

Rapport arbeidsgruppe reinnleggelser

Østfold helsefellesskap

2025

To illustrerende caser fra den kliniske hverdagen som eksemplifiserer reinnleggelser:

“Fru Olsen har hjertesvikt og KOLS og har hyppige forverrelser som krever sykehusinnleggelse. Legene på sykehuset ser at fru Olsen har all tilgjengelig behandling for sine sykdommer, men likevel mye plager og dårlig livskvalitet. Hun plages av all transport til og fra sykehuset. Sykehuset har ikke mer å tilby av behandling, og de tenker at fru Olsen bør lindres best mulig i kommunal regi. Legene skriver imidlertid ikke dette tydelig i epikrisen, og de legger heller ikke en plan for lindrende tiltak. 3 dager etter utskrivelse blir fru Olsen dårligere igjen. Hjemmesykepleier i samråd med fastlege legger pasienten inn på sykehus som vanlig.”

“Herr Jensen er gammel, multisyk og skrøpelig. Har hjemmesykepleie 4 ganger per døgn. Blir nå innlagt sykehus med UVI som gjorde at han fikk en forvirringstilstand. Han er nå bedre, men trenger hjelp til stell og mat. Sykehuset beskriver et høyt behov for omsorg i PLO-meldinger fra til kommunen, og tenker at pasienten vil trenge døgnkontinuerlig omsorg. Kommunen mener imidlertid at pasienten kan ivaretas hjemme ved å øke hjemmesykepleie til x 6 per døgn. Sykehuset skriver derfor pasienten ut til hjemmet. 3 dager etter utskrivelsen blir herr Jensen igjen forvirret. Han klarer seg ikke hjemme, og blir derfor innlagt i sykehus på nytt.”

Innholdsfortegnelse

- **Del 1: Oppdrag, organisering og prosess**
 - 1.1 Innledning
 - 1.2 Tidligere rapporter inkludert IHT
- **Del 2: Datagrunnlag, definisjon og utvalg**
 - 2.1 Datagrunnlag
 - 2.2 Periode
 - 2.3 Definisjoner
 - 2.4 Utvalg
- **Del 3: Analytisk tilnærming**
 - 3.1 Tradisjonelt analysefokus – «Benchmarking»
 - 3.2 Hendelsesbaserte analyser - «Case analyse»
 - 3.3 Driveranalyser
- **Del 4: Utskrivelsesprosessen på sykehus**
- **Del 5: Reinnleggelser i Østfold- statistikk og drivere**
 - 5.1 Analyse av årsaker
 - 5.2 Hva kjennetegner den reinnlagte Østfoldpasienten samlet sett?
- **Del 6: Case med 3 utvalgte kommuner**
 - 6.1 Reinnleggelser i Råde, Fredrikstad og Halden
 - 6.2 Råde
 - 6.3 Halden
 - 6.4 Fredrikstad
 - 6.5 Samlet oppsummering av hendelsesbaserte analyser
- **Del 7: Fremtidsbilde – hvordan redusere reinnleggelser gjennom teknologi- og strukturendring**
- **Del 8: Oppsummering og anbefalinger fra utvalget**
 - 8.1 Oppsummering av funn
 - 8.2 Forbedringsforslag på sykehus
 - 8.3 Forbedringsforslag kommunene
 - 8.4 Forbedringsforslag samarbeid og relasjoner

Del 1 Oppdrag, organisering og prosess

1.1 Innledning

I lys av forventet kapasitetsutfordring ved Sykehuset Østfold også fremover har Strategisk samarbeidsutvalg (SSU) i Helsefelleskapet i Østfold identifisert reinnleggelser som et innsatsområde. Helsefelleskapet har derfor nedsatt arbeidsgruppen med medlemmer fra de 5 kommunale legevaktsområdene i Østfold og fra Sykehuset Østfold med følgende mandat:

- Arbeidet omfatter somatiske pasienter.
- Se på alle kommunene i opptaksområdet og velge 1-2 med få reinnleggelser og 1-2 med mange reinnleggelser for grundigere analyser.
- Er det ulikheter i tjenestetilbud eller populasjon som kan forklare variasjonene?
- Utpeke fagpersoner fra 1-2 kirurgiske avdelinger og 2-3 medisinske avdelinger for å se på reinnleggelser i samme gruppe. Lære av hverandre.
- Identifisere eventuelle fellestrekk, og foreslå innsatsområder for SSU.
- Se arbeidet i sammenheng med annet forbedringsarbeid som pågår i akuttmottaket og SØ for øvrig, herunder rapporter om reinnleggelser fra 2016 og 2018
- Innsatsområder bør samstemmes med prosjekt integrerte helsetjenester (IHT) som starter opp 1. januar 2025.

Det ble under oppnevnelsen av utvalget avtalt leder og sekretær av gruppa.

Vi har arbeidet via flere kanaler:

- Felles møter med hele gruppa, både fysisk og digitalt
- For analyseuttrekk har Lars hatt møter med representanter fra flere legevaktsregioner hver for seg, og med Øystein
- Medlemmene fra Sykehuset Østfold har hatt eget møte

Fellesmøter har vært brukt til

- Gjennomgang av statistikk og data fra Lars
- Gjennomgang av to tidligere rapporter
- Informasjon om IHT
- Felles diskusjoner og innspill fra de ulike deltakerne
- Fordeling av oppgaver
- Diskusjon rundt strategi for videre arbeid

Mandatet ga veldig konkrete oppdrag rundt arbeidsmetodikk. Under arbeidet har vi måttet justere arbeidsmetodikken noe fra mandatet for at funn skal gi nytte og mening. Ut ifra

tilgjengelig statistikk var det vanskelig å fastslå sammenlignbare kommuner som over tid hadde få eller mange reinnleggelser. Alle kommuner er i konstant endring i organisering og tjenestetilbud, tallene varierer fra år til år, og kommunene er også ulike i demografi og størrelse. Vi fant det derfor mer hensiktsmessig å dybdeanalysere noen få kommuner over tid, særlig rundt interne organisatoriske endringer, for å se hvordan det påvirket reinnleggelser. Representanter fra disse kommunene i arbeidsgruppa la selv inn ønske om en slik analyse. Vi mener en tilnærming hvor man følger en gitt problemstilling/kommune over tid kan gi mer informasjon enn å sammenligne ulike kommuner i nåtid.

1.2 Tidligere rapporter inkludert IHT

Det foreligger rapporter fra to tidligere arbeidsgrupper i Østfold rundt samme tema fra 2016 (*Reinnleggelser i sykehus for pasienter med KOLS og hjertesvikt i Østfold*) og 2018 (*Hjertesvikt/KOLS- Hvordan samhandle og tilrettelegge for å forebygge reinnleggelser*). Arbeidsgruppa har i fellesskap gått gjennom anbefalinger fra disse rapportene. Noen av anbefalingene fra disse rapportene har blitt prøvd ut i kortere perioder, for eksempel via pilotprosjekter, mens andre ikke har blitt fulgt opp. Arbeidsgruppen har ikke klart å få full oversikt over dette, men ut ifra vår erfaring er svært få av anbefalingene i aktiv "drift" nå. Begge disse rapportene hadde fokus på sykehusets utskrivningspraksis og oppfølging, og kom med ulike anbefalinger i forhold til oppfølging fra sykehuset etter utskrivelse, samt dokumentasjon og kommunikasjon. Varianter av forsterket utskrivelse der sykehuset fortsetter oppfølging etter utskrivelse i ulike former har på bakgrunn av rapportene også vært testet ut, enten i prosjekt, eller som pilot etterpå. Flere av disse forsøkene har indikert positive resultater, men det har vært få pasienter inkludert, og oppfølgingen har vært ressurskrevende.

Ingen av de tidligere rapportene drøftet tiltak eller forhold i kommunal omsorg som kunne redusere reinnleggelser eller øke kvalitet. Denne gruppa ønsker derfor, i tillegg til å vurdere forbedringsområder ved Sykehuset Østfolds praksis, også å vurdere om faktorer ved kommunal helsehjelp kan påvirke reinnleggesraten. Dette kan f.eks. være:

- Antall og type institusjonsplasser
- Grad av omsorgsnivå etter utskrivelse
- Endringer/omlegging av drift/rutiner

Dette er utfordrende fordi for eksempel antall institusjonsplasser er i endring, og kan også være dynamisk. Vurdering av omsorgsnivå er også vanskelig å definere/målsette og dermed vanskelig å sammenligne. Vi har derfor valgt en egen tilnærming til tre kommuner som er i endring. Dette beskrives under del 6 i rapporten.

Del 2 Datagrunnlag, definisjon og utvalg

2.1 Datagrunnlag

Datagrunnlag er hentet fra regionens datagrunnlag som utleveres etter avtale hver måned fra Folkehelseinstituttet. Data omfatter sykehusdata (Norsk pasientregister – NPR) og kommunedata (Kommunalt pasientregister - KPR). Rådata er for hele landet ned på kontaktnivå/kommunenivå. Det er laget en fiktiv pasient-ID som muliggjør at data fra sykehus og kommune kan sees i en felles sammenheng.

Etter at data er mottatt så lages det ulike tilrettelagte datasett. For analyse av reinnleggelser er det laget to tilrettelagte datasett:

- **Reinnleggelser Helse Sør-Øst;** data der alle akuttinnleggelser der definisjonen av reinnleggelser er aktuell blir flagget som en reinnleggelse. Data er avgrenset til kommuner eller sykehus i Helse Sør-Øst
- **Koblet data Råde/Halden/Fredrikstad;** Kommune- og sykehusdata for de tre kommunene kobles sammen på individnivå for å kunne følge pasientens historie over tid

Selve datagrunnlaget er lagret innenfor sikker sone i Helse Sør-Øst/Sykehuspartner, og er omfattet av GDPR (personensitive data) og håndteres deretter. Alle presentasjoner og visninger i rapporten er aggregert slik at personvernet er ivaretatt.

2.2 Periode

Data for reinnleggelser er hentet fra 2019 til mai/juni 2025.

For data for fastleger/legevakt (KUHR-data) er det data til og med mars 2025 som har tilfredsstillende kvalitet (månedlig oppdatering).

Data for vedtaksbaserte tjenester i kommunen er oppdatert til og med desember 2024 (oppdateres en gang per år).

To nasjonalt definerte pasientgrupper brukes i analysen; Kronikere og eldre med skrøpelighet (også omtalt som skrøpelige eldre). Her brukes et datasett fra 2023.

2.3 Definisjoner

- Reinnleggelse

En øyeblikkelig hjelp-innleggelse innen 30 dager etter at pasienten tidligere har vært innlagt. Det er ikke krav til samme diagnose eller samme sykehus.

Definisjonen gjelder alle pasienter innen alle tjenesteområder. I denne rapporten sees det kun på somatikk.

- Utskrivningsklare pasienter (UKP, også forkortet som USK)

Dette er pasienter som skrives ut med anbefaling om «overføring» til et kommunalt tilbud. Disse pasientene kan deles inn i 2 grupper:

- Utskrivningsklare pasienter – som avtalt

Dette er pasienter som etter dialog mellom sykehus og kommune etter ferdigbehandling i sykehus, overføres/mottas i kommunen med et kommunalt tilbud som avtalt

- Utskrivningsklare pasienter – overliggere
Dette er pasienter som er ferdigbehandlet på sykehuset, men som venter (i sykehuset) på å overføres/mottas i kommunen med et kommunalt tilbud. Her er det også data for hvor mange dager pasienten ligger og venter. Dette er gjenstand for fakturering av døgnpris fra sykehusene.

