

Førte opprettelsen av kommunale akutte døgnenheter til færre innleggelser ved somatiske sykehus?

Jayson Swanson, Nina Alexandersen og Terje P. Hagen
Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, Universitetet i Oslo

**UNIVERSITY
OF OSLO**
HEALTH ECONOMICS
RESEARCH NETWORK

Working paper 2016: 1

HERO

Førte opprettelsen av kommunale «øyeblikkelig
hjelp» døgnenheter til færre innleggelser for eldre
pasienter ved somatiske sykehus?

Januar 2016

Jayson Swanson, Nina Alexandersen og Terje P. Hagen
Avdeling for helseledelse og helseøkonomi,
Universitetet i Oslo
Kontakt: t.p.hagen@medisin.uio.no

Forord

Notatet inngår i prosjektet «Prosessevaluering av Samhandlingsreformen: Statlige virkemidler, kommunale innovasjoner». Prosjektet er finansiert av Norges forskningsråd gjennom programmet Forskningsbasert evaluering av Samhandlingsreformen (EVASAM, prosjektnummer 220764) og er et samarbeid mellom Avdeling for helseledelse og helseøkonomi (HELED) ved Universitetet i Oslo, Senter for omsorgsforskning, Østlandet ved Høgskolen i Gjøvik (HiG), Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA) ved Høgskolen i Oslo og Akershus og Norsk institutt for by- og regionforskning (NIBR). For å oppdatere datagrunnlaget for analysene mottok vi også finansiering fra Helse- og omsorgsdepartementet v/Akuttutvalget. Dette notatet er tilnærmet identisk med et notat som ble levert Akuttutvalget i månedsskiftet september/oktober 2015 (se NOU 2015: 17).

Analysene i notatet er basert på data fra Norsk pasientregister (Helsedirektoratet) og KOSTRA (SSB). Verken Helsedirektoratet eller SSB hefter for analysens metoder og resultater. Notatet blir bearbeidet videre med sikte på publisering.

Oslo, 20. januar 2016

Terje P. Hagen
Professor/prosjektleder

Sammendrag

I følge helse- og omsorgstjenesteloven av 2011 skal kommunene tilby heldøgns medisinsk akuttberedskap fra 1. januar 2016. Målet med tilbudet som er kalt kommunale øyeblikkelig hjelp døgneheter (ØHD), er å redusere antall innleggelser ved sykehusene særlig for den eldre befolkningen. I notatet analyseres om etablering av ØHD-er faktisk har påvirket antall innleggelser ved sykehusene. Vi har hentet inn data om antall innleggelser fra Norsk pasientregister, data om demografiske variabler og data om det kommunale tilbudet av tjenester utover ØHD-ene fra Statistisk sentralbyrå og data om tidspunktet for etableringen av ØHD-ene fra kommunene. Data er analysert som et panel med faste effekter for kommune. Konklusjonene er at innføring av ØHD-ene har hatt effekter, men også at effektene varierer betydelig med hvordan ØHD-ene er organisert. I gjennomsnitt finner vi effekter av innføring av ØHD-er på innleggelser for pasienter over 80 år på knapt (minus) 2%. Det er ØHD-ene som er samlokalisert med legevakt og som har god legeberedskap som har effekter. ØHD-er som har annen organiseringen enn dette har i gjennomsnitt ingen effekt, men det er store variasjoner på kommunenivå.

JEL-klassifisering: I12, I18, H75

Stikkord: Kommuner, øyeblikkelig hjelp, sykehusinnleggelser.

1. Innledning

I følge Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) av 2011 skal kommunene tilby døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp (Prop 91 L (2010-2011)). Plikten gjelder kun for de pasienter og brukere som kommunen har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg til. Planen er at alle kommuner skal ha et slikt tilbud, heretter kalt kommunale øyeblikkelig hjelp døgnenheter (ØHD), fra 1. januar 2016. I etableringsperioden som har strukket seg fra våren 2012, har kommunene fått overført midler etter hvert som tilbudene ble etablert. Halvparten av midlene ble gitt som øremerkede tilskudd fra staten ved Helsedirektoratet. Den andre halvparten ble overført fra de regionale helseforetakene til kommunene.

