



Prosjektrapport

Etablering av KAD bidrar til færre sykehusinnleggelser og gode pasientforløp

Fagforum KAD (Ahus, Follo, Øvre og Nedre Romerike)
23.05.2018

PROSJEKTRAPPORT

Prosjektnavn:	Etablering av KAD bidrar til færre sykehusinnleggelser og gode pasientforløp		
Dato:	23.05.18	Versjon: 1	Final
Opprettet av:	Gitte Christine Korvann, prosjektleder		
Styringsgruppeleder og prosjekteier:	Fagforum KAD v/ leder Hedi Anne Birkeland, kommuneoverlege Skedsmo kommune		
Medlemmer av styringsgruppe: Prosjektgruppe:	Fagforum KAD Gitte Christine Korvann, avdelingsleder Nedre Romerike KAD Kurt Hetland, overlege Nedre Romerike KAD Geir Jentoft Korsmo, kommuneoverlege i Ski kommune Anne Aune, kommuneoverlege Aurskog/ Høland (til jan. 2018)		

Det har blitt distribuert til:

Navn	Tittel	Dato	Versjon
Fagforum KAD	Prosjektplan	14.02.17	1
Fagforum KAD	Prosjektplan	14.02.17	2
SU	Prosjektplan	14.02.17	2
Bjørn Hjalmar Nielsen, Samhandlingskontoret på Ahus Hedi Anne Birkeland	Statusrapport 1	04.01.17	1
Bjørn Hjalmar Nielsen, Samhandlingskontoret på Ahus Hedi Anne Birkeland	Statusrapport 2	22.11.17	1
Line Berger Husem Samhandlingskontoret Hedi Anne Birkeland	Statusrapport 3	01.02.18	1
Fagforum KAD	Statusrapport 3	27.02.18	1
Fagforum KAD	Prosjektrapport	23.05.18	
SU	Prosjektrapport	31.05.18	
Erfaringskonferanse	Prosjektrapport – fremlegg	18.09.18	

INNHold

1	Beskrivelse og bakgrunn for prosjektet	3
2	Mål for prosjektet	3
3	Forutsetning for prosjektet	3
4	Begrepsavklaring	4
5	Erfaringer som er brukt	4
6	Begrensninger i prosjektet	4
7	Metode	5
8	Funn	7
8.1	Pasientfordeling pr. kommune	7
8.2	Innleggende instans	7
8.3	Innleggelsestidspunkt	8
8.4	Innleggingsårsak	9
8.5	Aldersfordeling og kjønn	14
8.6	Liggetid	16
8.7	Beleggsprosent	17
8.8	Utskrevet til	18
8.9	Henvissningsårsak	20
8.10	Avvisning av pasienter ved KAD/ KØH	21
8.11	Behandling ved KAD/ KØH	21
8.12	Diagnostisk sløyfe	21
8.13	Videre innleggelse i spesialisthelsetjenesten	22
9	Konklusjon	23
10	Anbefalinger videre	24
11	Referanser	25

1 Beskrivelse og bakgrunn for prosjektet

Prosjektet er et samarbeidsprosjekt mellom Ahus, enhet for medisin og helsefag v/ fagdirektør, divisjonsdirektør på medisinsk divisjon, klinikkchef ved ortopedisk klinikk og Fagforum KAD. Fagforum KAD er representert ved Nedre Romerike KAD, Øvre Romerike KØH, Eidsvoll KØH, Aurskog –Høland KØH, Nes KAD og Follo LMS.

Prosjekteier er Fagforum KAD og det ble søkt samhandlingsmidler og gitt tilsagn på kr. 300.000,- til gjennomføring av prosjektet. Prosjektleder startet opp arbeidet i møte med Fagforum KAD i desember 2016.

Et ubesvart spørsmål er om pasienter som legges inn i KAD-enheter, er de ordningen ble etablert for, dvs. pasienter som trenger øyeblikkelig hjelp/døgnbehandling, der det antas å være tilstrekkelig med allmenmedisinsk kompetanse. Uten et KAD-tilbud, vil disse pasientene få sin behandling i spesialisthelsetjenesten. Siktemålet er å redusere antall akuttinnleggelses i spesialisthelsetjenesten samtidig som en ikke reduserer kvaliteten på behandlingen.

Prosjektet ønsket å undersøke om en andel av pasientene har en akutt helsesvikt, som uten et tilbud om behandling i KAD, ville blitt behandlet hjemme/ambulant eller i sykehjem/kortidsenhet. Dette skulle undersøkes etter følgende hypoteser:

Hypotese 1.: Alle KAD-pasienter ville blitt lagt inn i sykehus dersom tilbudet ikke fantes.

Hypotese 2.: 80 % av pasientene skrives ut til hjemmet.

Hypotese 3.: Behandling i KAD-enhet er minst like god som behandling på Ahus.

2 Mål for prosjektet

- Utrede i hvor stor grad KAD-enhetene i Ahus' opptaksområde behandler pasienter som ellers ville blitt lagt inn på sykehus
- Kartlegge hvorvidt KAD-enhetene i opptaksområdet har ens praksis med tanke på innleggelse og utskrivning
- Få et inntrykk av om behandlingen i KAD-enhet er jevn god med den som gis på Ahus

3 Forutsetning for prosjektet

En av forutsetningene for prosjektet var at KAD/ KØH avdelingene rapporterte inn statistisk materiale innen fristene. Planen var at registreringsperioden for overordnet statistikk ville foregå fra november 2016 til og med mai 2017. Statistikken i prosjektrapporten avviker fra dette, som vi vil komme tilbake til i metodekapittelet.

Prosjektgruppen mener derfor at det har vært nok grunnlag for å kunne gjøre de nødvendige analyser.

Den andre forutsetningen var at prosjektleder og prosjektgruppen får avsatt nok tid til å arbeide med prosjektet i prosjektperioden. Prosjektleder var fraværende på grunn av sykdom fra mars 2017-oktober 2017. Hele prosjektet ble dermed utsatt. I tillegg sluttet prosjektmedarbeider Anne Aune i perioden.

Prosjektleder har rapportert til styringsgruppa på møter i Fagforum KAD, og oversendt Statusrapporter til Samhandlingskontoret på Ahus underveis i prosjektfasen.

4 Begrepsavklaring

Plikten til opprettelsen av kommunale plasser for øyeblikkelig hjelp døgnopphold er hjemlet i § 3-5, tredje ledd i «Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester mm. «Kommunen skal sørge for tilbud om døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp. Plikten gjelder kun for de pasienter og brukere som kommunen har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg til». Plikten til etablering av kommunale døgntilbud ble innført med Samhandlingsreformen i 2012.

Hva er øyeblikkelig hjelp døgnopphold? I forarbeidende til helse- og omsorgstjenesteloven gis følgende beskrivelse av øyeblikkelig hjelp:

Øyeblikkelig hjelp behøver ikke å bety at tilstanden er kritisk eller livstruende, men at pasienten må ha behov for utredning eller behandling uten nødvendig venting. (...) Øyeblikkelig hjelp benyttes som begrep for å skille mellom hjelpebehov som krever rask hjelp, fra helsehjelp som kan planlegges noen dager, uker eller måneder i forveien. (Prop.91 L 2010-2011)

Fra 2017 ble pasienter innenfor kategorien rus og psykiatri også innlemmet i det kommunale øyeblikkelig døgntilbudet. Dette fremkom av Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. Brukere med slike helseutfordringer skal ikke diskrimineres, men ha lik rett til et kommunalt tilbud om øyeblikkelig hjelp døgnopphold.

I vårt prosjekt betegnes kommunale akutte døgnenheter som KAD (Nedre Romerike og Nes), KØH (Øvre Romerike, Eidsvoll og Aurskog-Høland) eller som i Follo som en del av et LMS (Lokalt medisinsk senter).

I prosjektrapporten benyttes kun KAD eller KAD/ KØH som betegnelse.

5 Erfaringer som er brukt

Det er siden Samhandlingsreformen startet opp og de kommunale øyeblikkelig hjelp døgnplassene startet opp, blitt utarbeidet en rekke rapporter og utredninger på bruken av disse plassene. Flere av disse rapportene har vi sett til i dette prosjektet for å sammenligne våre funn med hva andre har konkludert med.

Prosjektleder har vært i god dialog med andre prosjekter innenfor området. Dette gjelder to av prosjektene i Avdeling for helsetjenesteforskning ved Ahus – et ledet av Meetali Kakad og et ledet av Anne-Kari M. Johannessen. Prosjektene går noe inn i hverandre og det er dermed utvekslet informasjon som har vært relevant for dette samhandlingsprosjektet.

Forskningsstudie som er ledet av Johannessen ved forskningscenteret på Ahus og HIOA, ser på KAD og deres samarbeidspartnere. Leger som legger inn pasienter i KAD, bestiller/tjenestekontor og hjemmebaserte tjenester. I tillegg til intervju av helsepersonell skal studien også innbefatte intervju med personer som har vært KAD pasienter og deres pårørende. Studien er finansiert av Norsk Forskningsråd. Dette studiet har tre års varighet og vil derfor være mer omfattende og gå mer i dybden.