En nøkkel for å forstå forskjeller i reinnleggelser, er å forstå forskjeller i omfang på utskrivningsklare pasienter (UKP). Tall for hele Norge for 2019 – 2025 i tabellen under:

	Fordeling antall døgnopphold	Fordeling antall liggedøgn	Gj liggetid *	Fordeling antall reinnleggelser	Reinnleggelser i % av døgnopphold
Ikke UKP	84 %	72 %	3,2	68 %	10 %
UKP - overliggere	2 %	7 %	10,9	4 %	24 %
UKP - som avtalt	14 %	21 %	5,6	27 %	23 %
Samlet	100 %	100 %	3,7	100 %	12 %
UKP samlet	16 %	28 %		32 %	

**) Liggetiden vises samlet for overliggere - ikke kun tiden de er "overliggere"*

Tabell 1: Døgnopphold, liggedøgn og gjennomsnittlig liggetid og reinnleggelser fordelt på UKP grupper

UKP samlet står for kun 16 % av antall døgnopphold, 28 % av antall liggedøgn, og 32 % av antall reinnleggelser. Kapasitetsmessig er altså disse pasientene krevende for sykehusene.

- Pasientgrupper

I forbindelse med innføring av samhandlingsreformen i 2012 ble det etablert et sett med pasientgrupper for nasjonal rapportering basert på ICD-10 koding i sykehusene. Pasientgruppene skulle være satt sammen slik at de viste relevante pasientgrupper i et samhandlingsperspektiv mellom kommuner og sykehus. Det eksisterer ulike typer pasientgrupper avhengig av formålet med analysen. For reinnleggelser er pasientgruppene for «samhandling» benyttet:

Pasientgrupper	Andel re innl	Re innl i %
Akutt skade hofte/lår	0,13 %	11,24 %
Andre diagnosegrupper	65,56 %	11,80 %
Hjertesykdommer	8,20 %	10,30 %
Kreftsykdommer	10,48 %	15,79 %
Lungesykdommer	4,17 %	18,70 %
Sykdommer i muskler og ledd	2,82 %	5,22 %
Sykdommer i nervesystemet inkl. hjerneslag	2,70 %	9,21 %
Øvrige indremedisinske sykdommer	5,93 %	13,73 %
Totalsum	100,00 %	11,74 %

Tabell 2: Fordeling av reinnleggelser og reinnleggelser i % av alle døgnopphold fordelt på pasientgrupper

For analyseformål er reinnleggelser for kreftsykdommer tatt ut av tallgrunnlaget. Analysen er i liten grad tatt ned på pasientgruppenivå. Det er viktig å merke seg den høye reinnleggesraten for lungepasienter. Høyt innslag av lungepasienter og øvrige indremedisinske sykdommer i befolkningen vil bidra til et økt samlet nivå på reinnleggelser.

2.4 Utvalg

Rapporten om reinnleggelser har hovedfokus på de pasientene som er i flyt mellom kommunehelsetjenesten og sykehuset. I tillegg var det et ønske i arbeidsgruppen om å fjerne kreftpasienter (Kriteria; ICD-10 koder – se tabellen over), samt å og begrense aldersutvalget til pasienter over 67 år. (Kriteria; alder på pasienten).

I snitt reduserer dette omfanget av reinnleggelser med ca 50% (alder slår mest ut). I tillegg blir sammenlikningen noe annerledes. I Østfoldkommuner med høy gjennomsnittsalder (Råde) så gir dette mindre effekt enn i kommuner med lavere gjennomsnittsalder på pasientene (Fredrikstad). Dersom man har med alle pasienter over 50 år i Fredrikstad gir dette noe utslag på enkelte måltall/indikatorer. Det er likevel lagt samme kriterier til grunn for alle de 3 kommuneanalysene.

Del 3 Analytisk tilnærming

3.1 Tradisjonelt analysefokus – «Benchmarking»

Tradisjonelt brukes sammenlikning (ofte kalt «benchmarking») som et analytisk virkemiddel for å vurdere status eller utvikling av ulike måltall/områder av interesse for drift av sykehus. Ofte kobles slike analyser mot begreper som «beste praksis» eller læring på tvers.

En stor utfordring er imidlertid at jo nærmere/lavere en kommer «aktivitetskilden» (pasientgruppe, kommune), jo mer vil forskjeller påvirkes av administrative (organisering) og strukturelle faktorer (demografi, pasientsammensetning), og ikke reelle forskjeller i produktivitet, samarbeid mellom kommuner og sykehus eller kvalitet på tjenestene.

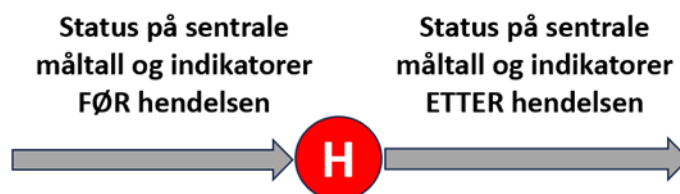
På noe aggregert nivå (Helsefelleskap, region) vil en slik tilnærming likevel være nyttig, og noen måltall er relativt upåvirket av mer strukturelle og gitte faktorer. Dette er imidlertid ikke tilfellet for reinnleggelser og det er derfor viktig å forstå de bakenforliggende drivere som bidrar til forskjeller.

For å redusere «støyen» ved liten sammenliknbarhet, er det viktig å se på trender og utvikling av nivåer på sentrale måltall for den enkelte kommune, helsefelleskap eller helseforetak, samt sette sammen grupper av «mer sammenliknbare enheter (kommuner).

Denne tilnærmingen er brukt i analysen for Råde kommune.

3.2 Hendelsesbaserte analyser - «Case analyse»

En mer fruktbar tilnærming enn å sammenligne ulike enheter mot hverandre, kan være å følge og analysere enheter over tid. Særlig rundt tidsrommet for bestemte hendelser; hva skjedde før og etter en bestemt hendelse? Hendelser kan være; innflytting i nytt sykehus, endring i behandling eller en strategisk endring. For to av kommuneanalysene er en slik hendelsesbasert tilnærming benyttet (Halden og Fredrikstad).



3.3 Driveranalyser

Både «Benchmarking» og «Hendelsesbaserte analyser» kan suppleres med analyser som har direkte fokus på bakenforliggende årsaker til tilsynelatende forskjeller, ofte kalt «drivere» (driveranalyser). Slike analyser kan bidra til å avdekke strukturelle og andre forhold som ligger «bak» måltallene.

Ulike måltall påvirkes av ulike drivere og dermed må driveranalyser settes opp spesifikt for det området vi ser på. Det er for eksempel stor forskjell i drivere for reinnleggelser og ventetider.

For reinnleggelser er det definert en egen driveranalyse der man deler inn i 2 hovedkategorier med drivere som er spesielt relevante for reinnleggelser

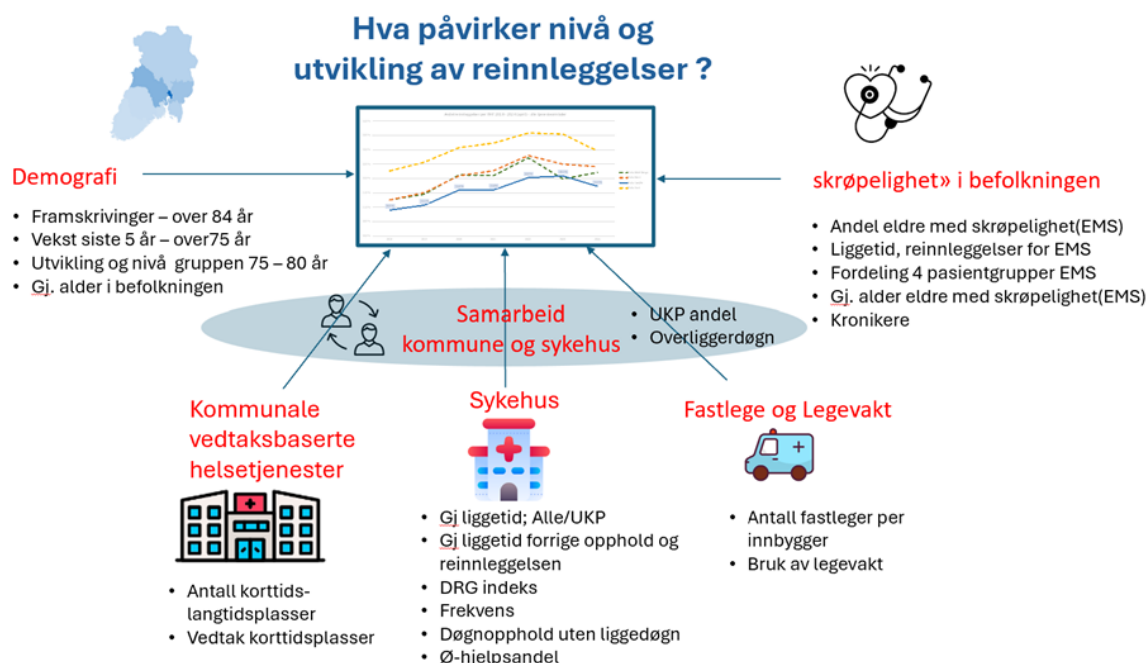
- Demografi og sykkelighet i befolkningen
- Forhold knyttet til helsetjenester i kommune eller sykehus



Figur 1: Modell for å analysere drivere for reinnleggelser

I rapporten benyttes alle tre ovenstående analyser for å belyse årsaksforhold som kan gi økt kunnskap slik at eventuelle tiltak eller korrigeringer gir best mulig effekt.

Under er det beskrevet måltall og indikatorer i de tre kommune-analysene (kan variere noe mellom kommunene og listen er ikke utfyllende). Eldre med skrøpelighet er forkortet EMS.



Figur 2: Modell for å analysere drivere for reinnleggelser med utvalgte måltall

Del 4 Utskrivelsesprosessen på sykehus

Deltakerne fra Sykehuset Østfold i gruppa hadde eget møte for kartlegging.

Det er noen ulikheter mellom avdelinger og klinikker med hensyn til utskrivningsprosess. For eksempel bruker medisinsk klinikk et eget “utskrivningsskjema” til pasienter som skrives ut til hjemmet med blant annet oppdatert medikamentliste. Dette brukes ikke ved ortopedisk og kirurgisk avdeling.

Vi hadde en runde rundt bordet for tanker om reinnleggelser, og vi ønsker å gjengi noen av disse tankene her:

Observasjon fra ortopedisk avdeling: *“Pasientene utskrevet fra ortopedisk avdeling blir hyppig reinnlagt ved andre avdelinger etterpå. Kanskje pga for dårlig medisinsk avklart før utskrivelse?”*

Fra lungeavdelingen: *“Ofte mangelfulle behandlingsplaner på pasienter som skrives ut. Mulig bedring av dette kan hindre reinnleggelser?”*

Fra hjerteavdelingen: *“Ofte kun “DIPS-tilsyn” på andre avdelinger uten å se pasienten. Kanskje forbedret tilsyn, f.eks på ortopedisk avdeling, kan redusere reinnleggelser?”*

Kanskje egen blodprøve-pakke før hjertetilsyn kan hjelpe å fange pasienter som bør tilsees for tilsyn?”

Fra kirurgisk avdeling: *“En del reinnleggelser kunne vært unngått ved lenger liggetid”*

I medisinsk klinikk får alle avdelinger i sin månedlige oppfølgingsrapport oppdaterte tall for henholdsvis 5- og 30 –dagers reinnleggelse. Pasienten regnes som reinnlagt i en avdeling når den har vært utskrevet fra samme eller annen avdeling innen henholdsvis 5 eller 30 dager. Altså uavhengig av ved hvilken avdeling eller for hvilken tilstand forrige innleggelse var.

Kirurgisk avdeling har ikke reinnleggelser som en del av sitt oppfølgingsmøte.

Tidlig epikrise er en kvalitetsindikator i sykehus og kan påvirke reinnleggingsrate. Alle avdelinger ved sykehuset rapporterer på antall epikriser sendt innen 1 døgn og innen 7 dager. Sykehusets mål er at 70% av epikrisene skal være ferdig innen 1 døgn og 100% innen 7 dager.

