

Samarbeid om etterbehandling på Røros – et tilbud som gir gevinster

■ HELGE LUND • Kommuneoverlege for Røros, Os og Holtålen

■ HEGE LILJEDAHL STEENE • Allmennlege på Røros og adm. lege ved EEO

■ KRISTIAN ONARHEIM • Allmennlege i Os, Østerdalen og systemansvarlig lege ved EEO

I flere år har Røros og Holtålen kommuner i Sør-Trøndelag samarbeidet med St. Olavs Hospital om å drive Enhet for kommunal etterbehandling og observasjon ved Røros Sykehus. Driften omfatter seks senger for etterbehandling, to for kommunalt akutt døgntilbud (KAD) og en seng som legevakten disponerer. Erfaringene er gode.

Enhet for kommunal etterbehandling og observasjon (EEO) ble etablert i 2010 etter avtale mellom de to kommunene og St. Olavs Hospital. EEO er samlokalisert ved Røros sykehus – som driver elektiv virksomhet innen ortopedi, gynekologi og øre-nese-hals-sykdommer samt spesialistpoliklinikker innen ortopedi, gynekologi, kardiologi, lungemedisin, hudsykdommer og psykiatri.

Tidligere hadde anestesilegene den daglige visitten ved enheten, men også det har endret seg: Høsten 2012 tok kommunen over det medisinske ansvaret for helgene

og fra våren 2013 har allmennlegene i Røros og Holtålen hatt ansvaret for legetjenesten ved EEO. Anestesilegene har fortsatt ukentlige møter med allmennlegene for å gi veiledning i behandlingen av innlagte pasienter.

Fakta og finansiering

Veien frem til dagens ordning er preget av gjentatte trusler om nedleggelse og tilsvarende antall illsinte fakkeltog med stor lokal mobiliseringsevne. Røros kommune inngikk en avtale om etablering av EEO ved sykehuset som svar på samhandlingsreformen og for å sikre drift i forbindelse med at all protesekirurgi ble sentralisert til hovedsykehuset på Øya. Dette medførte at dagkirurgi – driftet av St. Olav – kunne fortsette. Sykepleierne ved sykehuset er de samme som jobber ved EEO. Dagkirurgisk virksomhet er avhengig av noen sengeplasser i fall det skulle oppstå komplikasjoner som krever observasjonstid natten over.

Røros ligger 16 mil fra Trondheim og 5,5 mil fra Tynset. Nedslagsfeltet for kirurgi er Midt-Norge og Nord-Østerdalen. Røros

kommune (med 5600 innbyggere) er vertskommune for driften av EEO. Holtålen kommune (2020 innbyggere) er medaktør. De to kommunene har seks etterbehandlingssenger og to KAD-senger til disposisjon (TABELL 1 OG 2). Dette er noe overdimensjonert i forhold til nasjonale normer, men det henger sammen med tilbudet ved Røros sykehus og at det må være en viss størrelse på en sengepost for at den skal være drivverdig.

«Mulighetsstudien ved Nye Røros Sykehus» i 2009 viste at de økonomiske gevinstene av å dimensjonere ned var begrenset i forhold fleksibiliteten noen ekstra senger gav med tanke på å gi tilbud til flere kommuner og videreutvikle tilbudet til å inkludere andre pasienter. Røros inviterer andre kommuner inn til å bruke etterbehandlingssengene ved EEO til en døgnpris på 2000 kroner – som er lavere enn «straffepriisen» for utskrivningsklare pasienter ved sykehusene. Slik fristes andre kommuner inn i en fremtidig felles drift, slik at kostnadene går ned og antall sengeplasser harmonerer mer med behovet. Flere kommuner har inngått intensjonsavtale om kjøp av slike sengeplasser.





Gangbroen mellom sykehuset – som rommer EEO – og legekantoret på Røros har både praktisk og symbolsk betydning. FOTO: HEGE LILJEDAHL STEENE

Driften av EEO er et spleiselag bestående av Helse Midt-Norge, St. Olav og Røros kommune – med ca 1/3 hver. Det er stadige spøkelses om at de to første skal trekke seg ut og overlate finansieringen til kommunene. Da vil det bli kostbart å drive dette. Motargumentene vi i kommunene har, er at St. Olav er avhengig av de aktuelle senene for å sikre den dagkirurgiske tjenesten.

