

Medisinsk ø-hjelp i Helse Nord

En analyse av medisinsk øyeblikkelig hjelp til befolkningen i Helse Nord, 2011.

Analyseenheten, SKDE Helse Nord

August 2013



I denne rapporten belyses forbruk av medisinsk øyeblikkelig hjelp (ø-hjelp) for befolkningen i Helse Nord i 2011, inkludert noen trender for perioden 2002 - 2012. Datakilden er Norsk pasientregister (NPR), behandlet av Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE). Rapporten indikerer en gjennomgående høy sykkelighet hos pasienter som var innlagt for medisinsk ø-hjelp i 2011. Det anses ikke å være påvist noe betydelig omfang av innleggelser for medisinsk ø-hjelp som alternativt kunne eller burde vært behandlet i kommunale institusjoner med øyeblikkelig hjelp døgntilbud. Dette gjelder også for reinnleggelser, og skyldes først og fremst pasientenes behov for bred og spesialisert diagnostisk og behandlingsmessig kompetanse.

SKDE rapport	Nr. 1/2013
Hovedforfattere	Ina Heiberg og Trine Magnus
Ansvarlig	Lise Balteskard
Oppdragsgiver	Helse Nord RHF
Gradering	Åpen
Dato	August 2013

ISBN : 978-82-93141-11-2

Alle rettigheter SKDE.

Innhold

	Side
Sammendrag	4
Bakgrunn	6
Data, metode og definisjoner	8
Forekomst av medisinsk ø-hjelp - innledende beskrivelser	9
Omfang og trender	9
Bruk av medisinsk ø-hjelp etter alder og kjønn	11
Medisinsk ø-hjelp til pasienter 50 år og over i Helse Nord i 2011	12
De vanligste diagnosegruppene for medisinsk ø-hjelp	15
Hvor stor andel har vært pasienter også tidligere år?	18
Karakteristika ved ulike undergrupper av opphold for medisinsk ø-hjelp i 2011 - potensiale for Samhandlingsreformen	19
Medisinske ø-hjelpsopphold med kort liggetid	19
Diagnosegrupper med lav kostnadsvekt	20
Pasienter med samlet ressursbruk lavere enn gjennomsnittet	21
Medisinske ø-hjelpsopphold med lang liggetid	23
Akutte medisinske reinnleggelser	24
Pasienter med gjentatte ø-hjelpsopphold i 2011	25
Bruk av medisinsk ø-hjelp hos pasienter med kjent kronisk sykdom	27
Eldres bruk av medisinsk ø-hjelp	28
Medisinsk ø-hjelp for pasienter i siste leveår	29
Medisinsk ø-hjelp for utskrivningsklare pasienter	32
Bruk av medisinsk ø-hjelp i lokalsykehus versus region-/sentralsykehus-områder	34
Oppsummering og avsluttende kommentar	36
Vedlegg	38
Referanseliste	39

Sammendrag

I denne rapporten belyses forbruk av medisinsk øyeblikkelig hjelp (ø-hjelp) for befolkningen i Helse Nord i 2011, inkludert noen trender for perioden 2002 - 2012. Datakilden er Norsk pasientregister (NPR), behandlet av Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) på bakgrunn av konsesjon fra Datatilsynet og godkjenning fra Helse- og omsorgsdepartementet. Hovedvekt er lagt på opphold for pasienter 50 år og over. Det beskrives også karakteristika ved utvalgte undergrupper, med tanke på Samhandlingsreformens krav til kommunene om å etablere øyeblikkelig hjelp døgntilbud. Til slutt beskrives noen geografiske forskjeller i befolkningens forbruk av medisinsk ø-hjelp knyttet til sykehusnivå.

51 % av alle døgnopphold for bosatte i Helse Nord (alle aldre) i 2011 var kodet som medisinsk ø-hjelp og omfattet nær 40 000 opphold, tilsvarende 73 opphold per 1000 innbyggere. For befolkningen 80 år og over omfattet medisinsk ø-hjelp 68 % av alle døgninnleggelser, tilsvarende 412 opphold per 1000 innbyggere i 2011. Trend for perioden 2002 - 2011 viste et stabilt forbruk, befolkningsutviklingen tatt i betraktning. Hovedutvalget (medisinsk ø-hjelp for befolkningen 50 år og over i 2011) omfattet 26 000 opphold, hvorav en tredjedel var for pasienter 80 år og over. Det var i gjennomsnitt 1.5 opphold per pasient i 2011. Menn på 50 år og over hadde flere opphold per pasient, høyere DRG-indeks og høyere liggedøgnforbruk enn kvinner i samme aldersgruppe. I overkant av to tredjedeler av pasientene hadde ett medisinsk ø-hjelpsopphold i 2011, mens 10 % hadde tre eller flere. 23 % av oppholdene varte ett døgn, 51 % varte mindre enn fire døgn og 9 % varte mer enn 14 dager. 70 % av pasientene hadde tidligere vært behandlet i sykehus, 12 % hadde mer enn tre ø-hjelpsinnleggelser i 2011 og 37 % hadde en kjent kronisk sykdom. Sykdommer i sirkulasjonsorganene var årsak til 26 % av oppholdene, og sammen med sykdommer i åndedretsorgan, fordøyelsesorgan og nervesystem årsak til 63 % av alle opphold for medisinsk ø-hjelp i 2011. Akutt hjerteinfarkt, lungebetennelse, hjerneslag og akutte tilstander i buk var de hyppigst forekommende tilstandene. Det var i gjennomsnitt 71 medisinske ø-hjelpsinnleggelser per døgn i 2011 for den nordnorske befolkningen på 50 år og over.

Opphold med kort liggetid (1-2 døgn) og lav DRG-vekt (<1) var oftest forårsaket av brystsmerter, akutte tilstander i buk, hjertearytmier og angina pectoris, mens hjerneslag, lungebetennelse, akutt hjerteinfarkt og sepsis oftest var årsak til opphold med lang liggetid (>14 dager). Opphold med lang liggetid var kjennetegnet av høy DRG-indeks (>1).

30 % av ø-hjelpsoppholdene var ledd i en serie på tre eller flere for samme pasient i løpet av ett år. 50 % av disse pasientene hadde en eller flere kroniske sykdommer.

Sykdomsspekteret ved eldres (80 år og over) forbruk av medisinsk ø-hjelp skiller seg ikke vesentlig fra hovedutvalget. Lungebetennelser var hyppigst forekommende tilstand. Akutt hjerteinfarkt, hjertesvikt, hjerneslag, infeksjoner i nyre- og urinveier og sepsis var årsak til en høyere andel av oppholdene enn i hovedutvalget. DRG-indeksen var høy i de fleste av disse gruppene.

6 % av pasientene på 50 år og over døde under et opphold for medisinsk ø-hjelp, og 19 % døde i løpet av ett år etter siste medisinske ø-hjelpsinnleggelse. Av pasientene på 80 år og eldre døde

31 % i løpet av ett år etter siste innleggelse for medisinsk ø-hjelp.

Forbruk av medisinsk ø-hjelp i befolkningen i Helse Nord varierte med bosted. Bosatte i opptaksområdene til lokalsykehusene i Helse Nord hadde høyest forbruk av medisinsk ø-hjelp og høyest DRG-indeks, mens bosatte i opptaksområdet til UNN Tromsø hadde lavest forbruk av medisinsk ø-hjelp og lavest DRG-indeks. Bosatte i opptaksområdet til Nordlandssykehuset Bodø hadde høyest median liggetid.

Liggetid for utskrivningsklare pasienter i forbindelse med medisinske ø-hjelpsinnleggelser falt betydelig i 2012 og mest uttalt for de eldste, etter en stabil trend i perioden 2008 - 2011. Det finnes ikke data for å beskrive kvalitative eller helsemessige effekter av denne utviklingen verken for de berørte pasientene eller for andre pasienter.

Rapporten indikerer en gjennomgående høy sykelighet hos pasienter som var innlagt for medisinsk ø-hjelp i 2011. Det anses ikke å være påvist noe betydelig omfang av innleggelser for medisinsk ø-hjelp som alternativt kunne eller burde vært behandlet i kommunale institusjoner med øyeblikkelig hjelp døgntilbud. Dette gjelder også for reinnleggelser, og skyldes først og fremst pasientenes behov for bred og spesialisert diagnostisk og behandlingmessig kompetanse. Lavt volum er også en faktor. Resultatene kan imidlertid tyde på at det innenfor gruppene KOLS, bronkitt og astma, akutte tilstander i buk, angina pectoris og hjertearytmier finnes pasienter med avklarte tilstander og behandlingsregimer som kan få sitt akuttbehov dekket i kommunale ø-hjelpsinstitusjoner. Individuelle og situasjonsbestemte forhold knyttet til pasientens tilstand og aktuelle behandlingsalternativ må imidlertid alltid være avgjørende for valg av behandlingssted.

Bakgrunn

Innleggelser for medisinsk ø-hjelp utgjør mer enn halvparten av alle innleggelser i norske sykehus og krever store ressurser. I dag er det bare spesialisthelsetjenesten som har plikt til å ta i mot øyeblikkelig hjelp i form av innleggelse i institusjon. I følge Nasjonal Helse- og omsorgsplan 2011-2015 (Helse- og omsorgsdepartementet 2011) skal imidlertid også kommunene ilegges plikt til å sørge for tilbud om døgnopphold for pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp, men først fra og med 2016 og etter at en innfasingsperiode er gjennomført.

Det uttales atplikten til å tilby ø-hjelp døgnopphold bare skal gjelde for de pasientgruppene som kommunen selv har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg for. I Helse-direktoratets veileder «Kommunenes plikt til ø-hjelp døgnopphold. Veiledningsmaterieill», revidert 01/2013 (Helsedirektoratet 2013) beskrives også noen pasientgrupper som ikke vil være aktuelle for kommunalt ø-hjelp døgnopphold: Pasienter med akutt forverring av kjent kronisk sykdom, akutt funksjonssvikt hos eldre med kroniske sykdommer, traumer med uavklart alvorlighetsgrad og pasienter med definerte pasientforløp, som for eksempel hjerneslag eller hjerteinfarkt. Disse pasientgruppene skal alltid innlegges i sykehus.

Med mindre det legges opp til et betydelig utvidet diagnostisk apparat i kommunale institusjoner, vil kommunale ø-hjelpstilbud dermed i hovedsak være aktuelle for pasienter som har en kjent sykdom, som ved forverring kan få behandling som er avtalt med sykehuset på forhånd, og hvor et kommunalt tilbud kan være like godt eller bedre enn innleggelse på sykehus. Internasjonalt, særlig i USA og England, har det vært et stort fokus på veksten i akuttinnleggelser i sykehus. En del av veksten i England kan imidlertid skyldes politiske vedtak og endret registrering (Roland and Abel 2012). Det har også vært hevdet at en del ø-hjelpsinnleggelser kan unngås ved blant annet bedret primærhelsetjeneste, integrert omsorg og såkalt case management. En engelsk undersøkelse (Imison, Poteliakoff et al. 2012) viser imidlertid beskjeden og motstridende effekt av slike tiltak. Det vises også at noen tiltak i primærhelsetjenesten har som effekt at forbruket av både ikke-planlagte og planlagte innleggelser i sykehus øker. Dette er tolket som at et bedret tilbud utenfor sykehus oppdager flere tilfeller med behov for utredning og / eller behandling i sykehus. I SKDEs rapport vedrørende bruk av sykehus og sykestuer i sykestuekommuner i Finnmark (Heiberg 2012) ble det heller ikke påvist lavere forbruk av sykehustjenester i kommuner med sykestuetilbud, sammenlignet med andre nordnorske kommuner uten vertsfunksjon for sykehus. Bjørn Odvar Eriksen (Eriksen 1999) viste at såkalt «unødvendige» innleggelser i sykehus ikke hadde vært mulige å forutsi, og at tiltak for å redusere unødvendige innleggelser sannsynligvis ville gitt større helsetap enn økonomiske besparelser. I en nyere norsk undersøkelse (Sørbye, Grue et al. 2009) understrekes det at det er en myte at eldre pasienter i stor grad blir unødvendig innlagt i sykehus. SKDE har tidligere vist (Heiberg 2010) at befolkningen i vertskommuner (kommuner der et sykehus er lokalisert) har et høyere forbruk av medisinske ø-hjelpsinnleggelser i sykehus enn befolkningen i kommuner uten sykehus. Det største forbruket er observert for aldersgruppen 80 år og over, bosatt i vertskommuner for sykehus.

Hensikt med denne rapporten er å belyse omfang av og karakteristika ved medisinsk ø-hjelp i spesialisthelsetjenesten i perioden før Samhandlingsreformens ikrafttredelse. En slik beskrivelse vil forhåpentligvis kunne være til hjelp for kommunene i den pågående planleggingen

av kommunale øyeblikkelig hjelp døgntilbud. En av intensjonene i Samhandlingsreformen er å redusere ø-hjelpsinnleggelser i sykehus for pasienter med tilstander som kommunene selv har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg for. Det vil derfor være av betydning å få større kunnskap om hvilke pasienter dette kan dreie seg om. Det fokuseres i denne sammenhengen på medisinsk ø-hjelp, idet kirurgiske akutt-tilstander ikke under noen omstendigheter vurderes som aktuelle for kommunalt ø-hjelpstilbud.

Rapporten planlegges fulgt opp med nye analyser etter hvert som tiltakene i Samhandlingsreformen i økende grad blir implementert, og vil således også danne grunnlag for en videre evaluering av forbruket av medisinske ø-hjelpsinnleggelser. Rapporten kan også sees i sammenheng med to andre prosjekter under utførelse ved SKDE; «Storforbrukere av spesialisthelsetjenester» og «Forbruk av spesialisthelsetjenester i livets slutfase». Disse vil bli beskrevet i selvstendige rapporter, men har til dels overlappende problemstillinger.

Data, metode og definisjoner

Norsk pasientregister (NPR) er datakilde. Analysene er gjennomført med grunnlag i konsesjon fra Datatilsynet og dispensasjon fra taushetsplikt fra Helse- og omsorgsdepartementet, samt i en REK-godkjent personentydig forskningsdatabase i SKDE. Hovedfokus for rapporten er analyser av akutte medisinske døgnopphold for bosatte i Helse Nord i 2011 i alderen 50 år og over. Perioden 2002-2012 er i tillegg benyttet for å beskrive trender. Aggregerte data for 2002-2007 er hentet fra rapportgenerator utviklet for SKDE av NPR. Tall for 2008-2011 dekkes av ovennevnte konsesjon, mens tall for 2012 er hentet fra månedlige rapporteringer fra NPR¹ som gir tall på aggregert nivå for et lite utvalg variable fra NPR-meldingen.