Statistikk viser at liggetiden ved Sykehuset Østfold ikke skiller seg vesentlig fra andre helseforetak i HSØ. Men bildet ser annerledes ut når vi sammenligner oppholdet før en reinnleggelse. Disse oppholdene har kortere liggetid i Sykehuset Østfold enn oppholdene før reinnleggelse ved andre helseforetak som har lavere reinnleggingsrate. Kan det indikere at Sykehuset Østfold bruker for lite ressurser på akkurat den gruppen med høy risiko for å bli reinnlagt?

Tiltak som allerede er i gang i sykehuset for å bedre kvalitet og som også kan redusere reinnleggelser:

- Hjertesvikt-sykepleiere fra poliklinikk jobber på døgnavd. 2 dager i uka. Har laget eget pasientforløp for hjertesviktpasienter
- Ambulerende lungeteam – Ivaretar dårlige kronikere hjemme og ved hjelp av individuelle behandlingsplaner og tiltak. Opplever de at de avverger innleggelser
- SLB med ambulant aktivitet
- Ortopedisk avdeling har startet hoftebruddstelefon der sykepleier følger opp pasienter etter utskrivelse, samt opplæring av ressurspersoner i kommunene
- Ortogeriatrici; geriatrisk visitt på ortopedisk avdeling
- Samhandlings-sykepleier på lungeavdelingen
- Prosjektet “Forsterket utskrivelse” der sykehuset har digital konsultasjon med kommunehelsetjeneste og pasient noen dager etter utskrivelse. Dette prosjektet er nylig avsluttet
- Integrerte Helsetjenester (IHT) i samarbeid med kommunene er under oppbygging

Forslag til nye tiltak internt i sykehuset:

- Planlegge utskrivelser bedre – utskrivelsen kommer ofte bardust på både pasienter og kommuner
- Bedre behandlingsplaner inkludert behandlingsavklaringer ved utreise. Mer strukturert.
- Utrede og behandle pasienter ferdig før utreise, også tilstander som ikke er primær innleggingsgrunn (Jfr pasienter med hoftebrudd og samtidig medisinske tilstander)

- Tettere oppfølging av risikopasienter etter utskrivelse.
 - Ulike former for dette er beskrevet i tidligere rapporter om reinnleggelser
 - Hjemmebesøk fra sykehuset etter utskrivelse
 - Opprettelse av halv-ø-hjelps-poliklinikk på sykehuset
 - Videreutvikle IHT

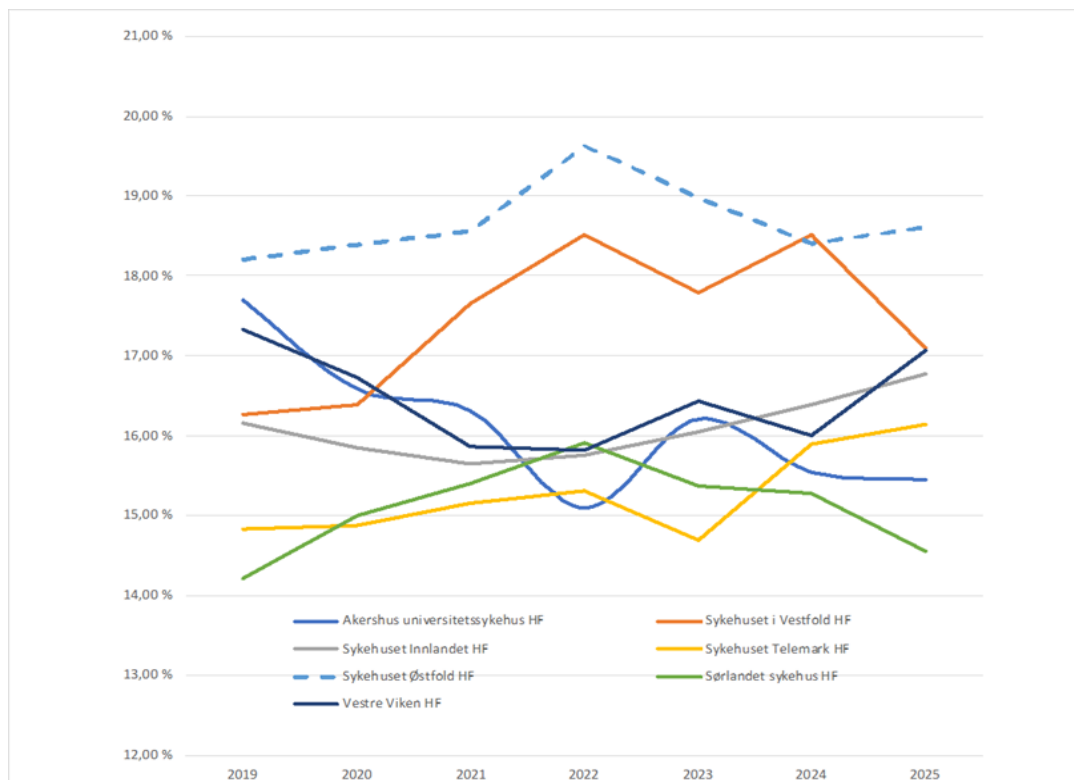
Del 5 Reinnleggelser i Østfold- statistikk og drivere

5.1 Analyse av årsaker

Østfold har tronet høyest eller nest høyest på ulike nasjonale og regionale statistikker for reinnleggelser de siste årene. Dette gjelder både om man ser på reinnleggelserne i *Helseforetaket* og sammenlikner med andre helseforetak, eller reinnleggelser for *helsefelleskapet Østfold* sammenliknet med helsefelleskap for de samme tilhørende sykehusene.

Andel reinnl	år							
		2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
SØ HF		17,6 %	18,0 %	18,5 %	19,6 %	18,8 %	18,0 %	18,2 %
SI HF		15,8 %	15,2 %	15,4 %	15,4 %	15,6 %	15,9 %	16,2 %
SiV HF		15,6 %	15,9 %	16,9 %	17,4 %	16,6 %	17,3 %	16,2 %
VV HF		16,8 %	15,9 %	14,9 %	14,9 %	15,7 %	15,0 %	16,0 %
ST HF		14,4 %	14,7 %	15,0 %	14,8 %	14,1 %	15,8 %	16,0 %
AHUS HF		17,4 %	16,2 %	15,9 %	14,8 %	15,8 %	15,4 %	15,1 %
SS HF		13,6 %	14,6 %	15,0 %	15,5 %	14,9 %	14,7 %	14,0 %
Grand Total		16,2 %	15,9 %	15,9 %	15,9 %	16,0 %	15,9 %	15,9 %

Tabell 3: Reinnleggelser i % av døgnopphold for pasientutvalg (se punkt 2.4) - Helseforetak



Figur 3: Reinnleggelser i % av døgnopphold for pasientutvalg (se punkt 2.4) - HF trendkurver

Fordelen med å se på helsefelleskap er at man kan bryte dette ned på kommunenivå som kan synliggjøre forskjeller og potensialer for reduksjon i reinnleggelser.

Andel reinnl	år							
		2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
☐ Østfold HEF		15,4 %	16,0 %	16,0 %	17,2 %	16,7 %	16,1 %	16,2 %
Aremark		8,0 %	11,9 %	7,7 %	20,9 %	18,4 %	15,1 %	22,6 %
Fredrikstad		16,4 %	17,3 %	15,3 %	18,0 %	16,8 %	16,5 %	16,2 %
Halden		15,0 %	17,5 %	15,7 %	17,4 %	15,9 %	16,1 %	19,4 %
Hvaler		15,5 %	6,1 %	18,1 %	13,4 %	13,4 %	11,6 %	16,7 %
Indre Østfold		15,3 %	13,9 %	17,7 %	14,5 %	15,4 %	15,5 %	12,9 %
Marker		10,3 %	13,4 %	9,6 %	18,8 %	16,1 %	15,6 %	13,4 %
Moss		14,8 %	14,5 %	15,2 %	18,3 %	18,2 %	17,8 %	15,7 %
Rakkestad		13,5 %	14,9 %	11,8 %	13,8 %	8,7 %	14,4 %	12,5 %
Råde		22,1 %	18,1 %	22,1 %	17,2 %	12,5 %	18,6 %	14,5 %
Sarpsborg		15,8 %	17,6 %	17,9 %	17,6 %	18,4 %	15,6 %	18,7 %
Skiptvet		12,4 %	19,4 %	4,6 %	18,9 %	14,5 %	19,0 %	8,8 %
Vestby		11,2 %	15,0 %	16,5 %	17,2 %	16,5 %	13,5 %	15,3 %
Våler (Viken)		12,7 %	14,1 %	11,5 %	18,3 %	16,2 %	12,1 %	13,0 %
☒ Oslo HEF		15,8 %	15,4 %	16,4 %	15,6 %	15,9 %	15,7 %	16,1 %
☒ Innlandet HEF		14,6 %	14,0 %	14,3 %	14,2 %	14,4 %	14,5 %	15,0 %
☒ Vestfold HEF		14,3 %	14,1 %	15,1 %	15,5 %	15,2 %	15,8 %	14,9 %
☒ Vestre Viken HEF		15,0 %	14,4 %	13,3 %	13,4 %	14,2 %	13,5 %	14,7 %
☒ Akershus HEF		15,2 %	14,3 %	14,7 %	14,1 %	15,2 %	14,8 %	14,4 %
☒ Telemark HEF		12,6 %	12,7 %	12,7 %	13,0 %	12,3 %	13,6 %	13,9 %
☒ Agder HEF		13,1 %	14,2 %	14,8 %	15,2 %	14,3 %	14,1 %	13,4 %
Grand Total		14,8 %	14,6 %	14,8 %	14,8 %	14,9 %	14,8 %	15,0 %

Tabell 4: Reinnleggelser i % av døgnopphold for pasientutvalg (se punkt 2.4) - Helsefelleskap

En viktig inndeling i to store pasientgrupper er de pasientene som skal til et kommunalt vedtaksbasert tilbud (kalt kommunale pasienter eller UKP) og de som ikke har behov for kommunale tjenester ved utskrivning. De førstnevnte har i gjennomsnitt ca 22-23% reinnleggingsrate, mens øvrige pasienter har ca 10-11%. Ca 37 % av alle utskrivinger fra sykehuset er til et kommunalt vedtaksbasert tilbud.

Tabellen under viser reinnleggelser for «kommunale pasienter» (UKP) og øvrige pasienter samlet for 2024 og 2025 (akkumulert juni).

