

Unødvendige innleggelser – *finns dom?*

AV JAN EMIL KRISTOFFERSEN

HOVEDBUDSKAP

- Det er sprikende data på forekomsten av unødvendige innleggelser, men noen forfattere anser at ambulante alternativer til innleggelse kan gjennomføres uten tap av kvalitet.
- Flere fremhever imidlertid at redusert tilgang til sykehustjenester kan medføre risiko for tap av helse, særlig blant eldre med sammensatt sykdomsbilde, som også er den gruppen som hyppigst er lagt inn i sykehus.
- Gode strømlinjede behandlingsforløp sees helst der hvor det finnes effektiv behandling for tilstanden. Det er derfor en utfordring å bedre kvalitet og effektivitet i de komplekse behandlingsforløpene som følger av høy alder og multisykkelighet.
- Intervensjoner som setter fokus på dialog og beslutningsstøtte rundt henvisninger viser effekt i form av bedre prioriteringer og redusert henvisningsvolum og peker seg ut som et tydelig satsingsområde.
- Endret organisering av sykehusenes akuttmottak og endringsarbeid innenfor kommunale pleie- og omsorgstjenester herunder sykehjem, kombinert med styrket organisering og fagledelse av allmennlegevakt er nødvendig.
- Lokalmedisinske sentre er trolig nyttige der hvor demografi og geografi tilsier det, men bør være et unntak og ikke en nasjonal modell inntil forskning forteller oss noe annet.



Jan Emil Kristoffersen

Spes. allmennmedisin. Tidligere fastlege i Lørenskog og leder for Allmennlegeforeningen. Fra mars 2010 overlege ved avdeling for samhandling, Akershus universitetssykehus.

11. august 2009 meldte NRK: *Regjeringen kritiserer fastlegene for å sende alt for mange unødvendig til sykehuset «for sikkerhets skyld». Helsedepartementet mener fastlegene sender 400 000 pasienter unødvendig til sykehus hvert år.*

Dette medieutspillet (1) ble i etterkant beklaget og nyansert av daværende statssekretær i Helse- og omsorgsdepartementet Dagfinn Sundsbø, men det var på sett og vis en refleks av *St.meld. nr. 47 (2008–09) Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid* (2), hvor det blant annet står: «Det er i flere norske studier anslått at omfanget av unødvendige innleggelser i sykehus er betydelig. Det anslås at om lag 400 000 somatiske liggedøgn i sykehus kunne vært unngått dersom det fantes et alternativt tilbud i kommunen.»

Denne artikkelen er et forsøk på å gå inn i dette landskapet av meninger, insinuasjoner, krenkede og tvilere, og se om det er støtte i litteraturen for at mange innleggelser er unødvendige – og om noen i så fall har skylda for dem.

Bedre utkomme for pasienten?

Økt kvalitet i behandlingsskjeden vil ofte følges av pasientforløp med bedre utkomme. Bedrede behandlingsskjeder og økt kvalitet i samhandlingskjeden henger ofte sammen og vil ofte være en driver for økt aktivitet både i første- og andrelinjetjenesten. Det kan imidlertid være en utfordring å forstå om denne økte aktiviteten (for eksempel utstrakt bruk av troponinmålinger og endrede infarkt-kriterier) primært fører til forskyvning av diagnosetidspunkter, eller om den reelt sett bedrer utkommet for den enkelte.



ILLUSTRASJONSDR: ISA MARINSON

Hjerte-karsykdomregisteret viser for eksempel en svak økning i innleggelsesraten for sykdommer i sirkulasjonsorganene i Helse Vest i perioden 1992–2001, samtidig med en redusert mortalitet av de samme sykdommene. For førstegangs akutt hjerteinfarkt viste innleggelsesratene en liten nedgang frem til 2000, for så å øke i 2001. Letaliteten ved akutt hjerteinfarkt viste en betydelig reduksjon gjennom tiårsperioden, mest markert for aldersgruppen 65 år og eldre (3).

