

Erfaringer med kommunale øhjelpssenger i distrikts-

■ STEINAR KONRADSEN • Intermediæravdelingen, Distriktsmedisinsk senter Midt-Troms

■ BIRGIT ABELSEN • Nasjonalt senter for distriktsmedisin, Institutt for samfunnsmedisin, UiT - Norges arktiske universitet, Tromsø

Over halvparten av pasientene som ble lagt inn med feil eller usikker diagnose, ble overført til sykehus. Tilsvarende andel blant de som fikk riktig diagnose ved innleggelse, var tretten prosent. Denne forskjellen er et hovedfunn i et datamateriale som omfatter 97 innleggelser i kommunale øhjelpssenger i Midt-Troms. Analysen av materialet belyser viktige problemstillinger om behandling av akutt syke pasienter utenfor sykehus.

Argumenter for og mot kommunale øhjelpssenger

Da Samhandlingsreformen ble innført ble det uttrykt skepsis mot at kommunene pålegges å etablere øhjelpssenger for å ta hånd om en del av de friskeste, akutt syke som ellers ville blitt lagt inn på sykehus. Geriater Pål Friis stilte spørsmål ved om legevaktlegene vet nok om akutt funksjonssvikt hos eldre (1). Helse- og omsorgsdepartementets egen ekspertgruppe som utredet behandling av akutt syke eldre utenfor sykehus, foreslo klare krav til hvilke pasienter som fortsatt bør innlegges i sykehus (2). En studie blant sykehusinnlagte pasienter i Helse Nord fant at de fleste pasientene som kunne vært aktuelle for

innleggelse i kommunale øhjelpssenger, har et høyt ressursforbruk når de legges inn på sykehus – og dermed neppe ville fått likeverdig behandling på kommunalt nivå (3).

På den annen side er det publisert noen prospektive studier om pasientforløp i sykestuesenger i Norge (4, 5) og i «community hospitals» i England (6, 7). Ingen av disse studiene gir grunn til bekymring for å behandle selekterte, akutt syke pasienter utenfor sykehus. Ordningen med kommunale øhjelpssenger er etablert i sterk mangel av evidensbasert kunnskap, men det er altså gode argumenter både for og mot.

Organiseringen av øhjelpssengene i Midt-Troms

På Finnsnes i Midt-Troms ble det i april 2013 opprettet fem interkommunale øhjelpssenger (Intermediæravdelingen), som be-

tjener en befolkning på ca. 19 000 personer i kommunene Berg, Torsken, Tranøy, Lenvik, Dyrøy og Sørreisa. Avstanden fra Finnsnes til nærmeste sykehus (UNN Tromsø) er ca. 170 km. De nevnte kommunene har i årevis samarbeidet om interkommunal legevakt.

Intermediæravdelingen har to allmennleger tilsatt i til sammen 70 prosent stilling på dagtid. Én av forfatterne (S.K.) har, som én av disse, halv stilling og innehar det faglige ansvaret. Intermediæravdelingen er samlokalisert med legevakten. Legevaktlegene (ca 20 ulike leger) forventes (i henhold til helsepersonelloven) å ta hånd om alle akutte problemstillinger, inkludert innleggelse ved intermediæravdelingen, etter ordinær arbeidstid og i helgene. Intermediæravdelingen har to sykepleiere på vakt hele døgnet. Avdelingen har i tillegg fysioterapeut i 10 prosent-stilling.

Intermediæravdelingen har tilgang til konvensjonell røntgen på dagtid i ukedagene. Tilgjengelige lokale laboratorieprøver inkluderer celleteller, glukose, CRP, blodgass, TroponinI, D-Dimer og urinstiks samt urindyppekultur. Andre biokjemiske og mikrobiologiske prøver sendes til UNN Tromsø. På avdelingen er det EKG-apparat, blodsukkerapparat og blærescanner. Det er mulig å gi oksygentilskudd til hver pasient, men ikke non-invasiv ventilasjonsstøtte. Ved transport til UNN Tromsø benyttes ambulanse eller helikopter.

TABELL 1. *Diagnosegruppe (ICPC-2) (utskrivelsesdiagnose).*

DIAGNOSEGRUPPE	ANTALL	PROSENT
Luftveier	26	26,8
Fordøyelsessystemet	16	16,5
Urinveier	14	14,4
Muskel-skjelettsystemet	14	14,4
Hjerte-karsystemet	7	7,2
Nervesystemet	6	6,2
Allment	6	6,2
Psykatri	4	4,1
Endokrinologi/metabolisme/ernæring	3	3,1
Hud	1	1,0
Totalt	97	100,0

TABELL 2. *Gjennomsnittsalder totalt og fordelt på kjønn, overført til sykehus (nei/ja) og innleggingsdiagnose (riktig/feil eller usikker).*

		GJENNOMSNIITTSALDER	N	P-VERDI (T-TEST)
Kjønn	Kvinne	74,6	58	0,089
	Menn	68,3	39	
Overført til sykehus	Nei	71,7	75	0,700
	Ja	73,4	22	
Innleggingsdiagnose	Riktig	71,2	68	0,452
	Feil eller usikker	74,2	29	
Totalt		72,1	97	

nale -Norge



Finnsnes i Lenvik kommune er regionssenter for Midt-Troms.

