



Trond Birkestrand, prosjektleder Samhandling og kommunikasjon, Sykehuset Østfold



Hans Knut Otterstad, Norsk institutt for omsorgstjenester

Store forskjeller i eldres bruk av sykehus

Denne undersøkelsen viser at det er betydelige forskjeller mellom sykehusforbruket til eldre pasienter i de fem kommuneregionene i Østfold.

Dette gjelder både for hele eldrepopulasjonen og i særlig grad for den undergruppen som defineres som overliggere (utskrivningsklare). Forskjellene skyldes ikke ulike behov for sykehusbehandling blant de eldre, men ulike måter å drifte geriatri og eldreomsorg på.

I dag diskuterer man en samhandlingsmodell for de to behandlingsnivåene i helsetjenesten, og økonomiske virkemidler synes å være svaret på de store forskjellene mellom kommunenes forbruk av spesialisthelsetjenester. Våre data viser at slike variasjoner ikke kan skyldes forskjeller i behov for behandling. Vi mener derfor det er behov for en faglig systemrevisjon som må inkludere en analyse av både innleggelses- og utskrivingspraksis for pasienter fra hver enkelt kommune

Pasientstrømsmodell

Vi baserer oss på en enkel pasientstrømsmodell som gir mulighet for konstruktive forenklinger og økt forståelse. Den viser det typiske forløpet til en eldre pasient som får en akutt og behandlingstrengende somatisk sykdom. Sykehus og kommunehelsetjeneste har et delt ansvar for behandling og pleie av eldre pasienter – uklarheter om faglige retningslinjer eller

behandlingsansvar kan resultere i svært ulikt forbruk av det høyeste nivået i helsetjenesten:

1. *stadium*. Lege tilkalles og konstaterer at pasienten ikke kan behandles og pleies hjemme. Akuttplass i sykehjem vil kunne være førstevalget, men i majoriteten av norske sykehjem er kapasiteten meget begrenset, og sykehjemmet vil som regel ikke kunne ta imot øyeblikkelig hjelp. I tillegg er det i mange kommuner de siste 20 årene bygget opp et byråkratisk system i pleie- og omsorgstjenesten bygget på bestiller-/utførermodellen. Den krever oftest et formelt møte i et tildelingsutvalg. Denne arbeidsformen er ikke tilpasset en øyeblikkelig hjelpesituasjon. Legene er derfor mer eller mindre tvunget til å legge inn pasienten i sykehus som øyeblikkelig hjelp. I mange tilfelle er dette også faglig riktig, men vel og merke ikke alltid, fordi det kan dreie seg om «øyeblikkelig pleie». Pasienten må derfor legges inn i spesialisthelsetjenesten på grunn av mangelfull tilbud på førstelinjenivå.

2. *stadium*. Pasienten behandles på sykehus, men de fleste akuttavdelinger er meget presset, jevnfør den langvarige diskusjonen om korridorpasienter. Med krav til økonomistyring og korte ventelister blir derfor sykehusoppholdet kortvarig for

www.sykepleien.no

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

Søkeord:

- ▶ Eldre
- ▶ Geriatri
- ▶ Sykehjem
- ▶ Sykehus





nesten samtlige pasienter – også for eldre med multipatologi, det vil si kun fem–sju døgn.

3. *stadium*. Pasienten må utskrives så raskt som mulig og defineres som utskrivingsklar. Der hvor det fortsatt er pleiebehov må imidlertid sykehuset sørge for at hjemkommunens helse-tjeneste overtar. Dette er greit når det gjelder den medisinske behandling, for nå har tilnærmet alle pasienter i Norge en fast-lege. Men på pleiesiden er det køer i en del kommuner, spesielt når det gjelder sykehjemstilbud. Alternativet er at pasienten kan behandles i egen bolig av hjemmetjenesten, men det er ofte vanskelig å skaffe ressurser (personell) for å gjennomføre tilstrekkelig pleie i hjemmet. Tilgjengeligheten til denne tjenesten (hjemmebasert omsorg) blir derfor tilsvarende begrenset for den utskrivingsklare pasienten.

