999	2005	2007	
Østfold	1,27	1,68	2,52	2,57	102,4
Akershus	2,81	2,93	2,50	3,01	7,1
Oslo	1,53	1,88	3,02	2,54	66,0
Vestfold	2,22	1,44	2,66	2,72	22,5

nomsnitt 1,5 år, og dette resulterer i en meget lav sirkulasjon i disse sengene. Dermed blir det organiseringen og driften av sykehjem som avgjør tilgjengeligheten og ikke dekningsgraden. I fylker med høyere andel korttidssenger vil sirkulasjonen bli mer effektiv målt som gjennomsnittlig liggetid og i form av bedre tilgjengelighet.

Tabell 4 viser at det har vært betydelige forskjeller i deknningen av korttidssenger i denne perioden. I 1996 var det stor variasjon i dekning. I Akershus var deknningen best, mens den var lavest i Oslo og Østfold. I perioden 1996–2007 har det skjedd store endringer, først og fremst i Østfold som har fått en fordobling av tilbudet. Akershus har hatt et stabilt og relativt godt tilbud, mens Oslo som lå lavt i utgangspunktet har hatt en betydelig økning.



Likevel er det Oslo som sammen med Østfold som har det laveste tilbudet av korttidssenger. (Se tabell 4.)

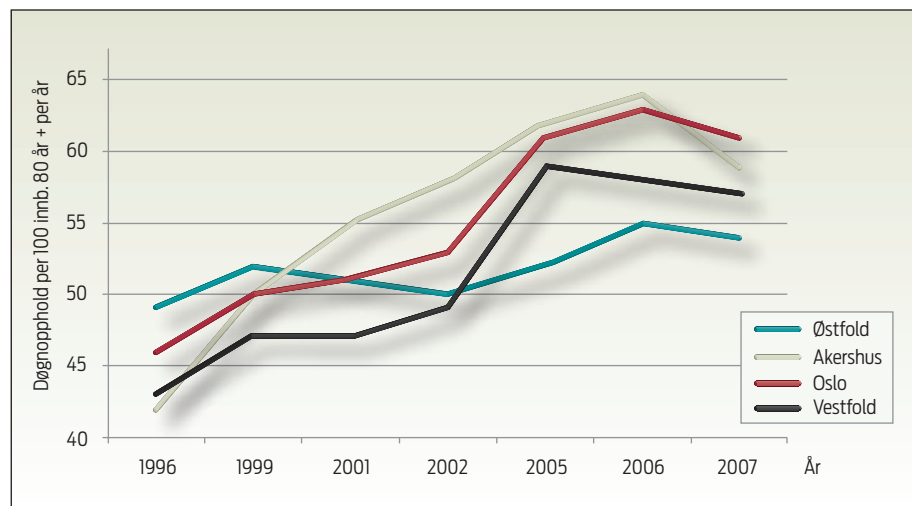
Tilgjengeligheten til somatiske sykehus har økt betydelig fra 2001 for aldersgruppen 80 år og eldre.

Figur 1 viser innleggelsesraten for aldersgruppen 80 år og eldre i somatiske sykehus. Den har økt betydelig i hele perioden, med en topp i 2006. Det er imidlertid store forskjeller i sykehusstilgjengelighet mellom fylkene, og den har endret seg over tid. Østfold

Gullstandarden er fra Akershus og Vestfold i 2007 med cirka 40 ledige plasser per 100 innbyggere per år.

hadde den høyeste tilgjengelighet i 1996, men lå lavest i 2007. I Akershus lå den lavest i 1996 og har senere ligget høyt, bortsett fra en nedgang i 2007. Oslo følger samme trend som Akershus, mens Vestfold har ligget i midtsjiktet siden 2005. Konklusjonen er at sykehusene har blitt betydelig mer tilgjengelige for den eldste aldersgruppen fra 2001, men at forskjellene likevel er større enn forventet når det er staten som har hatt ansvaret for sykehusdriften siden 2002. (Se figur 1.)

FIGUR 1: Antall døgnopphold per år i somatiske sykehus for aldersgruppen 80 år + fordelt på 100 innbyggere per år i perioden 1996 - 2007



TABELL 5: Gjennomsnittlig liggetid i sykehus for de eldre, fordelt på aldersgrupper og fylker. 1996 - 2007

Fylker	Gjennomsnittlig antall liggedager i sykehus								Prosent endring 1996-2007	
	1996		1999		2005		2007		67 - 79	80 +
	67 - 79	80 +	67 - 79	80 +	67 - 79	80 +	67 - 79	80 +		
Østfold	8	9	7	8	6,1	7,3	5,9	6,4	-26,3	-28,9
Akershus	8	8	7	8	6,1	6,6	6,2	6,8	-22,5	-15,0
Oslo	12	15	10	13	7,3	8,1	7,4	8,3	-38,3	-44,7
Vestfold	8	7	7	7	6,3	6,4	4,8	5,8	-40,0	-17,1

Liggetidene i sykehus for de eldste pasientene er redusert med mellom 15 og 45 prosent i løpet av en 11-årsperiode.

