

Utposten publiserer artikkelserien under denne fellesbetegnelsen. Vi ønsker å sette søkelys på felter av allmennmedisinen som kan virke vanskelige, uklare og diffuse, og som man kanskje ikke lærte så mye om på doktorskolen, men som vi stadig konfronteres med i vår arbeidshverdag. Redaksjonen ønsker også innspill fra leserne.

Medisinsk øyeblikkelig i Helse Nord i et samhand

■ **INA HEIBERG** • Samfunnsøkonom og forsker ved Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE)

■ **TRINE MAGNUS** • Lege, MPH og leder av SKDE

Undersøkelse av sykehusopphold for medisinsk ø-hjelp i Helse Nord gir liten støtte til antakelsen om at mange pasienter kunne eller burde vært innlagt i kommunale ø-hjelps-institusjoner i stedet. Derimot indikeres gjennomgående høy sykkelighet og behov for avansert diagnostikk og behandling hos pasienter som innlegges for medisinsk ø-hjelp.

Bakgrunn

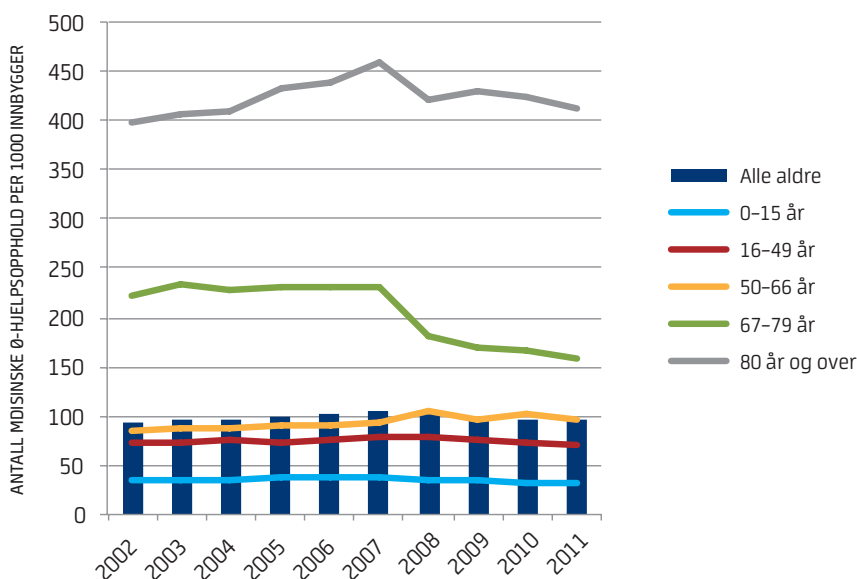
Det hevdes med jevne mellomrom at mange pasienter unødig innlegges i sykehus, og Nasjonal Helseplan pålegger kommunene innen 2016 å sørge for døgntilbud for pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp. Ifølge Helsedirektoratets veileder gjelder dette pasienter som kommunene selv har mulighet for å utrede, behandle og yte omsorg for. En rapport fra Aaraas og medarbeidere om helsetjenester til eldre, konkluderte med at døgnopphold i kommunale institusjoner bør være alternativ til sykehusinnleggelse bare for pasienter med avklart diagnose, i stabil fase, uten akutt funksjonssvikt og uten uttalt komorbiditet. Det finnes imidlertid liten dokumentasjon på hvilke og hvor mange pasienter dette dreier seg om og dermed liten hjelp for kommunene i planlegging av dette lovpålagte tilbudet. SKDE har i denne forbindelsen undersøkt sykehusinnleg-

gelser for medisinsk øyeblikkelig hjelp for befolkningen i Helse Nord. Data er hentet fra Norsk pasientregister (NPR) og omfatter døgnopphold for medisinsk ø-hjelp for bosatte i Helse Nord i 2011. Formålet har vært å skaffe en oversikt over omfang av medisinsk ø-hjelp i sykehus før iverksetting av samhandlingsreformen, og særskilt med tanke på kommunenes planleggingsarbeid, å peke på grupper av pasienter som potensielt kan få dekket sitt behov for akutt helsehjelp i framtidige ø-hjelps døgntilbud i kommunale institusjoner.