Målet med ØDH-ene var at tilbudet skal bidra til å avlaste sykehusene for innleggelser. Loven legger ikke føringer med hensyn til hvilke pasientgrupper det kommunale tilbudet skal opprettes for, men visse retningslinjer er gitt gjennom Helsedirektoratets veileder.¹ Det avgjørende er hvilke pasienter det kan gis et faglig forsvarlig tilbud til. På et generelt grunnlag vil de pasientene som kan være aktuelle for kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold sies å ha de samme diagnoser som pasienter som hyppig blir lagt inn i sykehus. Eksempelvis vil det ofte være pasienter med forverring av kroniske sykdommer som hjertesvikt, astma/KOLS, diabetes eller pasienter med behov for medikamentjusteringer.

361 kommuner søkte i perioden 2012- juni 2015 om tilskudd til 182 ØHD-er: 109 kommunale og 73 interkommunale. Søknadsmaterialet viser at 28,5 prosent av kommunene ønsket å etablere og drifte ØHD-en alene, 69,8 prosent ønsket å inngå interkommunalt samarbeid og 1,7 prosent planla både eget og interkommunalt tilbud (Skinner, 2014; Skinner, 2015b). Kommunene ønsket å organisere ØHD-ene på åtte forskjellige måter når det gjelder lokalisering med lokalisering til sykehjem som den klart vanligste lokaliseringsformen. Antallet ØHD-senger følger i stor grad antall estimerte liggedøgn som er fastsatt i Helsedirektoratets veileder fra 2012 (oppdatert i 2013).² Størrelsen på enhetene slik de ble beskrevet i søknadene, varierte fra 1 til 73 plasser - med Oslo som den største. 64 prosent av ØHD-ene hadde kun 1-2 senger, og ytterligere 21 prosent har 3-5 senger (Skinner, 2015b). Mange kommuner valgte å omdefinere eksisterende senger i institusjoner til ØHD-er. Målet i antall senger ser det likevel ut til at etableringen av ØHD-ene resulterer i en reell økning i sengeantallet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Skinner (2015c) antydte at ca. 70

¹ <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/133/Kommunenenes-plikt-til-oyeblikkelig-hjelp-dognopphold-veiledningsmaterieill.pdf>

² <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/ny-veileder-pa-oyeblikkelig-hjelp-dognop/id712457/>

prosent av plassene kan representere en nettoøkning i antall senger i kommunene. De resterende 30 prosentene har eksistert til andre eller samme formål tidligere.

Effektene av ØHD-ene på innleggelser i sykehus er tidligere analysert av Swanson and Hagen (2015) og estimert til mellom 1,5 og 2 % for aldergruppen over 80 år som legges inn akutt ved indremedisinske avdelinger. I dette notatet utvider vi analysene av effektene. Spørsmålene som stilles er om avstander, beredskap og lokalisering bedre bidrar til å forklare variasjoner ØHD-enes virkemåte.

2. Data og metode

Det er noen variasjoner mellom målsettingene i søknadene som kommunene sendte Helsedirektoratet og den faktiske etableringen av ØHD-er i kommunene, særlig når det gjelder oppstartstidspunktet. Vi har derfor foretatt en separat kartlegging av oppstartstidspunkt for ØHD-ene, definert som den måneden ØHD-ene hadde sin første innlagte pasient. I tillegg til data om oppstartstidspunkt, har vi blant annet hentet inn data om:

- Avstander mellom kommunesentraene i kommunene som er med i ØHD-samarbeidet og ØHD-ene,
- vaktberedskapen for legene ved ØHD-ene,
- lokalisering av ØHD-ene, for eksempel om de er lokalisert sammen med legevakter, sykehjem eller andre helse- og omsorgstjenester, og
- omfanget av medisinsk utstyr.

Kartleggingen skjedde ved telefonintervjuer til den enkelte kommune i to omganger - sommeren 2014 og sommeren 2015. Avstandene er beregnet ved hjelp av Google Maps.