Medisinsk ø-hjelp er i denne rapporten definert som døgnopphold med medisinsk DRG, kodet med hastegrad «akutt eller venting i inntil 24 timer»². I tillegg er pasienter med akutt hjerteinfarkt³ inkludert, uavhengig av om innleggelsen resulterte i en kirurgisk intervensjon og oppholdet dermed er kategorisert som en kirurgisk DRG. Døgnopphold med null liggedager er ekskludert. Ved analyser av geografisk variasjon er opphold for medisinsk ø-hjelp med etterfølgende overføring(er) koblet sammen til ett opphold, klassifisert etter høyeste DRG, med liggetid lik liggetiden for det samlede oppholdet. I alle andre tilfeller telles enkeltopphold for medisinsk ø-hjelp.

¹ http://helsedirektoratet.no/kvalitet-planlegging/norsk-pasientregister-npr/rhf/Sider/de_fault.aspx

² NPR-variabel «InnmateHastegrad», kategori 1-3.

³ ICD-10-kodene I.21 (Angina pectoris) og I.22 (Akutt hjerteinfarkt).

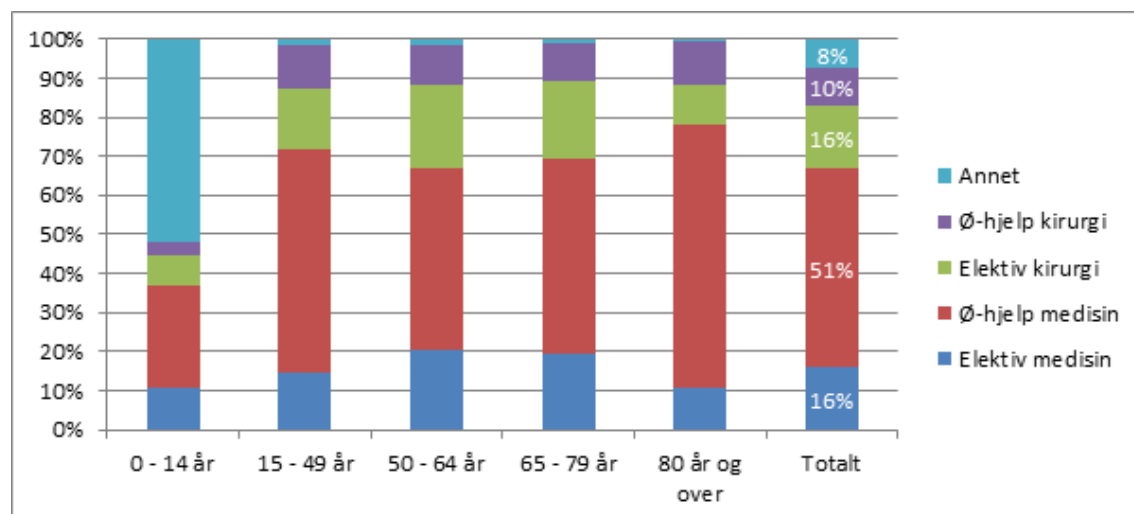
Forekomst av medisinsk ø-hjelp - innledende beskrivelser

Omfang og trender

Det var totalt 39 500 medisinske ø-hjelpsopphold for befolkningen i Helse Nord i 2011. Disse oppholdene utgjorde mer enn halvparten av alle døgnopphold for bosatte i Helse Nord dette året. 26 % av alle innleggelser for barn i alderen 0 - 14 år var medisinsk ø-hjelp. I aldersgruppen over 80 år var mer enn to tredeler av alle innleggelser medisinsk ø-hjelp (Figur 1).

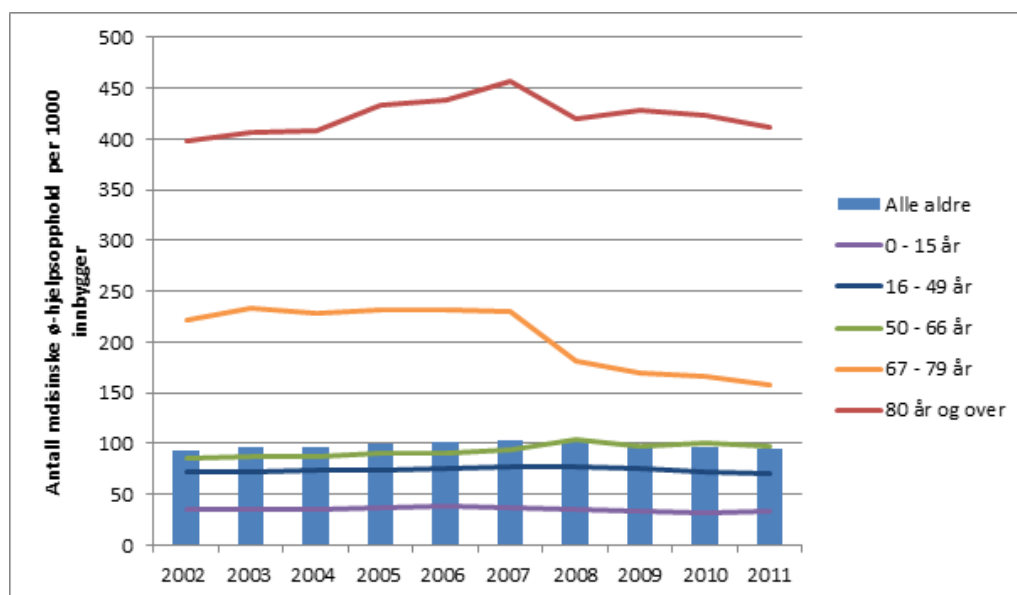
Samlet sett var forbruket av medisinsk ø-hjelp per 1000 innbyggere ganske stabilt i perioden 2002-2011, med en topp i 2007 (Figur 2). Aldersgruppen 80 år og over hadde mer enn fire ganger høyere forbruk per 1000 innbyggere enn aldersgruppen 50 - 66 år gjennom hele perioden og en økning på 4 % mellom 2002 og 2011, folketallsutviklingen tatt i betraktning. For aldersgruppen 67 - 79 år observeres en ca 30 % reduksjon i forbruk av medisinsk ø-hjelp fra 2002 - 2011. Trendanalyser påvirkes imidlertid noe av at medisinsk ø-hjelp i våre data fra NPR endret definisjon fra 2010⁴. Denne definisjonsendringen har slått særlig ut for aldersgruppen 50 år og over, og det er dermed usikkert hvor stor andel av den observerte endringen i disse aldersgruppene som er reell.

Figur 1 Andel døgnopphold etter DRG-type og hastegrad. Bosatte i Helse Nord 2011.



⁴ For perioden 2008-2009 er ø-hjelp definert ut fra variabelen «Innmate» (kategori 2) og for perioden 2010-2011 ut fra variabelen «InnmateHastegrad» (kategori 1-3).

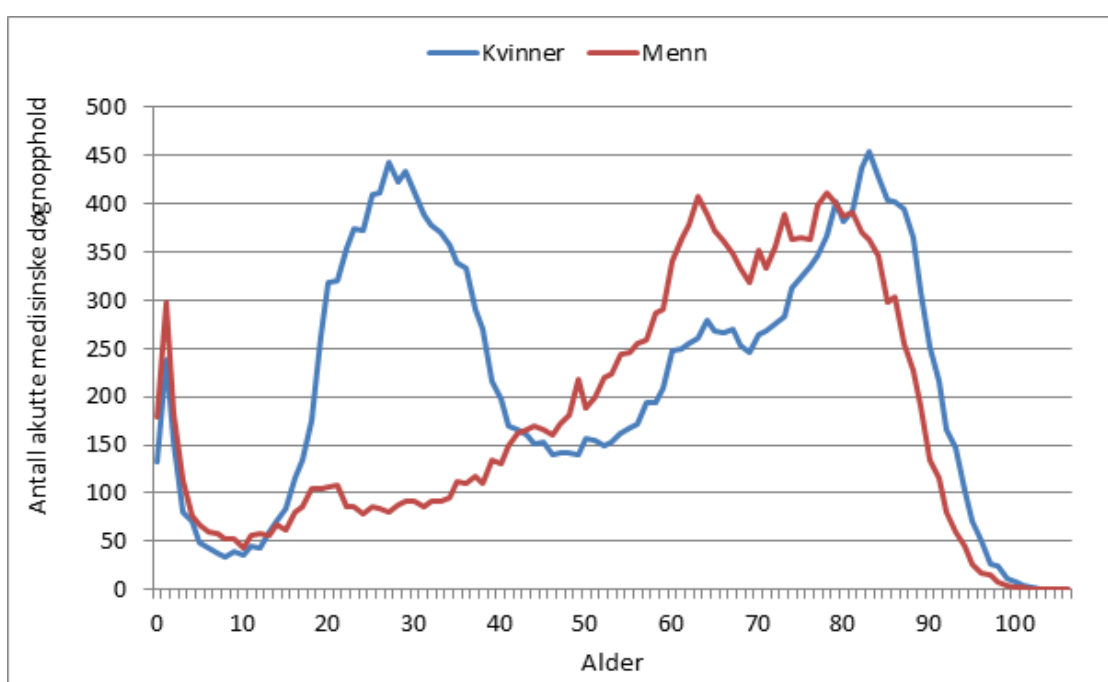
Figur 2 Antall medisinske ø-hjelpsopphold (døgn) per 1000 innbygger etter aldersgruppe og år. Bostatte i Helse Nord 2002-2011.



Bruk av medisinsk ø-hjelp etter alder og kjønn

I Figur 3 beskrives forbruk av medisinsk ø-hjelp etter alder og kjønn. Det høye forbruket for kvinner i fertil alder skyldes i vesentlig grad opphold i forbindelse med svangerskap og fødsel. Etter 45 - 50-års alder er forbruket jevnt stigende for begge kjønn, lavere for kvinner fram til ca 80 års alder hvor det skifter. For å unngå effekten av opphold i forbindelse med svangerskap og fødsler har vi videre i denne rapporten konsentrert oss om medisinsk ø-hjelp for befolkningen 50 år og over.

Figur 3 Antall medisinske ø-hjelpsopphold (døgn) etter alder og kjønn. Bosatte i Helse Nord. Snitt 2008-2011.

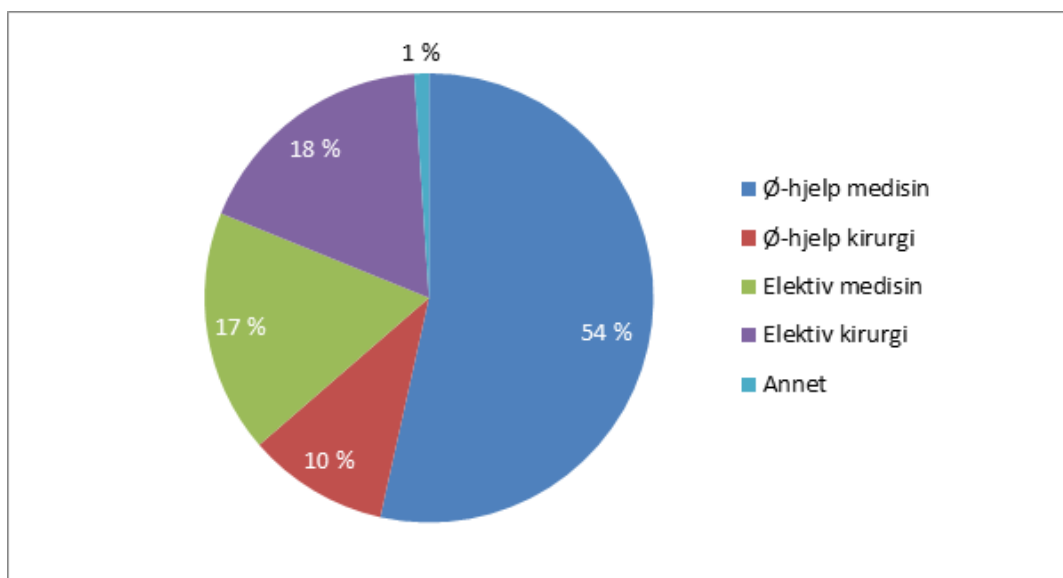


Medisinsk ø-hjelp til pasienter 50 år og over i Helse Nord i 2011

I dette kapitlet beskrives omfang av og karakteristika ved medisinsk ø-hjelp til pasienter 50 år og over i Helse Nord i 2011. Først beskrives gruppen som helhet, deretter beskrives noen underutvalg med ulike perspektiv.

Medisinsk ø-hjelp omfattet i 2011 54 % av alle døgnopphold for aldersgruppen 50 år og over. Til sammenligning sto kirurgisk ø-hjelp for 10 % av døgnoppholdene (Figur 4). Omfanget var stabilt i perioden 2008-2011, med et gjennomsnitt på ca 26 000 medisinske ø-hjelpsopphold per år for befolkningen 50 år og over (Tabell 1). Antall medisinske ø-hjelpsopphold per pasient per år var stabilt med et gjennomsnitt på 1.5. Median liggetid var 3 døgn i hele perioden. DRG-indeksen (antall DRG-poeng per opphold) økte fra 0.92 til 1.06 (15 %) fra 2008 til 2011. Dette kan indikere at pasienter som innlegges for medisinsk ø-hjelp samlet sett er blitt mere behandlingskrevende. Det må imidlertid tas i betraktning at DRG-vektene ble endret i samme periode i favør av medisinske DRGer.

Figur 4 Omfang av medisinsk ø-hjelp (døgnopphold) etter DRG-type og hastegrad. Bosatte i Helse Nord 2011, alder 50 år og over.



Tabell 1 Medisinsk ø-hjelp for pasienter 50 år og over etter utskrivningsår. Bosatte Helse Nord 2008-2011.