Garåsen, Jacobsen og Haukeland (4) studerte alternativer til akuttinnleggelser i et stort sykehus (St. Olav). De konkluderte med at det vil være vanskelig å skille ut pasientene som ikke trenger ordinær innleggelse ved innleggelsestidspunktet. Å etablere alternativer til øyeblikkelig hjelp-inn-

leggelse når innleggende lege vurderer det nødvendig, har sannsynligvis begrenset verdi. Forfatterne påpeker at innleggende lege og sykehusets lege hadde ulike oppfatninger av når innleggelse var nødvendig, men at bare 12 prosent av innleggelsene ble gjort av pasientens egen fastlege – slik at innleggende lege sjelden kunne ha god oversikt over alternative handlingsvalg for den enkelte pasient i en akutt-situasjon. Dette ligner trolig situasjonen i mange av landets større byer, hvor et mindretall av fastlegene deltar i legevaksordningene.

Potensial for ambulant utredning

Flere har vært kritiske til om bedret samhandling knyttet til eldre og pleietrengende personer kan redusere presset på

sykehus uten at behandlingskvalitet går tapt. Eldreoverlege Terese Folgerø i Tromsø kommune har gått hardt ut mot målbildet i Samhandlingsreformen. I Dagens Medisin spør Folgerø blant annet om det er gunstig å overføre penger fra en organisasjon som kun driver med helse (spesialisthelse-tjeneste) til en total budsjettamme i en organisasjon (kommune) som drifter utallige samfunnsoppgaver i tillegg til helse, pleie og omsorg?

«Demografisk utvikling (flere eldre) og endring i sykdomsbildet (flere med kroniske lidelser) gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne. Samtidig har eldre pasienter ofte sammensatte lidelser, der flere sykdommer og den medisinske behandlingen virker inn på hverandre. Dette gjør diagnostikk og behandling vanskelig hos syke eldre, og det krever ofte spesialistkompetanse.»

Folgerø mener derfor at det kanskje legges til rette for et annenrangs tilbud til noen grupper (5).

Rosseland med flere publiserte i 2006 en gjennomgang av innleggelse for akutt abdomen ved Sykehuset Levanger (6). 483 personer ble lagt inn med akutte buksmerter over en tre måneders periode, hvorav 26 prosent ble utskrevet med diagnosen uspesifiserte buksmerter. 43 prosent av pasientene lå i avdelingen i mindre enn ett døgn. 48 prosent hadde ikke behov for noen medisinsk behandling. Pasientgruppen la beslag på 17 prosent av kirurgisk avdelings senger og ressurser.

Det er grunn til å anta at det i denne gruppen kan ligge et potensial for ambulant utredning samme eller neste dag – der hvor det er kort reisevei til sykehus – og at den økonomiske innsparingen for sykehuset kan bli betydelig, ikke minst hvis man ser mulighetene for alternativ aktivitet, for eksempel flere elektive «kurante» kirurgiske inngrep. Dette krever mer endringsvilje i sykehus enn i kommunehelsetjenesten.

Bruk av observasjonspost

Trommald med flere har i en ti år gammel litteraturgjennomgang sett på om innleggelse i observasjonspost er like bra, men billigere enn innleggelse i ordinær sykehusavdeling (7). Forfatterne så på randomiserte kontrollerte studier der man sammenliknet helseeffekt, liggetid og sykehuskostnader for pasienter med brystsmerte eller astma som var behandlet i observasjonspost eller i ordinært tilbud i sengepost.

Konklusjonen var at pasienter behandlet i observasjonspost etter spesifikke prosedyrer, oppnår samme helseeffekt som pasienter behandlet i ordinære sengeavdelinger. Videre er det anført en reduksjon i liggetid og direkte sykehuskostnader ved bruk av observasjonspost, som følge av at

pasientene raskere får en diagnose enn ved en ordinær sengepost. Forutsetningene for å oppnå dette ligger i klare seleksjonskriterier og konkrete protokoller for utredning og pasientbehandling. Dersom mange pasienter etter observasjonspost oppholdet overføres til sengepost eller blir utskrevet for så senere å bli reinnlagt, vil dette kunne spise opp kostnadsreduksjonen.

Man må anta at vilkårene for innsparing og opprettholdt kvalitet på tilbudet forutsetter en tjenestestandard som neppe vil være aktuell å bygge opp utenfor sykehus i Norge. Observasjonsposter i kommunene eller i hybride «lokalmedisinske sentre» er lite realistisk som en nasjonal modell. Studien har trolig mest relevans for intrahospital organisering.