Våre KAD/ KØH avdelinger vil være deltagere i begge disse forskningsstudiene i tillegg.

6 Begrensninger i prosjektet

Det ble i prosjektprosessen raskt klart at prosjektet måtte nedskaleres noe, da deler av ønsket statistikkgrunnlag ikke forefinnes. Nedre Romerike KAD har siden oppstarten i 2014 utarbeidet eget statistikkmateriell og rapporter. Styringsgruppen vedtok på møtet i Fagforum KAD den 6. desember 2016 at tilsvarende statistikk kunne benyttes som grunnlag i prosjektet.

For å få en helt nøyaktig beskrivelse av behandlingsskjeden og kvaliteten på den tjenesten som er gitt, måtte kliniske aktører avsatt mye tid til dette prosjektet for dokumentasjon. Foruten pasientens samtykke måtte også prosjektgruppen ha innhentet nødvendig tillatelse fra personvernombudet (PVO) på Ahus. I tillegg til utfordringen til å få tillatelser er dette et umåtelig stort arbeid. Det er ikke forventet at de kliniske aktørene skal få tid til denne forskningen, samtidig som de ivaretar det kliniske arbeidet. Da måtte det vært avsatt ressurser til at én person i en periode på f.eks. én uke kun hadde dette som oppgave å ringe rundt til alle som har vært i kontakt med en pasient det siste døgnet. Alle parter i prosessen måtte medvirke. Det fanges ikke opp i journalen til den enkelte pasient og er dermed et meget omfattende arbeide.

Å gjennomgå pasientforløp er ikke blitt prioritert i dette prosjektet, så spørsmålene (den kvalitative forskningen) er derfor kun stilt overordnet til ledelsen, samt til ansvarlige leger på enhetene.

I tillegg er det benyttet kvalitative funn fra forskningsstudiet ledet av Anne-Kari M. Johannessen.

7 Metode

Det ble i hovedsak benyttet en kvantitativ metode for dette prosjektet. I tillegg var prosjektet så heldig å få tilgang på foreløpige data fra det kvalitative studiet til Anne-Kari M. Johannessen som har intervjuet leger, fastleger, sykepleiere og ledere på ulike KAD/ KØH i samme området. Dette studiet er ikke ferdig og rapporten er ikke fremlagt, slik at funn fra dette studiet er kun antagelser på nåværende tidspunkt. I tillegg har prosjektet også sett til tidligere rapporter, for å se om våre funn er samsvarer med disse.

Den kvantitative metoden innebar en datainnhenting av alle innleggelser innenfor en periode etter en godkjent mal for registreringer, utarbeidet ved Nedre Romerike KAD. Perioden for datainnhenting skulle være fra november 2016 til og med mai 2017. Innkommet statistikkmateriell avviker fra dette og går over en lengre periode. Det er innkommet tallgrunnlag fra Aurskog-Høland KØH for de fire siste månedene i 2016. Follo LMS har levert statistikkgrunnlag for januar til august 2017, dog ikke etter samme mal. Prosjektet har fullstendig statistikkgrunnlag fra Øvre Romerike KØH og Nedre Romerike KAD for hele 2017, samt for Nedre Romerike KAD i hele 2016. Det er ikke innkommet statistikk fra Nes KAD eller Eidsvoll KØH.

Sengekapasiteten på de ulike KAD/ KØH avdelingene er:

Aurskog- Høland KØH – 2 senger

Eidsvoll KØH – 3 senger

Follo LMS – 14 senger

Nes KAD – 2 senger

Nedre Romerike KAD – 16 senger

Øvre Romerike KØH – 6 senger

Statistikkmateriale inneholder registreringer for **2816 innleggelser** gjennom en periode på 2 år for Nedre Romerike KAD (til sammen 1765 innleggelser), 2 mnd. + 1 år for Øvre Romerike KØH (294 innleggelser), 8 måneder på Follo LMS (720 innleggelser) og 4 måneder for Aurskog-Høland KØH (37 innleggelser).

Det er ikke utført direkte forskning på det statistiske materiale, men statistikkene viser en oversikt over pasientene og bruken av plassene.

Statistikkmateriale gav informasjon om disse faktorene:

- Pasientfordeling pr. kommune
- Aldersfordeling
- Innleggende instans
- Utskrevet til

- Liggetid
- Beleggsprosent
- Antall inneliggende pr. dag
- Innleggelsestidspunkt
- Innleggesdiagnoser ICPC2
- Innleggesårsak

Kvaliteten på tjenesten

For å gå litt nærmere inn på kvaliteten på tjenesten som er gitt ønsket prosjektet gå inn i enkelte pasienttilfeller på KAD/ KØH enheter og på Ahus. Der skulle vi se nærmere på:

- Henvisningsårsak
- Hvorvidt henvisning til sykehus er vurdert og begrunnelse for valg, evt. avslag (for KAD)
- Hvorvidt henvisning til KAD er vurdert og begrunnelse for valg, evt. avslag (for Ahus)
- Hvorvidt «diagnostisk sløyfe» er benyttet (for KAD og Ahus)
- Opplysninger om behandling på KAD (utfall, liggetid, utskrivning og eventuell reinnleggelse)
- Opplysninger om behandling på Ahus, for pasienter som ble avvist til KAD (utfall, liggetid, utskrivning og eventuell reinnleggelse)

Registreringsperiode for kvalitativ innhenting skulle foregå i perioden april – mai 2017, men ble utsatt til mars 2018. Som redegjort for i kapittel 6 Begrensninger i prosjektet, ble den kvalitative forskningen nedskalert noe. Spørsmål er stilt til representanter fra Ahus, Nedre Romerike KAD, Øvre Romerike KØH og Follo LMS. Spørsmålene ble formulert slik som punktene står over.

Det finnes i dag ingen rutine i DIPS (AHUS) eller i de andre journalene (Winmed, Cosdoc, System X) for å merke pasientnotat med "Diagnostisk sløyfe". Det er dermed kun erfaringer som gir bakgrunn for svarene som er gitt.

8 Funn

Det har vært et omfattende statistikkmateriale som er gjennomgått. Det har vært en utfordring at ikke alle KAD/ KØH avdelingene har benyttet samme mal for registrering, men innsendt statistikkmateriale kan likevel spesifiseres under hvert kapittel. Et av hovedfunnene generelt sett, er at statistikken viser en stor kongruens mellom de ulike KAD/ KØH avdelingene innenfor hvert område det er blitt forsket på.

8.1 Pasientfordeling pr. kommune

Statistikken over pasientfordeling pr. kommune har ingen relevans for problemstillingene i dette prosjektet og vil derfor ikke bli redegjort nærmere for. Et hovedfunn er at den kommunen som har ansvaret for (drifter) KAD/ KØH, er også den kommunen som benytter plassene hyppigst. Presentasjon av statistikken tilsendt den enkelte KAD/ KØH avdelingen inneholder disse data.

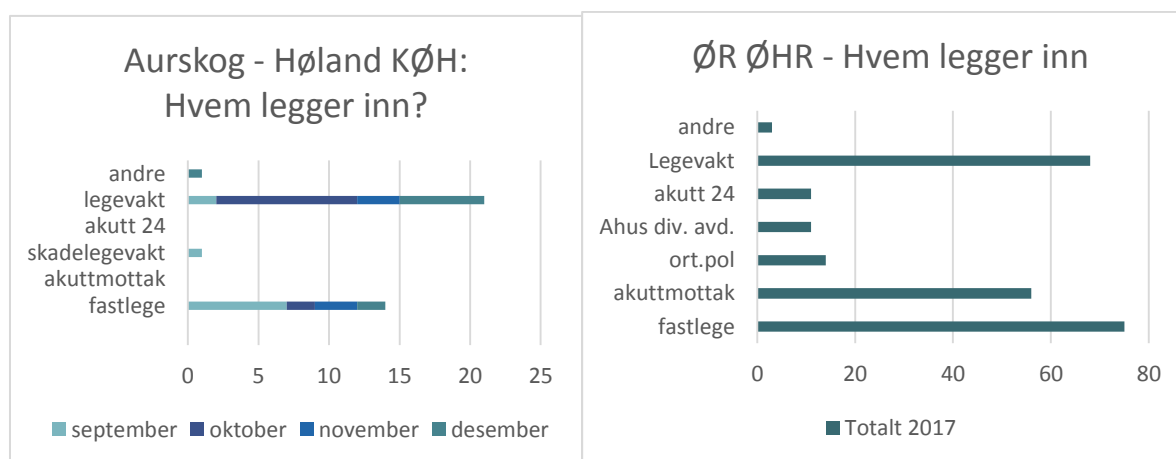
Deloitte fant i oppdrag fra Helsedirektoratet tilsvarende resultat. «Flere av informantene er tilknyttet tilbud som er en del av et større interkommunalt samarbeid, og der oppleves det ofte at det hovedsakelig er leger fra vertskommunen som bruker tilbudet». (Deloitte 2014 s.10) og videre «Ved disse tilfellene blir det av noen av informantene trukket fram at legevaktsleger fra andre kommuner har mindre kjennskap til tilbudet og benytter det i mindre grad.» (Deloitte 2014, s.16)

Tilsvarende resultat stemmer også med hva Anne-Kari M. Johannessen har funnet i sin forskning.