Andel reinnl	år	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Oslo HEF		23,8 %	22,7 %	24,1 %	22,0 %	22,3 %	23,0 %	24,1 %
Østfold HEF		22,5 %	22,0 %	24,2 %	24,5 %	23,2 %	22,8 %	23,9 %
Aremark		11,1 %	13,3 %	13,6 %	16,7 %	17,6 %	20,0 %	32,0 %
Fredrikstad		24,5 %	24,3 %	22,1 %	25,8 %	25,3 %	23,2 %	23,7 %
Halden		20,2 %	21,3 %	23,4 %	27,7 %	21,7 %	21,8 %	31,0 %
Hvaler		22,1 %	8,7 %	39,7 %	20,8 %	19,7 %	17,5 %	23,0 %
Indre Østfold		23,2 %	20,2 %	25,9 %	20,7 %	21,3 %	22,5 %	19,7 %
Marker		16,2 %	20,5 %	10,3 %	18,9 %	22,6 %	21,8 %	16,4 %
Moss		21,6 %	20,4 %	22,6 %	24,5 %	24,3 %	23,8 %	21,7 %
Rakkestad		19,2 %	17,0 %	22,6 %	20,2 %	9,8 %	25,3 %	21,1 %
Råde		35,5 %	25,0 %	29,7 %	25,0 %	15,4 %	27,8 %	27,5 %
Sarpsborg		22,0 %	23,4 %	28,4 %	23,8 %	24,8 %	22,3 %	26,6 %
Skiptvet		12,5 %	21,4 %	12,0 %	27,9 %	18,2 %	33,3 %	0,0 %
Vestby		17,0 %	20,0 %	21,3 %	25,3 %	23,7 %	18,4 %	21,8 %
Våler (Viken)		15,2 %	20,0 %	15,2 %	28,8 %	3,6 %	15,9 %	23,9 %
Innlandet HEF		22,7 %	20,0 %	21,8 %	20,6 %	20,9 %	21,0 %	22,1 %
Vestre Viken HEF		22,8 %	22,3 %	20,4 %	20,7 %	21,0 %	20,9 %	21,8 %
Vestfold HEF		21,5 %	21,1 %	23,9 %	21,5 %	21,3 %	22,5 %	21,7 %
Akershus HEF		23,2 %	20,9 %	21,5 %	21,7 %	23,3 %	22,3 %	21,6 %
Agder HEF		20,3 %	19,5 %	22,1 %	22,6 %	21,1 %	20,6 %	20,1 %
Telemark HEF		19,6 %	20,0 %	19,7 %	18,3 %	18,6 %	21,9 %	20,1 %
Grand Total		22,4 %	21,3 %	22,4 %	21,7 %	21,7 %	21,9 %	22,2 %

Tabell 5: Reinnleggelser i % av døgnopphold for pasientutvalg (se punkt 2.4) - Helsefelleskap UKP

To viktige forhold må tas i betraktning når årsakene skal analyseres:

1. Drivere i endring

Drivere for reinnleggelser er i endring, og har vært det de siste 10 år. Både forhold ved befolkningen, i spesialisthelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten endres. For Østfold ser vi at det dreier noe fra skrøpeligheit til mer aldersrelaterte drivere. Denne endringen er også noe ulik mellom ulike kommuner. Det er derfor viktigst å se på de siste årene i analysen.

I kommunene kan man tenke seg at endringer i antall institusjonsplasser og fordelingen av helsetjenester mellom institusjon og hjemmet, for eksempel på bakgrunn av økonomiske hensyn, kan være drivende for reinnleggelser. Endringsfaser kan være spesielt utfordrende.

Sykehuset Østfold opplever økende kapasitetsutfordringer. Påvirker dette liggetiden? Vi ser at liggetiden er som andre helseforetak totalt sett, men liggetiden for oppholdet før en reinnleggelse er noe kortere i Sykehuset Østfold enn andre helseforetak.

Gjennomsnittlig alder for innbyggere i Østfold øker (aldersgruppen 60 – 70 år øker mer enn andre) som igjen også bidrar til noe økende nivå for reinnleggelser. En motkraft er imidlertid at selv om 60-80 åringer blir flere blir de stadig mer friske – også i Østfold.

2. Kommunale ulikheter

Østfold er ikke en samling med homogene kommuner. Gjennom dypere analyse avdekkes at ulike kommuner internt i Østfold har noe ulike drivere for ø-hjelps-innleggelser og

reinnleggelser. For gjennomsnittet i Østfold er vil de store bykommunene selvsagt være de som påvirker gjennomsnitt for «Østfold» mest.

Kommune	Innb 2024	Andel	Reinnleggelser i % *
Fredrikstad	85230	26 %	16,5 %
Sarpsborg	59771	18 %	15,6 %
Moss	52051	16 %	17,8 %
Indre Østfold	47006	14 %	15,5 %
Halden	31935	10 %	16,1 %
Vestby	19493	6 %	13,5 %
Øvrige kommuner i Østfold	36159	11 %	na
Østfold Helsefelleskap	331645	100 %	16,1 %

Tabell 6: Andel av innbyggere i Østfold HEF og reinnleggelser i %

Vi har forsøkt å kartlegge antall institusjonsplasser i kommunene våren 2025 og fant store forskjeller mellom kommuner. Resultatene her må tolkes i en større sammenheng, for eksempel ulike behov i befolkningen og ulik oppbygging og sammensetning av kommunale tilbud.

	Kortids-plasser med KAD	Innbyggere over 66 år	Plass per 1 000 innbygger over 67 år	Mot gjennomsnitt i gruppen
Fredrikstad	135	15 444	8,7	110 %
Halden	30	6 221	4,8	61 %
Hvaler	9	1 322	6,8	86 %
Moss	73	9 742	7,5	94 %
Råde	12	1 530	7,8	99 %
Sarpsborg	97	10 267	9,4	119 %
Våler	5,2	846	6,1	77 %
Sum	361,2	45 372	8,0	100 %

Tabell 7: Kommunale kortidspasser per innbygger over 67 – 2024 tall

	Samlet plasser med o.boliger	Innbyggere over 66 år	Plass per 1 000 innbygger over 67 år	Mot gjennomsnitt i gruppen
Fredrikstad	911	15 444	59	118 %
Halden	290	6 221	47	93 %
Hvaler	76	1 322	57	115 %
Moss	512	9 742	53	105 %
Råde	68	1 530	44	89 %
Sarpsborg	394	10 267	38	77 %
Våler	19,2	846	23	45 %
Sum	2270,2	45 372	50	100 %

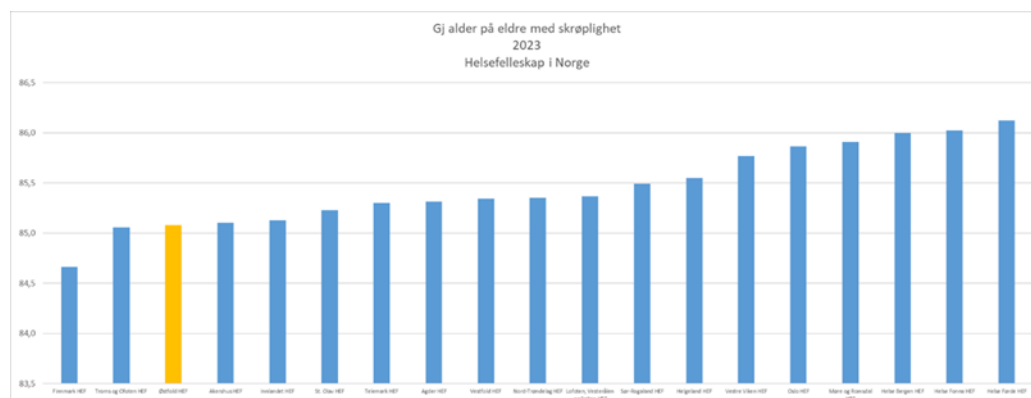
Tabell 8: Samlede kommunale plasser per innbygger over 67 2024 tall

Det som var riktig i går er endret i dag – legg derfor mest vekt på tall siste 1-2 år for å finne drivere og dermed best mulig kan iverksette tiltak som gir reduksjon i reinnleggelser.

5.2 Hva kjennetegner den reinnlagte Østfoldpasienten samlet sett?

2024			
	Andel reinnl	Andel reinnl ØH	ØH andel
SØ HF	18,0 %	20,6 %	87,2 %
SiV HF	17,3 %	21,6 %	79,9 %
SI HF	15,9 %	20,3 %	78,3 %
ST HF	15,8 %	18,7 %	84,8 %
AHUS HF	15,4 %	20,0 %	77,2 %
VV HF	15,0 %	18,5 %	81,1 %
SS HF	14,7 %	18,3 %	80,5 %
Grand Total	15,9 %	19,7 %	80,7 %

Hovedbildet er en befolkning som blir noe tidligere syke (lav alder på eldre med skjørbaghet/alder på pasienter), og har i høy grad behov for ø-hjelpstienester.



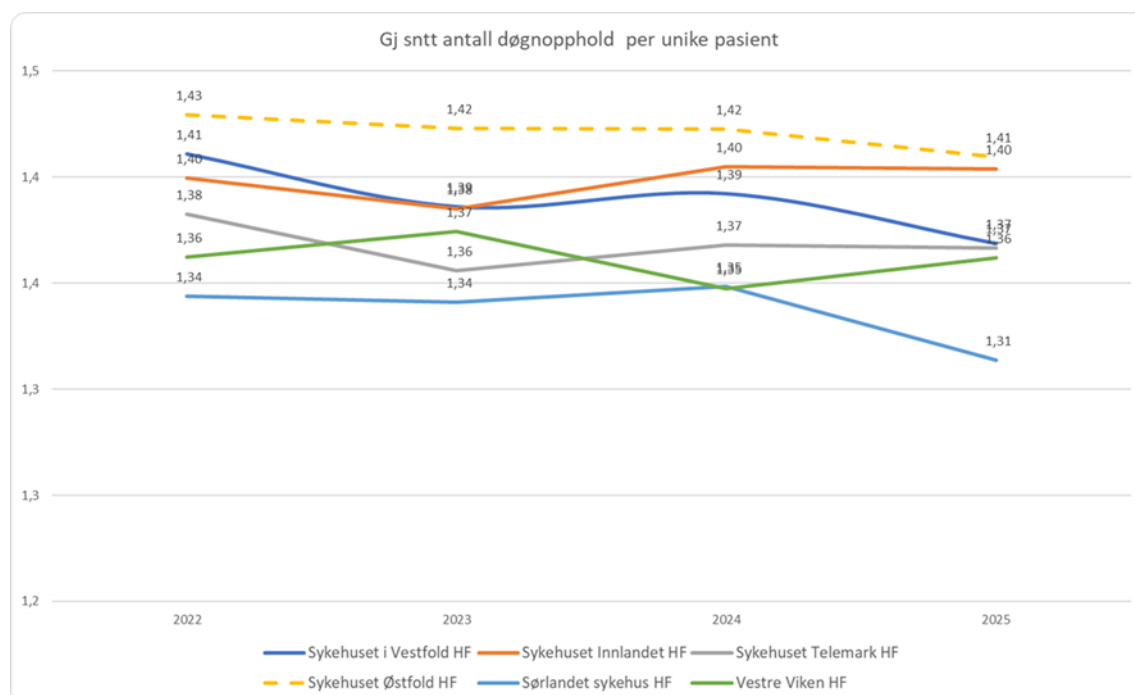
Figur 4: Gjennomsnittlig alder på pasienter med skrøpelighet (nasjonal definisjon) - 2023 tall

Østfold har også høyt nivå på nasjonale tall for kronikere med flere sykdommer.

Personer med minst 3 kroniske sykdommer i ulike organsystem		Personer med minst 2 kroniske sykdommer i ulike organsystem		Personer med minst 1 kronisk diagnose i ett organsystem	
Helsefelleskap/kommune	andel av alle unike pas	Helsefelleskap/kommune	andel av alle unike pas	Helsefelleskap/kom	andel av alle unike pas
Agder HEF	10,2 %	Agder HEF	21,38 %	Agder HEF	68,4 %
Akershus HEF	9,8 %	Akershus HEF	21,61 %	Akershus HEF	68,6 %
Innlandet HEF	10,3 %	Innlandet HEF	21,77 %	Innlandet HEF	67,9 %
Oslo HEF	10,3 %	Oslo HEF	20,18 %	Oslo HEF	69,5 %
Telemark HEF	10,9 %	Telemark HEF	21,42 %	Telemark HEF	67,7 %
Vestre Viken HEF	11,2 %	Vestre Viken HEF	22,16 %	Vestre Viken HEF	66,6 %
Vestfold HEF	11,1 %	Vestfold HEF	22,01 %	Vestfold HEF	66,9 %
Østfold HEF	11,3 %	Østfold HEF	22,27 %	Østfold HEF	66,5 %
Aremark	12,0 %	Aremark	22,08 %	Aremark	65,9 %
Fredrikstad	12,1 %	Fredrikstad	23,04 %	Fredrikstad	64,9 %
Halden	12,1 %	Halden	23,18 %	Halden	64,8 %
Hvaler	11,3 %	Hvaler	22,41 %	Hvaler	66,3 %
Indre Østfold	11,2 %	Indre Østfold	22,99 %	Indre Østfold	65,8 %
Marker	10,3 %	Marker	26,66 %	Marker	63,0 %
Moss	10,9 %	Moss	21,38 %	Moss	67,7 %
Rakkestad	9,4 %	Rakkestad	21,40 %	Rakkestad	69,2 %
Råde	10,7 %	Råde	22,59 %	Råde	66,7 %
Sarpsborg	10,7 %	Sarpsborg	20,75 %	Sarpsborg	68,5 %
Skiptvet	12,3 %	Skiptvet	21,17 %	Skiptvet	66,5 %
Vestby	10,3 %	Vestby	21,68 %	Vestby	68,0 %
Våler (Viken)	9,8 %	Våler (Viken)	21,76 %	Våler (Viken)	68,4 %
Gj snitt HSØ	10,6 %	Gj snitt HSØ	21,51 %	Gj snitt HSØ	67,9 %