År	Pasienter	Opphold	Opphold/ dag	DRG-p/ opphold	Sum liggedøgn	Median liggetid
2008	16526	26107	72	0.92	158611	3
2009	16295	25144	69	0.90	150023	3
2010	16927	26498	73	1.00	150310	3
2011	16803	26002	71	1.06	149853	3
Snitt	16638	25938	71	0.97	152199	3

For aldersgruppen 50 år og over var menn i overvekt hva gjelder både opphold og pasienter. Menn hadde også flere opphold per pasient, høyere DRG-indeks og høyere liggedøgnforbruk enn kvinner, mens det ikke var noen forskjell på median liggetid per opphold (Tabell 2). Pasienter 80 år og eldre sto for 33 % av oppholdene for medisinsk ø-hjelp, 38 % av liggedøgnforbruket, og hadde høyere median liggetid enn den samlede gruppen pasienter 50 år og over. Det største absolutte ressursforbruket ved medisinsk ø-hjelp var knyttet til pasienter i aldersgruppen 65 - 79 år.

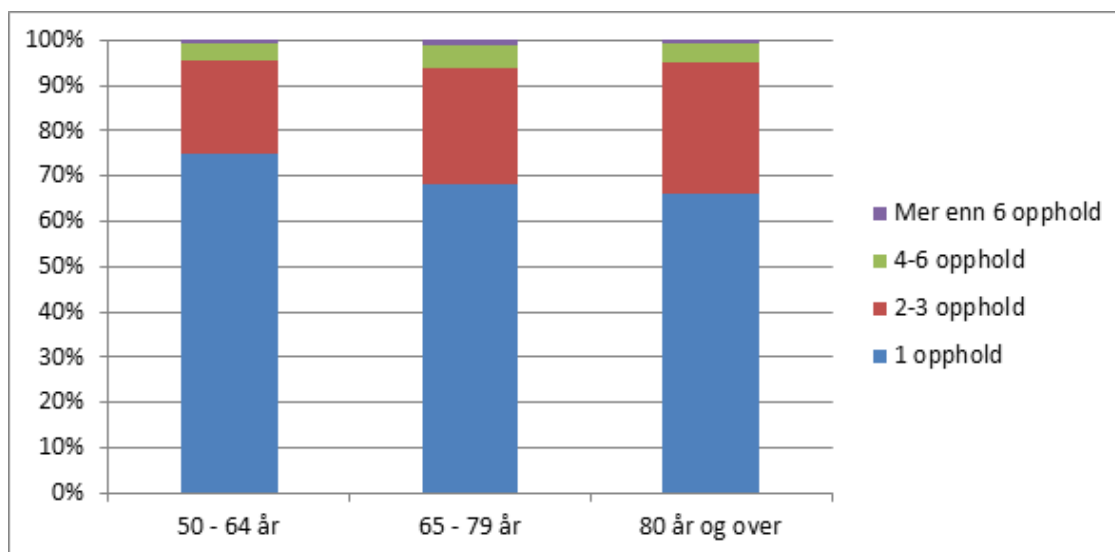
Mer enn to tredjedeler av pasientene hadde ett medisinsk ø-hjelpsopphold i 2011, hver femte pasient hadde to, og drøyt hver tiende pasient hadde tre eller flere medisinske ø-hjelpsinnleggelser i 2011. Mindre enn 1 % hadde 6 eller flere innleggelser. I Figur 5 vises denne fordelingen etter alder. Andel pasienter med mer enn 3 opphold for medisinsk ø-hjelp var uavhengig av alder, men i aldersgruppen 80 år og over fantes den største andelen pasienter med 2-3 opphold. 20 % av samlet liggetid for medisinsk ø-hjelp i 2011 var benyttet av pasienter med flere enn 4 innleggelser.

I Figur 6 vises andel medisinske ø-hjelpsopphold i 2011 etter liggetidslengde målt som hhv andel av samlet antall pasienter, døgnopphold og liggedøgn. Over halvparten (51 %) av oppholdene for medisinsk ø-hjelp i 2011 varte 3 dager eller mindre og omfattet 16 % av samlet liggetid. Av disse varte 23 % ett døgn og omfattet 4 % av samlet liggetid. Opphold med varighet på mer enn 14 dager omfattet 9 % av alle opphold og 39 % av samlet liggetid for medisinsk ø-hjelp.

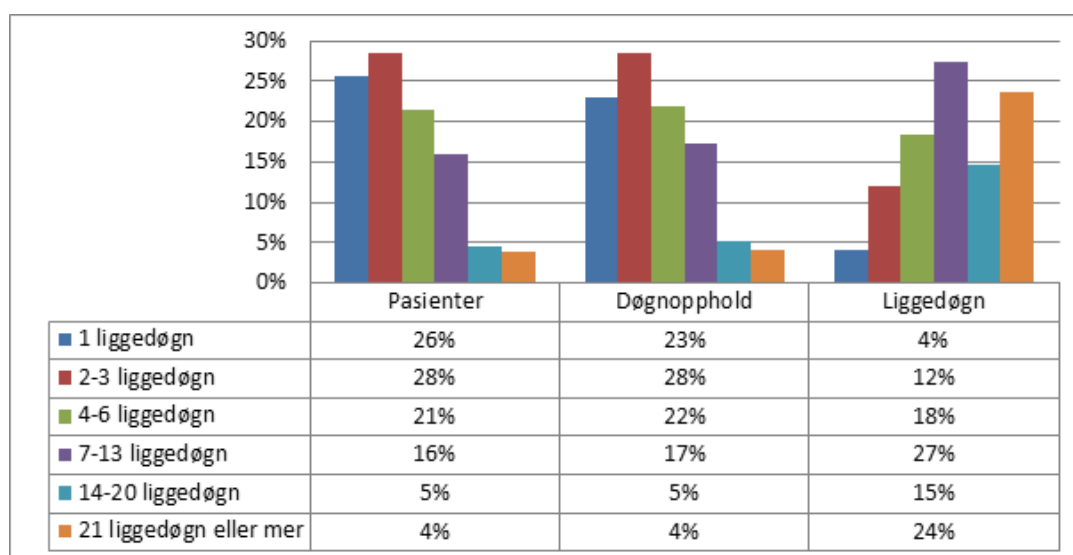
Tabell 2 Medisinsk ø-hjelp for pasienter 50 år og over etter kjønn og aldersgruppe. Bosatte Helse Nord 2011.

Kjønn/alder	Pasienter		Opphold		DRG-p/opph	Liggedøgn		
	Sum	%	Sum	%		Sum	%	Median
Kvinner	8225	49 %	12469	48 %	1.01	71811	48 %	3
Menn	8578	51 %	13533	52 %	1.11	78042	52 %	3
50 - 64 år	4971	30 %	7273	28 %	1.00	33939	23 %	3
65 - 79 år	6314	38 %	10081	39 %	1.10	58698	39 %	3
≥ 80 år	5518	33 %	8648	33 %	1.07	57216	38 %	4
Tot	16803	100 %	26002	100%	1.06	149853	100 %	3

Figur 5 Andel pasienter etter antall medisinsk ø-hjelpsopphold (døgn) per pasient etter aldersgruppe. Bosatte Helse Nord 2011, alder 50 år og over.



Figur 6 Andel medisinske ø-hjelpsopphold (døgn) etter liggetidslengde. Bosatte Helse Nord 2011, alder 50 år og over.



De vanligste diagnosegruppene for medisinsk ø-hjelp

I dette kapitlet belyses hvilke sykdomstilstander som oftest fører til medisinske ø-hjelpsinnleggelser. I Tabell 3 beskrives noen karakteristika ved opphold for medisinsk ø-hjelp i 2011 rangert etter hoveddiagnosegruppe i DRG-systemet (HDG). 87 % av oppholdene for medisinsk ø-hjelp befant seg innenfor 10 av de 25 hoveddiagnosegruppene. 26 % tilhørte gruppen sykdommer i sirkulasjonsorganene og til sammen 37 % tilhørte gruppene for sykdommer i hhv åndedretsorgan, fordøyelsesorgan og nervesystem. Sykdommer i skjelett og muskelsystem omfattet bare 7 %.

Gjennomsnittlig antall innleggelser per dag i hver av de aktuelle sykdomsgruppene er beskrevet for å belyse hvilket omfang dette i praksis har i Helse Nord. For eksempel var det, for bosatte i Helse Nord i aldersgruppen 50 år og over, i gjennomsnitt 18 innleggelser for medisinsk ø-hjelp pga sykdommer i sirkulasjonsorganene per dag. Tilsvarende var det 11 innleggelser per dag for sykdommer i åndedretsorganene, og 2 innleggelser per dag i gruppen øre- nese- og halssykdommer. Hver av disse gruppene rommer innbyrdes ulike sykdomstilstander med behov for ulike diagnostiske og behandlingsmessige tiltak. Det kreves derfor bred tilgjengelig kompetanse selv om volumet er begrenset. Dette er en eksisterende utfordring for sykehusene i Helse Nord, og må bli et tema også for eventuelt ytterligere desentralisering til kommunale ø-hjelpsinstusjoner.

38 % av liggedøgnforbruket for medisinsk ø-hjelp i 2011 var knyttet til sykdommer i sirkulasjons- og åndedretsorgan. Høyest DRG-indeks var knyttet til sykdommer i åndedretsorganene, mens gruppen infeksjonssykdommer hadde lengst median liggetid.

Tabell 3 Medisinsk ø-hjelp etter vanligste hoveddiagnosegrupper (HDG) for pasienter 50 år og over. Bosatte Helse Nord 2011.

Hoveddiagnosegruppe	Pasienter		Opphold			DRG- p/ opph	Liggedøgn		
	N	%	N	%	N/dag		Sum	%	Median
Sykd i sirkulasjonsorgan	4447	26 %	6678	26 %	18	1.0	28270	19 %	2
Sykd i åndedretsorgan	2409	14 %	4120	16 %	11	1.3	28738	19 %	5
Sykd i fordøyelsesorgan	1852	11 %	2851	11 %	8	0.8	12606	8 %	3
Sykd i nervesystem	1966	12 %	2639	10 %	7	1.2	21520	14 %	4
Sykd i skjelett/muskelsyst	1290	8 %	1743	7 %	5	0.9	10105	7 %	3
Nyre- og urinveissykdom	912	5 %	1522	6 %	4	1.0	9367	6 %	4
Infeksiøse sykd	562	3 %	920	4 %	3	1.7	8405	6 %	6
Sykd i lever/galle/buks.kj.	483	3 %	820	3 %	2	1.2	5360	4 %	4
Sykd i hud og underhud	489	3 %	661	3 %	2	0.9	3168	2 %	3
Øre/nese/halssykd	468	3 %	607	2 %	2	0.7	2240	1 %	2
Delsum/Andel av delutvalg	14878	89 %	22561	87 %	62		129779	87 %	
Totalt hovedutvalg	16803		26002		71	1.1	149853		3

Inndelingen i hoveddiagnosegrupper i Tabell 3 er grov og har slik sett mer teoretisk enn praktisk klinisk verdi. Vi har derfor foretatt en mer finmasket inndeling i aggregerte DRG-grupper / sykdomsgrupper, bestående av en samling enkelt-DRGer som medisinsk sett hører sammen. Disse gruppene blir dermed klinisk mer presise enn hoveddiagnosegruppene i Tabell 3, men samtidig et mindre detaljert nivå enn det store antallet eksisterende enkelt-DRGer.

I Tabell 4 vises medisinske ø-hjelpsopphold i de ti hyppigst forekommende pasientgruppene etter inndeling i klinisk relevante DRG-grupper som beskrevet ovenfor. Disse ti gruppene omfatter nær halvparten (44 %) av alle medisinske ø-hjelpsopphold for pasienter 50 år og over i 2011. Akutt hjerteinfarkt, lungebetennelse og karsykdommer i hjernen var bakgrunn for 18 % av oppholdene samlet sett, og 21 % av oppholdene for pasienter 80 år og over. Opphold på grunn av koronarsykdom hadde høyest DRG-indeks, mens opphold på grunn av hjertesvikt, lungebetennelse og hjernekar sykdom hadde lengst median liggetid.

Medisinske ø-hjelpsinnleggelser på grunn av akutt hjerteinfarkt hadde et gjennomsnittlig omfang på totalt 4 innleggelser i døgnet for befolkningen i Helse Nord. Tilsvarende hadde hhv lungebetennelse, karsykdommer i hjernen og akutte tilstander i buk. Opphold pga hjertesvikt hadde lavere volum, men høyest median liggetid (6 døgn). En mer omfattende versjon av denne tabellen finnes i vedlegget (Tabell 17, side 38).

Totalt var det gjennomsnittlig 71 medisinske ø-hjelpsinnleggelser per døgn i 2011 for befolkningen i hele Helse Nord, omfattende et vidt spekter av medisinske tilstander.

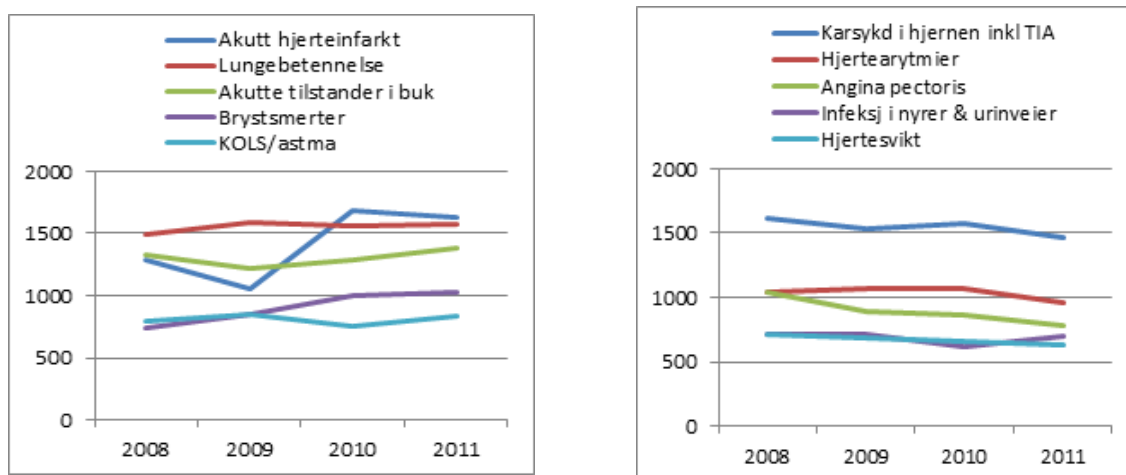
Tabell 4 Medisinsk ø-hjelp etter vanligste pasientgrupper (aggregerte DRG-grupper) for pasienter 50 år og over. Bosatte Helse Nord 2011.