Bruken av øhjelpene i Midt-Troms

Bruken av øhjelpene er beskrevet ved en retrospektiv studie med data fra Intermediæravdelingens internkontrollsystem. Én av forfatterne (S.K.) har samlet data fra innleggelser fra 1. september 2013 til 1. april 2014. De innleggelsene som ikke er med i materialet, er de hvor inn- og utskrivning har skjedd samme helg eller i høytid, og de hvor blodtransfusjon var årsaken til innleggelsen.

Det er gjort enkle analyser som viser hvilken diagnosegruppe hoveddiagnosene tilhører, liggetid, hvem som har henvist pasienten (legevaktlege/fastlege/vikar for eller kollega av fastlege), pasientens bosituasjon ved innleggelse (hjemme/omsorgsbolig/sykehjem) og om innleggingsdiagnosen var korrekt (ja/nei/vet ikke). Denne diagnosevurderingen ble gjort på utskrivestidspunktet basert på diagnostikk utført i løpet av oppholdet. Andelen som legges inn i sykehus, ble beregnet totalt og fordelt på om innleggingsdiagnosen var riktig eller ikke.

Noen hovedfunn

Materialet omfatter totalt 97 innleggelser, 58 kvinner og 39 menn. Fordeling av utskrivelsesdiagnosene på diagnosegrupper (ICPC-2) er vist i tabell 1 nederst på side 16. Luftveier (hovedsakelig KOLS-forverring/pneumoni og astma), fordøyelsessystemet (gastroenteritt, obstipasjon, steinsmerte etc.) og urinveier (pyelonefritt) er diagnosegruppene med høyest forekomst. Aldersfordelingen blant pasientene er vist på side 16 i tabell 2. Gjennomsnittsalderen var 72 år. Gjennomsnittsalderen blant kvinner var noe høyere enn blant menn. Liggetid er vist i tabell 3 på side 18. De fleste oppholdene var på et til to døgn. Andelen pasienter henvist fra legevakt var 74 prosent, fra fastlegen 13 prosent, mens 12 prosent ble henvist av en annen lege (som oftest en vikar for fastlegen). Ved innleggelse var 87 prosent av pasientene hjemmeboende.

Totalt sett ble 23 prosent av pasientene overført til sykehus på grunn av forverring av tilstanden eller komplikasjoner ved behandlingen. Tabell 2 viser at de som ble

overført til sykehus var noe eldre enn de øvrige, men forskjellen er ikke statistisk signifikant. Det er vurdert (av S.K.) at 77 prosent av pasientene fikk riktig innleggingsdiagnose. Andelen med usikker eller feil innleggingsdiagnose var 23 prosent. Tabell 2 viser at de som fikk feil eller usikker diagnose var noe eldre enn de øvrige, men heller ikke her er forskjellen statistisk signifikant. Blant de med korrekt innleggingsdiagnose, var det 13 prosent som ble overført til sykehus, mens det blant de med innleggingsdiagnose som viste seg å være feil eller usikker var hele 58 prosent som ble overført til sykehus. Risikoen for å bli overført til sykehus var sju ganger høyere blant de med feil eller usikker diagnose sammenliknet med de som vurderes lagt inn med riktig diagnose (OR = 7,0 KI = [2,5–19,7], p-verdi < 0,001).

Basert på opplysninger i henvisningen fra innleggende lege vurderes det av forfatterne at 66 prosent av innleggelsene erstattet sykehusinnleggelse, 13 prosent av de innlagte ville trolig ikke ha blitt innlagt i

sykehus, men heller sendt hjem eller tatt hånd om av den allerede eksisterende pleietjenesten i kommunene. For 23 prosent av innleggelsene er det vurdert som usikkert om de uten øhjelpsenge, ville blitt innlagt i sykehus.

De fleste henvises fra legevakt

To tredjedeler av pasientene ble henvist fra legevakt. Fastlegene er kun tilgjengelig på dagtid. Legevakten er alternativet i 128 av ukens 168 timer. Dermed er det å forvente at en stor del av akutt syke pasienter oppsøker legevakten. I tillegg er øyeblikkelig hjelp-tilbudet i den største kommunen (Lenvik) hovedsakelig organisert under legevakten også på dagtid. Dermed vil få pasienter komme til sin fastlege ved akutt sykdom på dagtid.