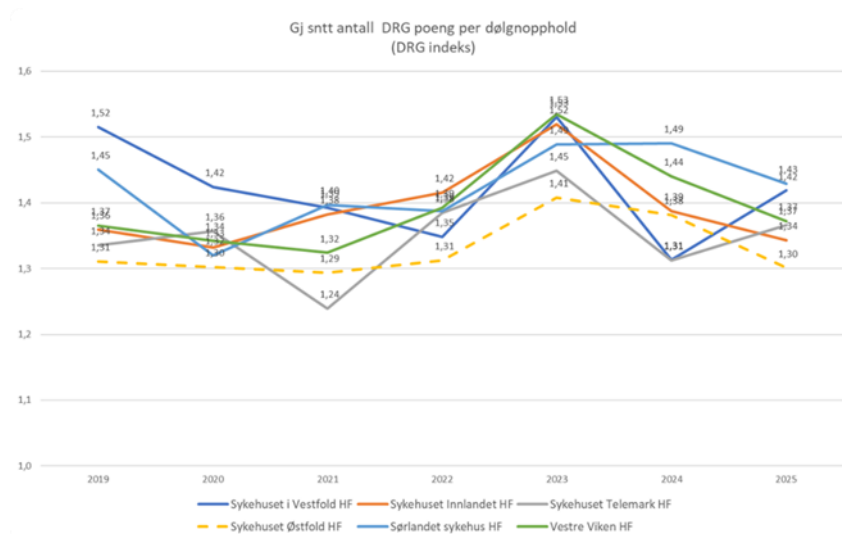
Tabell 10: tre tabeller som viser andel pasienter med kroniske sykdommer målt mot alle pasienter. Fra venstre; minst 3 kroniske sykdommer, minst 2 kroniske sykdommer og en kronisk diagnose – 2023 tall

Pasientene er også i større grad gjengangere (høy frekvens for unike pasienter per år) og dette gjelder også for reinnlagte pasienter. Bildet er imidlertid i endring og varierer både mellom kommuner og internt i kommuner.



Figur 5: Gjennomsnittlig antall døgnopphold per unike pasient per år - jan- jun alle år (frekvens)

Den reinnlagte pasienten er ikke spesielt tyngre (målt i DRG per opphold) enn andre, men ligger noe lenger innlagt, noe som kan indikere komplekse pasienter med flere sykdommer (mange kronikere med flere sykdommer).



Figur 6: Gjennomsnittlig antall DRG poeng per døgnopphold for reinnlagte pasienter - jan- jun alle år (DRG indeks)

Del 6 Case med 3 utvalgte kommuner

6.1 Reinnleggelser i Råde, Halden og Fredrikstad

Etter diskusjon i arbeidsgruppen var det tre kommuner som ønsket en mer inngående analyse av drivere og reinnleggelser (ref. driveranalyse av reinnleggelser). Hovedmålet var å gi et kunnskapsgrunnlag for å vurdere mulige tiltak og peke på områder/måltall som bør følges opp inn i 2025/2026.

For alle tre kommunene ble det sammen med kommunen laget unike sammenligningsgrupper:

Kommuner som er lagt til som sammenlikningsgrupper for de 3 kommunene

BG Fredrikstad	BG Halden	BG Råde
Asker	Eidsvoll	Gausdal
Bærum	Grimstad	Gjerdrum
Drammen	Holmestrand	Jevnaker
Kristiansand	Horten	Nome
Lillestrøm	Nittedal	Sør-Odal
Nordre Follo	Porsgrunn	Våler (Viken)
Sandefjord	Ringsaker	
Skien		
Tønsberg		

Figur 7: Sammenligningsgrupper for de tre kommunene i rapporten

I tillegg til denne inndelingen er også resten av kommunene delt inn i 2 grupper slik at alle kommuner i Helse Sør-Øst kan deles inn i 4 grupper.

- Gr. 1 Aktuell kommune (Råde, Fredrikstad eller Halden)
- Gr. 2 Relevante kommuner (kommuner utenfor Østfold) med liknende innbyggertall eller andre relevante kriterier. Forkortes BG (Benchmarking gruppe)
- Gr. 3 Øvrige kommuner i Østfold (utenom aktuell kommune)
- Gr. 4 Øvrige HSØ (resten av kommuner/bydeler i Helse Sør-Øst)

Oftest vises tabeller for disse gruppene ned på kommunenivå, mens grafer/trender vises for de 4 gruppene samlet.

De tre kommunene hadde følgende relevante «hendelser» knyttet til reinnleggelser som de ønsket analyse av:

- **Råde;** antall reinnleggelser i % av alle døgnopphold økte dramatisk i 2024 fra 2022-2023 nivå. Var dette en varig endring eller en midlertidig nivå-økning?
- **Fredrikstad;** Våren 2024 endret kommunen organisering av intern flyt slik at kapasiteten på korttidsplasser økte, og antall overliggere i sykehuset gikk ned. Skapte endringen negative konsekvenser for nivået på reinnleggelser eller ø-hjelpsinnleggelser?
- **Halden;** Fra 1.1.2025 (og utover våren) ble antall institusjonsplasser redusert og erstattet av hjemmebaserte tjenester. Skapte endringen negative konsekvenser for nivået på reinnleggelser eller ø-hjelpsinnleggelser?

I Råde er det endring i samlet reinnleggesrate som er gjenstand for analyse. I de to andre er det endringer i kommunalt tjenestetilbud som er fokus for analysen. Det betyr at inndelingen mellom pasientene som skal til et kommunalt tilbud (UKP) og de som skal rett hjem er viktigere for analysen av Halden og Fredrikstad enn for analysen av reinnleggelser samlet sett i Råde.

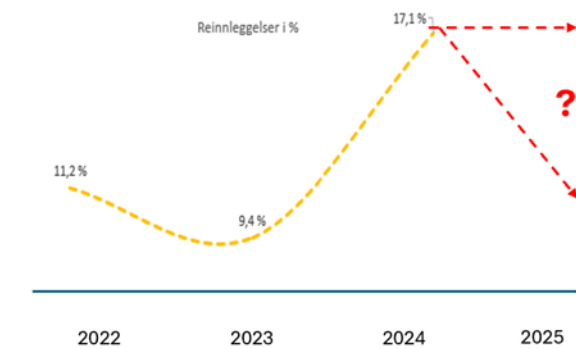
6.2 Råde

Case-beskrivelse

I 2024 gikk reinnleggesene i % for innbyggere i Råde overraskende dramatisk opp i forhold til 2022/2023 nivå. Fra et post-pandemi-nivå med reinnleggesrate rundt 10 - 11 % spratt den opp til over 17% i 2024.

Analyse spørsmål 1:

- Var dette en varig endring eller en midlertidig økning, og hvordan er det forventet at nivået for 2025 blir?



Samlet reinnleggelser i % av alle døgnopphold for alle pasienter bosatt i Råde kommune

Figur 8: Mulig utvikling av reinnleggelser i % for Råde kommune

Analyse spørsmål 2:

- Hvorfor ligger Råde høyt i reinnleggesrate i 2024?
- Hvilke pasientgrupper ligger høyest?
- Hva er viktige drivere?

Analysespørsmål 1; Var dette en varig endring eller en midlertidig økning, og hvordan er det forventet at nivået for 2025 blir?

Etter diskusjon i arbeidsgruppen er to kriterier for utvalget justert:

- Alder – KUN pasienter over 66 år
- Pasientgrupper – Kreftpasienter tas ikke med i analysen

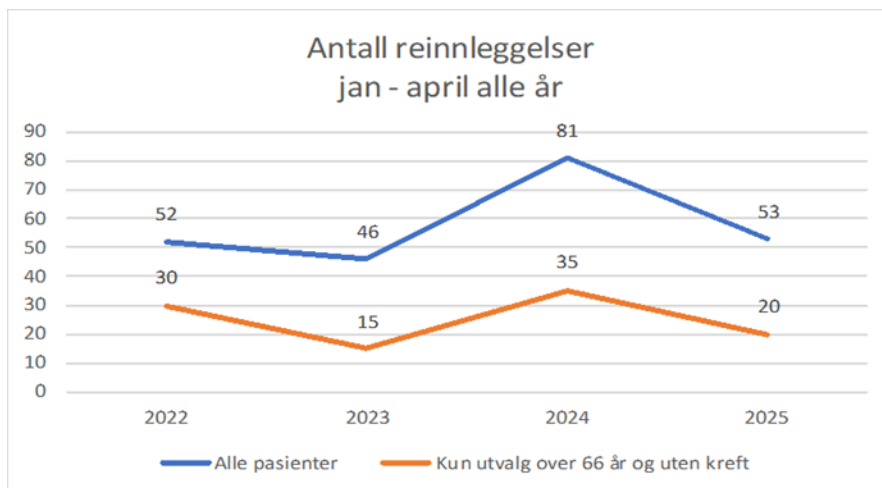
I snitt reduserer dette antall reinnleggelser med ca 50%. For Råde påvirker dette endringen i 2023. Dette er vist i tabell og figur under.

Tabellen under viser antall akkumulerte reinnleggelser for januar til og med april alle år.

	2022	2023	2024	2025
Alle	52	46	81	53
Utvalg	30	15	35	20
Utvalg i %	58 %	33 %	43 %	38 %

Tabell 11: Reinnleggelser for Råde samlet (Alle) og for utvalget av pasienter (over 67 år og ikke kreftpasienter)

I en kommune med få innbyggere kan variasjonene være større. Når vi justerer for dette, ser kurven for reinnleggelser noe annerledes ut for 2022 – 2024. Utvalget (over 66 år og uten kreftpasienter) svinger fra 58% i 2022 til kun 33 % i 2023.

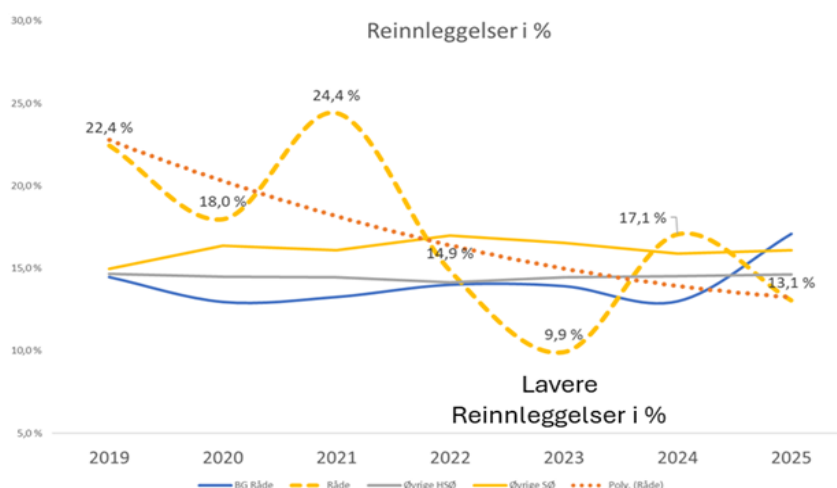


Figur 9: Reinnleggelser for Råde samlet (Alle pasienter) og for utvalget av pasienter (over 66 år og ikke kreftpasienter)

Reinnleggelserne i kommunen preges av noe lavt volum og kan dermed svinge noe fra år til år. Andelen over 66 år og ikke kreftpasienter svinger også og vil dermed påvirke tallene.

