

Hvordan kan vi organisere akutte helsetjenester på en god måte?

Kommunale akutte døgneheter (KAD) skal avlaste presset på sykehusene i møte med fremtidens økende etterspørsel etter helsetjenester.

Ann-Chatrin Linqvist Leonardsen

Førstemanuensis og forsker
Høgskolen i Østfold og Sykehuset Østfold Kalnes

Vivian Nystrøm

Stipendiat
Høgskolen i Østfold

Forskning

Helsetjeneste

Kvalitet

Sykepleien 2020 108 (82265) (e-82265)
DOI: 10.4220/Sykepleiens.2020.82265

Hovedbudskap

Å opprette kommunale akutte døgneheter (KAD) er et av hovedvirkemidlene når samhandlingsreformen skal implementeres. Disse enhetene er i utgangspunktet ment som et alternativ til sykehusinnleggelse for stabile pasienter med en avklart diagnose som har behov for medisinsk behandling og omsorg, men som ikke trenger spesialisthelsetjenester.

Formålet med KAD er å øke andelen pasienter som mottar helsetjenester i sitt eget lokalmiljø, forbedre integrering og koordinering av tjenester på tvers av helsetjenestenivåer og fokusere på allmennlegetjenester fremfor spesialisthelsetjenester.

På den måten vil KAD kunne avlaste presset på sykehusene i møte med fremtidens økende etterspørsel etter helsetjenester (1).

Fra 1. januar 2016 ble tilbudet lovpålagt, og 1. januar 2017 ble også psykisk helse og rus inkludert.

Kommunene organiserer tilbudet ulikt

KAD er organisert svært forskjellig i de ulike kommunene. Noen KAD er opprettet som interkommunale samarbeidsavdelinger, mens 28,5 prosent av kommunene har planer om å etablere og drifte KAD alene.



«Antallet senger varierer fra 0,6 senger ved den minste enheten til 73 senger ved den største.»

Antallet senger varierer fra 0,6 senger ved den minste enheten til 73 senger ved den største. Noen KAD er lokalisert inne på sykehjem, mens andre er på legevakter, sykehus eller i dedikerte lokalmedisinske sentra eller helsehus.

Det er stor variasjon når det gjelder legebemanning, tilgang på diagnostiske verktøy og behandlingstilbud. Felles er at alle enhetene har sykepleiedekning hver dag hele døgnet og legevisitt på hverdager (2).

KAD skal ha minst like god kvalitet som sykehus

Kravet fra myndighetene er at KAD-tilbudet skal være av samme eller bedre kvalitet enn på sykehus. Forskning viser at pasienter erfarer at kvaliteten og sikkerheten ved KAD er like god som på sykehus.



«Pasientene beskriver KAD som hjemmekoselig, rolig og fredelig med en personsentrert tilnærming.»

Pasientene beskriver KAD som hjemmekoselig, rolig og fredelig med en personsentrert tilnærming (3). Likevel fremhever de også forbedringsmuligheter, spesielt når det gjelder utskriving og overføring til hjemmet (4).

Det samsvarer med funn fra sykestuer og intermediaæravdelinger – liknende lokale døgnkontinuerlige helsetjenestetilbud med noe utvidet funksjonsområde (5, 6).

Noen fastleger er skeptiske

Noe av kritikken mot KAD er at opprettelsen er basert på et politisk vedtak og ikke på en medisinskfaglig vurdering av hva som er mest hensiktsmessig med tanke på kvalitet og pasientsikkerhet.



«Funn fra sykestuer og intermediaæravdelinger viser at behandling lokalt ikke representerer en helserisiko.»

Fastleger, som sammen med legevaktsleger og leger på sykehjem henviser pasienter til KAD, beskriver for eksempel at de er skeptiske til KAD-tilbudet og om slike enheter kan tilby sikre tjenester av god kvalitet (7).

Funn fra sykestuer og intermediaæravdelinger viser at behandling lokalt ikke representerer en helserisiko, målt som blant annet dødelighet, reinnleggelser og funksjonsnivå (8–10). Liknende studier fra KAD er ikke presentert.

SYKAD-studien gjennomføres i Østfold

Vi vil her presentere bakgrunnen for en nylig oppstartet randomisert kontrollert studie i Østfold fylke (SYKAD), som har til hensikt å sammenlikne effektivitet og kvalitet ved KAD og ved sykehus.