Legevakten har ikke felles journalsystem med fastlegene. Det kan tenkes at usikkerhet og manglende pasientopplysninger gjør at terskelen for innleggelse blir lav. Likevel er andelen innlagte fra legevakt lavere enn tidligere vist for innleggelser i sykehus. I en observasjonsstudie fra Trondheim kom 88 prosent av pasientene som ble lagt inn på St. Olavs Hospital fra legevakt eller sykehusets skadepoliklinikk (8).

De med feil eller uklar diagnose overføres oftest til sykehus

I vårt materiale var det 22,7 prosent av pasientene som ble lagt inn med feil eller uklar diagnose. Det var en klar overhyppighet av overføring til sykehus blant disse. I rapporten «Helsetjenester til eldre», som omhandler behandling av akutt syke eldre utenfor sykehus, pekes det på at observasjon av uklare tilstander kan være et alternativ til sykehusinnleggelse. Våre erfaringer tilsier at en stor andel av pasienter med uklare tilstander etter hvert legges inn på sykehus. Riktig diagnose tidlig ser ut til å beskytte mot forverring som krever sykehusinnleggelse. Det er forfatterens oppfatning at de som legges inn med uklar tilstand generelt ikke er sikrere enn de



UNN Ambulans Lenvik er lokalisert i tilknytning til distriktsmedisinsk senter (DMS) og den interkommunale legevakten på Finnsnes (IKLv).

som har fått en diagnose. Dette kan derfor neppe forklare overhyppigheten av sykehusinnleggelse blant de med feil eller uklar diagnose. I geriatrien er det god klinisk praksis å sette inn tiltak tidlig i et sykdomsforløp for å forsøke å reversere en uønsket utvikling. Dette kan bli vanskelig jo mer derangert pasienten er før adekvat diagnostikk og behandling etableres. Observasjon av uklare tilstander utenfor sykehus kan i så måte være kontraproduktivt.

Trusler mot pasientsikkerheten?

Datamaterialet kan ikke belyse om pasientene som ble overført til sykehus, fikk et forverret utfall enn hva som ville ha vært tilfelle om de primært hadde blitt lagt inn på sykehus. Dette er et spørsmål som opplagt bør være gjenstand for fremtidig forskning. Vår avdeling har ikke egne leger i vakt. Innleggende lege vil oftest være den eneste legen som ser pasienten før visitten neste virkedag. Feilvurderinger gjort av innleggende lege, vil derfor som regel ikke korrigeres før neste dag. Dette øker risikoen for mangelfull diagnostikk og behandling. På dette punktet skiller innleggelse i Intermediæravdelingen seg fra innleggelse i sykehus, hvor pasienten først tilses av innleggende lege og deretter én eller flere sykehusleger. Etablering av vaktordning som sikrer alle kommunalt innlagte pasienter tilsyn fra to ulike leger første døgn, vil kunne øke kvaliteten på diagnostikk og behandling.

Det er forfatterens oppfatning at legevakten foreløpig er det svakeste leddet ved innleggelser i Intermediæravdelingen. Det handler ikke om at legevaktlegene ikke er flinke leger. Men legevaktens og Intermediæravdelingens organisering øker risikoen for feilvurderinger i den initiale fasen. Tradisjonelt har legevakten vært et «transittmottak» hvor pasientene vurderes for hjemreise eller sykehusinnleggelse. Denne vurderingen krever mindre diffe-

rensialdiagnostisk tenking enn dagens situasjon, hvor et tredje alternativ er introdusert. Den diagnostiske tilnærming bør da utvides både for å øke sannsynligheten for at det stilles riktig diagnose ved innleggelse og for å utelukke mindre sannsynlige diagnoser. Dette innebærer mer spesifikk testing enn hva som i dag er tilfelle. Det kan oppleves som nytt og uvant for allmennleger å tenke bredere diagnostisk og vurdere komplikasjonsfare forbundet med ulike behandlingsoalternativer.

De fleste legevaktleger er allmennleger og sideutdanning i indremedisin er ikke en obligatorisk del av allmennlegeutdanningen. Allmennleger har god trening i primærstabilisering og -behandling, men man kan ikke forvente at allmennleger automatisk skal beherske oppfølging av alvorlig syke, inneliggende pasienter. Det gjøres regelmessig mangelfull diagnostikk i forkant av behandlingsbeslutninger. En mulig forklaring er at allmennleger ikke er vant til å vurdere forløp fremover i tid hos innlagte pasienter. Dette kan dreie seg om «hva gjør vi om pasienten ikke blir bedre med denne behandlingen?» (adekvat diagnostikk initialt kan være til hjelp, eks blodkultur, urindyrking etc.), «er det andre mulige forklaringer på symptomene som det er svært viktig å utelukke?» (lav terskel for å ta røntgen thorax, arteriell blodgass etc.) og «hvilke komplikasjoner kan forventes?» (eks luftveisobstruksjon hos astmatiker innlagt pga pneumoni).