En mulig driver for endringer i reinnleggelser kan være svingninger i gjennomsnittlig liggetid for oppholdet som er forut for en reinnleggelse. Dette kan ha med sammensetning av pasientgrunnlaget, utskrivingspraksis eller antall overliggere. 2023- vs 2024-funn bør analyseres nærmere med hensyn til dette.

Økningen av reinnleggesrate i 2024 skyldes altså delvis et veldig lavt nivå i 2023. Grunnen til det lave nivået i 2023 var både noe lavere reinnleggelser, samt høyere antall samlede døgnopphold. Reinnleggesraten i kommunen ligger høyt, men kan se ut til å ha en noe fallende trend inn i 2025. Det kan se ut som utviklingen i 2025 ligge noe lavere enn det høye 2024-nivået samlet sett, men pasienter til kommunalt tilbud ligger tilnærmet på samme nivå (jan – apr for 2024 mot 2025).



Figur 10: Utvikling av reinnleggelser i % av alle døgnopphold for utvalg jan – april alle år

Nivået av reinnleggelser er høyt i kommunen, og det vil være viktig å følge opp reinnleggelser fremover for å forstå eventuelle nye kraftige endringer. Det blir da viktig å følge opp både antall reinnleggelser, samlet antall døgnopphold, antall ø-hjelpsinnleggelser i tillegg til selve måltallet reinnleggelser i % og gjennomsnittlig liggetid for oppholdet «FØR» reinnleggelsen.



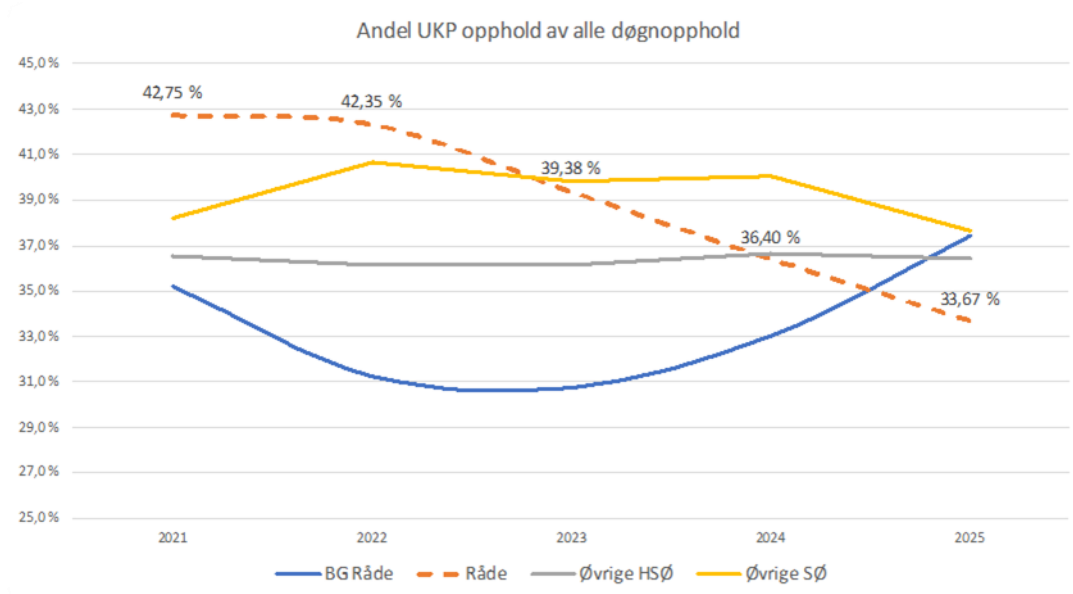
Figur 11: Gjennomsnittlig liggetid på døgnoophold før reinnleggelsen

Analysespørsmål 2; Hva er drivere for det historisk høye nivået på reinnleggelser i Råde?

I Østfold er befolkningens «skrøpelighet» påpekes som en forklaringsfaktor for høye reinnleggelser. I Råde er dette ikke like tydelig.

I framskrivninger (frem mot 2040) av befolkning fra SSB ser vi at Råde har en tydelig avvikende profil med lavere forventet vekst enn øvrige i Østfold/HSØ. Grunnen er at kommunen har mange eldre innbyggere i dag. Dette vises tydelig på aldersprofiler både for befolkningen og de som får tjenester av sykehus og kommunale tjenester. I forhold til ulike måltall for høy grad av skrøpelighet i befolkningen ligger Råde litt mer på/under gjennomsnitt i Østfold.

En annen faktor som kan påvirke reinnleggelser er samlet antall pasienter som skrives ut fra sykehuset til et kommunalt tilbud. Både overliggere og antall USK meldte er redusert betydelig i forhold til et meget høyt nivå i 2022.



Figur 12: Andel UKP opphold av alle døgnoophold for utvalget

Et annet område der pasienter fra Råde skiller seg ut er gjennomsnittlig liggetid i sykehus. Til tross for noe høyere alder i befolkningen og på inneliggende pasienter er liggetiden kort. Dette gjelder både kommunale pasienter og de som sendes rett hjem.

Gj liggetid	2021	2022	2023	2024	2025
⊕ Råde	4,02	4,49	3,87	3,55	2,99
⊕ BG Råde	4,03	4,27	3,88	3,85	3,85
⊕ Øvrige SØ	3,79	3,69	3,71	3,76	3,64
⊕ Øvrige HSØ	4,02	4,08	4,07	3,96	3,80
HSØ	3,99	4,04	4,02	3,93	3,78

Tabell 12: Gjennomsnittlig liggetid på døgnopphold

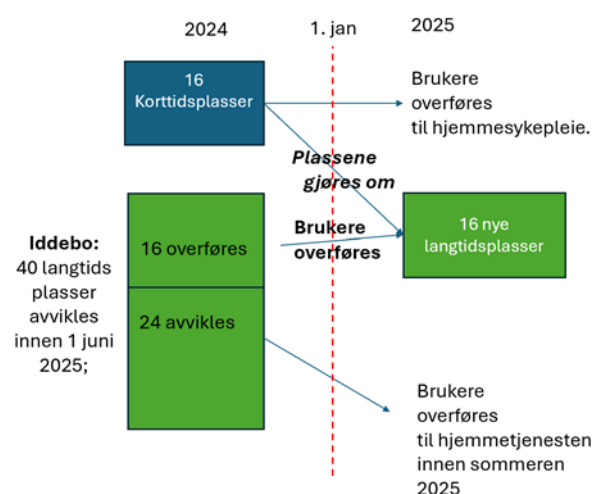
I forhold til pasientgrupper med høyt nivå på reinnleggelser kan det virke som hjertepasienter ligger høyt. Her anbefales det mer inngående analyser sammen med sykehuset.

6.3 Halden

Case-beskrivelse

I desember 2024 ble det avviket 16 korttidsplasser ved Halden helsehus. Disse ble gradvis gjort om til 16 langtidsplasser – disse kom fra Iddebo sykehjem som hadde i alt 40 plasser.

Resterende 24 plasser på Iddebo skal avvikles innen 1. juni 2025. Hjemmesykepleie vil erstatte korttidsplasser. I tillegg ble Hagegata omsorgsboliger fra 3. Mars 2025 endret fra døgnbemanning (40 brukere har som har vedtak) til punktbistand etter vedtak fra hjemmesykepleie.



Figur 13: Beskrivelse av endring av tjenestetilbudet i Halden kommune

Analysespørsmål 1

Hva kan bli konsekvensene av denne omleggingen i 2025?

- Økte akutte innleggelser?
- Økt bruk av legevakt/fastlege?
- Økt reinnleggelser?

Analysespørsmål 2

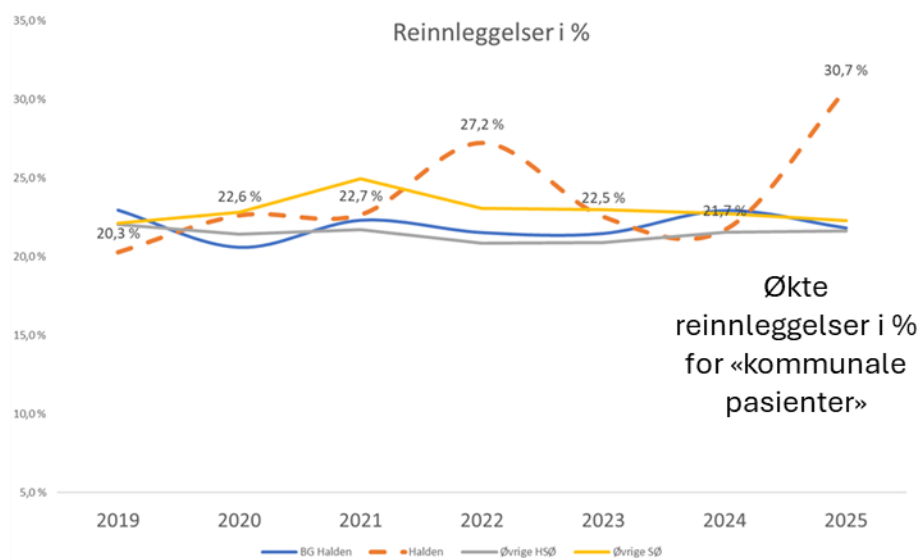
- Hvorfor ligger Halden høyt på reinnleggelser?
- Hva er viktige drivere?
- Hvilke pasientgrupper ligger høyest?

Analysespørsmål 1; Konsekvenser for reinnleggelser og andre viktige måltall av endringer i kommunalt tjenestetilbud våren 2025?

Ved større omlegginger av tjenestetilbudet i kommunen er ikke overraskende å se endringer knyttet til ulike måltall for pasientbehandlingen på sykehuset. Et viktig spørsmål er hvor store slike konsekvenser blir (for eksempel økte reinnleggelser, økte ø-hjelps innleggelser), og hvor raskt vil nivået normaliseres mot et mer forventet nivå.

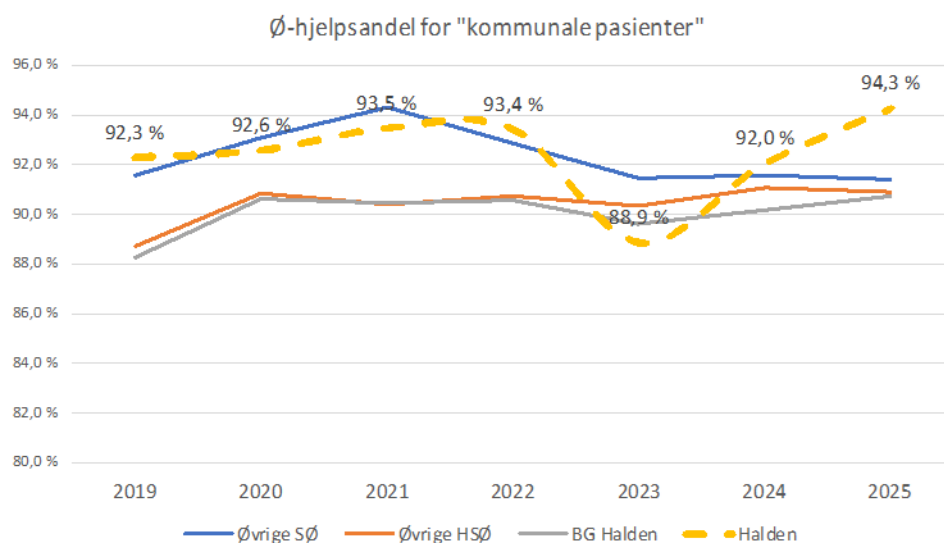
Foreløpige tall for 2025 viser tilsynelatende store konsekvenser på flere område/måltall. Det er viktig å ikke «overtolke» funn og resultater, men se på disse som indikasjon for ytterligere analyser og kvalitetssikring av funn (oppdatering av data/analyser utover i 2025).