Kostnader ved «unødvendige innleggelse»

Bjørn Odvar Erikson disputerte for den medisinske doktorgrad i 1999 med et arbeid på unødvendige innleggelse i indremedisinsk avdeling (8). Han konkluderer med at

på innleggelsestidspunktet klarte ekspertpanelene bare å identifisere en firedel av de unødvendige innleggelsene. I tillegg ble en tidel av de nødvendige innleggelsene feilaktig klassifisert som unødvendige. Dersom man hadde brukt panelenes forutsigelser på innleggelsestidspunktet for å redusere antall innleggelse, ville dette kun ha resultert i beskjedne kostnadsbesparelser, men noen pasienter ville lidd helsetap fordi en del nødvendige innleggelse ikke ville ha blitt gjennomført. I forhold til besparelsene ville disse helse-tapene ha vært uakseptabelt store.

Dette arbeidet tilsier at det bør utvises forsiktighet i å snu pasienter som henvisende lege har vurdert som innleggelsestiltrengende i medisinske avdelinger. Erikson så også på kostnadene knyttet til de 26 prosent av innleggelsene som i ettertid ble ansett som unødvendige (9): Disse genererte langt mindre kostnader (44 prosent) enn øvrige innleggelse slik at økonomisk besparelse for avdelingen – hvis man hadde klart å eliminere alle unødvendige innleggelse – ville ha vært 12 prosent.

Erikson oppsummerer slik:

«Denying care for inappropriate admissions does not generate cost reductions of the same magnitude. Policy makers should be cautious in projecting the cost savings potential of excluding inappropriate admissions.»

Ambulant utredning vs. innleggelse

Carter med flere har i en studie fra Edinburgh latt et panel av allmennleger vurdere om pasienter innlagt fra sykehjem kunne ha vært håndtert på alternative måter enn innleg-



Det er rimelig å anta at økt ambulant utredning og bruk av observasjonsposter kan gi økonomiske besparelser – men slike grep vil kreve mer endringsvilje i sykehus enn i kommunehelsetjenesten, påpeker artikkelforfatteren. ILLUSTRASJONSFOTO: TORUNN SMEVIK (SYKEHUS) / KNUIT EKANGER (PENGER)

gelse (10). 114 pasienter ble innlagt i sykehus fra sykehjem i studieperioden. Panelet vurderte at opp til 40 prosent av pasientene kunne ha vært håndtert adekvat uten innleggelse. Viktigste hinder for dette var manglende medisinsk tilbud på sykehjemmene, ikke ulikt situasjonen i norske sykehjem. Et bifunn var at 35 prosent av pasientene ankom akuttmottaket uten noe henvisningsskriv.

En studie fra Barcelona (11) viser god nytte av «Quick Diagnosis Units» (QDU) bemannet med erfarne indremedisinere hvor målet er rask avklaring av pasienter med symptomer på alvorlig sykdom, men som er i stand til å tåle en rask ambulant utredning med et eller flere oppmøter over kort tid. Hyppigste diagnostiske avklaring i QDU var malign sykdom. Forfatterne konkluderer med at bruk av QDU gav økonomisk gevinst og redusert trykk på akuttsenger i sykehus uten reduksjon i kvaliteten i tilbud.

Under norske forhold vil dette innebære en slusing av pasienter til et tilbud om utredning på poliklinikk en av de nærmeste dager – fremfor innleggelse. Det forutsetter at poliklinikken har tilgang til for eksempel rask billeddiagnostikk og endoskopiservice. Igjen er det sykehusenes og helseforetakenes organisering som utfordres mer enn primærhelsetjenesten.

McDonagh og medarbeidere gjorde i 2000 en gjennomgang av litteratur på måling av riktig bruk av akuttsenger (12). Forfatterne konkluderer med at unødvendig bruk av akuttsenger er hyppigst for eldre pasienter, hvor moderate pleiebehov som ikke kan møtes i hjemmet er dominerende, og hvor antall unødvendige akuttdøgn i deres gjennomgang anslås til 20 prosent av totalt antall liggedøgn.