Analysene av effektene av ØHD-ene på sykehusinnleggelser er gjort ved en etterspørselsmodell for kommunale tjenester (Borge and Rattso, 1995; Hagen et al., 2011; Rattso, 1989). Variasjoner i innleggelser fra den enkelte kommune assosieres med variabler som beskriver behov (for eksempel alderssammensetningen), det kommunale tilbudet av tjenester utenom ØHD-ene (f.eks. antall fastleger) og variabelen som beskriver tidspunktet for når ØHD-en hadde sin første pasient. Regresjonsanalysene gjennomføres med faste effekter for kommuner som innebærer at vi før en før-etter-analyse av implementeringene av ØHD-ene. For å fange opp generelle endringer i bruken av sykehus inkluderes en trendvariabel. Vi avgrenser analysen til pasientene der analysene til Swanson og Hagen (2015) viste sterkest effekter – for pasienter over 80 år – og definerer tre avhengige variabler:

- Elektive innleggelser for pasienter som er 80 år og eldre,
- akutte innleggelser for pasienter 80 år og eldre, og
- akutte innleggelser ved indremedisinske avdelinger for pasienter som er 80 år eller eldre.

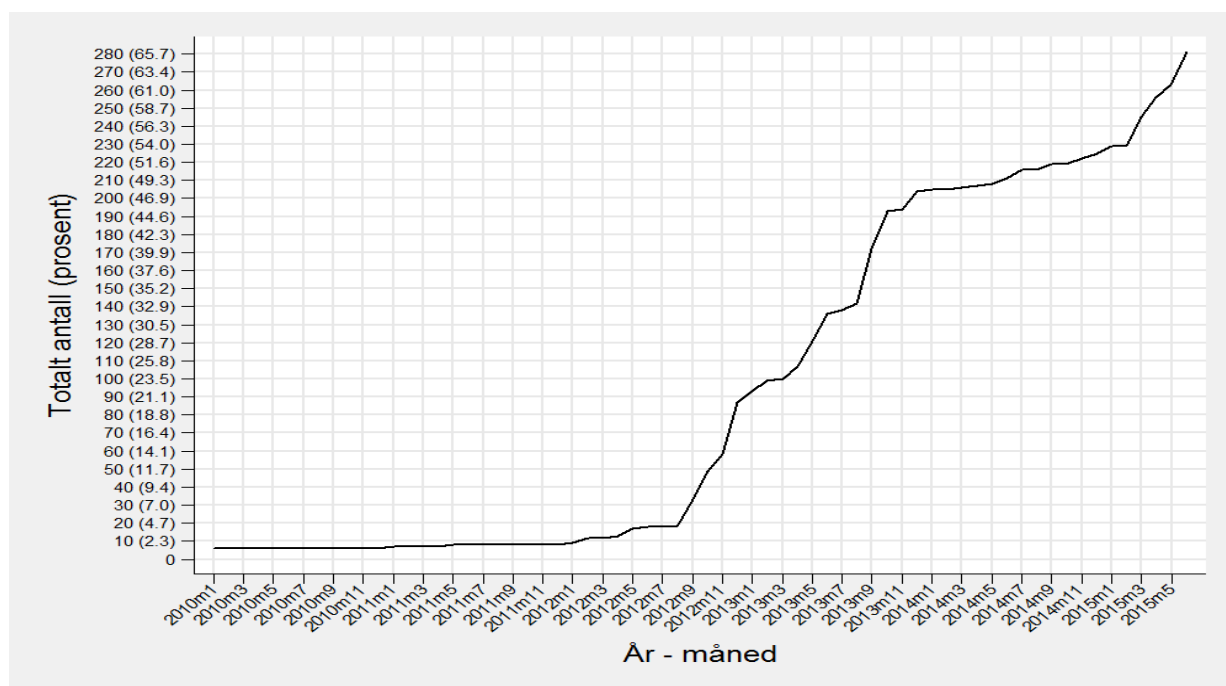
Innleggelsene og etableringstidspunkt for ØHD-ene er registrert på månedsbasis. Andre variabler er interpolert til månedsnivå. Alle variabler unntatt variablene som beskriver etableringstidspunktet for ØHD-ene, er log-transformert.