Beskrivelse av materialet

Behovet for medisinsk ø-hjelp viser seg samlet sett å ha vært ganske stabilt i perioden 2002–2012. I figur 1 er dette framstilt som innleggelses pr. 1000 innbyggere pr. år for ulike aldersgrupper. Man ser en tendens til reduksjon i aldersgruppen 67–79 år og en svak økning i aldersgruppen over 80 år. I figur 2 vises opphold for medisinsk ø-hjelp etter alder for hhv kvinner og menn. Den høye forekomsten for kvinner i fertil alder skyldtes i stor grad opphold i forbindelse med svangerskap og fødsler, og en valgte derfor å

FIGUR 1: Innleggelses pr. 1000 innbyggere pr. år 2002–2011.



hjelp lingsperspektiv

analysere akuttinnleggelse for befolkningen over 50 år i de videre undersøkelsene.

Figur 3 viser at 54 prosent av alle døgnopphold for pasienter over 50 år bosatt i Helse Nord er medisinske ø-hjelpsopphold, mens opphold for kirurgisk ø-hjelp utgjør 10 prosent. Det var til sammen 26 000 opphold for medisinsk ø-hjelp for pasienter over 50 år i 2011 i Helse Nord, dvs 71 medisinske ø-hjelpsinnleggelse pr. døgn, som fordeler seg på 11 sykehus.

Pasienter som innlegges for medisinsk ø-hjelp har oftest korte opphold. Bare 9 pro-

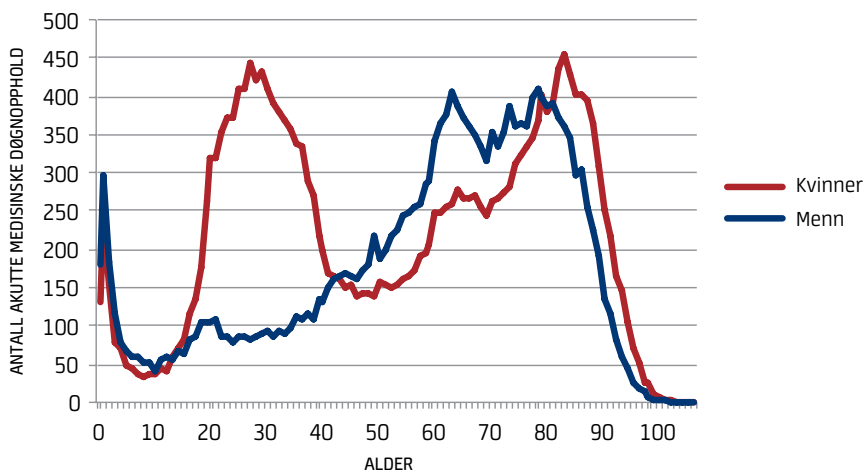
sent hadde opphold som varte mer enn 14 dager, mens over halvparten hadde opphold som varte ett til tre døgn. Den lille andelen (4 prosent) av pasienter som hadde enkeltopphold på mer enn 21 døgn, står for 24 prosent av samlet liggetid for medisinsk ø-hjelp. Sammenhengen mellom andel pasienter, opphold og liggedøgn er vist i figur 4 på side 8.

Hva feiler pasientene?

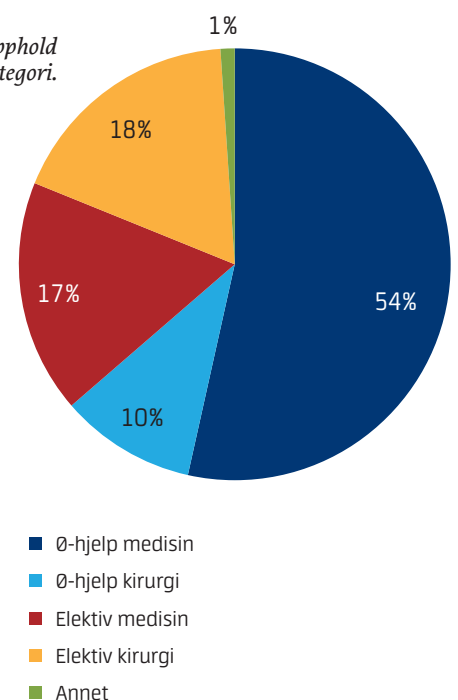
Ovenstående oversikt har liten nytte for kommunale helsetjenester i planleggingen