Mens figur 1 viser at tilgjengeligheten til sykehus har økt, dokumenterer tabell 5 at liggetidene for aldersgruppene 67-79 år og 80 år og eldre har blitt redusert med fra 15 til 45 prosent i løpet av denne perioden, og at forskjellen mellom fylkene er store. Dette betyr et motsatt forhold mellom tilgjengelighet og gjennomsnittlig lengde på sykehusoppholdene, noe som kan tolkes som en økning av produktiviteten med raskere sirkulasjon. I en tid med økt etterspørsel og begrenset tilbud av sykehussenger, vil denne utviklingen være den eneste mulige for sykehusene til å unngå køer.

Tabellen viser at de eldre i Oslo har hatt lengre liggetid i sykehus i hele perioden, men forskjellene fra de andre fylkene har blitt mindre i de siste årene.

Vestfold har hatt korte liggetider i hele perioden, og i 2007 var gjennomsnittlig liggetid for aldersgruppen 80 år og eldre kun 5,8 dager. Dette var hele 30 prosent lavere enn i Oslo, og dette betyr betydelig færre liggedager på årsbasis.

Den nærliggende forklaring på at liggetiden i sykehus i Oslo er lengre enn i de andre fylkene er at tilgjengeligheten til sykehjem er dårligere, jmfør tabell 3, og resultatet blir flere «utskrivingsklare» sykehuspasienter. (Se tabell 5.)

Diskusjon

Dataene i denne undersøkelsen kommer fra det offisielle rapporteringssystemet til Statistisk sentralbyrå som har vært i drift over lang tid, og det er derfor grunn til å tro at kvaliteten er rimelig god. Ettersom det dreier seg om data som kan sammenliknes fra år til år, blir «ikke forventede resultater» sjekket og korrigert. Det er derfor sannsynlig at tallene gir et rimelig godt og representativt resultat, og at dataene kan benyttes til å besvare de tre spørsmålene våre.

Svar på spørsmål 1:

I denne perioden har det vært en økning av både sykehus- og sykehjemstilgjengelighet i Østfold, Akershus og Vestfold. Dette er et hederlig resultat når en tar hensyn til den store økningen i behov på grunn av eldrebølgen. Statistikken viser at helsetjenesten har mestret situasjonen – helt eller delvis – ved å øke tjenesteproduksjonen til de eldre. Oslo skiller seg imidlertid negativt ut, til tross for å være det eneste fylket i dette materialet som ikke har hatt særlig vekst i befolkningsgruppen 80 år og eldre i denne perioden. I Oslo har tilgjengeligheten i sykehus økt, mens tilgjengeligheten til sykehjem har blitt redusert. Effekten av dette er at forholdsvis flere eldre i Oslo klassifiseres som «utskrivingsklare» sykehuspasienter. Dette blir med jevne mellomrom rapportert i media som enkelthistorier, men denne statistikken synes å vise at det er en grunnleggende systemfeil i helsetjenesten i Oslo. Behandlingskapasiteten til de to forvaltningsnivåene som har felles ansvar for helsetjenesten for de eldre synes ikke å være koordinert i samme grad som i de tre andre fylkene. Og statistikken tyder på at det er sykehjemsdriften i Oslo som ikke strekker til, mens tilgjengeligheten til sykehusene i 2007 lå omtrent på samme nivå som de tre andre fylkene. Den gjennomsnittlige liggetid i sykehus var imidlertid høyere i Oslo enn i de andre fylkene i 2007, noe den også har vært i hele perioden. Dette avspeiler at sykehjemmene i Oslo har lavere tilgjengelighet, og det blir derved flere «utskrivingsklare» sykehuspasienter.

Svar på spørsmål 2:

Det har skjedd store endringer innenfor eldreomsorgen i løpet av denne perioden. Tallene fra 2007 viser at tilgjengeligheten til sykehus for eldrebefolkningen har økt og at den er ganske lik i disse fylkene bortsett fra Østfold som har litt lavere tilgjengelighet.

Når det gjelder gjennomsnittlig liggetid skiller Oslo seg ut ved at en betydelig høyere andel av sykehusene benyttes som sykehjem. Forklaringen er gitt ovenfor.