4. *stadium*. Kommunene og sykehuset har innført et gjensidig meldesystem slik at kommunene skal ha mulighet til å forberede mottak av pasient fra sykehus, og sykehuset får nødvendige opplysninger fra kommunene ved innleggelse. Dette sørger for at pasientstrømmen mellom forvaltningsnivåene opprettholdes. Imidlertid er det slik at kommunene ikke alltid tar imot alle pasienter til avtalt tid. Sykehuset har derfor et system som re-

gistrerer antall pasienter som ligger over utskrivningsklar dato og antall dager som går før pasienten blir utskrevet. Disse pasientene betegnes som overliggere. I Østfold faktureres fortsatt hvert overliggerdøgn med kr. 1600 etter ti dager. Overliggerne viser at dagens samhandlingsprosedyrer ikke fungerer optimalt.

Metode

Alle østfoldkommunene unntatt Rømskog er inndelt geografisk i fem regioner, og deres forbruk av sykehusbehandling kan følges både på region- og kommunenivå. På årsbasis kan det også tas ut aldersspesifikke forbruksrater. I denne undersøkelsen har vi – ved hjelp av sammenlignbare data fra 2007 og 2008 – tatt for

OVERLIGGERE: Gode rutiner og samhandling må til for å unngå at eldre med pleiebehov blir liggende på sykehus å vente på sykehjemsplass. Arkivfoto: Stig Weston

Dagens systemer og praksis er ikke gode nok.

oss forbruket av sykehusbehandling for aldersgruppen 80 år og eldre, som er den mest krevende når det gjelder samhandling. I Østfold i 2008 tilhørte i underkant av 13.000 personer aldersgruppen 80 år og eldre. Denne gruppen er storforbrukere av helsetjenester, og utfordrende i kraft av høy syke- og dødelighet.



Andel av befolkningen	Andel av innleggelser i sykehus	Prosent av liggedagene	Prosent av overliggendegager som «utskrivningsklare pasienter i sykehus»
4,8	15,0	20,7	55,3

TABELL 1. Aldersgruppen 80 år og eldre andeler av befolkningens størrelse og forbruk av sykehustjenester beregnet som prosentandeler. Østfold 2007.

KOMMUNEREGIONER	Innleggelser pr. 100 innbyggere 80 år + pr. år		Liggedager pr. 100 innbyggere 80 år + pr. år	
	Antall	% av fylkesgjennomsnitt	Antall	% av fylkesgjennomsnitt
Halden	40,2	72	264,5	74
Indre Østfold	56,6	101	355,6	100
Fredrikstad	56,6	101	344,7	97
Sarpsborg	57,7	103	370,2	104
Moss	64,3	115	423,6	119
Østfold	56,1	100	356,4	100

TABELL 2. Sykehusforbruket i aldersgruppen 80 år og eldre i de fem kommuneregionene. Antall innleggelser og liggedager i aldersgruppen 80 år og eldre. 2007.

KOMMUNEREGIONER	Innleggelser pr. 100 innbyggere 80 år + pr. år		Liggedager pr. 100 innbyggere 80 år + pr. år	
	Antall	% av fylkesgjennomsnitt	Antall	% av fylkesgjennomsnitt
Halden	10,8	73	55,8	81
Indre Østfold	11,8	80	57,3	83
Fredrikstad	14,2	96	55,4	80
Sarpsborg	14,5	98	61,3	89
Moss	17,0	115	98,1	142
Sykehuset Østfold	14,8	100	69,1	100

TABELL 3. Forekomst av antall overliggere og antall overliggendegager i befolkningen som er 80 år og eldre i de fem kommuneregionene i løpet av ett år. Antall og prosent av fylkesgjennomsnittet. 2008

Utgangspunktet for analysen er at det er små forskjeller i behovene for sykehustjenester både på kommune- og regionsnivå, derfor bør det registrerte forbruket ligge tett opp til fylkesgjennomsnittet for både den enkelte kommune og for regionene.