Pasientgruppe	Pasienter		Opphold			DRG-p/ opph	Liggedøgn		
	N	%	N	%	N/dag		Sum	%	Median
Akutt hjerteinfarkt	1054	6 %	1633	6 %	4	2.1	9753	7 %	4
Lungebetennelse	1047	6 %	1577	6 %	4	1.3	10936	7 %	5
Karsykd i hjernen inkl TIA	1174	7 %	1464	6 %	4	1.5	14240	10 %	5
Akutte tilstander i buk	989	6 %	1383	5 %	4	0.5	4615	3 %	2
Brystsmerter	836	5 %	1027	4 %	3	0.3	1515	1 %	1
Hjertearytmier	669	4 %	955	4 %	3	0.5	2765	2 %	2
KOLS, bronkitt & astma	423	3 %	831	3 %	2	0.8	3856	3 %	3
Angina pectoris	526	3 %	775	3 %	2	0.5	2202	1 %	2
Infeksj. i nyrer & urinveier	422	3 %	705	3 %	2	1.0	4127	3 %	4
Hjertesvikt	325	2 %	635	2 %	2	1.2	4977	3 %	6
Delsum/Andel av delutvalg	7465	44%	10985	42%	30		58986	39 %	
Totalt hovedutvalg	16803		26002		71	1.1	149853		3

Brystsmerter som årsak til medisinsk ø-hjelpsinntak økte som vist i Figur 7 og 8 med 39 % fra 2008 - 2011 (fra 741 til 1027 opphold). Dette antas å representere situasjoner der pasienten ble innlagt med spørsmål om akutt koronarsykdom som ble avkreftet under oppholdet. Opphold for pasienter med akutt hjerteinfarkt økte med 19 % (fra 1323 til 1577 opphold), mens opphold for pasienter med angina pectoris og karsykdommer i hjernen ble redusert i perioden. Øvrige grupper hadde en stabil trend.

Generelt må det understrekes at det ikke lar seg gjøre å bedømme symptomer og tilstand i innleggelsesøyeblikket på bakgrunn av utskrivingsdiagnosen. Innleggesdiagnose var ikke tilgjengelig i NPR.

Figur 7 og 8 Trend 10 vanligste pasientgrupper. Medisinsk ø-hjelp, alder 50 år og over. Bosatte Helse Nord 2008-2011.



Hvor stor andel har vært pasienter også tidligere år?

Som vist i Figur 5 hadde de færreste pasientene mer enn ett opphold for medisinsk ø-hjelp i 2011. Det er av interesse å vite i hvilken grad en medisinsk ø-hjelpsinnleggelse er knyttet til et gjentakende behov for hjelp fra spesialisthelsetjenesten. Ett år er i denne sammenheng en kort observasjonsperiode. I Tabell 5 framstilles derfor i hvilken grad pasienter som mottok medisinsk ø-hjelp i 2011 også hadde vært pasient i perioden før observasjonsåret, medregnet alle typer sykehuskontakt; poliklinikk, dag- og døgninnleggelser.

Det viste seg at en betydelig andel av pasientene som ble innlagt for medisinsk ø-hjelp i 2011 hadde sykdomstilstander som førte til gjentatt bruk av sykehus i en periode. I alt 70 % av pasientene med medisinske ø-hjelpsopphold i 2011 hadde vært pasient også året før, 28 % i form av minst én medisinsk ø-hjelpsinnleggelse. 64 % av pasientene hadde vært i kontakt med sykehus i løpet av alle de tre foregående år, 19 % med behov for medisinsk ø-hjelp.

Tabell 5 Andel medisinske ø-hjelpspasienter i 2011 som mottok behandling i perioden 2008-2010. Bosatte Helse Nord 2011, alder 50 år og over.

	2011	2010	2009	2008
Var pasient	100 %	70 %	66 %	64 %
Hadde døgnopphold	100 %	37 %	32 %	28 %
Mottok medisinsk ø-hjelp	100 %	28 %	22 %	19 %
Mottok elektiv medisinsk døgnbehandling	15 %	9 %	9 %	7 %
Mottok kirurgisk døgnbehandling	24 %	13 %	12 %	11 %

Karakteristika ved ulike undergrupper av opphold for medisinsk ø-hjelp i 2011 - potensiale for Samhandlingsreformen?

Med tanke på Samhandlingsreformens krav til kommunene om å etablere døgnplasser for medisinsk ø-hjelp, er det i dette kapitlet gjort forsøk på å identifisere pasientgrupper som kan være aktuelle for ø-hjelpsinnleggelse i kommunale institusjoner istedenfor i sykehus.

Medisinske ø-hjelpsopphold med kort liggetid

En ø-hjelpssituasjon karakterisert av behov for avklaring av en akutt tilstand gjennom observasjon men uten avansert diagnostisk intervensjon, kan tenkes ivaretatt i en kommunal institusjon. Slike avklarings- eller observasjonsopphold vil oftest være av kort varighet. I dette avsnittet fokuseres det derfor på medisinske ø-hjelpsopphold med kort liggetid som mulige indikatorer på ovenfor beskrevne situasjoner (Tabell 6). Kort liggetid defineres i denne sammenheng som 1 - 2 døgn.

Opphold med varighet 1-2 døgn utgjorde 38 % (10 005 opphold) av totalt antall medisinske ø-hjelpsopphold for pasienter 50 år og over i 2011, når pasienter utskrevet som døde er ekskludert. Oversikt over de ti hyppigst forekommende diagnosegruppene indikerer imidlertid at det i disse tilfellene har dreid seg om å avklare en antatt alvorlig tilstand, og at det har vært behov for mer avansert diagnostikk og kompetanse enn kommunale institusjoner kan forventes å stille til rådighet. Selv den volummessig største gruppen, bryst smerter med 914 opphold i 2011, må antas å være begrunnet i mistanke om akutt hjerteinfarkt og behov for diagnostisk avklaring i sykehus, selv om fasiten viste at det ikke forelå noe infarkt.

Det er dermed vanskelig å konkludere a priori med at behovet for medisinsk ø-hjelp for noen enkeltgrupper av pasienter / tilstander med kort liggetid kunne vært dekket av et mindre avansert diagnostisk apparat enn det som finnes i sykehus.

Dette er helt i tråd med konklusjonene i rapporten «Helsetjenester til syke eldre» (Aaraas, Jensvold et al. 2011) som konkluderer med at døgnopphold i kommunale institusjoner bør være aktuelt som alternativ til innleggelse i sykehus bare for pasienter med avklart diagnose, i stabil fase, uten akutt funksjonssvikt og uten uttalt komorbiditet. Derimot påpekes det at kommunale institusjoner kan være velegnet ved utskrivelse og etter diagnostisk avklaring.

Tabell 6 Medisinsk ø-hjelp for pasienter 50 år og over, som har kort liggetid (1-2 døgn), etter 10 vanligste pasientgrupper. Bosatte Helse Nord 2011. Eksklusive pasienter utskrevet som død.

Pasientgruppe	Pasienter		Opphold			DRG-p/ opph	Liggedøgn		
	N	%	N	%	N/dag		Sum	%	Median
Brystsmerter	754	11%	914	9 %	3	0.3	1052	7 %	1
Akutte tilstander i buk	566	8 %	763	8 %	2	0.5	1066	8 %	1
Hjerterytmier	427	6 %	588	6 %	2	0.4	778	5 %	1
Angina pectoris	325	5 %	478	5 %	1	0.5	667	5 %	1
Karsykd i hjernen inkl TIA	354	5 %	436	4 %	1	0.9	670	5 %	2
Akutt hjerteinfarkt	224	3 %	367	4 %	1	1.7	574	4 %	2
KOLS, bronkitt & astma	163	2 %	297	3 %	1	0.8	473	3 %	2
Synkope og kollaps	214	3 %	254	3 %	1	0.4	356	3 %	1
Lungebetennelse	173	3 %	228	2 %	1	1.2	369	3 %	2
Sykd i røde blodlegemer	106	2 %	226	2 %	1	0.7	306	2 %	1
Delsum/Andel delutvalg	3306	48%	4551	45%	12		6311	45%	
Sum utvalg (liggetid < 3 d)	6920		10005		27	0.7	14157		1
Andel av hovedutvalg	41 %		38 %				9 %		

Diagnosegrupper med lav kostnadsvekt

Resonnementet for medisinske ø-hjelsopphold med lav DRG-vekt blir tilsvarende som for opphold med kort liggetid: Lav DRG-vekt kan indikere at oppholdet ikke var begrunnet i noen alvorlig tilstand eller hadde behov for avansert diagnostikk eller behandling, og at pasientens behov dermed teoretisk kunne vært ivaretatt i et kommunalt ø-hjelpstilbud. Lav kostnadsvekt er her definert som DRG-vekt < 1.

Oversikt over de ti hyppigst forekommende diagnosegruppene i dette utvalget (Tabell 7) viser stort samsvar med listen for opphold med kort liggetid, men utgjør en høyere andel av totalt antall ø-hjelsopphold. Den tilsier dermed på samme måte at det for majoriteten pasienter har vært behov for avansert diagnostikk og kompetanse for å avklare en akutt situasjon og yte adekvat helsehjelp.

Tabell 7 Medisinsk ø-hjelp for pasienter 50 år og over, som har lav kostnadsvekt (DRG-vekt < 1), etter 10 vanligste pasientgrupper. Bosatte Helse Nord 2011. Eksklusive pasienter utskrevet som død.

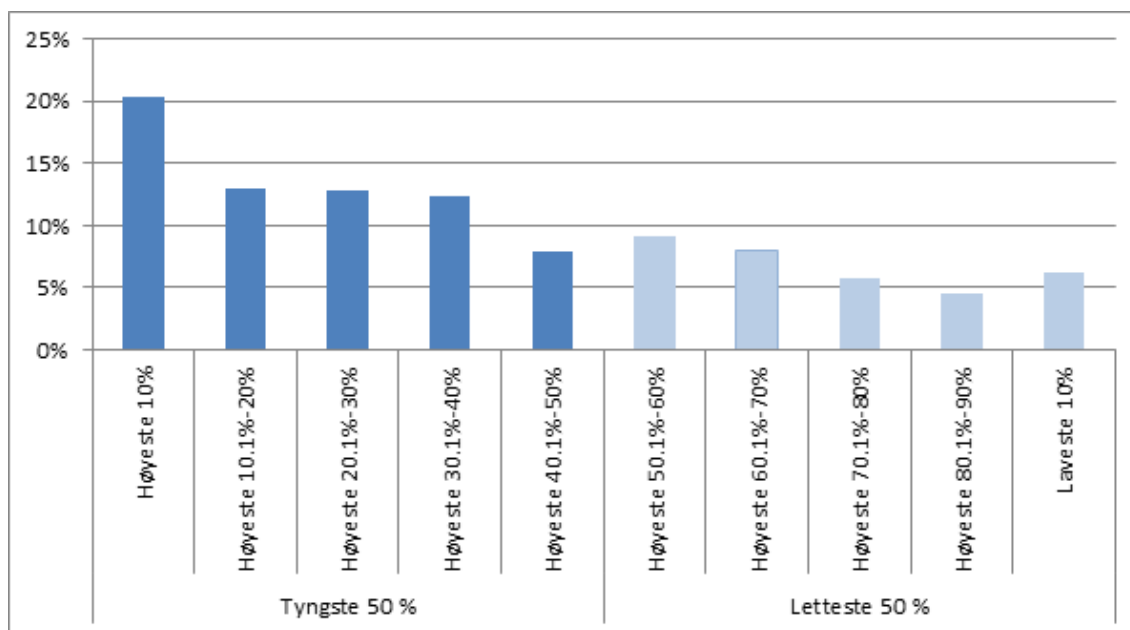
Pasientgruppe	Pasienter		Opphold			DRG-p/ opp	Liggedøgn		
	N	%	N	%	N/dag		Sum	%	Median
Akutte tilstander i buk	987	9 %	1376	9 %	4	0.5	4572	8 %	2
Brystsmerter	836	8 %	1027	7 %	3	0.3	1515	3 %	1
Hjertearytmier	669	6 %	955	6 %	3	0.5	2765	5 %	2
Angina pectoris	526	5 %	775	5 %	2	0.5	2202	4 %	2
KOLS, bronkitt & astma	379	4 %	767	5 %	2	0.7	3604	6 %	3
Akutt hjerteinfarkt	456	4 %	603	4 %	2	0.8	2611	5 %	3
Rygglidelser	371	4 %	483	3 %	1	0.7	2531	4 %	3
Karsykdi i hjernen inkl TIA	326	3 %	402	3 %	1	0.6	1279	2 %	2
Sykdi i røde blodlegemer	206	2 %	398	3 %	1	0.7	1661	3 %	2
Synkope og kollaps	158	1 %	359	2 %	1	0.4	914	2 %	2
Delsum/Andel delutvalg	4914	47%	7145	47%	20		23654	42 %	
Sum utvalg (DRG-vekt < 1)	10535		15223		42	0.6	56700		2
Andel av hovedutvalg		63 %		59 %				38 %	

Pasienter med samlet ressursbruk lavere enn gjennomsnittet

En alternativ innfallsvinkel for å ringe inn ressursmessig «lette» pasienter (jfr avsnittene over) er å belyse hvordan pasienter med medisinske ø-hjelpsopphold plasserer seg ressursmessig sammenlignet med andre døgnpasienter når ressursforbruket beregnes som sum DRG-poeng i 2011. I Figur 9 beskrives andel medisinske ø-hjelpsopphold av alle døgnooppold etter ressursforbruk. Som det framgår av figuren plasserer medisinske ø-hjelpspasienter seg langs hele ressursforbruksskalaen. Vel 20 % av medisinske ø-hjelpspasienter plasserer seg i gruppen av de 10 % mest ressurskrevende døgnpasientene, mens 6 % av medisinske ø-hjelpspasienter plasserer seg i den minst ressurskrevende persentilen. Samlet havner 2/3-deler av medisinske ø-hjelpspasienter i den ressursmessig tyngste halvdel av pasientpopulasjonen. For om mulig å ringe inn aktuelle pasienter for kommunale ø-hjelpstilbud, er de vanligst forekommende tilstandene blant pasienter med medisinske ø-hjelpsopphold i den «lettteste» halvdel av pasientpopulasjonen listet i Tabell 8. Denne lista viser i all hovedsak de samme tilstandene som vi så for pasienter med kort liggetid og/eller lav kostnadsvekt, med unntak av at «svimmelhet» nå kommer med på lista over de ti hyppigst forekommende tilstandene. Samtidig viser det seg at bare tre av tilstandene (brystsmerter, synkope / kollaps og svimmelhet) hovedsakelig plasserer seg i den minst ressurskrevende delen av pasientpopulasjonen (Figur 10).