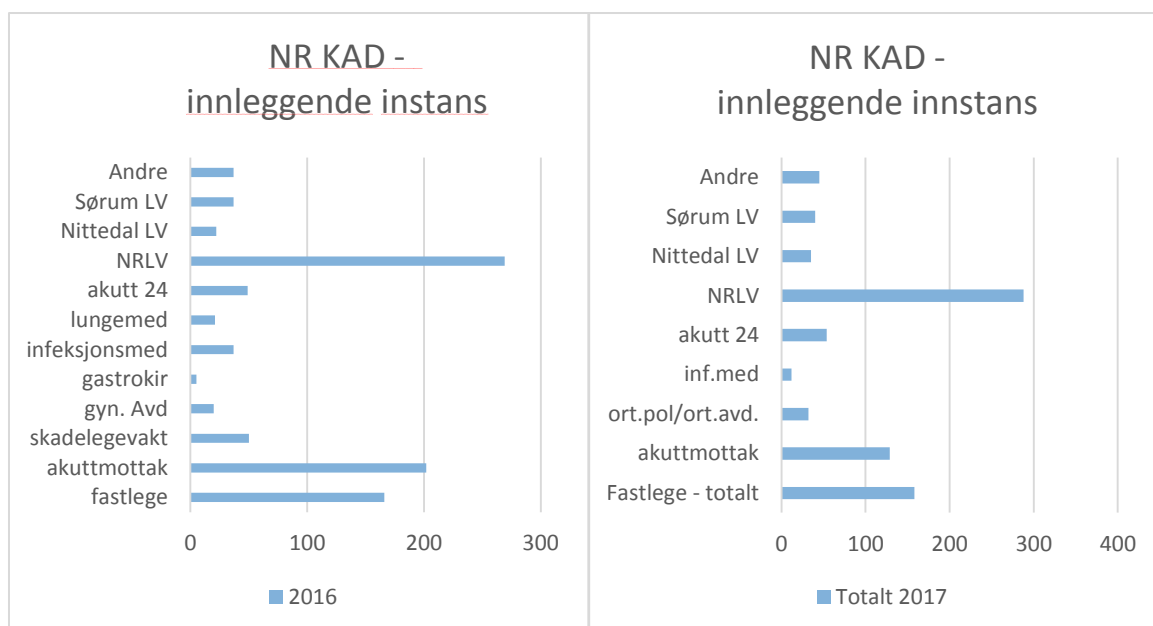
8.2 Innleggende instans

Det er i overveiende grad flest legevaktsleger som legger inn pasienter på den enkelte KAD/ KØH avdeling. På en god annen plass ligger fastlegene og deretter er det akuttmottaket og akutt 24 på Ahus. At konfereringstelefonen på Ahus - telefonsvarer- minner nå også om de kommunale døgnenhetene, kan påvirke de innleggende instanser.

Det er en økning av antall fastleger som legger inn pasienter. Det ser ut til at dersom en fastlege først har fått lagt inn en pasient på KAD/ KØH, opplever de dette som positivt og vurderer derfor dette også for andre pasienter.



Ved oppstarten av Nedre Romerike KAD ble det inngått avtaler med Ahus og enkelte avdelinger om å ta imot pasienter direkte derfra. Bakgrunnen for særavtalene var at sengene på KAD ennå ikke ble benyttet fullt ut. Det er i dag ingen slike avtaler for noen av KAD /KØH avdelingene. Utviklingen viser at i 2016 ved Nedre Romerike KAD var 36 % av innleggelsene fra legevakt mens det i 2017 utgjorde 46 %. Fastlegene stod for 18 % i 2016 mot 20 % i 2017. For innleggelsene fra Ahus sine avdelinger går det imidlertid andre veien, hvor av Ahus stod for 42 % av innleggelsene i 2016 mens i 2017 var det 29 %.



Helsedirektoratets samhandlingsstatistikk viser at 9 av 10 som blir innlagt ved kommunale øyeblikkelig hjelp plasser kommer hjemmefra. (Senter for omsorgsforskning, s. 19) Tilsvarende ser vi i vår forskning, men det er også en del pasienter som kommer fra spesialisthelsetjenesten etter en vurdering.

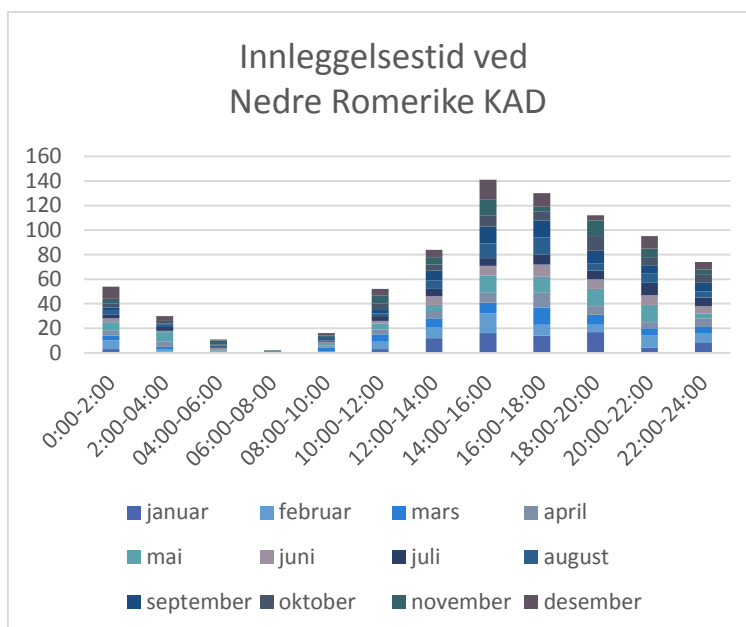
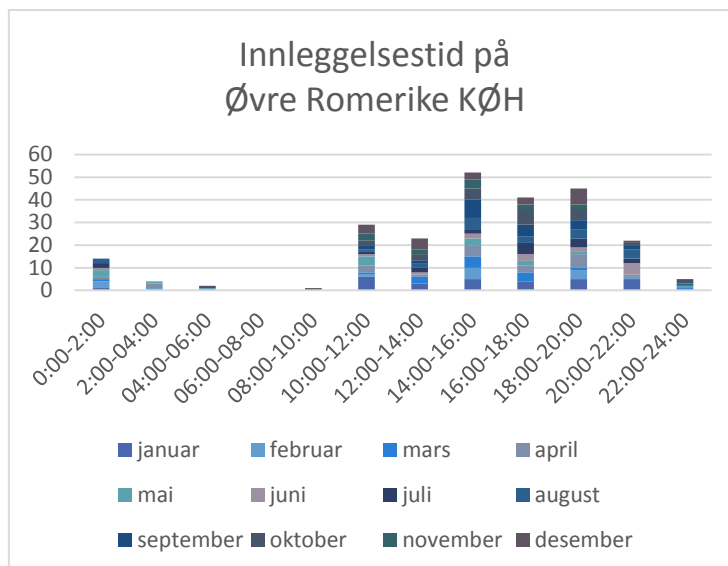
8.3 Innleggelsestidspunkt

Ved gjennomgang av statistikkmateriale fra alle KAD/ KØH avdelingene er det en stor grad av kongruens mellom de ulike avdelingen på når pasientene kommer til KAD/ KØH. Statistikken er lik fra måned til måned og fra år til år. Det er få (nesten ingen) pasienter som kommer på sennatten/tidlig morgen.

Menneskelige (fysiologiske) og sosiologiske prosesser styrer mønsteret. De fleste pasienter kommer likevel mellom kl. 10 til kl. 22, med den største andelen rundt kl.14-18. Pasientene har da vært hos fastlegen om morgenen som så skal vurdere pasienten og før dagen er omme må fastlegen bestemme videre tiltak. I tillegg har vi logistikk med pasienttransport. Deretter kommer pasientene til legevakt som ikke har blitt tilsett av fastlegen. (Doctors delay)

«Patients delay» styres også av fysiologiske og sosiologiske prosesser og opptrer gjerne på sen kveld og på nattestid. Pasientene har gjerne klart seg gjennom dagen og kvelden, men føler en forverring nærmere leggetid. I løpet av natten kan symptomene avta igjen når de fysiologiske døgnrytmene nærmer seg dag.

Mellom kl. 10-14 vurderes pasienten og gjøres klar for videre overføring til andre avdelinger som korttids plass eller over i hjemmetjenesten. Mye av arbeidet på en KAD/ KØH avdeling gjøres dermed på dag og kveld.



8.4 Innleggesårsak

Retten til kommunal øyeblikkelig hjelp fremgår av Helse- og omsorgstjenesteloven og pasientrettighetsloven § 2-1 første ledd, første punktum, «pasienten har rett til øyeblikkelig hjelp». I Prop.91 L (2010-2011) er dette beskrevet slik:

«Hva som regnes som øyeblikkelig hjelp må avgjøres ut fra forsvarlig medisinsk skjønn i hvert enkelt tilfelle. Som et alminnelig utgangspunkt omfatter øyeblikkelig hjelp situasjoner der det oppstår akutt behov for undersøkelse og behandling blant annet for å gjenopprette eller vedlikeholde vitale funksjoner, for å forhindre eller begrense alvorlig funksjonsnedsettelse som følge av skade eller sykdom, eller for å gi adekvat smertebehandling ved smerter av kortvarig art.