Spørsmålene som besvares i denne undersøkelsen er:

- » Hvor store er forskjellene i forbruk av sykehustjenester, og finnes det noe mønster?
- » Hvilke løsninger skal velges for å korrigere eventuelle avvik fra fylkesgjennomsnittet?

Resultater

1. Eldre er storforbrukere av sykehustjenester.

Tabell 1 gir god bakgrunnsinformasjon når dagens og framtidens utfordringer som aldersgruppen 80 år og eldre representerer skal diskuteres. I sykehusene utgjør geriatriske pasienter rundt en femtedel av liggedagene, og brorparten av den viktige pasientgruppen som får merkelappen «utskrivningsklare». Og i kommunene er denne aldersgruppen en stor majoritet i sykehjem og hjemmesykepleie. Siden det totale behandlingsansvaret er delt mellom to

aktører, er det helt avgjørende at samarbeidet fungerer best mulig slik at pasientstrømmene blir effektive. Dette blir dermed en av de største utfordringene for dagens og morgendagens behandlingssystemer.

2. Det er manglende samsvar mellom behov og tjenesteproduksjon for de eldre geriatriske pasientene i Østfold.

Tabell 2 viser tilgjengelighet (innleggelsesfrekvens) og forbruk av sykehusbehandling (sengedøgn) når fylket inndeles i kommuneregioner som tilsvarer det som tidligere ble kalt lokalsykehusområder. Situasjonen viser seg å være spesiell ved at Indre Østfold, Fredrikstad og Sarpsborg utgjorde et fylkesgjennomsnitt, mens Halden lå betydelig lavere og Moss hadde et markert høyere forbruk, både målt som innleggelsesrater og i liggedøgnforbruk. Situasjonen i 2007 var slik at de eldre i Mossregionen faktisk hadde både 60 prosent flere innleggelser og liggedøgn i Sykehuset Østfold (etter den statlige overtakelsen av sykehusene i 2002 er de fem sykehusene slått sammen til en driftsenhet). Dette betyr at det ikke kan være behovene som styrer forbruket. I en faglig kontekst betyr dette at den gjennomsnittlige geriatriske pasient fra Moss har betydelig mindre behandlingsbehov enn en tilsvarende pasient fra Haldenområdet, siden forbruket var hele 60 prosent høyere. Konklusjonen blir derfor at bostedsadresse, og ikke behov, bestemmer sykehusforbruket til de geriatriske pasientene.

3. Forekomsten av utskrivningsklare pasienter er også bestemt av bosted.

Tabell 3 dokumenterer minst like stor variasjonen i forekomsten av overliggere når regionene sammenlignes. Dette gjelder både når man ser på innleggelsesrater og liggedøgn.

Det er flere viktige observasjoner: Eldrebefolkningen i regionene Halden og Indre Østfold hadde rundt 20–25 prosent færre innleggelser og liggedøgn enn fylkesgjennomsnittet. Den samme pasientgruppen fra Mossregionen skilte seg ekstremt ut fra fylkesgjennomsnittet med et «overforbruk» av liggedager på hele 42 prosent. Ifølge denne statistikken hadde overliggere fra Mossregionen hele 76 prosent flere overliggendegager enn tilsvarende gruppe fra Haldenregionen.

4. Hver fjerde pasient i aldersgruppen 80 år og eldre ble klassifisert som utskrivningsklar i løpet av sykehusoppholdet. For disse pasientene er bostedsadresse helt avgjørende for størrelsen på denne andelen.

For hele fylket viser statistikken at i gjennomsnitt endte over 25 prosent av denne aldersgruppen opp som overliggere i løpet av sykehusoppholdet. Tallene viser at geriatriske pasienter relativt ofte blir liggende i sykehus etter at utskrivningsklar dato er satt, og dermed definert som utskrivningsklare, kfr. tabell 4. Disse pasientene blir derfor meget viktig ved samhandlingen mellom sykehus og kommuner, og vil i betydelig grad vil påvirke kvaliteten på helsetjenesten for hele denne pasientgruppen.