I en sensitivitetsanalyse ser vi nærmere på eventuelle seleksjonseffekter, i dette tilfellet om det var kommuner med særlig mange akuttinnleggelses i den eldre befolkningen som første introduserte ØHD. Vi modellerer dette ved en variabel som beskriver antall innleggelses per 1000 innbyggere i september 2011, dvs. noen måneder før Samhandlingsreformen trer i kraft («catch up»-effect).

3. Resultater

Beskrivende statistikk

Ved utgangen av 2014 var 97 ØHD-er i drift. De 97 ØHD-ene dekte til sammen 224 kommuner. Det er disse enhetene som utgjør datagrunnlaget i denne analysen. Av de 224 kommunene hadde 52 kommuner en ØHD som kun dekket hjemkommunen, 44 kommuner var vertskommuner for en ØHD og 128 kommuner var samarbeidende kommuner uten selv å ha lokalisert en ØHD. I juli 2015 var antall kommuner med ØDH økt til 280. Antall ØHD-plasser var da 447. Figur 1 viser antall kommuner med ØDH på ulike tidspunkt, både i absolutte størrelser og som prosentandel av totalt antall kommuner.



Figur 1 Antall kommuner med øyeblikkelig hjelp døgntilbud etter tid.

Tabell 1 gir beskrivende statistikk for variablene som inngår i innledende analyser. Vi merker oss at antall elektive innleggelser per 1000 innbyggere for aldergruppen 80 år og eldre øker jevnt i perioden, mens antall akuttinnleggelser er fallende. Befolkningsandelen 80 år og eldre faller også svakt i analyseperiode, mens folketallet er svakt økende. Dødeligheten er noe forhøyet i 2012, ellers er trenden svakt fallende. Antall legeårsverk i institusjoner (sykehjem) øker markant i perioden, mens de øvrige variablene som beskriver det kommunale tilbudet viser stor grad av stabilitet.

Tabell 1 Beskrivende statistikk for variablene i innledende analyser. Alle variabler, unntatt ØHD-variablene, er normert per 1000 innbyggere. Veide gjennomsnitt (folketall som vekt) med standardavvik i parentes. N=422-426.

	2010	2011	2012	2013	2014
<i>Avhengige variabler:</i>					
Elektive innleggelser, 80 år og eldre*	0,41 (0,35)	0,42 (0,34)	0,40 (0,33)	0,44 (0,34)	0,44 (0,34)
Akutte innleggelser, 80 år og eldre*	2,10 (1,26)	2,07 (1,21)	1,98 (1,14)	1,97 (1,19)	1,74 (1,02)
Akutte innleggelser, indremed., 80 år og eldre*	1,79 (1,15)	1,78 (1,10)	1,70 (1,04)	1,67 (1,05)	1,52 (0,98)
<i>Uavhengige variabler:</i>					
Befolkning 80 år og eldre	55,26 (15,47)	54,62 (15,15)	54,02 (14,74)	53,40 (14,54)	52,95 (14,42)
Dødelighet	97,85 (256,99)	97,63 (259,58)	99,06 (260,44)	97,50 (251,24)	95,30 (240,94)
Sykehjemsplasser	85,08 (195,52)	85,38 (192,82)	85,73 (183,92)	85,15 (173,42)	84,77 (174,19)
Fastlegeavtaler	1,03 (0,44)	1,03 (0,46)	1,05 (0,46)	1,07 (0,47)	1,09 (0,47)
Legeårsverk i institusjon	0,95 (3,58)	1,01 (3,39)	1,12 (3,56)	1,19 (3,62)	1,35 (4,12)
Folketall	11600 (34945)	11755 (35663)	11910 (36275)	12047 (36857)	12181 (37537)
ØHD – samlet	0,00 (0,00)	0,00 (0,00)	0,20 (0,40)	0,47 (0,50)	0,52 (0,50)
ØHD – alene	0,00 (0,00)	0,00 (0,00)	0,06 (0,23)	0,10 (0,29)	0,12 (0,33)
ØHD – gjester	0,00 (0,00)	0,00 (0,00)	0,10 (0,30)	0,28 (0,45)	0,30 (0,46)
ØHD – vertskommune	0,00 (0,00)	0,00 (0,00)	0,04 (0,20)	0,10 (0,29)	0,10 (0,30)