En pasient trenger øyeblikkelig hjelp dersom vedkommende er i en tilstand eller situasjon der utredning eller behandling er påtrengende nødvendig. Øyeblikkelig hjelp behøver ikke å bety at tilstanden er kritisk eller livstruende, men at pasienten må ha behov for utredning eller behandling uten unødvendig venting. To pasienter med samme diagnose, symptomer eller plager kan bli vurdert forskjellig med hensyn til behovet for å tilby døgnopphold som øyeblikkelig hjelp. Om behandlingen krever at en annen person

bistår pasienten vil en pasient som bor sammen med en frisk ektefelle eller har pårørende i huset kunne få hjelpen hjemme. En annen pasient som bor alene uten mulighet for bistand må imidlertid tilbys døgnopphold med bistand. Det er derfor ikke slik at øyeblikkelig hjelp nødvendigvis betyr at det er behov for ambulanse. Mange pasienter som får øyeblikkelig hjelp kan ta bil selv til sykehuset eller bli kjørt i drosje. Øyeblikkelig hjelp benyttes som begrep for å skille mellom hjelpebehov som krever rask hjelp, fra helsehjelp som kan planlegges noen dager, uker eller måneder i forveien.»

I forarbeidene og i Prop.91 L (2010-2011) er det listet opp noen aktuelle pasientgrupper som kan være aktuelle for kommunal akutt døgnbehandling.

1. KOLS-pasienter med forverring av tilstanden. Pasientene har en kjent lidelse med en vanlig forverring. Pasientene vet hva slags behandling de trenger, men er ikke i stand til å få denne hjemme. Angst hos pasienter som bor alene forverrer både pusten og opplevelsen av situasjonen. Pasientene vurderes av lege til ikke å være så dårlige at de må inn på sykehus, men de kan heller ikke være hjemme alene og få nødvendig behandling der.

2. Eldre pasienter med ubehag eller smerter i magen. Pasientene vurderes av lege til ikke å være alvorlig syke, men det er vanskelig å utrede tilstanden hjemme eller mens de er på legevakta. De fleste pasientene har en urinveisinfeksjon eller en forstoppelse.

3. Pasienter med kjent angina pectoris og smerteanfall. Angst forverrer ofte situasjonen. Enslige eldre med slike symptomer vil ha nytte av et døgnopphold utenfor hjemmet der de blir sett til, får avklart at dette ikke er noe alvorlig og får nødvendig behandling.

4. Kreftpasienter med forverring av smerter. Nye smerter fører ofte til bekymring om smertene kan ha andre årsaker. En enkel utredning og hjelp til å håndtere smertene bidrar til å roe ned situasjonen.

Prop. 91 L (2010–2011)

Når vi ser på hvilke innleggelsesårsaker og diagnoser pasientene som de siste årene har fått et tilbud på KAD/ KØH, ser vi at det er et mangfold av innleggelsesårsaker og diagnoser. Det som er felles for pasientene er at de har funksjonssvikt. Ål sjukestugu (LMS), som en av de første som etablerte det som etter hvert ble KAD, viste tidlig til at de behandlet pasienter med ulike diagnoser. Over 80 diagnoser ble rapportert på Ål sjukestugu hvor funksjonssvikt var klart gjeldende.

Pasientgrupper, som er konkretisert i forarbeidene, er også innlagt på våre KAD/ KØH avdelinger. Det er naturligvis flere innleggelsesårsaker enn det er pasienter, da en pasient kan ha flere diagnoser. Ser vi nærmere på diagnosestatistikken viser det et stort antall er pasienter med ulike infeksjoner som krever antibiotikabehandling og da gjerne intravenøsbehandling. De fleste av infeksjonene gjelder urinveier eller luftveier, ellers er en stor andel gastroenteritt og kolitt.

KOLS, pneumoni og influensa er en stor gruppe, samlet sett. KOLS pasienter er også av den pasientgruppen vi ser flere gjengangere. KOLS pasientene er godt fornøyd med tilbudet og tilbakemeldinger fra disse viser at de ønsker seg gjerne inn igjen på KAD/ KØH ved neste forverring av sykdommen.

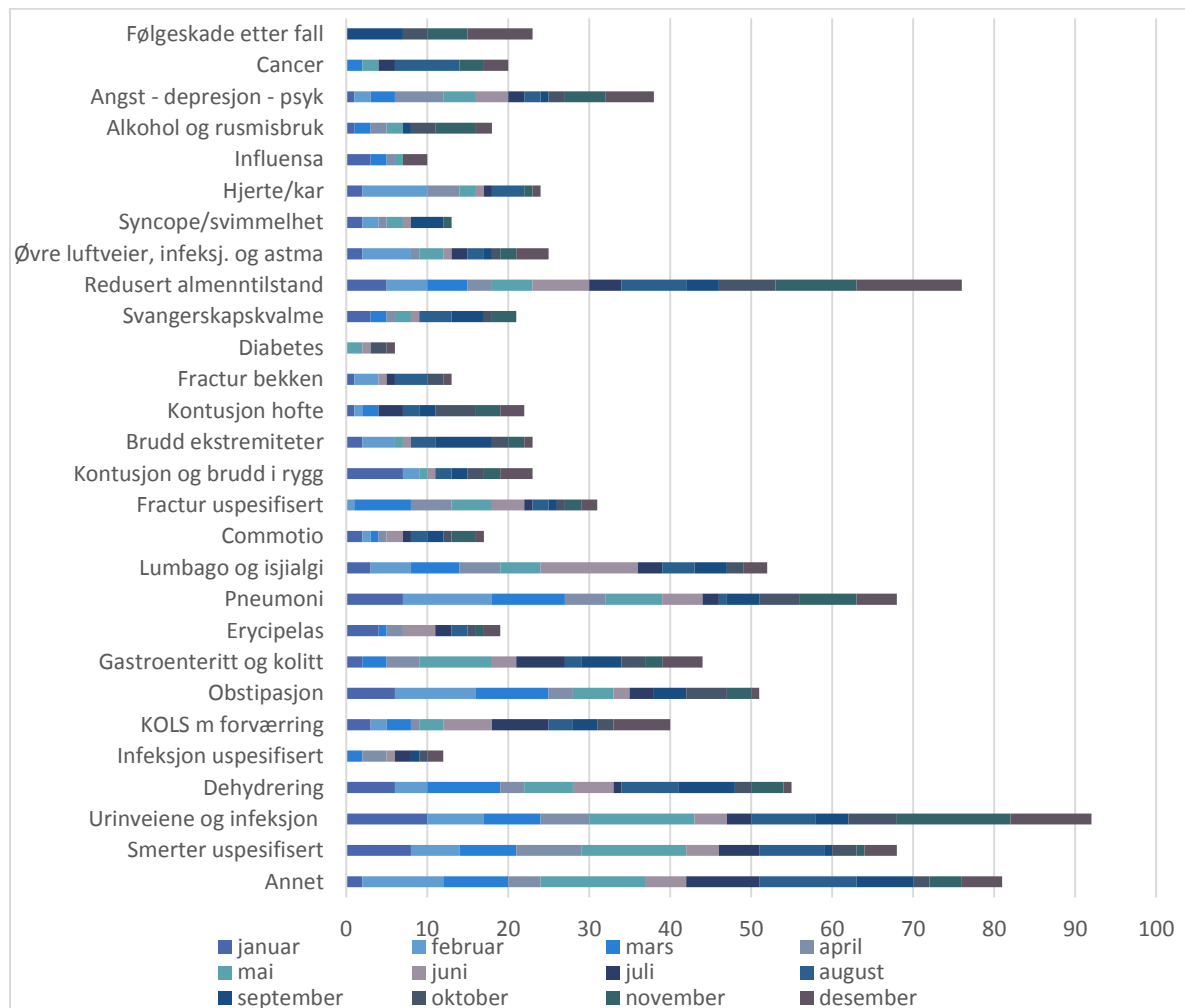
Det er mange pasienter med smerteproblematikk rundt bruddskader og ryggplager. Av pasientgruppen med ryggplager finner vi også en del yngre pasienter (under 67 år).