Som forventet er forskjellene betydelig større på kommunenivået enn de var mellom regionene i Østfold. Når det gjelder forekomsten av overliggere i løpet av et år, toppet Hobøl og Moss statistikken, mens Marker og Aremark lå lavt. Mellom disse ytterpunktene er det en forskjell på rundt 300 prosent, noe som betyr at det er to forskjellige virkeligheter i forhold til sykehusbehandling av eldre innen samme fylke. Ut fra tabell 4 ville en forvente at eldre pasienter fra kommuner med høy innleggelsesfrekvens ville være mindre strengt selektert og dermed ha mindre behov

for sykehusbehandling, og motsatt for kommuner med lav innleggelsesfrekvens. En regresjonsanalyse av tallmaterialet i tabell 4 viser en sterk statistisk sammenheng, idet størrelsen på innleggelsesfrekvensen kan forklare hele 76 prosent av variasjonen i andel som ender opp som utskrivingsklar, og synes dermed å bekrefte denne hypotesen.

Oppsummering og diskusjon

Eldre er en meget viktig brukergruppe både kvantitativt og kvalitativt fordi den stiller særlige krav til samhandlingen mellom de kommunale og statlige helsetjenestene. Denne problematikken er allerede trukket opp på høyt politisk nivå gjennom forslagene som ligger i samhandlingsreformen (1). Mye av løsningen i dette forslaget er basert på økonomiske modeller. Kommunene får ansvaret for de utskrivingsklare pasientene fra første dag (gjennomføres fra 2012). Ressursene til å bygge opp behandlingsapparatet i førstelinjen og øke engasjementet på den forebyggende siden skal overføres fra spesialisthelsetjenesten, og regjeringen vil presisere finansieringsmodellen høsten 2010. Reformen skal følges opp i ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, ny nasjonal helse- og omsorgsplan og ny folkehelselov som sendes ut på høring 1. oktober.

I forhold til overliggere i sykehus har spesifikke økonomiske virkemidler vært regulert i forskrift siden 2002 (2). Betaling fra tiende overliggertid har trolig bidratt til å redusere mengden lange pasientopphold i sykehus, men det har ikke redusert forskjellene mellom kommunene. Grenseskillet mellom de to forvaltningsnivåene er analysert. Én konklusjon er at verktøykassa er mangelfull (3) og at samhandlingen mellom de to nivåene i mange tilfeller var ineffektiv (4). Analyse av data fra Norsk pasientregister om utskrivingsklare pasienter dokumenterer omfang og kvalitative forhold til denne pasientgruppen (5).

Hvorfor er sykehusforbruket til de eldre i noen kommuneregioner, for eksempel i Moss, så mye høyere enn i resten av fylket? Her har forklaringen tidligere i høy grad vært rettet mot dekning og drift av sykehjemssektoren. Statistikken viser imidlertid at bare en mindre andel av aldersgruppen 80 år og eldre behandles i sykehjem, det vil si 12–15 prosent. Derfor må innleggelseskulturen til legene i førstelinjetjenesten og deres bruk av øyeblikkelig hjelpefunksjoner være forklaring på mye av forskjellene. Men det må også være noe ved utskrivingsprosessen i sykehuset og tilgjengeligheten av korttids plasser i pleie- og omsorgstjenestene som bidrar til forskjellene.

Her er den faglige premiss at behovene er relativt like i kommuneregionene. Når det innlegges 15 prosent flere pasienter per år fra kommuneregion Moss vil man derfor postulere at en større andel er «unødvendige innleggelser» og vil raskere bli klassifisert som utskrivingsklare. Dette tyder på at det ikke var grad av behov som styrte pasientstrømmen, men at helt andre forhold ble førende. På den ene siden legenes innleggelsespraksis – som synes å variere sterkt fra kommune til kommune – og på den annen side sykehusets tidligere erfaringer med pleie- og omsorgssektoren i kommunene. Det kan også være at slike meldinger sendes raskere til kommuner der det er større problemer med å få til overføring innen forventet tid (6).