^a Tall for innleggelser er per måned

ØHD-ene implementeres fra 2012. Noen kommuner har etablert tilbud som tilsvarer en ØHD før Samhandlingsreformen trådte i kraft (Aaraas, 1995). Disse er ekskludert fra analysene da vi ikke har muligheter for å gjøre en før-etter-analyse. Som nevnt over, har vel halvparten av

kommunene etablert ØHD-er innen utgangen av 2014.

Vi analyserer i tillegg effektene av variabler som beskriver avstander, lokalisering og beredskap ved de 224 kommunene som hadde etablert ØHD ved utgangen av 2014 (tabell 2).

Tabell 2 Karakteristika ved kommuner som hadde kommunale akutte døgnenheter ved utgangen av 2014. Veide gjennomsnitt (folketall) med standardavvik i parentes. 2012-2014. N=222.

	2012	2013	2014
Legeberedskap 24 timer/7 dager	0,024 (0,154)	0,201 (0,401)	0,324 (0,468)
Distanse ØHD – legevakt (km)	0,162 (1,571)	1,700 (3,140)	1,965 (3,695)
ØHD lokalisert ved legevakt (1=ja, 0=nei)	0,082 (0,275)	0,380 (0,485)	0,537 (0,499)

10 prosent av kommunene som hadde en ØHD ved utgangen av 2014, var med i et samarbeid der ØHD-en hadde lege på vakt 24 timer 7 dager i uken. I veide analyser blir gjennomsnittet 32,4% (tabell 2) som indikerer at det er de folkerike kommunene som primært har denne løsningen. Det er relativt korte gjennomsnittlige avstander mellom ØHD-ene og legevaktene målt i antall kilometer. Ved utgangen av 2014 var gjennomsnittlig avstand 1,97 kilometer i uveide analyser og 0,54 kilometer i veide. Det er med andre ord de folkerike kommunene som har kort avstand mellom legevakt og ØHD. Fra standardavvikene ser vi imidlertid at variasjonene er store. Maksimal avstand var 83 km. Vi definerer en ØHD som samlokalisert med en legevakt hvis avstanden mellom dem er 200 meter eller mindre. 54 % av kommunene har en slik lokalisering i veide analyser (30% i uveide).

Regresjonsanalysene

Resultatene fra de innledende analysene presenteres i tabell 3 (jf. Swanson and Hagen 2015). Variasjoner i innleggelser er sterkt korrelert med variasjoner innbyggertallet 80 år og over, samt dødeligheten i kommunene. 1% økning i antall 80 åringer gir en økning i antall elektive innleggelser på 0,18%, en økning i antall akutte innleggelser på 0,76% og en økning i antall akutte innleggelser ved indremedisinske avdelinger på 0,74%. En økning i antall sykehjemsplasser leder til en økning i antall innleggelser, men økningen er ubetydelig. Vi finner tilsvarende effekt av økning i antall fastlegeavtaler. Her er økningen noe sterkere. En økning i antall fastlegeavtaler på 1% skaper en økning i antall akutte innleggelser på om lag 0,1%.

Økningen i legedekningen i sykehjemmene bidrar til å redusere antall akutte

innleggelser. Effekten av 1% økning i legeårsverk i sykehjem reduserer innleggelsene med om lag 0,04 prosent.

Tabell 3 Endring i innleggelser ved innføring av kommunale akutte døgnenheter (ØHD). Elastisiteter med standardfeil i parentes. Månedssdata fra perioden januar 2010-desember 2014. Veide analyser (folketall). N=424.