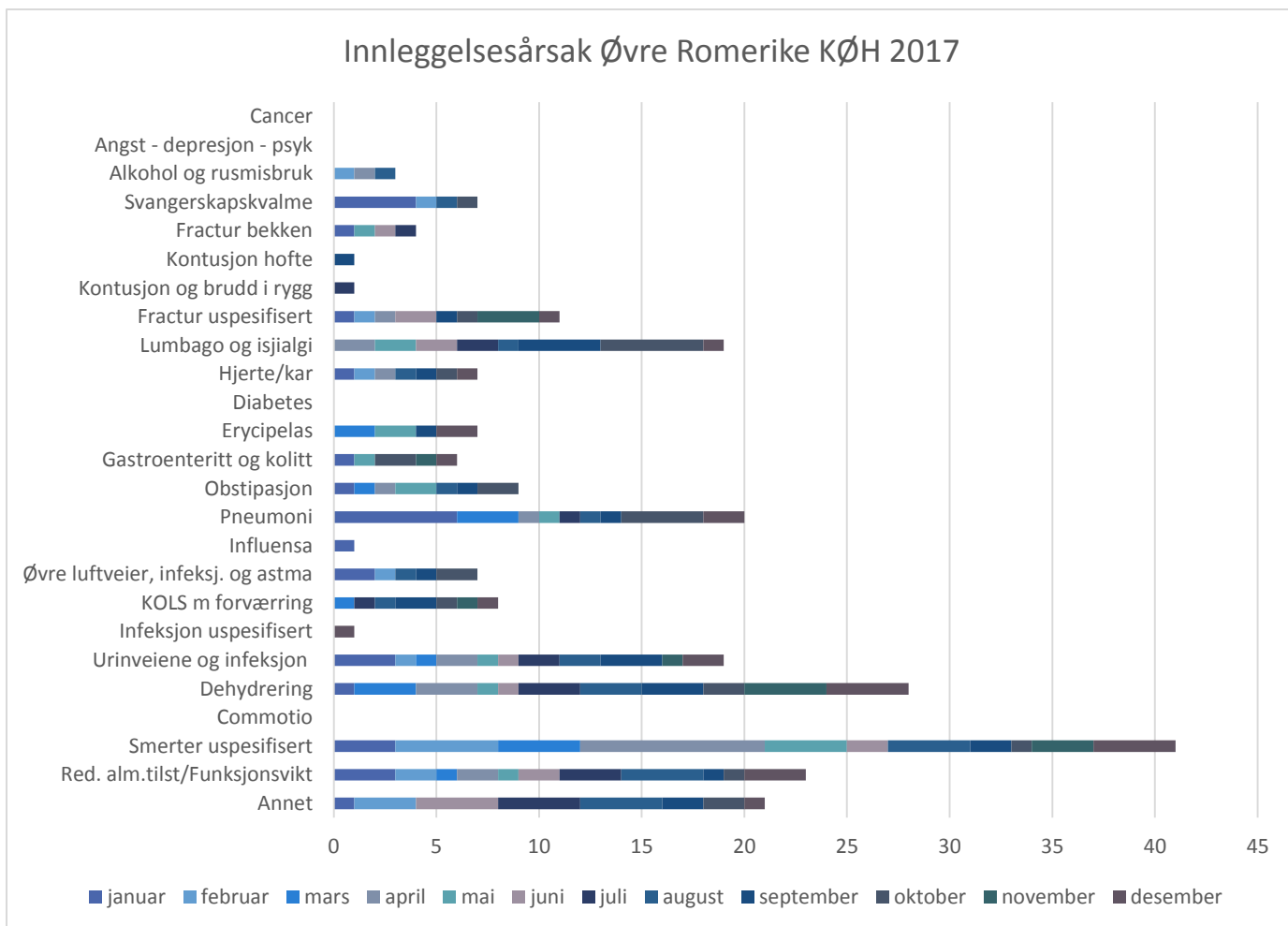
«Fall hos eldre kan relateres til flere av innleggelsesårsakene registrert under ulike typer brudd, kontusjoner og hodeskader (commotio). Opptil 30% av hjemmeboende over 65 år faller hvert år, og en enda større andel faller etter fylte 75 år» (Helsedirektoratet, november 2013; IS-2114.)

Dette gjenspeiles i stor grad i alderssammensetning og innleggelsesårsaker også ved våre KAD/ KØH avdelinger.

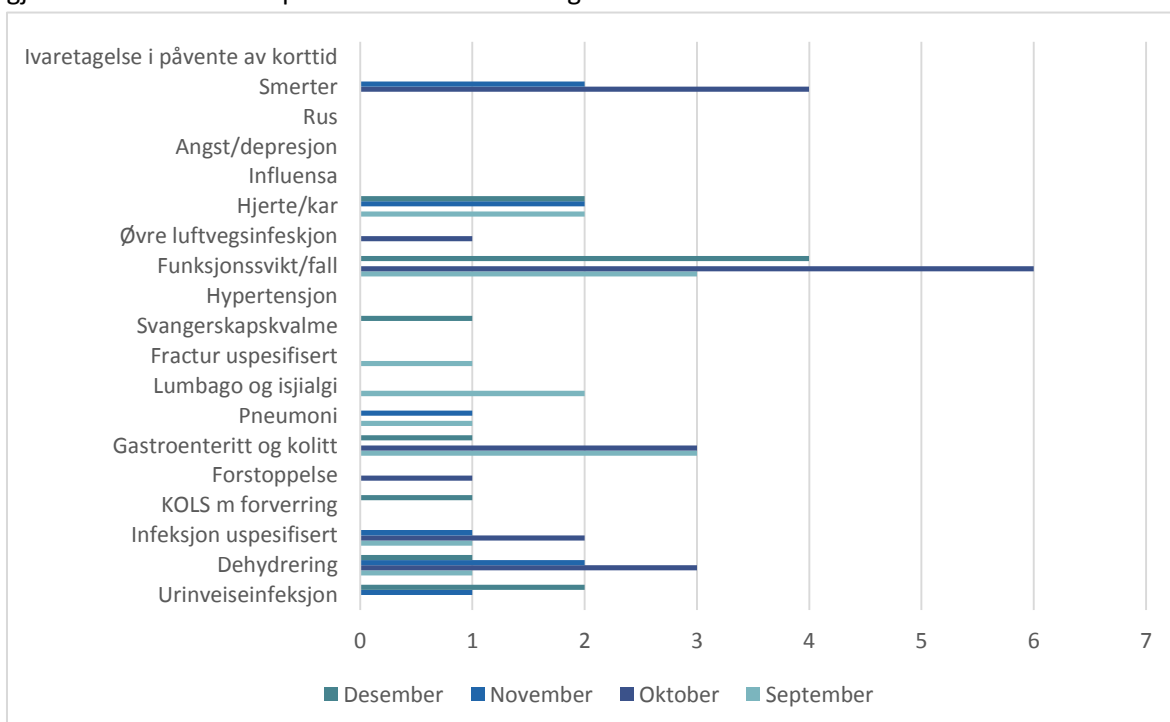
Under innleggelsesårsak «Angst-depresjon-psyk» og «Alkohol og rusmisbruk» ser vi en del pasienter ved nedre Romerike KAD. Fra 1.1.2017 var også kommunene pålagt å ta inn pasienter innenfor kategorien rus- psykiatri. For statistikken under, ser vi at det er flere pasienter innenfor disse diagnosegruppene, men dette kan også være andre pasienter som f.eks. KOLS pasienter som i tillegg har angst, eller pasienter med redusert almenntilstand som også er deprimerte.