Fleck og medarbeidere i Regensburg, Tyskland studerte effekten på pasientstrøm av etablering av et felles indre-

medisinsk pasientmottak for elektivt henviste pasienter (13): Sykehusets lege fordelte til hhv. innleggelse eller ambulans utredning og behandling, med andre ord en poliklinikk som eneste elektive vei inn. Etter 24 måneder var totalantallet behandlede pasienter økt med 20,7 prosent og det ble registrert økt tilfredshet hos både pasienter, henvisere og sykehusets spesialister. Imidlertid ble 90 prosent av pasientene fortsatt innlagt.

Henvisningskvalitet

En spansk intervensjonsstudie av Borda med flere (14) viser kraftig og vedvarende økt kvalitet på henvisninger fra førstelinjetjenesten til en urologisk avdeling, etter at man etablerte en telefonbasert rådgivningstjeneste for henvisere og gav tilbud om halvårslige faglige oppdateringsmøter. Adekvate henvisninger (n=6088) økte fra 58 prosent til 75 prosent. Forfatterne konkluderer med at (lang)varig kvalitetsforbedring er mulig, men fordrer (lang)varige tiltak.

Den amerikanske *Veterans administration Outcomes Group* publiserte i 2008 data fra eldre menneskers oppfatning av antatt unødvendige undersøkelser og henvisninger (15). Forfatterne tar utgangspunkt i at unødvendige undersøkelser påfører helsetjenesten kostnader og kan være til skade for pasienter, og at mange håper at en velfungerende primærlegetjeneste kan redusere antallet unødvendige undersøkelser. Man intervjuet 2300 mottagere av Medicare hvorav 82 prosent hadde en fast lege som var generalist. Et stort flertall (79 prosent) mente at å ha en generalist som kunne håndtere de fleste helseplager var å foretrekke fremfor å skulle oppsøke en ny organspesialist for hver enkelt plage man har. Imidlertid fant man at et flertall av pasientene ville ønske seg undersøkelser som lege ville anse som unødvendig ved en rekke tilstander, og at dette misforholdet mellom forventninger og medisinsk faglig vurdering av nytte gjør primærlegens portnerrolle svært krevende. Forfatterne formulerer det slik:

«When faced with new symptoms, many older patients report that they would want a diagnostic test or specialty referral that their generalist thought was unnecessary. Generalists striving to provide patient-centered care while at the same time limiting exposure to unnecessary medical interventions will need to address their patients' perceptions regarding the need for these services.»

Evans beskriver «the Referral Evaluation Project» (16) som ble gjennomført i Syd-Øst-Wales i Storbritannia i 2007–08. Prosjektets formål var å bringe sammen fastleger og sykehusleger for å diskutere kvalitet og hensiktsmessighet av henvisninger, og drøfte bruken av kommunale tjenester fremfor henvisning til sykehus. Prosjektet var en ettårig intervensjon hvor primærlegene (som har omtrent samme

type finansiering som næringsdrivende som *flertallet* av norske fastleger) fikk frikjøpt ukentlig tid til kollegial drøfting av sine henvisninger internt i den enkelte praksis, og til samlinger sammen med sykehusleger hver sjette uke. Allmennlegenes egen vurdering var at henvisningskvaliteten økte betydelig, men den mest slående effekt av intervensjonen var et kraftig fall i henvisninger til sykehus. Antall henvisninger til ortopedisk vurdering og antall akuttinnleggelse ble halvert, mens bruken av kommunale tjenester økte.

Overført til norske forhold kunne denne typen kvalitetsarbeid finansieres over normaltariffens takst 14 og for eksempel knyttes opp som et krav for oppnåelse av og resertifisering i spesialiteten allmennmedisin.

På den nasjonale praksiskoordinator-konferansen i Kirkenes før sommeren presenterte praksiskonsulentene Kirsten Rokstad og Sissel Holmen ved Haukeland Universitets-sykehus data fra et prosjekt med implementering av enkel beslutningsstøtte i PAS-EPJ-programmet Infodoc Plenario (17). Prosjektet ble metodisk gjennomført som en kontrollert prospektiv studie. Beslutningsstøtten var avgrenset til henvisninger til lungeavdelingen. Beslutningsstøtte førte til en kraftig forbedring av informasjon i henvisningene. Prioriterende sykehuslegers tidsbruk på vurdering og prioritering av henvisninger ble redusert med 34 prosent, mens opplevelsen av å ha gitt rett prioritet økte betydelig.