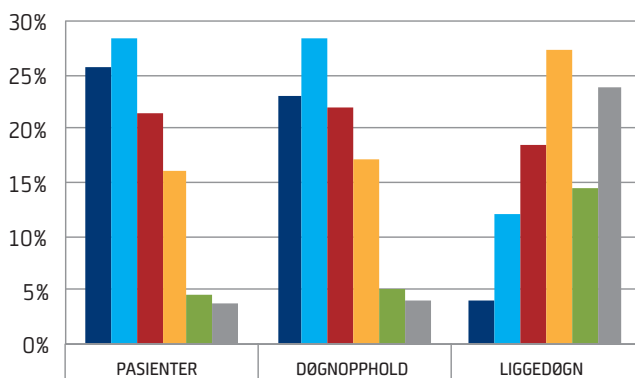
av døgntilbud for ø-hjelp, der man trenger kunnskap om hva pasientene feiler og hva slags behandling de har behov for. NPR er den eneste datakilden vi har til slik kunnskap i dag, men har i denne sammenhengen dessverre en del begrensninger. Hvert opphold blir ved utskrivelsen kodet med en hoveddiagnose og eventuelle bidiagnoser fra ICD-10, samt prosedyrekoder for særskilt definerte behandlinger. Samlet koding fører til at et opphold i ettertid defineres til en av mer enn 500 DRG-er (diagnoserelaterte grupper). Det er

FIGUR 2: Opphold for medisinsk ø-hjelp fordelt på alder og kjønn.



FIGUR 3: Døgnopphold fordelt etter kategori.





	PASIENTER	DØGNOPPHOLD	LIGGEDØGN
1 liggedøgn	26%	23%	4%
2-3 liggedøgn	28%	28%	12%
4-6 liggedøgn	21%	22%	18%
7-13 liggedøgn	16%	17%	27%
14-20 liggedøgn	5%	5%	15%
21 liggedøgn eller mer	4%	4%	24%

FIGUR 4: Sammenheng mellom andel pasienter, opphold og liggedøgn.

på dette grunnlaget ikke mulig å avgjøre hvordan problemstillingen eller tilstanden var på innleggelsestidspunktet. Disse forholdene er det viktig å ta i betraktning ved tolkning av kliniske data fra NPR.

Vi har ønsket å bidra med oversikter som kan være av praktisk nytte for kommune i deres planleggingsarbeid. Vi har derfor analysert oppholdene for medisinsk ø-hjelp inndelt i grupper med antatt klinisk relevans, basert på samling av DRG-er for tilgrensende sykdomsområder. Opphold i disse ti gruppene utgjorde 42 prosent av alle opphold for medisinsk ø-hjelp for personer over 50 år i Helse Nord i 2011 og omfattet i snitt 30 innleggelser pr. døgn. Ulike former for hjertesykdom (hvh akutt infarkt, arytmier, angina pectoris og hjertesvikt) utgjorde den største gruppen, og stod for 15 prosent av innleggelsene og i snitt 11 innleggelser pr. døgn. Deretter kom lungebetennelser og hjerneslag, med hhv 6 prosent av innleggelsene og i snitt fire innleggelser pr. døgn. Opphold pga. brystsmarter utgjorde 4 prosent og angina pectoris 3 prosent. Disse siste antas beskrivende for situasjoner der pasientene innlegges med mistanke om hjerteinfarkt, som så avkrefte etter adekvat diagnostikk. Slike opphold beskrives ofte – i ettertid og med fasiten i hånd – som «unødvendige», mens det i realiteten sannsynligvis hadde vært uforvarlig ikke å legge inn pasienten gitt symptombildet på innleggelsestidspunktet.

Generelt gjelder for denne oversikten at det er vanskelig å konkludere mht. potensialet for kommunale ø-hjelpsenheter. Mange av gruppene har høy gjennomsnittlig DRG-vekt (> 1) som tilsier at det har vært behov for avansert og/eller omfattende og/eller langvarig medisinsk diagnostikk og behandling i sykehus. For andre grupper gjelder usikkerhet mht. situasjonen på innleggelsestidspunktet som beskrevet ovenfor. Vi har derfor videre undersøkt pasientsammensetningen i noen utvalgte grupper av potensiell interesse, som beskrives i de følgende avsnittene.