Organisering, legebemanning og visitt

Røros legevakt-distrikt – bestående av Røros, Os og Holtålen – betjener 10 000 innbyggere og har sin base ved Røros sykehus, vegg i vegg med legesenteret (bilde). Dette er en forutsetning for at legevaktlegene kan betjene EEO.

I ordinær arbeidstid er det allmennlegene i Røros og Holtålen som har det medisinske ansvaret. En lege dekker én uke av gangen. Røros dekker tre av fire uker i turnusen. Legene arbeider 12,5 timer pr. uke, svarende til 33 prosent legestilling. Denne er det ikke kompensert for, hvilket inne-

bærer en tilsvarende nedgang i kurativ tjeneste. I helgene er det legevakten som dekker legetjenesten.

Ved overtakelsestidspunktet i april 2013 hadde man lite oversikt over tidsbruken til legen på EEO. Anestesilegene ved Røros Sykehus hadde ansvaret. De gikk visitt mellom operasjonene på dagkirurgen. Det forelå ingen lignende enheter, så man estimerte et tall basert på det sykepleierne på avdelingen anslo at anestesilegen brukte. Før overtakelsen hadde kommunene hatt ansvaret for EEO i helgene. Men med bruk av legevakten i helgene og anestesilegene på hverdager, opplevde sykepleierne liten kontinuitet i arbeidet. Visittgang ble ofte oppstykket, da anestesilegen jobbet fullt på dagkirurgen. I dag betjenes EEO av tre fastlønnede kommuneleger som er under spesialisering i allmennmedisin.

Etter å ha prøvd ut ulike modeller for pasientvisitt, valgte vi å samle visitttiden til kl 13:00–15:30. Dette har gjort arbeidet mer kontinuerlig og bidratt noe til å redusere overtid. Det er laget eksklusjons- og inklusjonskriterier for hvilke pasienter som skal

være i avdelingen, retningslinjer for innleggelse samt en kortfattet folder til kommunene – for lettere å vurdere aktuelle kandidater.

Legearbeidet

Alle innlagte pasienter har legetilsyn minimum to ganger pr. uke. Nye pasienter skal tas imot av lege innen dagen etter ankomst. Innskrivning skjer i visittiden. Journalsystemet er Doculive, som er felles med St. Olavs Hospital.

Mellom 15:30 og 08:00 på hverdager og i helgene har legevakten ansvar for EEO. Legevaktlegen får rapport om innliggende pasienter fredag ettermiddag. Legevaktlegen har en times visitt lørdag og søndag og ansvar for å følge opp eventuelle prøvesvar og nyoppståtte problemer. Legevaktlegen skriver inn pasienter som kommer fredag ettermiddag. Epikriser skrives primært av fast ansatte EEO-legger. Er det pasienter som akutt må overflyttes sykehus utenom visittiden, gjøres dette av legevaktlegen.

TABELL 1: Etterbehandlingssenger

INKLUSJONSKRITERIER	EKSKLUSJONSKRITERIER
Kommuner med avtale om bruk. Andre kommuner som har inngått intensjonsavtale kan kjøpe plass for 2000 kr/døgn	Barn under 16 år
Pasienter som anses ferdigbehandlet innen 4 uker	Rus og psykiatri
Behov for etterbehandling etter somatisk sykdom	Pasienter med avansert demens*
Ferdig medisinsk utredet	
Behandling igangsatt	

* Vi tar imot etterbehandling av pasienter med lettere demens der hoveddiagnosen tilsier behov for rehabilitering/etterbehandling – feks. oppptrening etter FCF og sluttføring av i.v. antibiotikakur

TABELL 2: Kommunal øyeblikkelig hjelp-seng

INKLUSJONSKRITERIER	EKSKLUSJONSKRITERIER
Kommuner med avtale om bruk	Barn under 16 år
«Grønne» og «gule» pasienter	«Røde» og «oransje» pasienter
Pasienter som kan bli ferdigbehandlet innen 7 dager	Pasienter med behov for spesialisthelsetjeneste
Pasienter med medisinske og kirurgiske tilstander	Rus og psykiatri



Inne fra avdelingen ved EEO Røros. FOTO: HEGGE LILJEDAHL STEENE

Etter ett års drift erfarer de faste EEO-legene at arbeidet er et berikende supplement til vanlig allmennpraksis. Sykepleierne opplever at allmennlegene bidrar til stabilitet og forutsigbarhet. Utfordringen er å optimalisere visittiden i forhold til postrutiner, sykepleiernes vaktskifte og driften ved legekantoret. I perioder med stor pågang ved legevakten, oppleves arbeidet ved EEO vanskelig å kombinere med legevaktarbeidet. En må trolig ha flere leger på vakt i slike perioder.