Innleggelsesårsak – Nedre Romerike KAD 2017



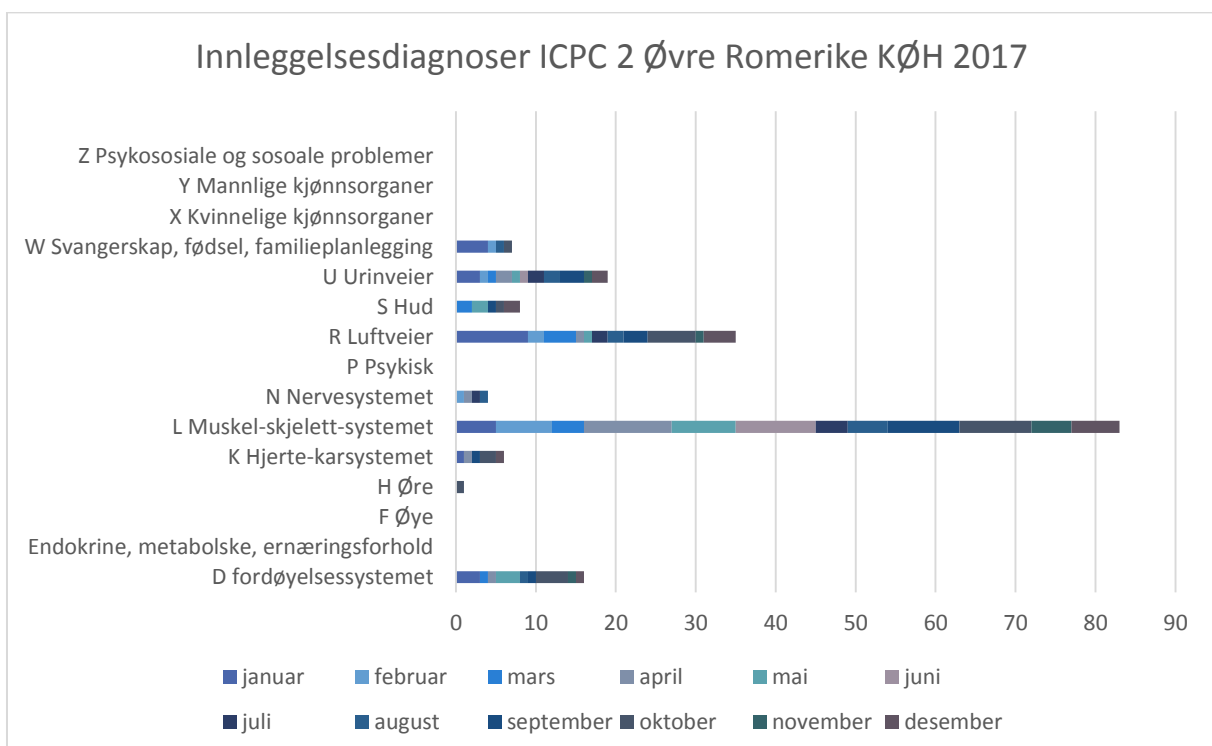
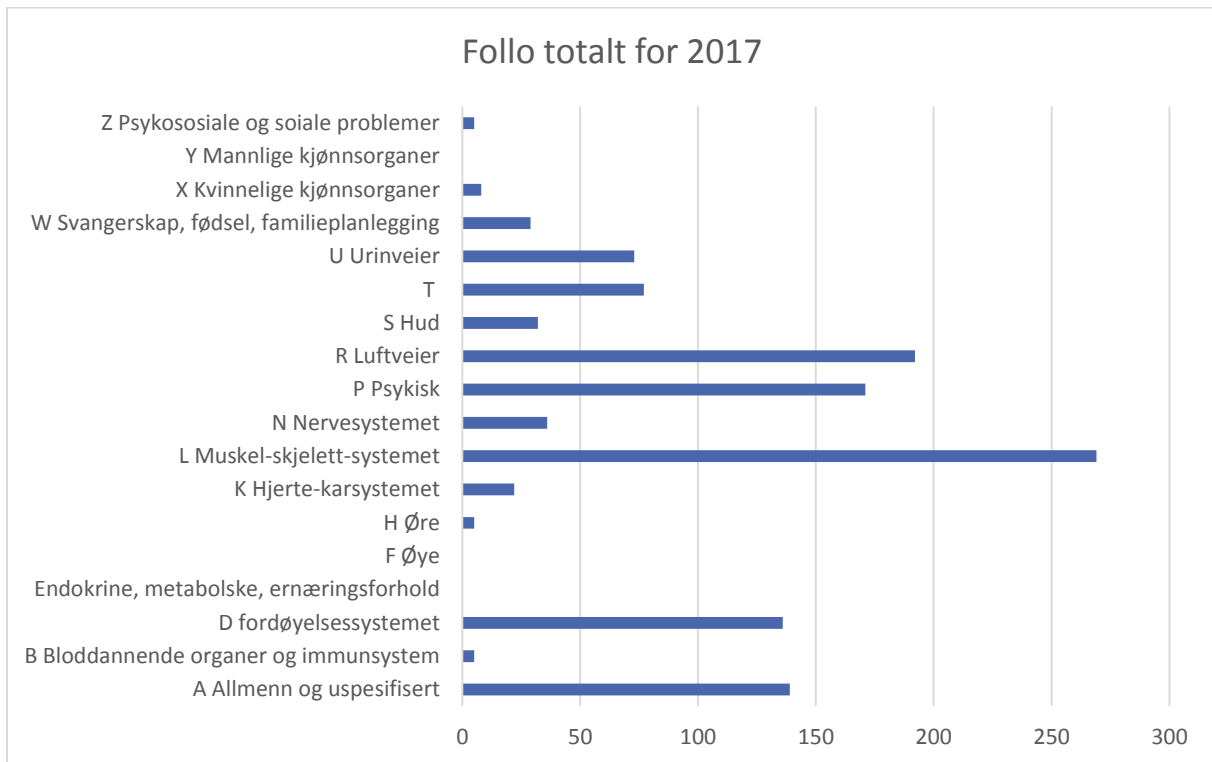


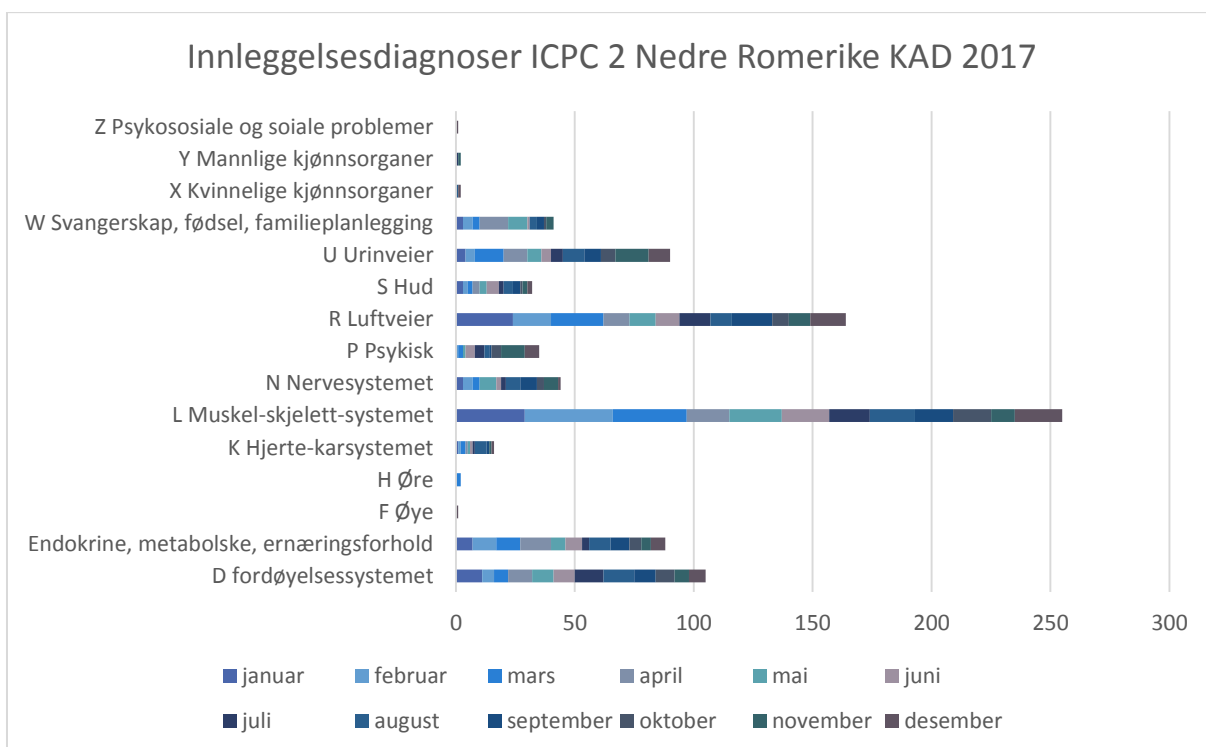
For Aurskog Høland ser vi en hyppighet av pasienter med generell funksjonssvikt og fall. Generell redusert almenntilstand og funksjonssvikt scorer også høyt for de andre KAD/ KØH avdelingene og er gjeldende for de fleste pasientene som er innlagt.



ICPC 2 koding

Den innberettede statistikken viser også diagnoser sortert etter ICPC 2 koding. Der ser vi en klar overvekt av diagnoser knyttet til muskel- og skjelettsystemet og deretter som en klar nummer to; diagnoser knyttet til luftveiene. Dette tilsvarer i stor grad det vi finner i Helsedirektoratets samhandlingsstatistikk som viser at gruppe L – Muskel og skjelettlidelser er størst med 20 prosent, dernest R – luftveier med 17 % . (Senter for omsorgsforskning, s. 19).



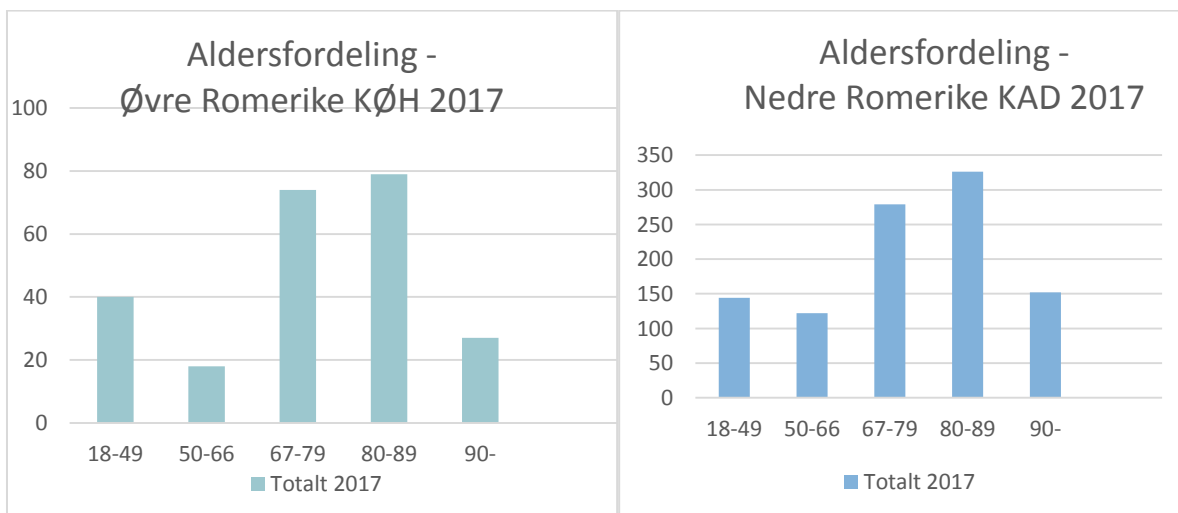


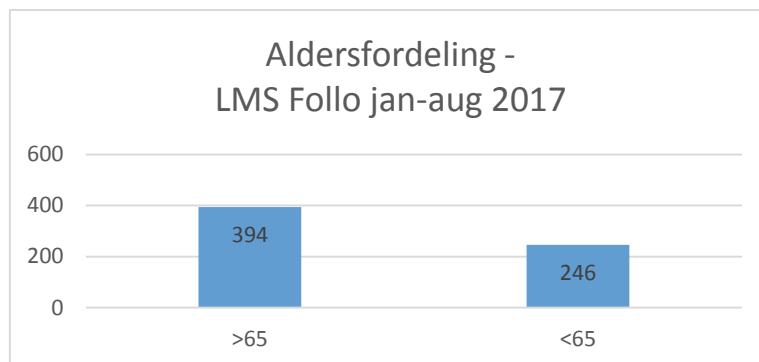
8.5 Aldersfordeling og kjønn

I Prop. 91 L (2010-2011) var det en forventning til at KAD/ KØH skulle ivareta den eldre befolkningen og deres sykdommer, slik at det kunne avlaste spesialisthelsetjenesten.