Det er dermed heller ikke på bakgrunn av samlet ressursforbruk mulig å trekke noen slutninger om ø-hjelpssituasjoner uten behov for avansert diagnostikk og eventuelt behandling, og vanskelig å peke på tilstander som med stor sannsynlighet kan behandles på lavere omsorgsnivå enn sykehus. Vi ser også at volumet er forholdsvis lite, ca 2 innleggelser per dag for befolkningen i Helse Nord for de mest frekvente tilstandene.

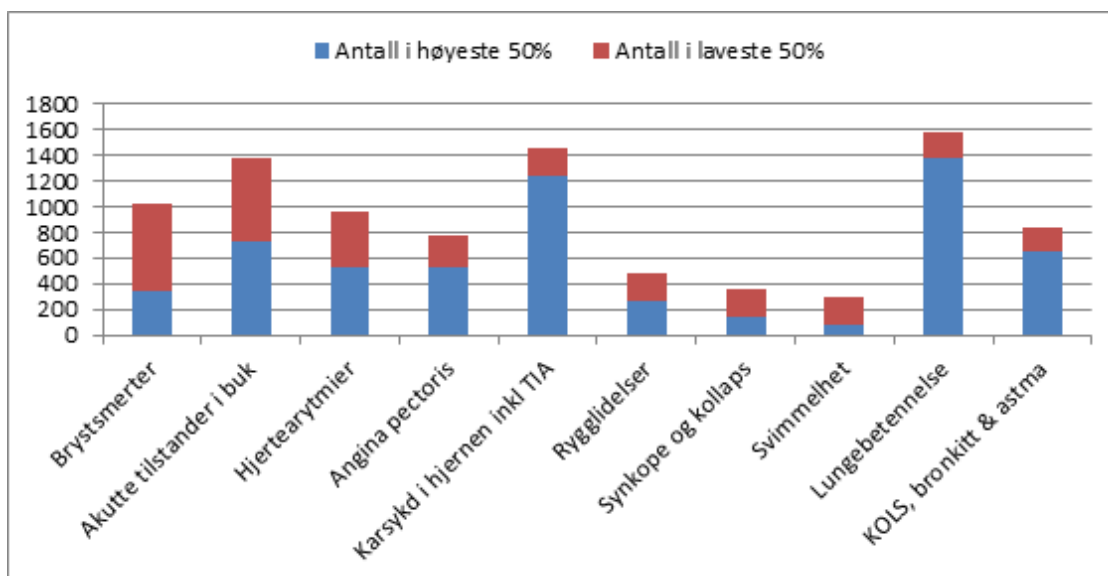
Figur 9 Fordeling av pasienter med medisinske ø-hjelpsopphold etter ressursforbruksgrupper (alle døgnpasienter), når DRG-poeng er ressursmål. Bosatte i Helse Nord 2011.



Tabell 8 Medisinsk ø-hjelp for pasienter 50 år og over, som har samlet ressursbruk i 2011 lavere enn en gjennomsnittlig døgnpasient. Bosatte Helse Nord 2011.

Hoveddiagnosegruppe	Pasienter		Opphold			DRG-p/ opp	Liggedøgn		
	N	%	N	%	N/dag		Sum	%	Median
Brystsmerter	660	12 %	685	12 %	2	0.3	940	6 %	1
Akutte tilstander i buk	629	11 %	658	11 %	2	0.5	1863	11 %	2
Hjerterytmier	406	7 %	431	7 %	1	0.4	980	6 %	1
Angina pectoris	238	4 %	246	4 %	1	0.5	501	3 %	1
Karsykdi i hjernen inkl TIA	226	4 %	228	4 %	1	0.6	701	4 %	2
Rygglidelser	219	4 %	219	4 %	1	0.7	1050	6 %	3
Synkope og kollaps	202	4 %	215	4 %	1	0.4	465	3 %	2
Svimmelhet	204	4 %	211	4 %	1	0.5	500	3 %	2
Lungebetennelse	202	4 %	202	3 %	1	0.7	853	5 %	3.5
KOLS, bronkitt & astma	173	3 %	173	3 %	0	0.7	661	4 %	3
Delsum/Andel av delutvalg	3159	56 %	3268	56 %			8514	50 %	
Sum utvalg (DRG-p<snitt)	5652		5801			0.5	16980		2
Andel av hovedutvalg	34 %		22 %				11 %		

Figur 10 Antall medisinske ø-hjelpsopphold i den mest og minst ressurskrevende halvdel av pasientpopulasjonen (døgnpasienter) for de ti mest frekvente tilstandene i den «letteste» halvdel av pasientpopulasjonen. Bosatte i Helse Nord i 2011, alder 50 år og over.



Medisinske ø-hjelpsopphold med lang liggetid

Det er teoretisk mulig at pasienter med lange sykehusopphold i forbindelse med akuttinnleggelse på et gitt tidspunkt kunne vært overført til kommunalt omsorgsnivå. I dette avsnittet beskrives derfor de tilstandene som hyppigst var årsak til lange sykehusopphold (> 14 dager) etter innleggelse for medisinsk ø-hjelp i 2011 (Tabell 9).

Den største enkeltgruppen var pasienter med hjerneslag der det var 258 opphold med varighet mer enn 14 dager for 208 pasienter i 2011. Deretter følger lungebetennelse med 134 opphold for 81 pasienter og så akutt hjerteinfarkt, sepsis og hjertesvikt med til sammen 290 opphold for 163 pasienter.

Totalt hadde 1163 pasienter 1950 opphold for medisinsk ø-hjelp som varte mer enn 14 dager. Median liggetid var 21 dager. De ti hyppigst forekommende sykdomsgruppene omfattet til sammen 7 % av samlet antall opphold for medisinsk ø-hjelp i aldersgruppen 50 år og over i 2011, og 38 % av samlet liggetid.

Disse ø-hjelpsoppholdene var karakterisert av høy DRG-vekt og det dreier seg dermed om pasienter med behov for mer enn gjennomsnittlig omfattende og/eller kostbar diagnostikk og behandling. I de ti hyppigst forekommende gruppene varierte DRG-indeksen mellom 3.2 og 1.1 med et gjennomsnitt på 2.0. DRG-indeks for alle medisinske ø-hjelpsopphold med liggetid over 14 dager var 1.9.

Tabell 9 Medisinsk ø-hjelp for pasienter 50 år og over, som har lang liggetid (> 14 døgn), etter 10 vanligste pasientgrupper. Bosatte Helse Nord 2011.

Pasientgruppe	Pasienter		Opphold			DRG-p/ opph	Liggedøgn		
	N	%	N	%	N/dag		Sum	%	Median
Karsyk i hjernen inkl TIA	208	18%	258	13%	0.7	3.2	8589	18 %	26
Lungebetennelse	81	7 %	134	7 %	0.4	1.5	2998	6 %	19
Akutt hjerteinfarkt	68	6 %	114	6 %	0.3	3.2	2419	5 %	20
Sepsis ved infeksijøse syk	59	5 %	103	5 %	0.3	2.2	2533	5 %	20
Hjertesvikt	36	3 %	73	4 %	0.2	1.2	1564	3 %	19
Tilst m/respiratorstøtte	34	3 %	72	4 %	0.2	2.3	1800	4 %	22
Svulster i åndedrettssystem	32	3 %	63	3 %	0.2	1.8	1448	3 %	20
Psyk lid ekskl spiseforst.	41	4 %	55	3 %	0.2	1.1	1446	3 %	21
Nyresvikt	28	2 %	51	3 %	0.1	1.5	1281	3 %	20
Lymfom/ikke-akutt leuk	23	2 %	48	3 %	0.1	2.1	1329	3 %	21
Delsum/Andel av utvalg	610	52%	971	51%	3		25407	53 %	
Sum utvalg (liggetid>14d)	1163		1915		5	1.9	48374		21
Andel av hovedutvalg	7 %		7 %				32 %		

Akutte medisinske reinnleggelser

I dette avsnittet beskrives ikke-planlagte, medisinske reinnleggelser med tanke på om det er mulig å identifisere situasjoner som i framtida kan tenkes løst ved innleggelse i kommunal ø-hjelpsinstusjon istedenfor i sykehus.

Reinnleggelser defineres i denne sammenheng som en ikke planlagt, medisinsk innleggelse innen 30 dager fra forrige døgnopphold, uavhengig av om dette oppholdet var medisinsk ø-hjelp eller ikke. Overføringer mellom sykehus i samme sykdomsforløp (som omfattet 5 % av alle medisinske ø-hjelpsopphold i aldersgruppen 50 år og over i 2011) er ikke medregnet. Akutt hjerteinfarkt og diagnostisk perkutan hjerteprosedyre var årsak ved 40 % av overføringene, etterfulgt av hjerneslag (5 %) og svulster i åndedrettssystemet (3 %).

I 2011 ble 3118 pasienter 50 år og over fra Helse Nord reinnlagt som medisinsk ø-hjelp 4768 ganger (Tabell 10). Reinnleggelser utgjorde dermed i underkant av 20 % av alle pasienter og opphold for medisinsk ø-hjelp i 2011. De to hyppigst forekommende årsakene til reinnleggelser var lungebetennelse og akutte tilstander i buk, fulgt av KOLS / astma og urinveisinfeksjoner. Seks av gruppene hadde DRG-indeks >1, høyest for sepsisopphold med DRG-indeks på 2.2. Median liggetid var 4 døgn for akutte medisinske reinnleggelser i 2011. Det er således knyttet et over gjennomsnittlig høyt ressursforbruk til slike reinnleggelser som indikasjon på behov for avansert eller omfattende diagnostikk og behandling. Akutte medisinske reinnleggelser representerer derfor sannsynligvis ikke noe stort potensiale for behandling i kommunale ø-hjelpsinstusjoner som alternativ til sykehus.

Tabell 10 Reinnleggelser (medisinsk ø-hjelp) for pasienter 50 år og over, etter 10 vanligste pasientgrupper. Bosatte Helse Nord 2011.

Pasientgruppe	Pasienter		Opphold			DRG-p/ opp	Liggedøgn		
	N	%	N	%	N/dag		Sum	%	Median
Lungebetennelse	234	8 %	273	6 %	0.7	1.4	2344	8 %	6
Akutte tilstander i buk	243	8 %	265	6 %	0.7	0.6	1030	3 %	3
KOLS, bronkitt & astma	134	4 %	201	4 %	0.6	0.8	1090	4 %	4
Infeksjon i nyrer/urinveier	174	6 %	190	4 %	0.5	0.9	1227	4 %	5
Hjertesvikt	132	4 %	160	3 %	0.4	1.2	1263	4 %	6
Ondartet sykdom i fordøy.org	113	4 %	155	3 %	0.4	1.6	1127	4 %	5
Svulst i åndedr.systemet	104	3 %	153	3 %	0.4	1.7	1291	4 %	5
Sepsis	140	4 %	152	3 %	0.4	2.2	1741	6 %	9
Hjertearytmier	137	4 %	146	3 %	0.4	0.5	450	2 %	2
Lymfom/ikke-akutt leuk	75	2 %	146	3 %	0.4	1.6	930	3 %	3
Delsum/Andel av utvalg	1486	48%	1841	39%	5		12493	42 %	
Sum utvalg (reinnlegg)	3118		4768		13	1.1	29847		4
Andel av hovedutvalg		19 %		18 %				20 %	

Pasienter med gjentatte ø-hjelpsopphold i 2011

I Helsedirektoratets veileder «Kommunenes plikt til ø-hjelp døgnoophold. Veiledningsmaterieill», revidert 01/2013 (Helsedirektoratet 2013), står det at «På et generelt grunnlag vil de pasientene som kan være aktuelle for kommunalt ø-hjelp døgnoophold i stor grad være de samme som hyppig blir innlagt i sykehus. Det gjelder ofte eldre og pasienter med forverring av kroniske sykdommer som hjertesvikt, astma/kols og diabetes, men også mer akutte og avklarte lidelser som lungebetennelse, steinsmerter, fall, forgiftning, hjernerystelse mm».

I dette avsnittet fokuseres det derfor på pasienter med hyppige ø-hjelpsinnleggelser med tanke på om det er mulig å gjenfinne noen av de gruppene veilederen peker på som aktuelle for kommunale ø-hjelpstilbud. I Tabell 11 vises karakteristika for pasienter med tre eller flere opphold for medisinsk ø-hjelp i 2011, sortert etter de ti hyppigst forekommende sykdomsgruppene. Det viser seg at en tredjedel (31 %) av medisinske ø-hjelpsopphold for pasienter 50 år og over i 2011 var ledd i en serie på tre eller flere opphold for samme pasient, og at en tredjedel (35 %) av samlet liggedøgnforbruk var knyttet til disse oppholdene.

Blant de ti hyppigst forekommende sykdomsgruppene gjenfinnes tre av pasientgruppene som veilederen peker på i denne sammenhengen; KOLS/astma, hjertesvikt og lungebetennelse. Opphold for pasienter med hyppige medisinske ø-hjelpsinnleggelser omfatter imidlertid både «lette» og «tunge» tilstander målt etter DRG-vekt. Det er mulig at gruppen KOLS/astma sammen med andre «lette» tilstander - akutte tilstander i buk, angina pectoris og hjertearytmier - delvis representerer pasienter med avklarte tilstander og klare behandlingsopplegg. Disse antas i så fall kunne få adekvat helsehjelp i kommunale ø-hjelpsinstusjoner. Dette dreier seg imidlertid

om begrensede volum; 24 innleggelser i disse gruppene til sammen for befolkningen i Helse Nord per uke i 2007. Hvorvidt dette er et omfang som gjør det aktuelt å desentralisere behandling av disse pasientene ytterligere, ligger utenfor formålet til denne rapporten å drøfte.