Gjengangerne

Det er antatt fra Helsedirektoratets side at pasienter som kan være aktuelle for kommunale ø-hjelps døgnopphold er de samme som hyppig blir innlagt i sykehus. Vi har derfor undersøkt hvilke pasientgrupper som oftest har gjentatte ø-hjelpsinnleggelser, definert som tre eller flere pr. år. De ti største gruppene, oppgitt etter fallende hyppighet, er pasienter med hhv akutt hjerteinfarkt, lungebetennelser, KOLS/astma, akutte tilstander i buk, hjertesvikt, angina pectoris, kreft i luftveier og fordøyelsesorgan, hjertearytmier og nyre- og urinveisinfeksjoner. Blant disse kan pasienter med kjent obstruktiv lungesykdom, hjertesvikt og hjertearytmi, samt pasienter med nedre urinveisinfeksjoner, være potensielt aktuelle for kommunalt ø-hjelps-

tilbud. Det samme kan gjelde kreftpasienter i terminal fase etter avtale med sykehus. De øvrige gruppene har høy DRG-vekt, som betyr et høyt gjennomsnittlig ressursforbruk. Dette tilsier at pasientene har fått avansert og eller omfattende, evnt langvarig, diagnostikk og behandling og kan derfor antas lite aktuelle for ø-hjelpsinnleggelse i kommunale institusjoner.

Reinnleggelser

Det er også et betydelig fokus på reinnleggelser, definert som ikke planlagte innleggelser innen 30 dager fra forrige opphold. Dels fordi dette kan betraktes som et uttrykk for for tidlig utskrivelse eller dårlig behandlingskvalitet fra sykehusets side, men også fordi det stilles spørsmål ved om pasientens behov i slike situasjoner kunne vært dekket ved innleggelse i kommunale ø-hjelpsenheter i stedet for i sykehus. Vi har derfor undersøkt hvilke pasientgrupper som oftest blir reinnlagt som medisinsk ø-hjelp. Slike reinnleggelser utgjør 18 prosent av alle opphold for medisinsk ø-hjelp for personer over 50 år. Blant gruppene med lav DRG-vekt (< 1) finner vi også her pasienter med obstruktiv lungesykdom, infeksjoner i nyre- og urinveier eller hjertearytmier. De fleste diagnosegruppene har imidlertid høy DRG-vekt, som uttrykk for et gjennomsnittlig høyt forbruk av sykehusressurser. Det synes dermed som om et mindretall av pasienter som reinnlegges istedet kunne vært innlagt i kommunale ø-hjelps døgnenheter.

Hva med langliggere?

Pasienter med lang liggetid i sykehus har stort fokus, og mange mener at slike opphold bør kunne forkortes. Det er selvsagt teoretisk mulig at pasienter innlagt for medisinsk ø-hjelp kunne vært overført til kommunalt omsorgsnivå tidligere i forløpet enn det som i praksis skjer. Vi har derfor undersøkt hvilke pasientgrupper som har liggetid på mer enn 14 dager i forbindelse med en medisinsk ø-hjelpsinnleggelse. Den største gruppen var pasienter med hjerneslag. Der var det i 2011 258 akutt opphold med varighet lengre enn 14 dager for 208 pasienter. Deretter følger lungebetennelser, akutt hjerteinfarkt, sepsis og hjertesvikt. Det presiseres at diagnosen lungebetennelse ofte uttrykker en aktuell komplikasjon eller følgetilstand til alvorlig og/eller underliggende sykdom. Der som lungebetennelsen anses som mer ressurskrevende enn grunn sykdommen, vil lungebetennelsen, og ikke grunn sykdom-

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 gjennomsnittlig 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 retningsregler, og skyldes først og fremst pasientenes behov for bred og spesialisert diagnostisk og behandlingmessig kompetanse.

SKDE
Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering

FAKSIMILE AV FORSIDEN PÅ «MEDISINSK Ø-HJELP I HELSE NORD»

mer rygg smerter på «ti-på-topp»-lista for opphold med lav DRG og lungebetennelser tilsvarende for opphold med kort liggetid.