	Elektive innleggelser, 80 år og eldre*	Akutte innleggelser, 80 år og eldre*	Akutte innleggelser, indremed., 80 år og eldre*
Befolkning 80 år og eldre	0,179 (0,040)***	0,761 (0,045)***	0,742 (0,045)***
Dødelighet	0,026 (0,013)**	0,065 (0,015)***	0,062 (0,015)***
Sykehjemsplasser	-0,010 (0,008)	0,040 (0,009)***	0,046 (0,009)***
Fastlegeavtaler	0,053 (0,037)	0,101 (0,042)***	0,112 (0,042)***
Legeårsverk i institusjon	-0,003 (0,008)	-0,039 (0,009)***	-0,044 (0,009)***
Folketall	-0,012 (0,083)	0,238 (0,094)***	0,205 (0,094)**
ØHD	-0,006 (0,003)**	-0,017 (0,004)***	-0,019 (0,004)***
Trend	0,009 (0,001)***	-0,001 (0,002)	0,001 (0,002)
Justert R2	0,47	0,55	0,54

Den gjennomsnittlige effekten av innføring av ØHD-ene varierer med type innleggelser. Effekten (punkttestimatene) er under 1% for elektive innleggelser, 1,7% for akutte innleggelser generelt og 1,9% for akutte innleggelser ved indremedisinske avdelinger. Gjennomsnittene skjuler betydelige variasjoner.

Et viktig spørsmål er hva som forklarer disse variasjonene. I tabell 4 har vi derfor analysert effektene av tre variabler nærmere:

- Modell 1: Den grunnleggende organiseringen av ØHD-ene, dvs. om kommunen har en ØHD-ene som kun omfatter kommunen der ØHD-en er lokalisert (ØHD – alene), om kommunene er vertskommune for en ØHD-en som inngår i et interkommunalt samarbeid og om kommunen er med i et interkommunalt samarbeid der en annen kommune er vertskommune (ØHD – gjest). I analysen er kommunene i perioden før ØHD-ene ble innført referansegruppe.
- Modell 2: Om ØHD-en som kommunen er med i, har legeberedskap 24 timer i døgnet 7 dager i uken. I denne analysen er kommuner med lavere beredskap referansegruppe.
- Modell 3: Om ØHD-en som kommunen er med i, er lokalisert sammen med

legevakten (dvs. om avstanden mellom ØHD-en og legevakten er mindre enn 200 meter). I denne analysen er kommuner uten samlokalisering mellom ØHD og legevakt referansegruppe.

- I modell 4 er alle variablene inkludert samtidig. Modell 4 representerer den endelige analysen av datamaterialet.

Det er kommunene som har organisert ØHD-ene som interkommunale samarbeid som har størst effekt av investeringen (modell 1), og særlig kommunene som er «gjester» i et interkommunalt samarbeid. Dette kan reflektere at «gjestene» får tilgang til flere plasser enn de øvrige kommunene siden en del av ØHD-plassene er omdefinerte sykehjemsplasser.

Effekten av legeberedskap (modell 2) er markant. Kommunene som har ØHD-er med lege tilgjengelig 24 timer 7 dager i uken har dobbel så sterkt effekt på innleggelsene som kommunene som har andre beredskapsordninger. Effekten for kommunene med beredskap 24/7 er -2,5% mens de øvrige kommunene har en gjennomsnittlig effekt på -1,1 prosent.

Modell 3 viser resultatene av analysen variabelen som beskriver samlokalisering med legevakt. Effekten for kommunene uten samlokalisering med legevakt er meget svak, mens samlokalisering gir en effekt på -2,6%.

I den siste analysen, modell 4, lar vi alle disse variablene inngå samtidig.

Tabell 4 Endring i innleggelser ved innføring av kommunale akutte døgnenheter (ØHD)
Nærmere om organiseringen av ØHD-ene. Elastisiteter (standardfeil i parentes). Måneddata
fra perioden januar 2010-desember 2014. Veide analyser (folketall). N=415-422.