«Tunge» opphold kjennetegnet av høy DRG-vekt var imidlertid dominerende. Dette dreide seg om pasienter med akutt hjerteinfarkt, kreftsykdommer og infeksjonstilstander - til sammen 38 opphold per uke for befolkningen i Helse Nord i 2011. Det er dermed sannsynlig at majoriteten av pasienter med gjentatte ø-hjelpsinnleggelser per år vil ha behov for den bredden av kompetanse og behandlingsmuligheter som finnes på sykehus. Forhold knyttet til den aktuelle situasjon og foreliggende alternativer må uansett og i alle tilfelle være avgjørende for vurderingen av hvor og hvordan den enkelte pasient skal behandles.

Tabell 11 Medisinsk ø-hjelp for pasienter 50 år og over, som har minst 3 medisinske ø-hjelpsopphold, etter 10 vanligste pasientgrupper. Bosatte Helse Nord 2011.

Pasientgruppe	Pasienter		Opphold			DRG-p/ opph	Liggedøgn		
	N	%	N	%	N/dag		Sum	%	Median
Akutt hjerteinfarkt	276	14%	529	7 %	1.4	1.9	3360	6 %	5
Lungebetennelse	318	16%	452	6 %	1.2	1.4	3546	7 %	6
KOLS, bronkitt & astma	202	10%	407	5 %	1.1	0.8	1999	4 %	4
Akutte tilstander i buk	262	13%	331	4 %	0.9	0.6	1375	3 %	3
Hjertesvikt	173	9 %	289	4 %	0.8	1.2	2332	4 %	6
Angina pectoris	171	8 %	266	3 %	0.7	0.5	849	2 %	2
Svulst i åndedretsorgan	110	5 %	257	3 %	0.7	1.7	2080	4 %	5
Ondartet sykdom i fordøy.org	124	6 %	247	3 %	0.7	1.5	1717	3 %	5
Hjerterytmier	164	8 %	240	3 %	0.7	0.6	883	2 %	3
Infeksj. i nyrer & urinveier	169	8 %	228	3 %	0.6	1.0	1443	3 %	5
Delsum/Andel delutvalg	1969	98%	3246	40%	9		19584	37 %	
Sum utvalg (Opphold ≥ 3)	2015		8087		22	1.2	52399		4
Andel av hovedutvalg	12 %		31 %				35 %		

Bruk av medisinsk ø-hjelp hos pasienter med kjent kronisk sykdom

Det er i forarbeidene til Samhandlingsreformen antatt at bedre egenomsorg og større bruk av kommunale tjenester kan redusere ø-hjelpsinnleggelser for pasienter med kroniske sykdommer. I dette avsnittet beskrives derfor andel pasienter innlagt for medisinsk ø-hjelp i 2011 som hadde en kjent kronisk lidelse.

For å identifisere pasienter med kroniske sykdommer i NPR, har vi benyttet en definisjon av kroniske tilstander fra NHS Wales (Colman 2008) og foretatt enkelte modifikasjoner i den. Blant annet ble for vårt formål noen revmatikergrupper og pasienter med nyresvikt inkludert, mens pasienter med rene symptomdiagnoser ble ekskludert. Utvalget av «kronikerdiagnoser» betegner dermed i våre analyser pasienter med hjertesykdom (unntatt akutt hjerteinfarkt), sykdom i åndedrettsorgan, diabetes, hjerneslag, utvalgte nevrologiske og revmatiske sykdommer, nyresvikt og Alzheimer. Det ble videre satt som krav at diagnosen(e) måtte være registrert minst to ganger i løpet av treårsperioden forut for 2011.

Gitt denne definisjonen av kronikere fant vi at 37 % av pasienter 50 år og over fra Helse Nord som var innlagt for medisinsk ø-hjelp i 2011, hadde en kjent kronisk sykdom og benyttet 42 % av oppholdene. I Tabell 12 beskrives gruppen av pasienter med kronikerdiagnoser inndelt etter hyppigst forekommende utskrivelsesårsak. Medisinske ø-hjelpsopphold med utskrivningsdiagnose lungebetennelse utgjorde 7 % av alle opphold for kronikere i 2011, etterfulgt av KOLS, bronkitt og astma med 6 %. En fjerdedel av oppholdene skyldtes hjerte- og karsykdom.

For å belyse hvorvidt pasienter med kroniske tilstander har gjentatte ø-hjelpsinnleggelser, er det foretatt en sammenliknende analyse av gruppen kronikere og gruppen pasienter med tre eller flere ø-hjelpsinnleggelser. Det viser seg at 17 % av kronikerne hadde hatt behov for tre eller flere ø-hjelpsinnleggelser i 2011, og at 52 % av pasientene med tre eller flere ø-hjelpsinnleggelser i 2011 var kronikere.

73 % av pasientene 50 år og over som ble innlagt tiltrengende ø-hjelp med KOLS, bronkitt og astma som hoveddiagnose i 2011, var også registrert med en eller flere kronikerdiagnoser i løpet av de tre forutgående årene (606 av 831 opphold). Tilsvarende andel for pasienter med angina pectoris var 58 %, for hjertearytmier 52 % og for lungebetennelse 50 %. Gjennomsnittlig DRG-indeks for opphold for pasienter med kroniske sykdommer var 1.1, med spredning fra 0.3 for diagnosegruppe brystsmerter til 1.8 for diagnosegruppe akutt hjerteinfarkt. 60 % av pasientene hadde én kronisk tilstand, 28 % hadde to og 12 % hadde tre eller flere kroniske tilstander. Av pasienter med ulike former for kronisk hjertesykdom hadde 38 % i tillegg diabetes, 32 % sykdom i åndedrettsorgan og 19 % nyresvikt.

Det er dermed åpenbart at pasienter med kroniske sykdommer og behov for medisinsk ø-hjelpinnleggelser danner en heterogen gruppe med høy komorbiditet som stiller høye krav til det diagnostiske og behandlingsmessige apparatet. Med unntak muligens for pasienter i gruppen KOLS, bronkitt og astma er det vanskelig å peke på noen som kunne vært sikret et alternativt, dekkende tilbud ved innleggelse i kommunale institusjoner med øyeblikkelig hjelp døgntilbud.

Tabell 12 Medisinsk ø-hjelp for pasienter 50 år og over, som har minst 2 gjentatte kronikerdiagnoser i perioden 2008-2010, etter 10 vanligste pasientgrupper. Bosatte Helse Nord 2011.

Pasientgruppe	Pasienter		Opphold			DRG-p/ opph	Liggedøgn		
	N	%	N	%	N/dag		Sum	%	Median
Lungebetennelse	671	11%	789	7 %	2.2	1.4	5551	8 %	5
KOLS, bronkitt & astma	406	7 %	606	6 %	1.7	0.8	2952	4 %	4
Akutt hjerteinfarkt	353	6 %	583	5 %	1.6	1.8	3858	6 %	5
Akutte tilstander i buk	457	7 %	511	5 %	1.4	0.6	1891	3 %	2
Hjertearytmier	407	7 %	494	5 %	1.4	0.5	1494	2 %	2
Karsykdi i hjernen inkl TIA	434	7 %	493	5 %	1.4	1.5	4960	7 %	5
Angina pectoris	358	6 %	448	4 %	1.2	0.5	1337	2 %	2
Hjertesvikt	327	5 %	438	4 %	1.2	1.2	3402	5 %	6
Brystsmerter	349	6 %	391	4 %	1.1	0.3	627	1 %	1
Infeksj. i nyrer & urinveier	285	5 %	334	3 %	0.9	1.0	1927	3 %	4
Sum/Andel av total	4047	65%	5087	47%	14		27999	42 %	
Sum (utvalg kronikere)	6230		10912		30	1.1	66308		4
Andel av hovedutvalg	37 %		42 %				44 %		

Eldres bruk av medisinsk ø-hjelp

I dette avsnittet beskrives karakteristika ved medisinske ø-hjelpsopphold for pasienter på 80 år og over. I 2011 utgjorde medisinsk ø-hjelp til personer i denne aldersgruppen en tredjedel av det samlede ø-hjelpsforbruket for befolkning i Helse Nord over 50 år; ca 5 500 pasienter på 80 år og over hadde i underkant av 9 000 medisinske ø-hjelpsopphold med til sammen ca 60 000 liggedøgn.

I Tabell 13 vises oversikt over de ti hyppigste sykdomsårsakene ved medisinsk ø-hjelp til pasienter 80 år og over, som omfattet 46 % av all medisinsk ø-hjelp i denne aldersgruppen. Årsaksforholdene skiller seg ikke vesentlig fra tilsvarende for befolkningen 50 år og over. Angina pectoris og brystmerter finnes imidlertid ikke blant de ti hyppigst forekommende tilstandene for de eldste, men er erstattet av sykdommer i røde blodlegemer og sepsis.

Lungebetennelser er den største enkeltårsak ved medisinske ø-hjelpsinnleggelser for de eldste og omfatter en større andel enn for befolkningen 50 år og over (9 % mot 6 %). Median liggetid for ø-hjelpsopphold for de eldste er 1 døgn lenger (4 mot 3 døgn).

DRG-indeksen er høy for mange av de hyppigst forekommende tilstandene og indikerer behov for omfattende sykehusdiagnostikk- og -behandling. Det finnes imidlertid også grupper av opphold med lav DRG-indeks som kan indikere et potensiale for behandling i kommunale institusjoner. Dette omfatter pasienter med blant annet KOLS, bronkitt og astma, hjertearytmier og sykdommer i røde blodlegemer. Individuelle hensyn samt omstendighetene knyttet til den aktuelle situasjonen må imidlertid alltid være avgjørende for valg av behandlingssted.

Tabell 13 Medisinsk ø-hjelp for pasienter 80 år og over, etter 10 vanligste pasientgrupper. Bosatte Helse Nord 2011.

Pasientgruppe	Pasienter		Opphold			DRG-p/ opp	Liggedøgn		
	N	%	N	%	N/dag		Sum	%	Median
Lungebetennelse	472	9 %	700	8 %	1.9	1.4	5360	9 %	6
Akutt hjerteinfarkt	367	7 %	572	7 %	1.6	1.5	3816	7 %	5
Karsyk i hjernen inkl TIA	446	8 %	542	6 %	1.5	1.5	5971	10 %	6
Akutte tilstander i buk	258	5 %	399	5 %	1.1	0.6	1593	3 %	3
Infeksj i nyrer/urinveier	212	4 %	348	4 %	1.0	1.0	2373	4 %	5
Hjertesvikt	186	3 %	343	4 %	0.9	1.2	2650	5 %	6
KOLS, bronkitt & astma	159	3 %	312	4 %	0.9	0.8	1584	3 %	4
Hjertearytmier	199	4 %	303	4 %	0.8	0.5	1176	2 %	3
Syk i røde blodlegemer	116	2 %	229	3 %	0.6	0.7	840	1 %	2
Sepsis	145	3 %	224	3 %	0.6	2.1	2599	5 %	8
Delsum/Andel av total	2560	46%	3972	46%			27962	49 %	
Sum utvalg (alder ≥ 80 år)	5518		8648		24	1.1	57216		4
Andel av hovedutvalg	33 %		33 %				38 %		

Medisinsk ø-hjelp for pasienter i siste leveår

Død under eller i forløpet av en ø-hjelpsinnleggelse er en indikator på grad av alvorlighet av tilstanden. I Tabell 14 beskrives karakteristika for pasienter som døde under eller i løpet av ett år etter siste innleggelse for medisinsk ø-hjelp, rangert etter de ti største diagnosegruppene.

6 % (N = 1008) av pasientene som ble innlagt som medisinsk ø-hjelp i 2010⁵, døde under oppholdet. De vanligste hoveddiagnosene hos disse fantes i kapitlene «Sykdom i åndedretsorganer» (30 %) og «Sykdom i sirkulasjonsorganer» (19 %). Pasientene som døde under et medisinsk ø-hjelpsopphold var noe eldre (gjennomsnittsalder 78 år mot 72 år) enn i utvalget totalt, og hadde noe lengre median liggetid (5 mot 4 døgn).

Undersøker man imidlertid andel pasienter som døde i løpet av ett år etter siste innleggelse for medisinsk ø-hjelp (Figur 11), var det 19 % for alle 50 år og over og 31 % av alle 80 år og over, hhv 3142 og 1732 personer. Det ble altså påvist en betydelig risiko for død i løpet av første år etter en innleggelse for medisinsk ø-hjelp, størst hos de aller eldste.

Figur 11 viser at en tredjedel av samlet liggetid og DRG-poeng er knyttet til opphold for pasienter som dør i løpet av et år etter opphold for medisinsk ø-hjelp. Figur 12 og Figur 13 viser hhv antall og andel pasienter med medisinsk ø-hjelpsopphold innen de 10 hyppigst forekommende diagnosegruppene etter tid til død fra siste medisinske ø-hjelpsopphold.

Lungebetennelse er den største diagnosegruppen, og en tredjedel av disse pasientene døde i løpet av ett år etter siste akutte sykehusinnleggelse. Kreftsykdommer er, ikke overraskende, sterkt korrelert til død innen ett år; hhv 79 % og 61 % av pasienter med medisinsk ø-hjelpsinn-

⁵ I dette avsnittet benyttes tall for 2010 for å kontrollere for død innen 1 år fra siste sykehusinnleggelse.