Forslag til hovedgrep

Denne artikkelen er ikke en systematisk gjennomgang av all litteratur på samhandlingsområdet. Imidlertid er det klart at det ligger et betydelig, men uforløst potensial for bedret pasientforløp i dagens helsetjeneste. Det er ikke lett å finne støtte for samhandlingsmeldingens budskap om unødvendige innleggelse og behovet for nyetablering av «halvannenlinjetjenester» av typen lokalmedisinske sentre – men det er det solide kunnskap for hva man i hvert fall bør interesse seg mer for, forsøkt samlet i fire forslag til hovedgrep og et overordnet premiss for disse:

1. **Reorganiser sykehusenes akuttmottak**
2. **Reorganiser sykehjemmene med styrket legetilbud og bedre muligheter for «bedside»-diagnostikk, enklere intravenøs behandling etc.**
3. **Etabler interaktive henvisninger med beslutningsstøtte og elektronisk lege-lege-dialog i helsenettet**
4. **Gjennomfør en legevaktreform**
– og ikke gjør noen av delene uten tett samarbeid med allmennmedisinsk kompetanse.

Referanser

1. www.nrk.no/nyheter/1.6726155 11.08.2009
2. www.regjeringen.no/nb/dep/hod/kampanjer/samhandlingsreformen.html?id=524777
3. Øyen N, Nygård O, Igland J et al. Sykehusinnleggelseser for hjerte- og karsykdom i Helse Vest i perioden 1992–2001. Tidsskr Nor Lægeforen 2008; 128: 17–23.
4. Eikeland G, Garåsen H, Jacobsen G. Finnes det alternativer til øyeblikkelig hjelp-innleggelseser? Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 2355–7.
5. Kronikk og debatt, Dagens Medisin 1.10.2009.
6. Bjerkeset T, Havik S, Aune KM et al. Akutte buksmerter som årsak til innleggelse. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 1602–4.
7. Trommald M, Aaserud M, Bjørndal A. Observasjonsposter – like godt tilbud til lavere kostnader? Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 3029–34.
8. Erikson BO. The potential for reducing inappropriate hospital admissions: a study of health benefits and costs in a department of internal medicine. Doktoravhandling. Tromsø: Institutt for samfunnsmedisin og Medisinsk avdeling Regionsykehuset i Tromsø, 1999.
9. Eriksen BO, Kristiansen IS, Nord E et al. The cost of inappropriate admissions: a study of health benefits and resource utilization in a department of internal medicine. Tromsø: Institutt for samfunnsmedisin og Medisinsk avdeling Regionsykehuset i Tromsø, 1999.
10. Carter L, Skinner J, Robinson S. Patients from care homes who attend the emergency department: could they be managed differently. J Emerg Med 2009; 26 (4): 259–62.
11. Bosch X, Aibar J, Capell S et al. Quick diagnosis units: a potentially useful alternative to conventional hospitalisation. Med J Aust 2009; 191 (9): 496–8.
12. McDonagh MS, Smith DH, Goddard M. Measuring appropriate use of acute beds. A systematic review of methods and results. Health Policy 2000; 54 (2): 163.
13. Fleck M, Zeuner M, Schölmerich J [Central Patients Admission (CPA) unit--connecting inpatient and outpatient care]. Med Klin (Munich) 2009; 104 (12): 925-30.
14. Páez Borda A, Sáenz Medina J, Redondo González E et al. An intervention to improve the adequacy of referrals from primary care to a department of urology. Actas Urol Esp 2009; 33 (10): 1122–8.
15. Herndon MB, Schwartz LM, Woloshin S et al. Older patients perceptions of «unnecessary» tests and referrals: a national survey of Medicare beneficiaries. J Gen Intern Med 2008; 23 (10): 1547–54. Epub 2008 Jul 1.
16. Evans E. The Torfaen referral evaluation project. Qual Prim Care 2009; 17 (6): 423–9.
17. Rokstad K, Holmen S. «Den Gode Henvisning» – et samhandlingsprosjekt. Utgått fra Haukeland Universitetssykehus. Kirkenes: Nasjonal PKO-konferanse 3. juni 2010.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til: jan.emil.kristoffersen@ahus.no