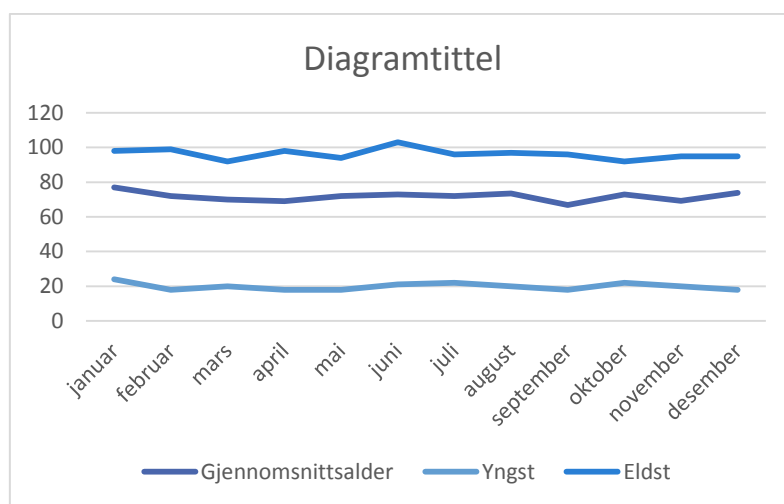
Når vi ser på aldersfordelingen på de ulike KAD/ KØH avdelingene ser vi at flesteparten av pasientgruppen er over 67 år, men det er likevel en stor andel av pasienter under 67 og av disse i aldersgruppen fra 18-49. (Ingen av våre KAD/ KØH yter øyeblikkelig hjelp i døgnopphold for pasienter under 18 år).

Helsedirektoratets samhandlingsstatistikk viser at 83 % av pasientene er over 80 år og 23 % er mellom 67-79. Det er tilsvarende det vi finner ved våre KAD/ KØH avdelinger. (Senter for omsorgsforskning, s.19)





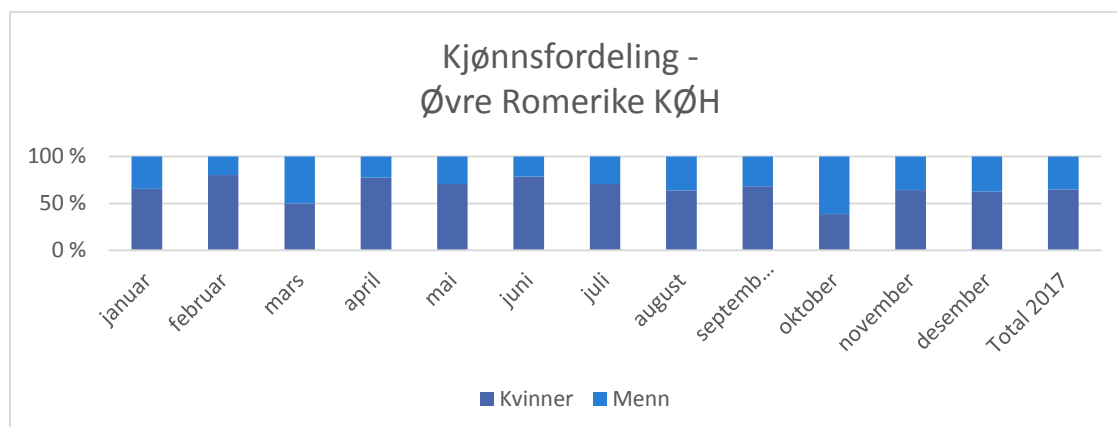
Ser vi på eldste og yngste pasient derimot er det store forskjeller. Som grafen viser spenner det seg fra pasienter fra 18 til 102 år ved Nedre Romerike KAD i 2017. Tilsvarende ser vi på de andre avdelingene.



Kjønn

Det er en overvekt av kvinner ved alle KAD/ KØH avdelinger. Nedre Romerike KAD hadde i 2017, 499 innlagte kvinner og 303 innlagte menn. For Øvre Romerike KØH var det 154 kvinner og 84 menn.

Årsaken til dette er at levealderen for kvinner er høyere og dermed er det naturlig at det er flere kvinner enn menn innlagt. Samtidig som at alle KAD/ KØH avdelinger tar imot kvinner med svangerskapskvalme. Dette drar aldersgjennomsnittet ned og i tillegg snitt på andel kvinner opp.

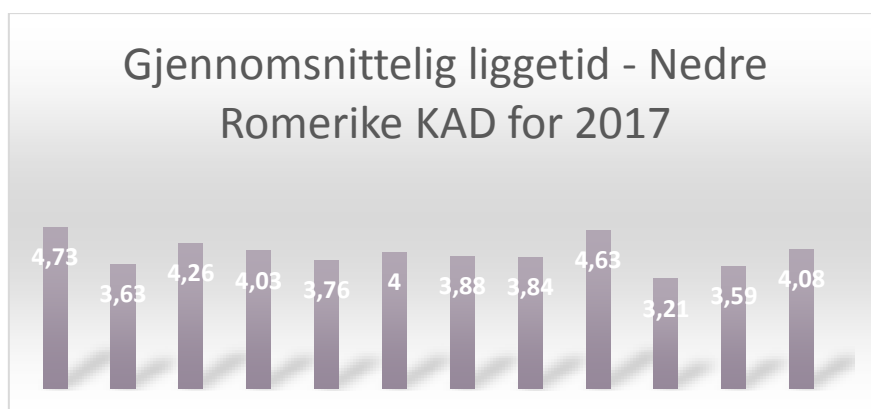
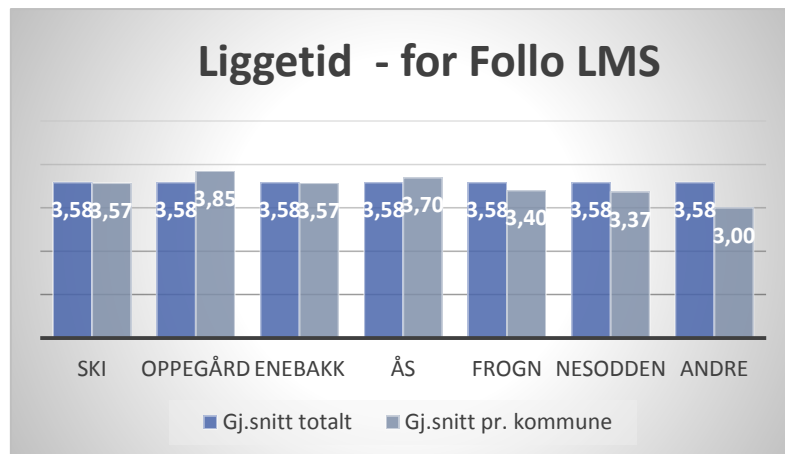


8.6 Liggetid

I den første veilederen til bruk av kommunale øyeblikkelig hjelp døgnoppholdssenger, tolket de fleste det dithen at pasientene skulle være innlagt kun i inntil 72 timer. Slik også vi kan lese av rapporten til Deloitte (s. 26). I Senter for omsorgsforskning rapport står det at de fleste innleggelse, om lag tre fjerdedeler har en varighet på tre døgn eller mindre, i tråd med myndighetenes anbefalte 72 timers grense. (s.19).

I ny revidert veileder er imidlertid tidsaspektet tatt bort og oppholdet varer så lenge behovet for behandling ved KAD/ KØH er til stede. Selv om tidsaspektet er opp myknet er det likevel fortsatt et fokus på kort liggetid. Nedre Romerike KAD hadde en gjennomsnittlig liggetid på 4 døgn i 2017, mens det i Follo var et gjennomsnitt på 3,58 døgn. Liggetiden varierer likevel enormt mye fra 1 døgn og helt opp til 20 døgn for en pasient ved Nedre Romerike KAD i 2017. Det er ulike årsaker til liggetiden. Det kan være at kommunen ikke har fått skalert opp tilbudet som er nødvendig i hjemmetjenesten, eller at f.eks. nødvendig korttids plass ikke er tilgjengelig når pasienten er utskrivningsklar.