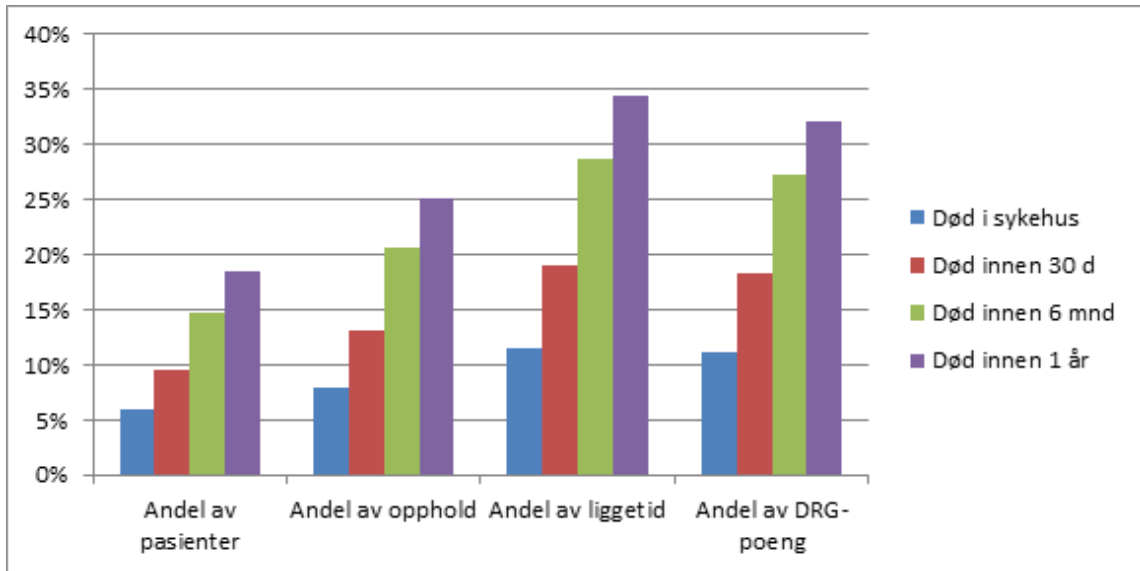
leggelse for svulst i åndedretsorgan og ondartet sykdom i fordøyelsesorgan døde i løpet av ett år etter siste ø-hjelpsinnleggelse. Også for tilstander som krever respiratorstøtte var dødeligheten høy (51 %).

Innleggelse for medisinsk ø-hjelp innebar altså i dette materialet 6 % risiko for død under oppholdet og 19 % risiko for død i løpet av første år. For pasienter 80 år og over var risiko for død i første år 31 %. Lungebetennelse og kreftsykdommer var hyppigst forekommende årsaker og kreft i åndedretsorgan innebar størst risiko (79 %) for død i løpet av ett år. Liggetidsforbruk for pasienter som døde innen ett år etter et opphold for medisinsk ø-hjelp, utgjorde 35 % av samlet liggetid for medisinsk ø-hjelp for befolkningen 50 år og over i 2011. Tilsvarende andel av DRG-poeng var 31 %.

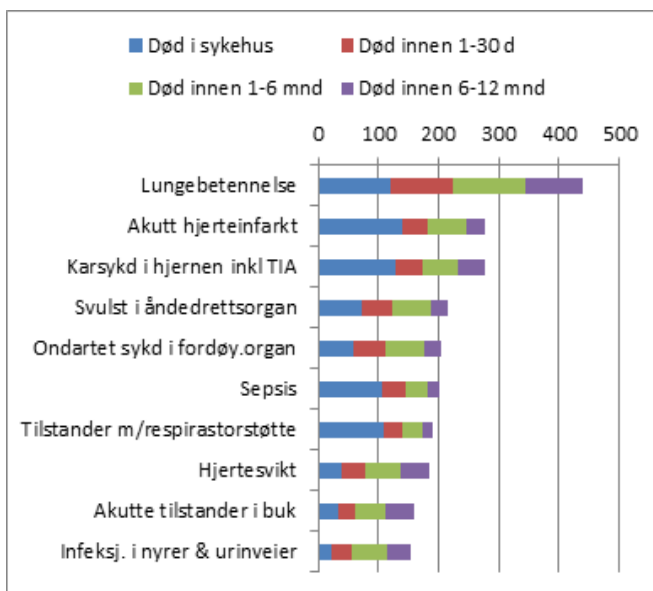
Tabell 14 Medisinsk ø-hjelp for pasienter 50 år og over, som døde i løpet av ett år etter siste sykehusinnleggelse, etter 10 vanligste pasientgrupper. Bosatte Helse Nord 2010.

Pasientgruppe	Pasienter		Opphold			DRG-p/ opph	Liggedøgn		
	N	%	N	%	N/dag		Sum	%	Median
Lungebetennelse	440	14%	549	8 %	1.5	1.3	4479	9 %	6
Svulster i åndedr.syst	216	7 %	381	6 %	1.0	1.4	3237	6 %	6
Ondart. sykdom i fordøy.org	204	6 %	368	6 %	1.0	1.4	2953	6 %	5
Sirk.sykdom m/AMI	278	9 %	355	5 %	1.0	1.3	2693	5 %	5
Karsykdom i hjernen inkl TIA	276	9 %	300	5 %	0.8	1.6	3387	7 %	7
Respiratortrengende sykdom	189	6 %	242	4 %	0.7	1.2	2438	5 %	8
Hjertesvikt	184	6 %	233	3 %	0.6	2.6	2311	4 %	7
Sepsis	201	6 %	222	3 %	0.6	2	2453	5 %	7
Akutte tilstander i buk	158	5 %	192	3 %	0.5	0.6	1216	2 %	3
Lymfom/ikke-akutt leuk	94	3 %	176	3 %	0.5	1.0	1189	2 %	5
Delsum/Andel av total	2240	71%	3018	45%	8		26356	51 %	
Sum utvalg (siste leveår)	3142		6663		18	1.3	51664		5
Andel av hovedutvalg 2010	19 %		25 %				34 %		

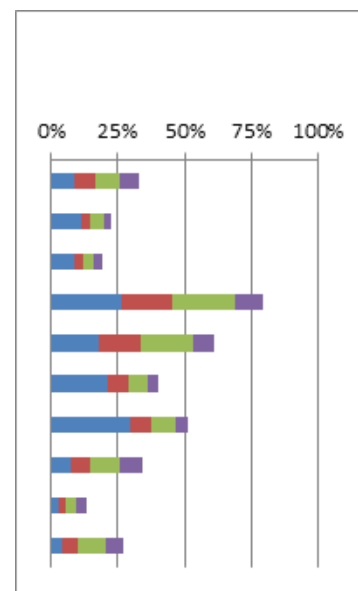
Figur 11 Andel pasienter, andel døgnopphold, andel av liggedøgn og andel av DRG-poeng for pasienter som døde innen ett år fra siste sykehusinnleggelse etter tid til død. Bosatte i Helse Nord 2010.



Figur 12 Antall pasienter med medisinsk ø-hjelpsopphold innen gitt diagnosegruppe, etter tid til død fra siste sykehusinnleggelse. Bosatte Helse Nord 2010, alder 50 år og over.



Figur 13 Antall pasienter med medisinsk ø-hjelpsopphold innen gitt diagnosegruppe, etter tid til død fra siste sykehusinnleggelse. Bosatte Helse Nord 2010, alder 50 år og over.



Medisinsk ø-hjelp for utskrivningsklare pasienter

Det har i lengre tid vært stor oppmerksomhet knyttet til ressursforbruk i sykehus for utskrivningsklare pasienter. I forbindelse med Samhandlingsreformen ble det innført skjerpete finansieringskrav til kommunene for opphold for utskrivningsklare pasienter i sykehus.

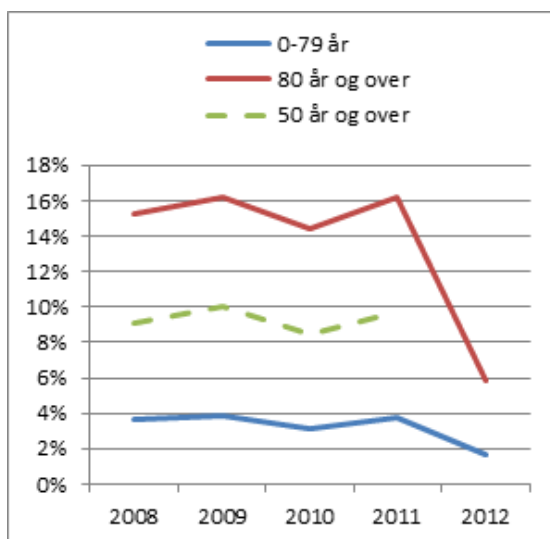
I dette kapitlet beskrives omfang og trend for medisinsk ø-hjelp for utskrivningsklare pasienter i perioden 2008 - 2012, dvs fire år før og ett år etter at Samhandlingsreformen ble iverksatt, målt som forbruk av liggedøgn. Det vises trend for ulike aldersgrupper (Figur 14) og trend for bosatte i de ulike helseforetaksområdene i Helse Nord (Figur 15). I Tabell 15 vises utviklingen fordelt på ulike grupper utskrivningsklare pasienter etter hoveddiagnosegrupper (HDG).

I perioden 2008 - 2012 var 72 % av totalt antall liggedøgn for utskrivningsklare pasienter knyttet til medisinske ø-hjelpsopphold, og 67 % av disse var benyttet av pasienter 80 år og over.

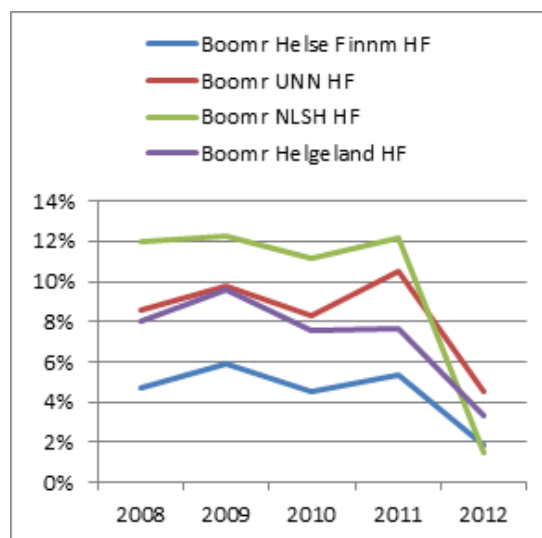
I perioden 2008 - 2011 utgjorde liggetid for utskrivningsklare pasienter 16 % av samlet liggetid ved medisinsk ø-hjelpsopphold for pasienter 80 år og over. I 2012 falt dette til ca 5 %. Fram til og med 2011 observeres en dobling av antall liggedøgn for utskrivningsklare pasienter med infeksjøs sykdommer, en økning på 45 % for pasienter i gruppen muskel- og skjelettsykdommer og stabil eller noe redusert trend for øvrige diagnosegrupper. Fra 2011 til 2012 observeres et markant fall i alle gruppene, størst for sykdom i sirkulasjonsorganer og nyre- og urinveisorganer (-77 %), infeksjøs sykdommer (-76 %), sykdommer i nervesystemet og muskel- skjelettsystemet (begge -74 %), og sykdommer i fordøyelsesorgan (-70 %).

Det observeres altså en betydelig reduksjon i antall og andel liggedøgn for utskrivningsklare pasienter i forløpet av medisinske ø-hjelps opphold i 2012, størst for bosatte i området til Nordlandssykehuset (NLSH). Trenden er mest uttalt for pasienter 80 år og over. Det er nærliggende å se denne utviklingen i sammenheng med det skjerpede kommunale finansieringsansvaret i Samhandlingsreformen. Det finnes imidlertid ikke data for å beskrive kvalitative eller helsemessige effekter av denne utviklingen verken for de berørte pasientene eller for tjenestetilbudet til øvrige pasienter tiltrengende helse- og omsorgstjenester.

Figur 14 Trend liggedøgn for utskrivningsklare pasienter (med ø-hjelp) som andel av alle liggedøgn (med ø-hjelp), etter aldersgruppe. Bosatte Helse Nord 2008-2012.



Figur 15 Trend liggedøgn for utskrivningsklare pasienter (med ø-hjelp) som andel av alle liggedøgn (med ø-hjelp), etter boområde (HF). Bosatte Helse Nord. 2008-2012.



Tabell 15 Trend og andel liggedøgn for utskrivningsklare pasienter, medisinsk ø-hjelp, etter vanligste hoveddiagnosegrupper. Bosatte Helse Nord 2008-2012.

Hoveddiagnosegruppe	Liggedøgn utskrivningsklare pasienter					Andel av liggetid (medisinsk ø-hjelp)				
	2008	2009	2010	2011	2012	2008	2009	2010	2011	2012
Sykdom i nervesystem	3351	3607	2652	3040	783	11 %	13 %	10 %	12 %	4 %
Sykdom i åndedrettsorgan	2869	3017	2096	2701	1035	8 %	8 %	6 %	8 %	4 %
Sykdom i sirkulasjonsorgan	1729	1448	1434	1472	332	6 %	5 %	5 %	6 %	1 %
Sykd i skjelett/muskelsyst	1274	1374	1353	1874	488	10 %	11 %	11 %	14 %	5 %
Nyre- og urinveissykdom	1089	1182	843	932	215	9 %	10 %	8 %	8 %	2 %
Psykelige lidelser og rusprobl	770	968	521	817	264	15 %	18 %	13 %	18 %	7 %
Sykdom i fordøyelsesorgan	733	765	772	763	234	4 %	5 %	4 %	5 %	2 %
Infeksiøse/parasittære sykd	348	581	637	712	171	4 %	6 %	6 %	7 %	2 %
Faktorer som påvirker helse	635	387	308	365	169	9 %	8 %	7 %	10 %	4 %
Sykd i lever/galle/buksp.kj.	358	285	361	358	289	5 %	5 %	6 %	5 %	5 %
Andel av total	90 %	90 %	88 %	91 %	81 %					

Bruk av medisinsk ø-hjelp i lokalsykehus versus region-/sentral-sykehusområder

Det hevdes i noen sammenhenger at terskelen for å bli innlagt som ø-hjelp er høyere i sykehus med bredt og høyspesialisert tilbud (tidligere region- og sentralsykehus) enn i lokalsykehus, fordi kapasiteten og dermed «inngangsporten» generelt antas mer presset i de førstnevnte. De høyspesialiserte sykehusene har oftest kombinerte funksjoner som både lokalsykehus, sentralsykehus og region- og/eller universitetssykehus. Det er dermed knyttet betydelige metodiske utfordringer til å skille pasienter som mottar hhv lokal-, sentral- og regionsykehusbehandling i samme sykehus fra hverandre ved hjelp av data fra NPR. Vi nærmer oss derfor den overnevnte problemstillingen ved å analysere forbruk av medisinsk ø-hjelp i befolkningsområder tilhørende de ulike nivåene. Vi har sammenliknet forbruk av medisinsk ø-hjelp for bosatte i opptaksområdet til hhv UNN Tromsø og NLSH Bodø med tilsvarende for alle bosatte i lokalsykehusområdene i Helse Nord. I Tabell 16 vises rater for antall opphold og liggedøgn per 1000 innbyggere, (justert for forskjeller i kjønn- og alderssammensetning), samt ratene for pasienter over hhv 50 og 80 år fra de tre geografiske områdene.