Svar på spørsmål 3:

Resultatene viser at det er betydelig variasjon mellom fylker i samme region når det gjelder helsetilbudet til eldre med størst behov og at Oslo peker seg ut med flest «utskrivingsklare pasienter», selv om dette kun kan fastslås indirekte i denne undersøkelsen. Liggetiden i sykehus for de som er 80 år og eldre er i våre dager blitt så kort at man kan stille spørsmål ved om ikke kravet til produktivitet og effektiviteten allerede er overskredet. Det er behov for en faglig analyse der man definerer og fastsetter kriterier for begrepet «utskrivingsklar sykehuspasient». Og i denne diskusjonen kan ikke sykehuskulturen være enerådende, fagfolk fra kommunen bør være forholdsmessig representert.

Kommunene må øke antall korttidsplasser slik at mottakskapasiteten blir bedre. Sykehjemmene bør fokusere mer på rehabilitering og opptrening som et alternativ til den mer passive oppbevaring og pleie som preger tilbudet ved mange sykehjem i Norge. For at overføringene fra sykehus til sykehjem skal bli mer forutsigbar trengs faglige retningslinjer som sier noe om hvor mange ledige sykehjemsplasser det er rimelig å forvente i en kommune i løpet av et år. Empirien finnes i Tabell 3, og gullstandarden er fra Akershus og Vestfold i 2007 med cirka 40 ledige plasser per 100 innbyggere per år. Med dette som ut-

gangspunkt kan sykehusene lett regne seg fram til hvor mange ledige plasser man kan forvente per tidsenhet. Dersom strømmen av utskrivingsklare pasienter overskrider dette nivået, vil de enten måtte behandles av hjemmetjenestene i kommunen og/eller havne i sykehjemskø (1).

Konklusjon

Denne gjennomgangen av rutinedata viser at det finnes store forskjeller og gode faglige forklaringer på de problemene som har oppstått i helsevesenet på grunn av økningen i antall eldre. De største utfordringene opptrer i Oslo, og det finnes to løsninger på disse problemene:

- ▶ Driften av sykehjemmene i Oslo må endres ved å satse mer på korttidsopphold
- ▶ Samarbeidet mellom kommunehelsetjenesten og sykehusene må forbedres.

Oslo bør kunne lære av andre fylker. I nabofylket Akershus fungerer omsorgen for de sykeste eldre mye bedre, når man foretar analyser basert på driftsdata. Det mest nedslående funnet er at denne situasjonen har eksistert over lang tid. Sykehjemmene har ikke greid å løse problemene selv om dekningen av korttidsplasser i Oslo har økt. Dette underbygger påstanden om at helsetjenesten er som en supertanker som ikke endrer kursen så lett. Kravet om mer omfattende endringer for helsetjenesten i Oslo bør derfor først og fremst stilles til den kommunale driften av sykehjemsplassene. ■■■

LITTERATUR

1. Otterstad HK. Skrives ut til kjø. Sykepleien 2009; 3: 64-66.

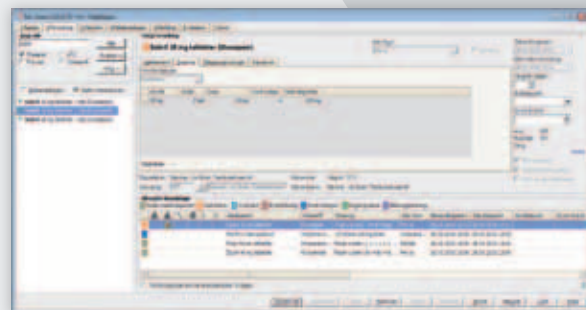
DIPS Medikasjon

DIPS Medikasjon er et resultat av flere års arbeid for å lage en sikker og fleksibel løsning for håndtering av medikasjon. Med DIPS Medikasjon kan pasientens medikasjon håndteres fullstendig elektronisk, og medikasjonskurven - et av de viktigste dokumentene i papirjournalen kan fases ut.

DIPS Medikasjon har støtte for alle vanlige former for medisiner. Brukeren får automatisk varsel dersom det finnes potensielle interaksjoner mellom foreskrevne medikamenter og dersom Cave er registrert på et medikament som man forsøker å forordne til en pasient. Med utgangspunkt i en forordning kan det enkelt genereres nødvendige resepter til pasienter.

Administrering i DIPS Medikasjon dekker både klargjøring og utdeling av medisiner. Det er også støtte for bruk av strekkodeleser. Ved utdeling kvitteres det for at pasienten har mottatt hvert enkelt medikament og tidspunkt for utlevering registreres automatisk.

DIPS Medikasjon støtter full integrasjon mot automatisk medisinforsyningssystem.



Dersom du ønsker mer informasjon om DIPS Medikasjon kan du kontakte oss på marked@dips.no

www.dips.no