Som nevnt tidligere er det en utfordring på bakgrunn av utskrivelsesdiagnose, dvs. medisinsk fasit, å vurdere hvordan symptom bildet og behovet for diagnostisk avklaring var i akutt situasjonen, og en overvekt av disse gruppene vil åpenbart ha behov for avklarende sykehusdiagnostikk. Likevel er det blant disse pasientene det kan antas at noen pasienter kunne blitt behandlet lokalt gitt et forsvarlig øyeblikkelig hjelp-tilbud. En tilleggsutfordring er at sykdomspanoramaet og tilsvarende behov for kompetanse er bredt, mens forekomst i hver sykdomsgruppe er lav. For eksempel er det i snitt pr. døgn en til to akuttinnleggelser for obstruktiv lungesykdom med kort liggetid eller lav DRG i hele Helse Nords befolkning over 50 år. Dette tilsvarer for en kommune med 50 000 innbyggere omtrent 35 ø-hjelpsinnleggelser pr. år for obstruktiv lungesykdom i aldersgruppen over 50 år, tilsvarende omtrent tre til fire for en kommune med 5000 innbyggere.

Oppsummering

Oppsummert kan det – på bakgrunn av våre undersøkelser av data tilgjengelige i NPR – synes som om potensialet for overføring av innleggelser for medisinsk ø-hjelp fra sykehus til kommunale ø-hjelps døgnenheter er moderat. Opphold for medisinsk ø-hjelp i sykehus i dag omfatter et bredt spekter av sykdomstilstander, pasientene har ofte uavklarte tilstander, høy sykkelighet og betydelig komorbiditet, som indikerer behov for diagnostikk og behandling i sykehus. For noen pasienter med obstruktiv lungesykdom, angina pectoris og hjertearytmier, med avklart tilstand og avklart behandlingsbehov, kan akutt helsehjelp i kommunale døgnenheter med adekvat kompetanse være et fullgodt tilbud. Volumet totalt sett og særlig i hver pasientgruppe synes ut fra våre data å være lavt. Hvorvidt det er hensiktsmessig med noen bred desentralisering av akutt tilbudet for disse pasientene finnes det således beskjeden støtte for på bakgrunn av data fra Helse Nord.

■ INA.HEIBERG@UNN.NO
■ TRINE.MAGNUS@UNN.NO

men, registreres som hoveddiagnose. Samlet er å si om gruppen med lang liggetid at den omfatter til sammen 7 prosent av alle pasienter over 50 år som innlegges for medisinsk ø-hjelp, at median liggetid er 21 dager, og at oppholdene i de ti hyppigst forekommende diagnosegruppene har et høyt gjennomsnittlig ressursforbruk. Potensiale for overføring til kommunale døgninstitusjoner kan synes moderat.

Hva med korte ukompliserte innleggelser? Gitt argumentasjonen ovenfor om at høy DRG og/eller lang liggetid indikerer behov for avansert og / eller omfattende sykehusbehandling, har vi undersøkt pasientsammensetningen for opphold med lav DRG (< 1) og for opphold med kort liggetid (ett til to døgn) for å se om det her kan identifiseres grupper som kan få sitt behov for akutt hjelp ivaretatt i kommunale ø-hjelps-institusjoner. Hypotesen er da at en lav DRG-vekt og/eller kort liggetid kan indikere at behovet for akutt helsehjelp består av observasjon uten avansert intervensjon, av gjennomføring av et kjent og begrenset behandlingsregime, eventuelt en kombinasjon. Med ett unntak er listen over de ti hyppigst forekommende tilstandene for opphold med lav DRG sammenfallende med opphold med kort liggetid. Listen omfatter bryst smerter, akutte tilstander i buk, hjertearytmier, angina pectoris, obstruktiv lungesykdom, akutt hjerteinfarkt, hjerneslag og TIA, synkope og kollaps. I tillegg forekom-

RAPPORT

Den fullstendige rapporten «Medisinsk ø-hjelp i Helse Nord» finnes på SKDEs nettsider: <http://www.helse-nord.no/publikasjoner/medisinsk-oe-hjelp-i-helse-nord-article106323-10790.html>.