Det viktigste og tydeligste funnet er en tilsynelatende økning i reinnleggelser for pasienter som skrives ut til kommunalt tilbud i 2025 (jan – april). Før øvrige pasienter er nivået inn i 2025 mer likt tidligere år.



Figur 14: Reinnleggelser i % av døgnopphold for pasientutvalg (se punkt 2.4) - kommunenivå UKP

I tillegg til økning i reinnleggelser, øker også Ø-hjelpsandelen på innleggelser, andel pasienter som ferdigbehandles i akuttmottak går ned og overliggerdøgn i % av alle liggedøgn øker.



Figur 15: Ø-hjelps opphold % av døgnopphold for pasientutvalg (se punkt 2.4) - kommunenivå UKP

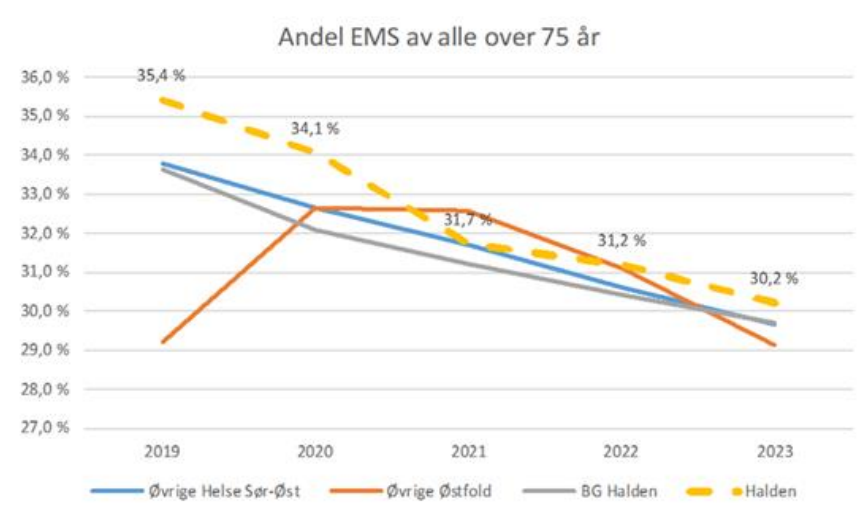
Halden kommune og Sykehuset Østfold bør lage en felles plan for å følge opp og forstå endringene, samt eventuelt gjøre tiltak slik at en raskest mulig kommer med på et «normalnivå» for kommunen.

Analysespørsmål 2; Hvorfor ligger Halden høyt i reinnleggesrate og hvilke pasientgrupper ligger høyest?

Historisk har Halden ligget høyt på reinnleggelser (i %) over lang tid. Siden 2022 har pasienter fra kommunen hatt flere reinnleggelser enn gjennomsnittet av øvrige kommuner i Østfold.

Veksten siste 5 år i befolkning over 75 år ligger på samme høye nivå som resten av Østfold (ca 30%). Ser en på den samlede andelen (i 2024) av innbyggere over 75 år, ligger Halden godt over øvrige kommuner i Østfold (10,4% mot 9,7%). Kommunen har også den sterkeste veksten i befolkningsgruppen 75 til 89 år med en vekst på 53,4 % på 5 år.

Ser vi på skrøpeligheten i befolkningen skårer også Halden høyt på en rekke indikatorer. Andelen av innbyggere over 75 som klassifiseres som skrøpelige ligger stabilt høyt. En høy andel av de som har fått vedtak om kommunale tjenester er også klassifisert som «skrøpelige». Bare Aremark ligger høyere i Østfold (2023 data). Alderen av skrøpelige eldre er også høy, kun Råde og Aremark har en høyere gjennomsnittlig alder for eldre med skrøpelighet.



Figur 16: Andel med eldre med skrøpелighet (EMS) av alle innbyggere over 75 år - kommunenivå

Mange av indikatorene tyder på at befolkningen har høy grad av kronikere. Måltallet fra Helsedirektoratet på andel med minst 3 kroniske sykdommer i ulike organsystem ligger ca 23 % over gjennomsnitt i Helse Sør-Øst.

Personer med minst 3 kroniske sykdommer i ulike organsystem		
Helsefelleskap/kommune	andel av alle unike pas	
⊕ Halden	17,1 %	122,5 %
⊕ Øvrige SØ	15,0 %	107,8 %
⊕ BG Halden	13,6 %	97,4 %
⊕ Øvrige HSØ	13,8 %	99,0 %
Gj snitt HSØ	13,9 %	100,0 %

Tabell 13: Andel pasienter med kroniske sykdommer med minst 3 kroniske sykdommer - Kommunenivå 2023 tall

Det kan virke som lungepasienter er den pasientgruppen med høyest reinnleggsrate. Dette bør analyseres nærmere.

6.4 Fredrikstad

Case-beskrivelse

Fredrikstad kommune hadde tidligere høye overliggertall og dertil store utgifter. Fra 1. mai 2024 gjorde man blant annet derfor en endring i måten man jobbet på i Tildelingskontoret (som da også endret navn til «Helseforvaltning og koordinering»):

Saksbehandlere fra Helseforvaltning begynte å være til stede på Helseparken (den største korttidsinstitusjonen i Fredrikstad kommune) og gjøre mer «hands-on»-vurderinger av pasienter og hjemreiser. De vurderer hvem som kan reise hjem når og hvilke tiltak/tjenester man har mulighet til å gi hjemme i samråd med behandlende lege og sykepleier. Det ble også slik at man innvilger kun det nødvendige antall dager i korttidsopphold, ikke hele uker av gangen som tidligere.

Endringen har ført til høyere turn-over i korttids plassene, færre overliggere i sykehuset (klar nedgang etter endringen) og økt kapasitet i korttidsopphold. Økt turn-over medfører økt arbeidsbelastning, og man erfarer også at pasientene er sykere og skrives ut tidligere fra sykehuset enn før.

Analysespørsmål 1; Hva påvirkes av endringen 1. mai 2024

- Genereres sykere pasienter til hjemmesykepleien- som igjen resulterer i økte reinnleggelser?

Analysespørsmål 2; Hvorfor ligger kommunen høyt på nasjonale statistikker for reinnleggelser?

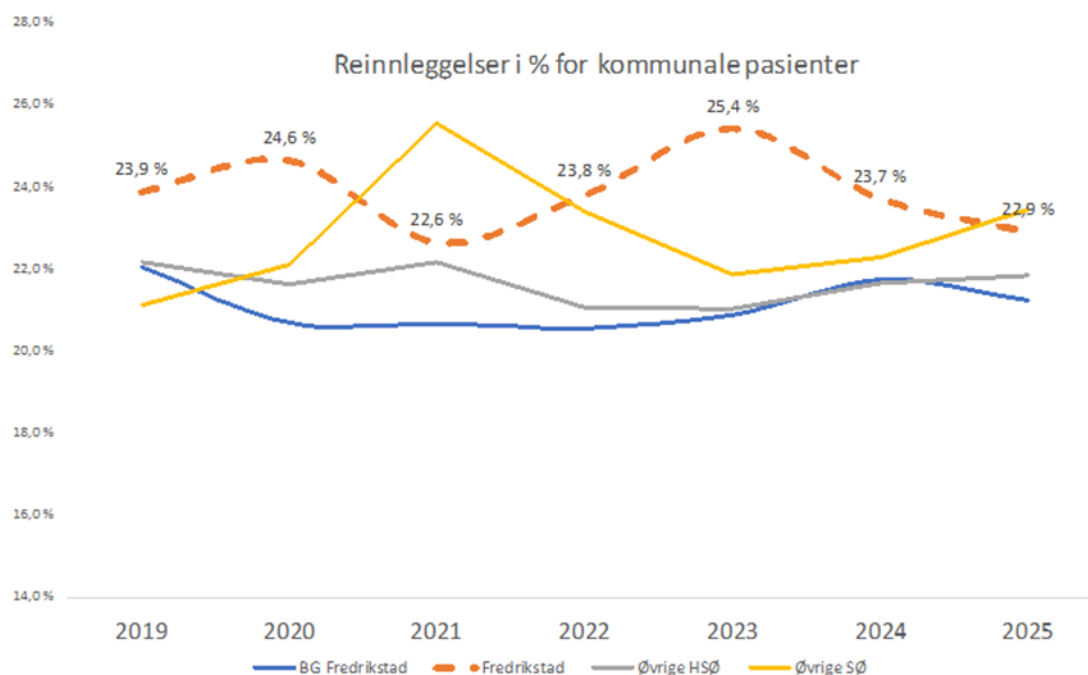
- Hvilke pasientgrupper ligger høyst?
- Hva er viktige drivere?

Analysespørsmål 1; Hva påvirkes av endringen 1. mai 2024?

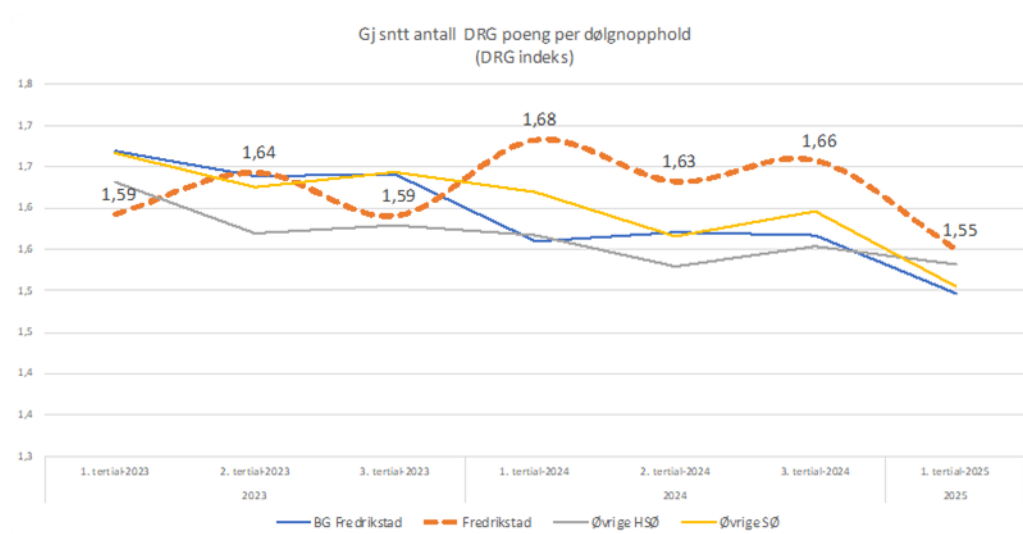
Endringen i Fredrikstad er ikke noen strukturendring, men mer en optimalisering av allerede eksisterende løsninger. Pasientflyten øker slik at det frigjøres kapasitet til å redusere overliggere (utskrivningsklare pasienter som venter i sykehus på kommunal plass/tjeneste).

En slik optimalisering kommer sjelden uten «kostnad» i form av noe mindre tid til behandling/vurdering av pasienten og økt press på ansatte i kommunen. Og til en viss grad kan man frykte at man skyver utfordringer videre i systemet.

Økte reinnleggelser og ø-hjelps innleggelser kan være noen måltall som kan fange opp en slik tendens til å dytte utfordringen videre. En bør følge opp denne analysen når oppdaterte tall fra måling av skrøpelige eldre foreligger for 2025 (kommer i april 2026). Dette vil kunne bidra til å gi et bilde av om sykdomsbyrden til de kommunale pasientene øker.