Manglende IKT-verktøy er etter forfatterens erfaring én av de største truslene mot pasientsikkerheten ved innleggelse i kommunale øhjelpsenge. Helse- og omsorgsdepartementets ekspertgruppe pekte i 2010 på at tilgang til sykehusets journalsystem er en forutsetning for gode behandlingsoløp mellom forvaltningsnivåene (2). Svært få kommunale øhjelpsoavdelinger har i dag slik tilgang. Derfor er viktige opplysninger om tidligere sykdommer og diagnostiske tester ikke kjent for behandlere der.

TABELL 3. Liggedøgn.

DIAGNOSEGRUPPE	ANTALL	PROSENT
0 døgn	1	1,0
1-2 døgn	58	59,8
3-4 døgn	26	26,8
5-6 døgn	11	11,3
7-10 døgn	2	2,1
Totalt	97	100,0

Det må satses på kompetanseutvikling

Kommunene mangler erfaring med drift av øhjelpsenger. Det er svake tradisjoner for fagutvikling og forskning i kommunehelsetjenesten. Disse nye enhetene krever kompetanseutvikling. Det er viktig at kommunene tar inn over seg det store ansvaret som følger med driften av slike sengeposter. Det bør legges til rette for faglig forsvarlig drift gjennom satsing på kompetansehevende tiltak. Man kan ikke forvente at allmennleger og sykepleiere uten videre skal beherske behandling av disse pasienten uten målrettet trening og veiledning fra spesialisthelsetjenesten. Kompetansehevingen må settes i system og være en integrert del av daglig praksis. Det er forfatterens erfaring at personell med erfaring fra somatisk sykehus, er en stor fordel for å utøve god kvalitet i behandling av innlagte pasienter på kommunalt nivå. Det bør stilles sentrale minstekrav til hva slike kompetansehevende tiltak skal innbefatte, slik at kompetansen på alle slike avdelinger blir i tråd med det helsemyndighetene tenker kreves.

Til tross for alle utfordringene synes de aller fleste pasientene våre å få adekvat diagnostikk og behandling. Forfatterens subjektive oppfatning er at nærhet til hjemstedet oppleves som svært positivt for akutt syke pasienter. De får ofte besøk av pårørende, og overgangen fra Intermediæravdelingen til hjemmet er enkel å få til på grunn av godt samarbeid med fastleger og kommunale pleie- og omsorgstjenester.

Viktige tiltak for bedret kvalitet

Våre data peker på sentrale utfordringer for å få ordningen med kommunale øhjelpsenger til å fungere optimalt. Lesetilgang i helseforetakets pasientjournal, vaktordning for leger i avdelingen og systematisk opplæring av ansatte i samarbeid med spesialisthelsetjenesten oppfattes av forfatterne som de viktigste enkelttiltakene. Dette vil kunne sikre pasientene diagnostikk og behandling av dedikert og kompetent personell.

REFERANSER

1. Friis P. Sikkerhet for samhandling. Agderposten, 13.12.14.
2. Helsetjenester til syke eldre. http://www.nsdm.no/filarkiv/File/Eksterne_rapporter/110124_Rapport_HelsetjenesterSykeEldre24jan.pdf (04.04.13)
3. Heiberg I, Magnus T. Medisinsk øyeblikkelig hjelp i Helse Nord i et samhandlingsperspektiv. *Utposten* 2013; 7: 7–9.
4. Lappegård Ø, Hjortdahl P. Acute admissions to a community hospital: Experiences for Hallingdalsjukkestugu. *Scand J Public Health*, 2012; 40 (4): 309–15.
5. Aaraas I. The Finnmark general practitioner hospital study. Patient characteristic, patient flow and alternative care level. *Scand J Prim Health Care*. 1995; 13: 250–56.
6. Tomlinson J med flere. Use of general hospital beds in Leicestershire community hospitals. *British J Gen Pract* 1995; 45: 399–403.
7. Round A med flere. Six month outcomes after emergency admission of elderly patients to a community or a district general hospital. *Family Practice* 2004; 21 (2): 173–179.
8. Eikeland G med flere. Finnes det alternativer til øyeblikkelig hjelp-innleggelse? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005; 125: 2355–7.

■ STEINAR.KONRADSEN@LENVIK.KOMMUNE.NO