Østfold fylke har om lag 290 000 innbyggere. Av totalt 18 kommuner tilhører 17 Sykehuset Østfolds nedslagsfelt. Disse kommunene samarbeider om drift av fem KAD; de etablerte to i 2012 og tre i 2013. Tabell 1 gir en oversikt over de ulike enhetene.

Tabell 1. KAD i Østfold fylke per desember 2018

| Enhet (antall samarbeidende kommuner) | Antall senger | Lege til stede | Lege tilgjengelig per telefon | Lokalisasjon | Diagnostiske muligheter | Antall innleggelses 2018 |
|---------------------------------------|---------------|---------------------------|---|--|---|--------------------------|
| Halden (2) | 4 | 08:00–16:00 | 16:00–22:00 (16:00–08:00) | Sammen med rehabilitering/ sykehjem/ USK/palliasjon Legevakt i nabobygg | Utvalgte blodprøver (utvidete innen 24 timer) Blodgassanalyse Røntgen i nabobygg | 262 |
| Askim (3) | 3 | 08:00–16:00 (16:00–23:00) | (23:00–08:00) Dersom lege ikke kan komme, ring 113 | Sammen med USK Grunnet oppussing 15 minutters bilkjøring fra legevakt | Utvalgte blodprøver (utvidete innen 24 timer) Blodgassanalyse Røntgen ved behov (svar innen 48 timer) | 602 |
| Fredrikstad (2) | 11 | 08:00–16:00 (10:00–19:00) | 16:00–22:00 (16:00–08:00) | Sammen med korttidsavdeling Samme bygg som legevakt | Utvalgte blodprøver (utvidete innen 24 timer) Blodgassanalyse Røntgen i samme bygg | 627 |
| Moss (4) | 10 | 08:00–16:00 (10:00–13:45) | 16:00–22:00 (22:00–08:00) | Sammen med rehabilitering/ sykehjem/ palliasjon Legevakt i nabobygg | Utvalgte blodprøver (utvidete innen 24 timer) Røntgen i nabobygg | 763 |
| Sarpsborg (2) | 8 | 08:00–16:00 (10:00–13:00) | (16:00–08:00) | Sammen med korttidsavdeling Samme bygg som legevakt | Utvalgte blodprøver (utvidete innen 24 timer) | 376 |

Forklaringer: USK: avdeling for utskrivningsklare pasienter. Lege til stede: tidsrom lege er til stede i enheten. Lege tilgjengelig per telefon: tidsrom lege er tilgjengelig og kan tilkalles, KAD-lege (legevaktlege i parentes).

Nasjonalt er KAD-ene pålagt å rapportere inn sin aktivitet. Registerdata fra Østfold viser at det i 2014 var totalt 2032 opphold fordelt på 6983 liggedager registrert ved de fem KAD-ene i Østfold. Tallet steg til 2675 opphold fordelt på 9951 liggedager i 2018.

Det støtter evalueringer som viser at trenden er at KAD-ene blir mer brukt etter hvert som den innleggende legen blir mer kjent med tilbudet (11). Gjennomsnittlig liggetid har variert fra 2,2 til 5,5 dager i hele perioden.

Det er færre sykehusinnleggelses av eldre

Ifølge oppholdsregistreringsskjemaene ville 85,9 prosent av pasientene blitt henvist til behandling på sykehus dersom KAD-tilbudet ikke eksisterte, mens 3,4 prosent ville blitt sendt hjem.

En registerdatastudie publisert i 2016 viste en reduksjon i antall sykehusinnleggelses for eldre pasienter, spesielt der KAD var samlokalisert med legevakt.

Studien påpeker behovet for ytterligere studier som fokuserer på kostnader, helsestatus og andre utfallsmål i skjæringspunktet mellom sykehus og de kommunale enhetene (12).

Studien inkluderer 500 pasienter

SYKAD-studien er et doktorgradsprosjekt med et randomisert kontrollert design. Etter at legevaktslegen har vurdert at pasienten kan legges inn på KAD, trekkes en konvolutt som viser om pasienten skal til KAD eller til sykehus.

Vi skal inkludere totalt 500 pasienter, henholdsvis 160 til sykehus og 340 til KAD. Vi skal sammenlikne en rekke utfallsmål, som pasientopplevd helse, 30-dagers dødelighet eller sykelighet, reinnleggelser, kostnader og pasienterfaringer.