Pasienter og diagnosegrupper

Data- og resultatregistreringen startet før samhandlingsreformen og før begrepene kommunal øyeblikkelig hjelp, KAD-tilbud og etterbehandling var etablert. Virkeligheten kan avvike fra det som kommer frem gjennom tall, og vår erfaring er at dataene er mest anvendelig som et diskusjonsgrunnlag for å utvikle tilbudet. De bør ikke sees på isolert – uten å ta høyde for hvordan belegget ved sykehjemmene har vært og hvilke politiske prioriteringer innen

helse de samarbeidende kommunene har gjennomført. Overføringsverdien til andre kommuner må sees i lys av dette.

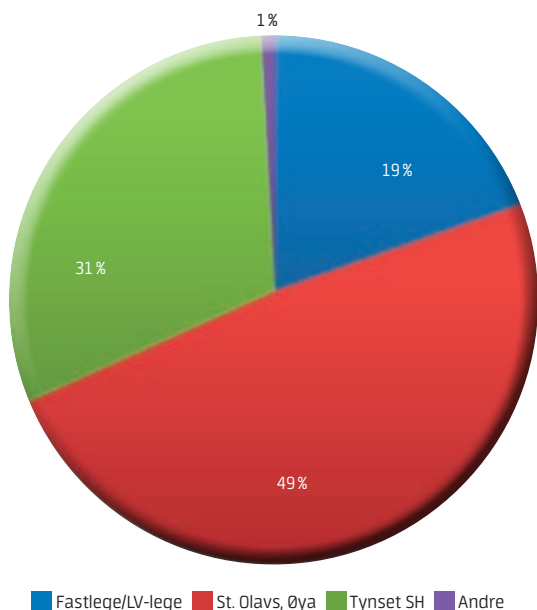
Totalt ved EEO har 406 pasienter produsert 3423 liggedøgn. Det gir en gjennomsnittlig liggetid på 8,4 liggedøgn for kommunal øyeblikkelig hjelp (KAD) og etterbehandling fra sykehus samlet. I perioden 2011–2013 har bruken økt med 539 liggedøgn (fra 1466 til 2005), det vil si 37 prosent.

Vertskommunen Røros står for den største økningen på i alt 457 liggedøgn sammenlignet med 2011, det vil si 48 prosent. Til sammenligning har samarbeidskommunen økt bruken med 44 prosent (146 liggedøgn). Dette tilsvarer en økning i sengebehov fra 4,1 til 5,5 senger med 100 prosent belegg. Belegget for 2013 var 92 prosent (2005 av totalt 2190 liggedøgn; sengepost med seks senger).

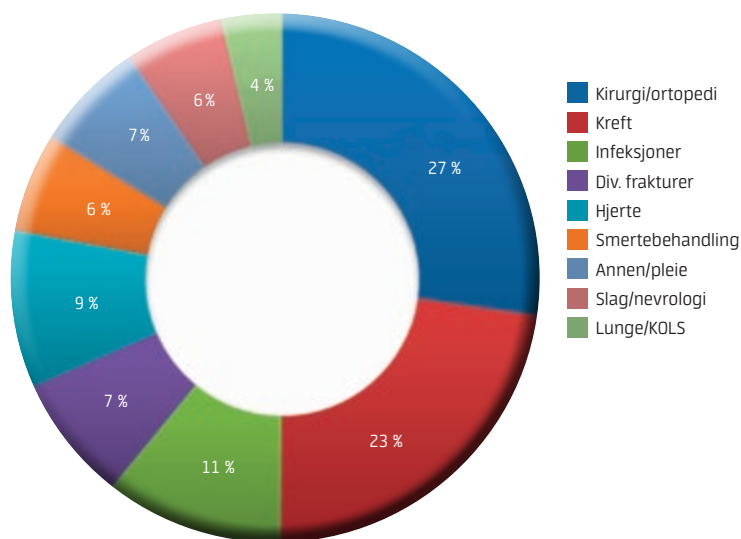
Figur 1 viser at 19 prosent av 3423 liggedøgn er initiert av primærlege (fastlege eller legevaktlege) mens over 80 prosent er initiert av sykehus (St. Olavs Hospital eller Sykehuset Innlandet, Tynset).

