

# Godt nok for min syke mor?

Prosser med nedlegelser av lokalsykehus med tilhørende demonstrasjoner og protester har pågått, og pågår ennå. Innbyggerne kjemper for å beholde det nære helsetilbudet som det lokale sykehuset representerer. Jeg antar at de sannsynligvis opplever tilbudet som trygt og kvalitativt godt nok. Eller er det tap av arbeidsplasser, nærhet og tilgjengelighet til helsetilbudet som skaper uroen?

Samhandlingsreformen legger opp til at folk skal få bedre helsehjelp nær der de bor, og at tjenestene skal henge bedre sammen. Et av virkemidlene er at det skal etableres kommunale øyeblikkelig hjelp døgntilbud, KAD-senger, som et ledd i den akuttmedisinske kjede. Det nye tilbudet skal bidra til å redusere antall øyeblikkelig hjelp-innleggelses i spesialisthelsetjenesten (1).

Overgangene mellom et lokalsykehus, KAD og forsterket sykehjem er slett ikke tydelige og heller glidende. KAD skal være et tilbud i stedet for sykehusinnleggelse, og minst like godt eller bedre, for den pasientgruppen det gjelder. Erfaring i hvordan KAD etableres viser at disse sengene ikke nødvendigvis vil være et ruralt nært tilbud om ei helseseng, selv om et sentralt mål i samhandlingsreformen er å gi tjenester nærmere der pasienten bor (2). I Sør-Trøndelag er det eksempelvis fem forskjellige KAD-tilbud som dekker alt fra tre til tolv kommuner. Slik det organiseres i dag kan KAD-tilbudet like gjerne ligge i en storby og vel så langt hjemmefra som sykehuset.

Noen KAD-tilbud omfatter kun en ekstra seng med ekstra tilsyn på sykehjemmet, mens andre har til dels avansert utstyr for både overvåking med skop, utredning med røntgen, CT og blodprøver.

Hvordan kan KAD-tilbudet bli så godt at det er å foretrekke fremfor sykehusinnleggelse? For å sette det absolutte subjektive mål på dette: KAD-tilbudet bør være så bra at jeg selv vil foretrekke det for mine nærmeste.

KAD må ikke organiseres slik at det fører til økt oppsplitting av tjenestene, feilinnleggelses og at pasienter og pårørende får

opplevelsen av å være kasteballer i et inkonsekvent helsesystem. Et helhetlig pasientforløp må være et av kvalitetsmålene. Det er avgjørende å avklare innhold og kvalitet i døgntilbud for øyeblikkelig hjelp-funksjoner, både for å unngå overlapping i og usikkerhet om hvilket tilbud som gis hvor. God kvalitet kjenne- tegnes ved at tjenestene er samordnet og preget av kontinuitet, at de er trygge og sikre.

Det er ikke debatten om kommunale vs. interkommunale løsninger jeg vil løfte frem. Poenget er at vi trenger et kritisk blikk på hva KAD skal innebære, krav til kvalitet og hva som er til beste for pasientene. KAD skal være et allmennmedisinsk tilbud til dem som har behov for observasjon, behandling og tilsyn, men som ikke har behov for sykehusinnleggelse. Plikten er avgrenset til pasienter som kommunen har mulighet for å utrede, behandle og yte omsorg for (3). Det er store variasjoner i hvordan tilbudet organiseres, men kvaliteten bør ikke variere for mye. Det kan også være en fare å etablere et helsetjenestetilbud for de som ellers ville blitt behandlet hjemme, og derved øke forbruket av helsetjenester – det vil si flere liggedøgn i kommuner så vel som sykehus. Eller kan vi forvente kortere ligge- og rekonvalesenstid ved å gi raskere helsehjelp?

KAD-tilbudene rapporterer sentralt og har i tillegg egne statistikker, blant annet på beleggprosent, utskrivelser og liggedøgn. Om KAD-tilbudene er virksomhetsfulle, og utnytter ressursene på en god måte, får vi kanskje svar på når analysene og evalueringene foreligger. Norsk forening for allmennmedisins referansegruppe for KAD-senger peker på ulike evalueringsverktøy for å vurdere tilbudets kvalitet og effekt (3). NFA-veilederen er basert på erfaringer med KAD i ulike deler av landet og gir faglig begrunnede anbefalinger vedrørende etablering og drift av KAD-enheter. Den er å finne på Legeforeningens hjemmesider.

God kvalitet på helsetjenesten innebærer også å involvere brukerne og gi dem innflytelse. Deloitte gjennomførte i 2013,

på oppdrag fra Helsedirektoratet, en undersøkelse som viste stor pasienttilfredshet; de fleste var eldre som satte pris på å unngå sykehusinnleggelse (4).

Rapporten avdekket imidlertid at innleggelsesrutinene ikke fungerte optimalt og ble opplevd som tungvinte av legene.

Flere KAD-tilbud omfattet ikke fast legetilsyn i helgene. Ved de fleste tilbudene var det også færre pasienter enn forventet. Mulige forklaringer til dette er manglende informasjon om tilbudet, krevende innleggelsesprosedyrer, krav om at pasienter skal behandles innen 72 timer og inklusjonskriterier.

I denne utgaven av *Utposten* skriver Steinar Konradsen med «Erfaringer med kommunale øyeblikkelig hjelp-senger i Distrikts-Norge». Kronikken konkluderer med at det fremdeles er sentrale utfordringer for å få ordningen til å fungere optimalt.

President Hege Gjessing i Legeforeningen har påpekt at «Når pasientbelegget blir høyere enn 92,5 prosent øker dødeligheten signifikant. Norske sykehus dimensjoneres med for høyt belegg opp til 93 prosent, og med dette øker faren for feilbehandling» (5).

Med tanke på dette, er det riktig å bygge ut KAD-tilbud som er bra nok for min syke mor, selv om det ikke er helt i nærheten av der hun bor.

KRISTINE ASMERVIK

## REFERANSER

1. Helsedirektoratet. Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnoophold. Veiledningsmaterieill revidert 2/2014.
2. Rapport fra Den norske legeforening og KS. Kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud. Mai 2014.
3. Norsk forening for allmennmedisin. Dnlf. Medisinsk faglig veileder for kommunale akutt døgntilbud (KAD). 25.04.2014.
4. Deloitte på oppdrag fra Helsedirektoratet. Undersøkelse om kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnoophold. Januar 2014.
5. Gjessing H. For mange pasienter er farlig. Tidsskr. Nor. Legeforen. 2014; 134: 1435.