Forbruk av medisinsk ø-hjelp i befolkningen i Helse Nord viser seg å variere med bosted. Bosatte i lokalsykehusområdene har høyere forbruk av opphold for medisinsk ø-hjelp enn bosatte i kommunene som sogner til NLSH Bodø, og befolkningen i kommunene i UNN Tromsø-området har det laveste forbruket i Helse Nord. Det er her korrigert for overføringer, jfr. omtale side 8. Denne geografiske trenden gjør seg gjeldende også for pasienter 80 år og over. Samlet liggetidsforbruk for medisinsk ø-hjelp per 1000 innbyggere er tilnærmet lik for befolkningen i lokalsykehusområder og NLSH Bodø-området, men betydelig lavere for befolkningen i UNN Tromsø-området. Median liggetid per opphold er høyest for befolkningen i NLSH Bodø-området, mens DRG-indeksen er høyest ved medisinsk ø-hjelpsopphold for befolkningen i lokalsykehusområdene og lavest for befolkningen i UNN Tromsø-området.

Dette kan tyde på at befolkningen i Helse Nord, avhengig av bosted, er utsatt for et noe ulikt tilbud ved behov for medisinsk ø-hjelp. Om funnene skyldes forskjeller i sykелighet som ikke fanges opp av korreksjon for alders- og kjønnsammensetning i befolkningen, geografiske forskjeller i indikasjonsstilling for medisinsk ø-hjelpsinnleggelse, andre ikke-identifiserte forhold og / eller kombinasjon av flere faktorer, er ikke mulig å avgjøre på grunnlag av dette materialet.

Tabell 16 Antall medisinske ø-hjelpsopphold per 1000 innbygger (alders- og kjønnsstandardisert) etter boområde. Bosatte Helse Nord 2011.

Boområde	Opphold		Opph/ pasient	DRG-p/ opph	Liggedøgn		
	≥ 50 år	≥ 80 år	≥ 50 år	≥ 50 år	≥ 50 år	≥ 80 år	≥ 80 år
	N/1000 innb	N/1000 innb			Ligged/1000 innb	Median	Median
Lokalsykehus	153.5	406.5	1.4	1.14	922.7	3.0	4.0
NLSH Bodø	133.6	358.6	1.4	1.09	911.7	4.0	5.0
UNN Tromsø	117.7	324.1	1.5	1.04	752.5	3.0	4.0
Totalt	141.7	380.4	1.4	1.06	879.8	3.0	4.0

Oppsummering og avsluttende kommentar

I denne rapporten har vi beskrevet forbruk av medisinsk ø-hjelp for befolkningen 50 år og over i Helse Nord i 2011 (hovedutvalget). Deretter er det fokusert på noen særskilte undergrupper av medisinske ø-hjelpsopphold med tanke på å belyse mulige aktuelle pasientgrupper for alternativ innleggelse i kommunale institusjoner med tilbud om øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Innledningsvis er det beskrevet noen trender for forbruket i perioden 2002 - 2011 og utviklingen i opphold for medisinsk ø-hjelp for utskrivningsklare pasienter er beskrevet for perioden 2008 - 2012.

Generelle trekk:

Medisinske ø-hjelpsinnleggelser hadde et stabilt omfang i perioden 2002 - 2011, befolkningsutviklingen tatt i betraktning. Det ble ikke observert noen økning i samlet forbruk av liggedøgn eller median liggetid per opphold for medisinsk ø-hjelp. Mer enn halvparten var korte opphold (< 4 døgn), i underkant av 10 % varte mer enn 14 dager.

Pasienter tiltrengende medisinsk ø-hjelp representerte et bredt spekter av medisinske tilstander med begrensede volum i hver gruppe. Utfordringene knyttet til å stille til rådighet nødvendig kapasitet og bredde i kompetanse for akutt diagnostikk og behandling ved de mange sykehusenhetene i Helse Nord, trer tydelig fram. Akutt hjerteinfarkt, lungebetennelse, hjerneslag, akutte tilstander i buk, brystmerter, hjerterytmier, KOLS/astma, angina pectoris, infeksjoner i nyrer og urinveier samt hjertesvikt var de ti hyppigst forekommende diagnosegruppene ved opphold for medisinsk ø-hjelp for befolkningen 50 år og over i 2011.

De fleste pasientene hadde ett medisinsk ø-hjelpsopphold med kort liggetid i 2011, og hadde også hatt tidligere sykehusepisoder. Lang liggetid i forbindelse med medisinsk ø-hjelp var først og fremst knyttet til opphold for hjerneslag og lungebetennelse. Disse oppholdene var preget av høyt ressursbehov målt som DRG-indeks. Reinnleggelser utgjorde en femtedel av alle opphold for medisinsk ø-hjelp i 2011, også med høy DRG-indeks.

En tredjedel av ø-hjelpsoppholdene var ledd i en serie på tre eller flere for samme pasient i løpet av ett år, og halvparten av disse pasientene hadde en eller flere kroniske sykdommer. Det var imidlertid bare knapt en femtedel av pasienter med kroniske sykdommer som hadde behov for flere medisinske ø-hjelpsinnleggelser i 2011.

Risiko for død under eller i løpet av første år etter en innleggelse for medisinsk ø-hjelp var 19 % for befolkningen 50 år og over og 31 % for befolkningen 80 år og over. Lungebetennelse var hyppigste årsak fulgt av akutt hjerteinfarkt og hjerneslag. Størst andel dødsfall i løpet av et år etter innleggelse for medisinsk ø-hjelp forekom hos pasienter med kreft i åndedretts- og fordøyelsesorganer.

Det ble påvist geografiske forskjeller knyttet til sykehusnivå i forbruk av / tilbud om medisinsk ø-hjelp: Bosatte i kommuner i opptaksområdene til lokalsykehusene i Helse Nord hadde høyere forbruk av medisinsk ø-hjelp enn tilsvarende for opptaksområdet til Nordlandssykehuset Bodø, mens befolkningen i opptaksområdet til UNN Tromsø hadde det laveste forbruket av medisinsk ø-hjelp. Samtidig hadde befolkningen i lokalsykehusområdene høyest DRG-indeks ved opphold for medisinsk ø-hjelp.

Mulige konsekvenser for Samhandlingsreformen

I lys av Samhandlingsreformen har rapporten hatt som særskilt tema om mulig å indentifisere grupper av pasienter i behov av medisinsk ø-hjelp som alternativt kan behandles i kommunale ø-hjelpsinstusjoner.

Generelt kan det konkluderes med at det, med noen få unntak, ikke er mulig å peke ut konkrete pasientgrupper som kunne fått alternativt dekkende tilbud i kommunale ø-hjelpsenheter. Opphold for medisinsk ø-hjelp omfattet et bredt spekter av sykdomstilstander, oftest med høy sykkelighet, høy komorbiditet og lavt volum i hver gruppe. Det vil derfor oftest være behov for bred og spesialisert sykehuskompetanse for å yte nødvendig akutt diagnostikk og behandling til disse pasientene.

Ved behov for medisinsk øyeblikkelig hjelp hos pasienter med KOLS, bronkitt og astma, akutte tilstander i buk, angina pectoris og hjerterytmier synes det imidlertid - på overordnet og generelt grunnlag - å kunne foreligge et potensiale for innleggelse i kommunale ø-hjelpsinstusjoner som alternativ til sykehus. Opphold for disse pasientene karakteriseres i stor grad av lav DRG-vekt og kort liggetid, samt av gjentatte ø-hjelpsinnleggelser. Dette kan indikere pasienter med kjent tilstand og avklart behandlingsbehov som kan få et likeverdig eller bedre behandlingstilbud i en kommunal instusjon. Behovet for nivå på diagnostikk og behandling i en akuttsituasjon må likevel alltid vurderes individuelt og situasjonsbestemt.

Innenfor hver av de beskrevne gruppene vil det forekomme betydelig innbyrdes variasjon i faktiske behov for diagnostikk og behandlingssinnsats. Det lave volumet må også tas i betraktning. Med tanke på fordeling til 11 sykehusenheter og eventuelt 87 kommuner i Nord-Norge var det i 2011 snakk om svært få aktuelle hendelser per dag, uke og måned. Hvorvidt det vil være hensiktsmessig å etablere nye tilbud på dette grunnlaget må derfor vurderes nøye.

Medisinske ø-hjelpsopphold for gruppen utskrivningsklare pasienter ble betydelig redusert i omfang mellom 2011 og 2012, mest uttalt for de eldste, etter en stabil trend i den forutgående perioden. Det er nærliggende å anta at dette har sammenheng med Samhandlingsreformens skjerpete krav til kommunene hva gjelder finansiering av opphold for utskrivningsklare pasienter. Hvilke konsekvenser denne praksisendringen har hatt for de berørte pasientene, eller for tilbudet til andre pasienter i hhv sykehus og kommunale instusjoner, er det ikke mulig å vurdere på bakgrunn av foreliggende data.

Vedlegg

Tabell 17 Medisinsk ø-hjelp etter vanligste pasientgrupper (aggregerte DRG-grupper) for pasienter 50 år og over. Bosatte Helse Nord 2011.

Pasientgruppe	Pasienter		Opphold			DRG- p/ opph	Liggedøgn		
	N	%	N	%	N/dag		Sum	%	Median
Akutt hjerteinfarkt	1054	6 %	1633	6 %	4	2.1	9753	7 %	4
Lungebetennelse	1047	6 %	1577	6 %	4	1.3	10936	7 %	5
Karsykdi i hjernen inkl TIA	1174	7 %	1464	6 %	4	1.5	14240	10 %	5
Akutte tilstander i buk	989	6 %	1383	5 %	4	0.5	4615	3 %	2
Brystsmerter	836	5 %	1027	4 %	3	0.3	1515	1 %	1
Hjertearytmier	669	4 %	955	4 %	3	0.5	2765	2 %	2
KOLS, bronkitt & astma	423	3 %	831	3 %	2	0.8	3856	3 %	3
Angina pectoris	526	3 %	775	3 %	2	0.5	2202	1 %	2
Infeksj. i nyrer & urinveier	422	3 %	705	3 %	2	1.0	4127	3 %	4
Hjertesvikt	325	2 %	635	2 %	2	1.2	4977	3 %	6
Sepsis	346	3 %	569	2 %	2	2.1	6042	6 %	8
Magesår/blødn i fordøy.	338	3 %	506	2 %	1	1.0	2298	2 %	3
Rygglidelser	371	3 %	483	2 %	1	0.7	2531	2 %	3
Ondart. sykdi i fordøy.org.	216	2 %	462	2 %	1	1.5	3227	3 %	5
Svulst i åndedr.syst.	206	2 %	454	2 %	1	1.7	3936	4 %	6
Respiratortrengende tilst.	239	2 %	435	2 %	1	2.2	4403	4 %	7
Sykdi i røde blodlegemer	206	2 %	399	2 %	1	0.7	1671	2 %	2
Diagn perkutan hjertepros	158	1 %	379	1 %	1	0.7	1574	1 %	3
Synkope og kollaps	288	2 %	359	1 %	1	0.4	914	1 %	2
Godart. sykdi i galleveiene	242	2 %	350	1 %	1	0.9	1594	1 %	4
Nyresvikt	199	2 %	341	1 %	1	1.5	2888	3 %	6
Kramper & hodepine	227	2 %	337	1 %	1	0.5	1210	1 %	2
Ernær./stoffsiftesykdi	175	1 %	326	1 %	1	0.8	1722	2 %	3
Lymfom/ikke-akutt leukemi	116	1 %	324	1 %	1	1.7	2727	3 %	4
Brudd ekskl lår/hofte/bekk..	239	2 %	296	1 %	1	0.5	1027	1 %	2
Svimmelhet	244	2 %	291	1 %	1	0.5	787	1 %	2
Infeksjon i hud og underhud	218	2 %	289	1 %	1	0.9	1571	1 %	4
Psyk lid ekskl sp.forst./rus	185	1 %	289	1 %	1	0.9	2676	2 %	6
Sykdi i fordøyelsesorgan	171	1 %	263	1 %	1	0.9	1291	1 %	3
Skade av hud, underhud	187	1 %	238	1 %	1	0.5	702	1 %	2
Uspes sykdi i åndedr.organ	133	1 %	222	1 %	1	0.6	690	1 %	2
Brudd lårbein/hofte/bekken	165	1 %	212	1 %	1	1.0	1321	1 %	4
Sykdi i de perifere kar	129	1 %	202	1 %	1	0.8	956	1 %	3
Ondart svulst i lever/galle/..	84	1 %	200	1 %	1	1.5	1605	1 %	6
Delsum/ % av hovedutvalg	12547	75 %	19211	74 %	52		108349	72 %	
Totalt hovedutvalg	16803		26002		71	1.1	149853		3

Referanseliste

Aaraas, I. J., et al. (2011). Helsetjenester til syke eldre. Rapport fra ekspertgruppe nedsatt av Helse- og omsorgsdepartementet november 2010. Oslo.

Colman, J. (2008). The Management of Chronic Conditions by NHS Wales, Wales Audit Office.

Eriksen, B. (1999). "The potential for reducing inappropriate hospital admissions: A study of health benefits and costs in a department of internal medicine." ISM skriftserie(48).

Heiberg, I. (2010). Vertskommunenes forbruk av sykehustjenester. Tromsø, Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE).

Heiberg, I. (2012). Bruk av sykestuer og sykehus i sykestuekommuner i Finnmark, Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE).

Helse- og omsorgsdepartementet (2011). Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015). Oslo.

Helsedirektoratet (2013). Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Veiledningsmaterieill. Revidert 01/2013. Oslo.

Imison, C., et al. (2012). Older people and emergency bed use: exploring variation, King's Fund.

Sørbye, L. W., et al. (2009). Kunnskap om svikt i tjenester til skrøpelige eldre. Nyere norsk forskning relatert til helse- og sosialtjenesten., Diakonhjemmet høgskole.

Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering

Postadresse

SKDE
Postboks 6
9038 Tromsø

Besøksadresse

Universitetssykehuset Nord-Norge
Plan 5, Fløy C0
Sykehusveien 38
Breivika
9038 Tromsø

Kontakt

Tlf.nr 77 75 58 00
E-post post@skde.no

Internett

www.skde.no
www.kvalitetsregistre.no

ISBN: 978-82-93141-11-2

Alle rettigheter SKDE.