	Akutte innleggelser, indremed., 80 år og eldre*			
	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 4
Konstantledd	-4,56 (1,40)***	-4,76 (1,43)**	-4,69 (1,38)**	-4,73 (1,42)**
Befolkning 80 år og eldre	0,849 (0,063)***	0,782 (0,063)***	0,842 (0,062)***	0,827 (0,063)***
Dødelighet	0,050 (0,020)***	0,044 (0,020)**	0,048 (0,020)***	0,05 (0,02)**
Sykehjemsplasser	0,048 (0,010)***	0,038 (0,011)***	0,052 (0,011)***	0,041 (0,011)***
Fastlegeavtaler	0,100 (0,058)*	0,093 (0,058)	0,073 (0,058)	0,084 (0,057)
Legeårsverk i institusjon	-0,045 (0,011)***	-0,041 (0,011)***	-0,044 (0,011)***	-0,042 (0,011)***
Folketall	0,167 (0,127)	0,269 (0,127)**	0,123 (0,128)	0,184 (0,130)*
ØHD – alene	-0,003 (0,006)	-	-	0,014 (0,006)**
ØHD – vert	-0,019 (0,006)***	-	-	-0,004 (0,006)
ØHD – gjest	-0,030 (0,007)***	-	-	-0,020 (0,076)***
ØHD	-	-0,011 (0,005)**	-0,007 (0,005)	-
ØHD – legeberedskap 24/7	-	-0,014 (0,006)**	-	-0,025 (0,007)***
Samlokalisering med legevakt (=1)	-	-	-0,026 (0,006)***	-0,026 (0,007)***
Trend	0,002 (0,002)	-0,001 (0,002)	0,002 (0,002)	0,001 (0,002)
Justert R ²	0,57	0,57	0,57	0,62

Det er ØHD-ene som er samlokalisert med legevakt (minus 2,5%) og som har god legeberedskap (minus 2,6%) som har effekter på innleggelsene. Den samlede effekten for kommuner i ØHD-er med begge disse trekkene er på minus 3,5% (ikke vist i tabellen). Effektene er noe høyere for kommuner som er «gjester» enn for de andre kommunene, men tilleggseffekten er bare minus 0,2%.

Vi har gjort flere former for sensitivitetsanalyser, særlig av eventuelle seleksjonseffekter, dvs. om det er de kommunene som har størst nytte av en ØHD (har mange

innleggelser på sykehus før reformen starter) som har introdusert ØHD først. Vi finner en svak slik effekt, men den er ikke av en slik størrelsesorden at den endrer resultatene over. Vi har også analysert om effektene av å ha en ØHD øker eller avtar over tid. Heller ikke analysert på denne måten finner vi effekter som røkker ved resultatene over. I enkelte spesifiseringer er variabelen som beskriver samlokalisering ikke signifikant. Effekten av samlokalisering er med andre ord mindre stabil enn effekten av beredskap.

Konklusjoner

I følge Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) av 2011 skal kommunene tilby heldøgns medisinsk akuttberedskap fra 1. januar 2016. Målet med tilbudet som er kalt Kommunale øyeblikkelig hjelp døgnenheter (ØHD), er å redusere antall innleggelser ved sykehusene særlig for den eldre befolkningen. I dette notatet har vi analysert om ØHD-ene har påvirket antall innleggelser ved sykehusene.

Konklusjonen er at innføring av ØHD har hatt effekter, men også at effektene varierer med hvordan ØHD-ene er organisert. I gjennomsnitt finner vi effekter av innføring av ØHD på innleggelser for pasienter over 80 år på knapt (minus) 2%. Det er ØHD-ene som er samlokalisert med legevakt (minus 2,5%) og som har god legeberedskap (minus 2,6%) som har effekter på innleggelsene. Det er en svak tilleggs effekt for kommuner som er med i et interkommunalt samarbeid som «gjest». ØHD-er som har annen organiseringen enn dette har i gjennomsnitt ingen effekt av etableringen av tilbudet, men det er store variasjoner på kommunenivå.

To forbehold ved analysen må nevnes. For det første har ØHD-ene ved utgangen av 2014 fungert i maksimum to og et halvt år, de fleste i en langt kortere periode. Kort oppfølgingsperiode gjør at resultatene av denne analysen må tolkes med forsiktighet. For det andre har det vært innkjøringsproblemer ved ØHD-ene, blant annet i form av lavt belegg. Beleggsprosenten har imidlertid økt over tid (Hole et al., 2015; Skinner, 2015a). isolert sett kan dette trekke i retning av at vi undervurderer effektene av ØHD-ene. Sammenlikningen av effekter mellom ØHD-er som har fungerte i varierende tid viste imidlertid ikke større variasjoner.