Figur 2 viser fordelingen av overordnet diagnosegruppe (ICD-10) og hva som best beskriver bakgrunnen for innleggelse: kirurgi/ortopedi (gjennomført inngrep før innleggelse), kreft, infeksjon, etterbehandling av brudd (ikke opererte som f.eks. bekkenfraktur, kompresjonsfraktur, gipsing med flere), hjerte, smertebehandling og andre årsaker/pleiebehov. Etterbehandling etter ortopediske inngrep og pleie i forbindelse med kreftsykdom (spesielt hos yngre pasienter) er de gruppene som har økt

FIGUR 1: Andel liggedøgn initiert av primærlege, sykehus eller andre.



FIGUR 2: Fordeling av pasienter etter diagnosegrupper.



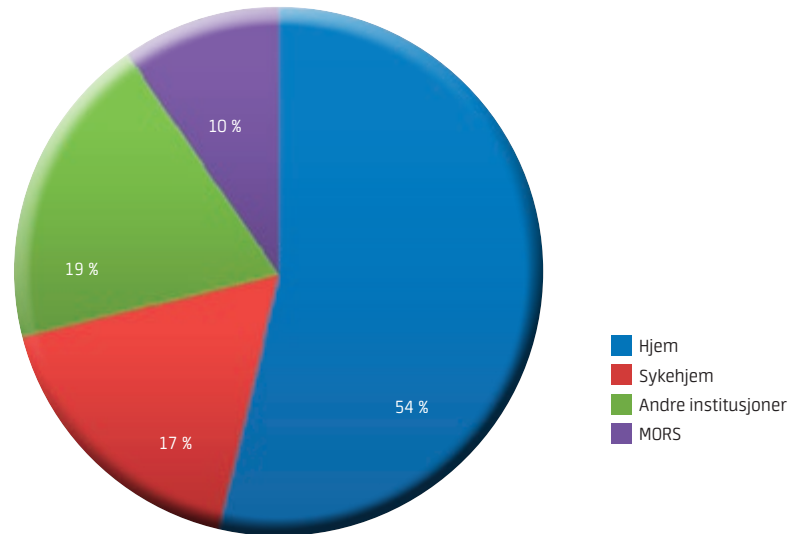
mest. Diagnosegruppene vi har registrert korresponderer godt med antakelsene i stortingsmeldingen om samhandlingsreformen.

Etter opphold i EEO blir over halvparten av pasientene utskrevet til hjemmet (FIGUR 3). 17 prosent blir utskrevet til sykehjem mens 19 prosent sendes til andre institusjoner (for det meste reinnleggelse i sykehus). 10 prosent dør ved avdelingen. Dette er en høy mortalitet som en antar skyldes økt bruk av etterbehandlingsenheten i palliativt øyemed.

Oppsummering

Man var i starten noe skeptisk til hva en skulle med en slik avdeling, da man hadde sykehjemmene. Dette har endret seg. Imidlertid er legearbeidet ved EEO tidkrevende og det er ikke tilført flere legeårsverk. Dette belaster annen legevirkosomhet i kommunene, i særlig grad den kurative tjenesten.

Det er godt samarbeid mellom EEO, Røros sykehus og kommunehelsetjenesten. Personellsamarbeidet med St. Olavs Hospital medfører trolig at det overføres syke pasienter til vår EEO enn andre slike enheter. Dette er imidlertid antakelser. En vet at



FIGUR 3: Utskrivningssted etter EEO-opphold og andel dødsfall under opphold.

pasienter generelt sendes raskere ut fra sykehusene nå enn tidligere. Videre har bruken av EEO nær sammenheng med kapasiteten ved kommunenes sykehjem. Ved fullt belagte sykehjem, hender det at EEO har pasienter som ellers kunne vært skrevet ut.

Veien er blitt til mens vi har gått. Mange tema kunne diskuteres ytterligere. I vår re-

gion har terminal pleie i størst mulig grad vært håndtert av hjemmesykepleien og fastlegene i fellesskap. Nå synes det å være en trend i retning av at flere terminale pasienter ønsker å ha den siste tiden ved EEO Røros.

■ HELGE.LUND@OS.KOMMUNE.NO