«Studien er kompleks og involverer fem legevakter, fem KAD-avdelinger samt Sykehuset Østfold.»

Studien er kompleks og involverer fem legevakter, fem KAD-avdelinger samt Sykehuset Østfold – spesielt akuttmottak, men også behandlende avdelinger.

Etter tre års søknadsprosess har vi fått midler fra Stiftelsen Dam (tidligere Extrastiftelsen) i samarbeid med Landsforeningen for hjerte- og lungesyke (LHL) til stipendiatstillingen og fra Fylkesmannen i Østfold til studiemedarbeidere.

Informasjon til alle involverte har vært en omstendelig prosess, som stipendiaten har stått for alene. Som veiledere stiller Tron Anders Moger og Hilde Lurås (professorer ved Universitetet i Oslo) samt Ann-Chatrin Leonardsen (hovedveileder, førsteamanuensis og forsker ved Høgskolen i Østfold og Sykehuset Østfold).

Konklusjon

Vi ønsker med denne artikkelen å presentere bakgrunnen for en omfattende studie som er etterspurt på nasjonalt nivå. Planlegging av helsetjenesteorganisering i Norge er lagt på politisk nivå.

For å utnytte KAD-sengene optimalt er det viktig at innleggende lege og pasienter har tillit til at det er god kvalitet. Vår studie vil gi kunnskap om kvaliteten, som eventuelt også kan benyttes til kvalitetsforbedring.

Referanser

1. St.meld. nr. 47 (2008–2009). Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2009. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr47-2008-2009-/id567201/> (nedlastet 01.09.2020).
2. Skinner M. Døgnåpne kommunale akuttenheter: en helsetjeneste-modell med rom for lokale organisasjonstilpasninger. Tidsskrift for omsorgsforskning. 2015;1(2).
3. Leonardsen A, del Busso L, Grøndahl V, Ghanima W, Barach P, Jelsness-Jørgensen L. A qualitative study of patient experiences of decentralized acute healthcare services. Scndinavian Journal of Primary Health Care. 2016;34(3):317–24. DOI: [10.1080/02813432.2016.1222200](https://doi.org/10.1080/02813432.2016.1222200)
4. Leonardsen A. Experiences with decentralized acute healthcare services from different stakeholders' perpectives. A mixed methods study (doktoravhandling). Oslo: Universitetet i Oslo; 2017.
5. Lappegard Ø, Hjortdahl P. Perceived quality of an alternative to acute hospitalization: an analytical study at a community hospital in Hallingdal, Norway. Social Science & Medicine. 2014;119:27–35. DOI: [10.1016/j.socscimed.2014.08.014](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.08.014)
6. Johannessen A. The role of an intermediate unit in a clinical pathway. Tilgjengelig fra: <https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/handle/11250/2486886>
7. Leonardsen A, Del Busso L, Grøndahl V, Ghanima W, Jelsness-Jørgensen L. General practitioners' perspectives on referring patients to decentralized acute health care. Fam Pract. 2016;6:709–14. DOI: [10.1093/fampra/cmwo87](https://doi.org/10.1093/fampra/cmwo87)
8. Aaraas I. Sykestuer i Finnmark. En studie av bruk og nytteverdi. Tromsø: Institutt for samfunnsmedisin; 1998.
9. Lappegard Ø, Hjortdahl P. Acute admissions to a community hospital- are there health consequences? Results from a randomized controlled trial in Hallingdal, Norway. BMC Fam Pract. 2014;15:198. DOI: [10.1186/s12875-014-0198-1](https://doi.org/10.1186/s12875-014-0198-1)

10. Garåsen H, Windpoll R, Johnsen R. Intermediate care at a community hospital as an alternative to prolonged general hospital care for elderly patients: a randomised controlled trial. *BMC Public Health*. 2007;7(68). DOI: [10.1186/1471-2458-7-68](https://doi.org/10.1186/1471-2458-7-68)

11. Deloitte. Undersøkelse om bruken av øyeblikkelig hjelp døgnoophold i kommunene. Erfaringer fra kommuner med etablerte tilbud. Oslo: Helsedirektoratet; 2014. Tilgjengelig fra: <https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/handle/11250/2485714> (nedlastet 01.09.2020).

12. Swanson J, Hagen T. Reinventing the community hospital: a retrospective population-based cohort study of a natural experiment using register data. *BMJ Open*. 2016;6. DOI: [10.1136/bmjopen-2016-012892](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012892)