Hovedpoenget som kan trekkes ut av denne undersøkelsen er at samhandling om eldre og pleietrengende pasienter er en stor utfordring. Dagens systemer og praksis er ikke gode nok, og problemet vil trolig ikke løses ved kun å se på økonomi og endret lov- og regelverk, fordi løsninger settes inn på et for sent stadium. Det er også behov for å se på innleggelseskulturen, det vil si legetjenesten i kommunene og samarbeidet mellom kommune- og

KOMMUNER	Antall innleggelser av pasienter aldersgruppen 80 år +, som ble klassifisert som overligger, pr. 100 innb. 80 år og eldre	Andel av innleggelsene for pasienter i aldersgruppen 80 år + som endte opp med overliggerklassifisering, 1 %
Hobøl	19,3	40,6
Moss	19,3	29,1
Skiptvet	17,1	29,2
Hvaler	15,6	30,8
Sarpsborg	15,0	26,8
Rygge	15,0	24,7
Fredrikstad	14,1	25,5
Råde	14,0	23,9
Trøgstad	12,0	19,9
Spydeberg	11,8	18,7
Askim	11,4	18,6
Halden	11,4	28,2
Rakkestad	11,0	19,1
Våler	10,8	23,4
Eidsberg	10,8	23,9
Marker	6,4	14,3
Aremark	2,1	8,7
Østfold	13,8	25,5

TABELL 4. En rangering av innleggelsesfrekvens i sykehus i løpet av ett år for aldersgruppen 80 år og eldre for de som ble klassifisert som utskrivingsklare i løpet av sykehusoppholdet. Prosent av alle innleggelsene i denne aldersgruppen som endte opp med klassifisering som utskrivingsklar. Kommunedata fra Østfold fra 2007.

spesialisthelsetjeneste. Dette handler om riktig dimensjonering og disponering av tjenestetilbudet i kommunehelsetjenesten i stedet for ø-hjelpsinnleggelser i sykehus. En faglig gjennomgang av innleggelsesprofilen for den enkelte kommune, i tillegg til statistikk over overliggere, kan skape et bedre beslutningsgrunnlag for kommunene.

Vi har påvist store forskjeller mellom kommuneregioner. Ved

Det innlegges 15 prosent flere pasienter per år fra kommuneregion Moss.

hjelp av vår pasientstrømmodell og empiriske data fra Østfold har vi også kunnet gi gode forklaringer. Gode rutiner er nødvendig for å gi pasientene et riktig tilbud i kommunehelsetjenesten etter utskrivning fra spesialisthelsetjenesten. Men – dersom man skal få til gode, effektive og helhetlige løsninger, må man også fokusere mer på prosessen forut for sykehusinnleggelsen. Dette er også helt i tråd med intensjonen i st.meld. 47 – Samhandlingsreformen. ■■■

LITTERATUR

1. Stortingsmelding nr. 47. (2008–2009). Helse- og omsorgsdepartementet
2. Helse- og omsorgsdep. Forskrift om kommunal betaling for utskrivingsklare pasienter – iverksettning av endringer i forskriften og endret døgnpris. Rundskriv U-13/2002. Oslo: 2002.
3. Paulsen B, Grimsmo A. Rapport A7877 God vilje – dårlig verktøy. Om samhandling mellom sykehus og kommunale omsorgstjenester ved utskrivninger av omsorgstrengende eldre. Oslo: Sintef Helse og Helsedirektoratet, 2008.
4. Danielsen B, Fjær S. Erfaringer med å overføre syke eldre pasienter fra sykehus til kommune. Sykepleien Forskning 2010; 1: 28–34.
5. Rapport: Utskrivingsklare pasienter – Hvem er de og hvor hører de hjemme? Lovisenberg: Analyse sentret A/S, 2010.
6. Otterstad HK, Sorteberg K. Alvorlig syk – og «utskrivingsklar». Tidsskriftet Sykepleien. 2008; 01: 34–36.