Figur 17: Reinnleggelser i % av døgnopphold for pasientutvalg (se punkt 2.4) - kommunenivå UKP alle år fra jan til apr

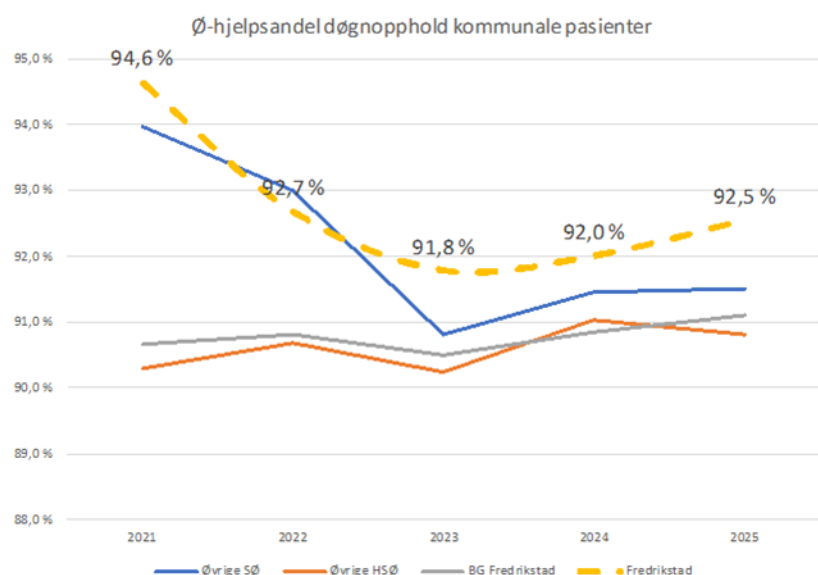


Figur 18: Gjennomsnittlig antall DRG poeng per døgnopphold for reinnlagte pasienter – per tertial (DRG indeks) - kommunenivå

Figuren over beskriver pasienter som utskrives fra sykehus til kommunalt tilbud, og viser ingen vesentlig endring i «tyngde» på UKP målt som antall DRG poeng i gjennomsnitt per døgnopphold.

Tallene for første tertial 2025 vil muligens øke med økt rapporteringskvalitet i påfølgende perioder.

Selv om vi ikke ser noen negative effekter på reinnleggelser etter endringen i Fredrikstad kommune, sammenfaller det med endring av andre parametre. DRG indeks, som er et sykehusmål på hvor mye ressurser en bruker på et gjennomsnittlig døgnopphold, kan ha økt noe for ordinære opphold. Denne synker imidlertid inn i 2025. Ø-hjelpsandelen øker svakt og ligger høyt.



Figur 19: Ø-hjelps opphold % av døgnopphold for pasientutvalg (se punkt 2.4) - kommunenivå UKP- jan-mai alle år

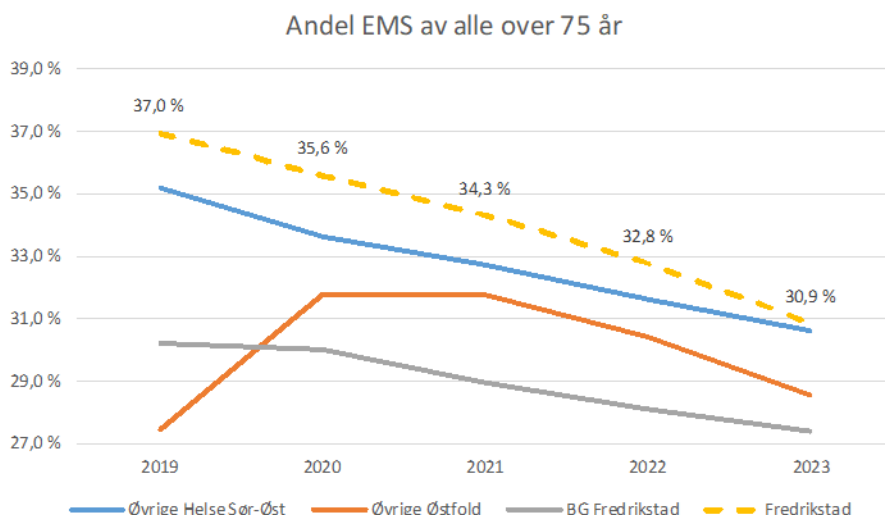
Disse endringene inn i 2025 bør følges opp og eventuelt analyseres mer inngående.

Analysespørsmål 2; Hvorfor ligger kommunen høyt på nasjonale statistikker for reinnleggelser?

Historisk har Fredrikstad ligget høyt i reinnleggesrate over lang tid. Selv om kurven nå er fallende, ligger kommunen fremdeles høyt. Spesielt for pasienter som skal til et kommunalt tilbud (ca 5% høyere enn gjennomsnittet i Helse Sør-Øst, men noe under gjennomsnittet for øvrige kommuner i Østfold).

Veksten siste 5 år i befolkning over 75 år (ca 26%) ligger under det høye nivå i resten av Østfold (ca 30%). Ser vi på den samlede andelen innbyggere over 75 år (2024) ligger Fredrikstad noe under gjennomsnittet i Østfold (9,5 % mot Østfold 9,7%). Det kan virke som høy alder ikke er en sterk driver for reinnleggelser.

Gjennomsnittsalder for eldre med skrøpelighet (EMS) ligger under gjennomsnittet i HSØ (kommuner over 10 000 innbyggere), men andelen EMS av alle innbyggere over 75 år er høyt. Altså mange EMS, og disse er yngre enn gjennomsnittet i HSØ.



Figur 20: Andel eldre med skrøpelighet av alle innbyggere over 75 år

Mange av indikatorene tyder på at befolkningen har høy grad av kronikere. Måltallet fra Helsedirektoratet på antall kronikere med minst 3 kroniske sykdommer i ulike organsystem per 1 000 innbygger ligger ca 19 % over gjennomsnitt i Helse Sør-Øst.

Unike kronikere i per 1 000 innbygger over 17 år kat 3

Personer med minst 3 kroniske sykdommer i ulike organsystem

Helsefelleskap/kommune	Per 1 000 innbygger over 17 år	
⊕ Fredrikstad	31	119,7 %
⊕ BG Fredrikstad	26	101,9 %
⊕ Øvrige SØ	28	110,4 %
⊕ Øvrige HSØ	25	97,2 %
Gj snitt HSØ	26	100,0 %

Tabell 14: Andel pasienter med kroniske sykdommer med minst 3 kroniske sykdommer - Kommunenivå 2023 tall

Gjennomsnittlig liggetid for kommunale pasienter er lav og dette skyldes trolig lavt nivå på overliggere, men bør følges opp og eventuelt analyseres videre.

Raten for reinnleggelser for ulike pasientgrupper følger i stor grad ratene for øvrige kommuner i Østfold. Pasientgrupper med høyt innslag av kronikere ligger høyt.

6.5 Samlet oppsummering av hendelsesbaserte analyser

Analysene av de tre kommunene i Østfold har gitt nyttig innsikt både for å bekrefte og avkreffe hypoteser og bidrar til å peke ut områder som bør følges opp fremover.

Det er fremdeles betydelig potensiale for å stille mer avanserte analyse spørsmål.

Del 7 Fremtidsbilde – hvordan redusere reinnleggelser gjennom teknologi- og strukturendring

Tiltak vi foreslår i denne rapporten vil kunne bidra til å redusere unødvendige reinnleggelser noe. Men effekten vil være begrenset. Vi kan se for oss at større endringer i struktur og/eller teknologi vil kunne gi større effekt.

- Reinnleggelser reiser spørsmål i overgangen mellom forvaltningsnivåene. Hvor langt strekker sykehusets ansvar seg etter utskrivelse? Hvilket ansvar har kommunehelsetjenesten når pasienter er innlagt i sykehus? Evt. endring i forvaltningsstruktur vil kunne påvirke rammene og gi nye muligheter for sømløs omsorg
- Teknologisk utvikling innen omsorg og helse øker eksponentielt. Muligheter for å både overvåke og behandle pasienter digitalt uten fysisk tilstedeværelse utvides.
 - o Flere steder utvikles nå helsetjenester som hjemmesykehus, der pasienten er under sykehusbehandling i eget hjem.
 - o Man kan se for seg egne enheter som digitalt følger opp alle som skrives ut fra sykehuset, fanger opp tegn til forverrelser og iverksetter tiltak slik at reinnleggelse unngås. Slike enheter kunne vært organisert i sykehus, men kanskje aller helst i samarbeid med kommuner.
 - o Kommunene er allerede i gang med digital hjemmeoppfølging

Overnevnte tiltak utfordrer og krever endringer innen teknologi, organisering av helsevesenet og tankesettet hos helsearbeidere. Men de vil kunne ha potensiale for større effekt på reinnleggelser enn de konkrete tiltakene vi foreslår.

Del 8 Oppsummering og anbefalinger fra utvalget

8.1 Oppsummering av funn

- Østfold har flere reinnleggelser enn gjennomsnittet i HSØ. Innsamlet statistikk viser flere faktorer som kan bidra til dette:
 - Østfolds befolkning er noe “skrøpeligere” enn gjennomsnittet i HSØ
 - Andel pasienter med 3 eller flere kroniske lidelser er høyere i Østfold enn gjennomsnittet i HSØ
 - Liggetiden på sykehus for opphold som etterfølges av en reinnleggelse kan synes å være kortere i Østfold enn gjennomsnittet i HSØ
 - Variasjon i reinnleggelser mellom ulike kommuner i Østfold
 - Sykehuset Østfold har høyere grad av ø-hjelpsinnleggelser enn andre sykehus i HSØ. Sammenlikner vi kun ø-hjelps-innleggelsene ligger Østfold mer likt andre sammenlignbare sykehus i reinnleggingsrate

- Østfold helsefellesskap har både flere eldre, høyere gjennomsnittsalder og gjennomsnittsalderen øker mer enn gjennomsnittet i HSØ
- I gjennomgangen av “case-kommuner” som har gjort endring i organisering, ser vi
 - Økning i reinnleggelser fra 2023 til 2024 i Råde kommune ser ut til å skyldes tilfeldig variasjon fordi det er en liten kommune med få innbyggere og få innleggelser.
 - Fra Halden kommune ser vi økning av reinnleggelser i sykehus etter reduksjon av institusjonsplasser. Det er fortsatt tidlig å fastslå sikker årsakssammenheng, men det indikerer en sammenheng og bør følges opp videre
 - Ingen vesentlig endring av reinnleggelser etter ny organisering av tjenester i Fredrikstad kommune
- Ulik dekningsgrad av institusjonsplasser mellom kommunene i Østfold

Faktorene over kan indikere at ulik organisering av helsetjenestene mellom ulike kommuner påvirker bruk av spesialisthelsetjenester, inkludert reinnleggelser.

8.2 Forbedringsforslag på sykehus

- Sykehuset Østfold har ikke felles/like utskrivingsrutiner
- Bedre struktur for gode behandlingsplaner inkludert behandlingsavklaringer ved utskrivelse
- Opplevelse i sykehuset om at noen pasienter skrives ut uten å være ferdig utredet
- Noen (få) pasienter står for mange (re)innleggelser. Burde sykehuset brukt mer ressurser for å identifisere og følge opp disse?

8.3 Forbedringsforslag kommunene

- Bevissthet rundt at intern organisering i kommunene påvirker andre aktører i helsetjenesten
- Ved omorganiseringer bør det planlegges godt og gjøres risikovurderinger av hvordan endringen påvirker andre, slik at kompensierende tiltak evt. iverksettes
- Videreutvikle og utvide digital hjemmeoppfølging

8.4 Forbedringsforslag samarbeid og relasjoner

- Videreutvikle IHT med felles oppfølging mellom sykehus og kommune av storforbrukere av helsetjenester
- Koordinator fra kommuner fast på sykehus. Felles vurdering av funksjonsnivå før utskrivelse der også kompetanse om lokale muligheter for omsorg er til stede, kan føre til tryggere utskrivelser for både pasient og involvert helsepersonell
- Videreutvikle god kommunikasjon og informasjonsutveksling begge veier; sikre at det er relevant og oppdatert informasjon i innleggelsesrapporter/henvisninger og i epikriser, samt ha felles rutiner for bruk av kjernejournal

- Analysedata gir felles virkelighetsforståelse og gjør det mulig å treffe riktige tiltak på lokalt nivå der det har størst nytte