Modellen med kommunale øyeblikkelig hjelp døgnopphold har paralleller internasjonalt og i Norge. England har lenge hatt såkalte «community hospitals» (Heaney et al., 2006). I Norge har vi sykestuer i Nordland og Finnmark (Aaraas, 1995). Hallingdal sjukestugu (HSS) er langt på vei basert på den samme tenkningen som ØHD-ene. Kvaliteten

ved HSS er evaluert og resultatene viser at den er på linje med den en finner ved lokalsykehusene (Lappegard and Hjortdahl, 2012; Lappegard and Hjortdahl, 2014).

Riksrevisjonen har stilt spørsmål ved kostnadseffektivitet ved ØHD-ene (Riksrevisjonen, 2016). Etter vårt syn er det behov for å gjennomføre kostnads-nytte-evalueringer av tiltaket. Analysene bør gjennomføres etter at enhetene har vært i stabil drift i 2-3 år. Tilsvarende er det behov for å gjennomføre evalueringer av den medisinske kvaliteten ved ØHD-ene.

Referanser

- Report No. 47 to the Storting (2008-2009): The Coordination Reform, Proper treatment – at the right place and right time.*, Oslo, Ministry of Health.
- AARAAS, I. 1995. The Finnmark general practitioner hospital study. Patient characteristics, patient flow and alternative care level. *Scand J Prim Health Care*, 13, 250-6.
- BORGE, L. E. & RATTSO, J. 1995. Demographic shift, relative costs and the allocation of local public consumption in Norway. *Regional Science and Urban Economics*, 25, 705-726.
- HAGEN, T. P., AMAYU, K. N., GODAGER, G., et al. 2011. Utviklingen i kommunenes helse- og omsorgstjenester 1986-2010. *Helseøkonomisk forskningsprogram Skriftserie 2011: 5*.
- HEANEY, D., BLACK, C., O'DONNELL C, A., et al. 2006. Community hospitals--the place of local service provision in a modernising NHS: an integrative thematic literature review. *BMC Public Health*, 6, 309.
- HOLE, T., BARSTAD, J., TEIGEN, S., et al. 2015. Emergency hospitalisation in six municipalities in the Sunnmøre district. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 135, 1553-7.
- L, P. 2010-2011. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)
- LAPPEGARD, O. & HJORTDAHL, P. 2012. Acute admissions to a community hospital: experiences from Hallingdal sjukestugu. *Scand J Public Health*, 40, 309-15.
- LAPPEGARD, O. & HJORTDAHL, P. 2014. Acute admissions to a community hospital - health consequences: a randomized controlled trial in Hallingdal, Norway. *BMC Fam Pract*, 15, 198.
- RATTSO, J. 1989. Local-Government Allocation of Labor and the Grant System - an Applied-Model Analysis of Local-Government Behavior in Norway. *Environment and Planning C-Government and Policy*, 7, 273-284.
- RIKSREVISJONEN 2016. Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen *Dokument 3:5 (2015-2016)*
- SKINNER, M. S. 2014. Kommunenes planer for øyeblikkelig hjelp døgntilbud: Status per 2012-2013. *Senter for omsorgsforskning rapportserie 5/2014*. Gjøvik: Gjøvik: Omsorgssenter Øst/Høgskolen i Gjøvik.
- SKINNER, M. S. 2015a. Enveiskjørt samarbeid? Kommunale akutte døgnenheter og helseforetak. *Senter for omsorgsforskning Øst*.
- SKINNER, M. S. 2015b. Organiseringen av kommunalt akutt døgnopphold. *Working paper Senter for Omsorgsforskning Øst*.
- SWANSON, J. & HAGEN, T. P. 2015. Reinventing the “community hospital”: Did implementation of municipal acute bed units reduce the demand for hospital admissions? Manuscript.