Innenfor området rundt rus- og psykiatrispasienter viser det seg at det er spesielt vanskelig å få overført pasientene videre i behandlingsskjeden, noe som ofte fører til lang liggetid.

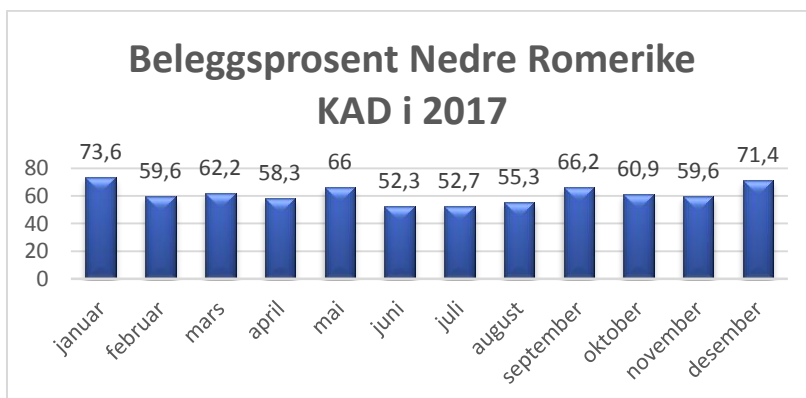
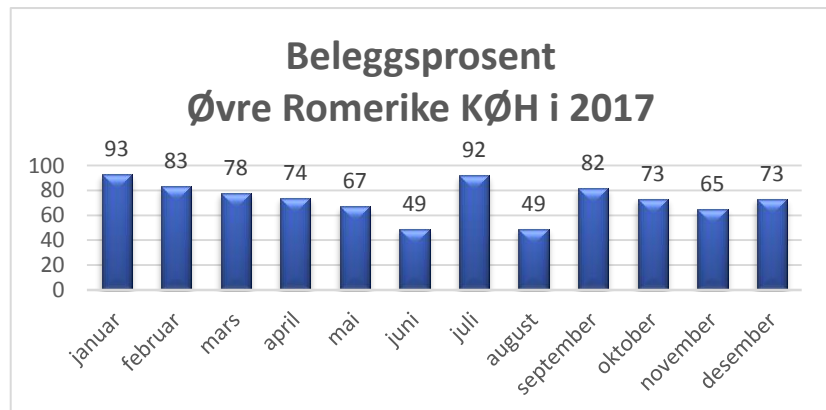
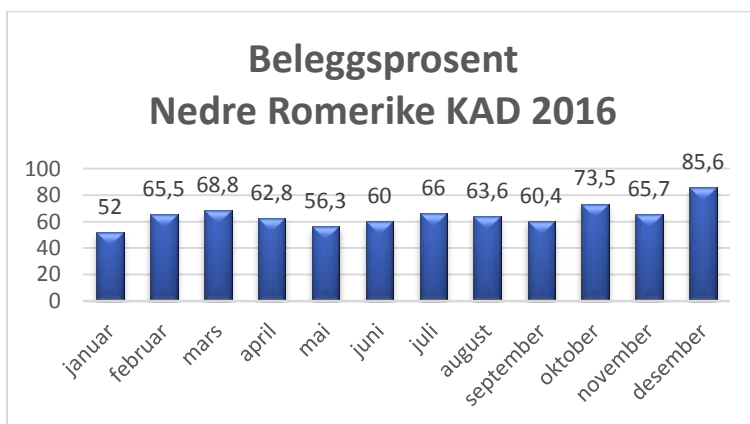


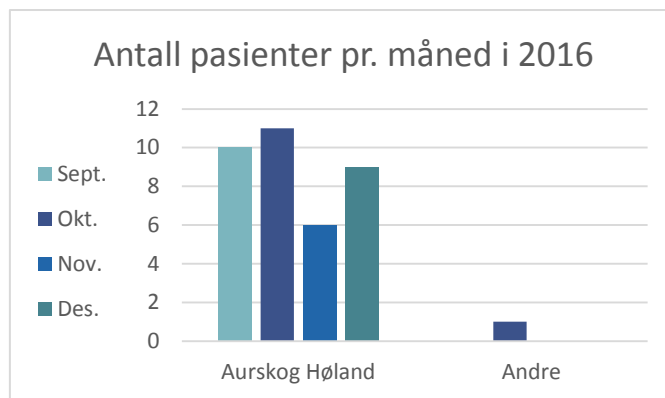
8.7 Beleggsprosent

I sin rapport sier Senter for omsorgsforskning at bruken av de kommunale ø-hjelpssengene er lav mange steder. Grismo og Løhre viser til at det mange steder ikke er uvanlig med et belegg på 20-30 prosent.

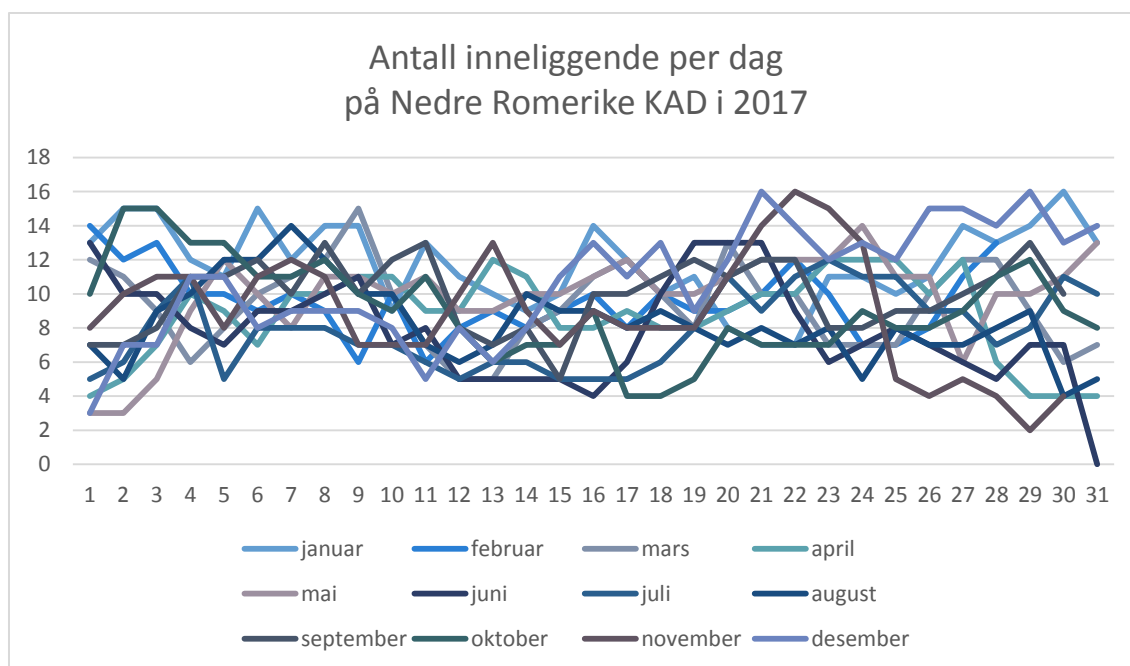
Follo LMS rapporterer en beleggsprosent totalt for 2017 på 68-70 %. Øvre Romerike KØH rapporterer om en beleggsprosent som varierer mellom 49 til 93 %, med et snitt på 74 % belegg. For Nedre Romerike KAD var det en beleggsprosent totalt for 2016 på 65 % (fra 52 til 85,6 %) og i 2017 på 61 % (fra 52,3 til 73,6). Verdt å merke seg at i desember 2016 var beleggsprosenten oppe i 85,6 % for de 16 plassene.

Svingningene er noe sesongavhengig, men den viktigste tendensen vi kan se gjennom året er at svingningene varierer avhengig av stor pågang på så vel legevakt som på akuttmottaket. Vi observerer at den infeksjonsepidemiologiske samvarierer med de medisinske sykdommer. Fall og skader har klare sammenhenger med klima. Svingningene gjennom året er store som vi kan se av grafene under.





Antall inneliggende pr. dag er også ulike. Som vi ser av grafen under fra Nedre Romerike KAD, er antall inneliggende pr. dag veldig varierende. Én dag i 2017 var det kun to pasienter, mens det fire dager var helt fullt med 16 pasienter. Gjennomsnittet var på 9,3 pasienter gjennom året/ dag.



I rapporten fra Deloitte 2014, svarte informantene tilsvarende at bruken av KAD plasser var sesongavhengig og svingte mye. Informantene nevner likevel kjennskapen til tilbudet blant innleggende leger som den viktigste årsaken til økt bruk. (Deloitte 2014)

Senter for omsorgsforskning beskriver hvorfor beleggprosenten som lav på bakgrunn av flere årsaker som; legenes manglende kjennskap og tillit til tilbudet, det er økt ekstraarbeid rundt innleggelser ved KAD/ KØH, det er uklare inklusjons- og eksklusjonskriterier mm. (Senter for omsorgsforskning)

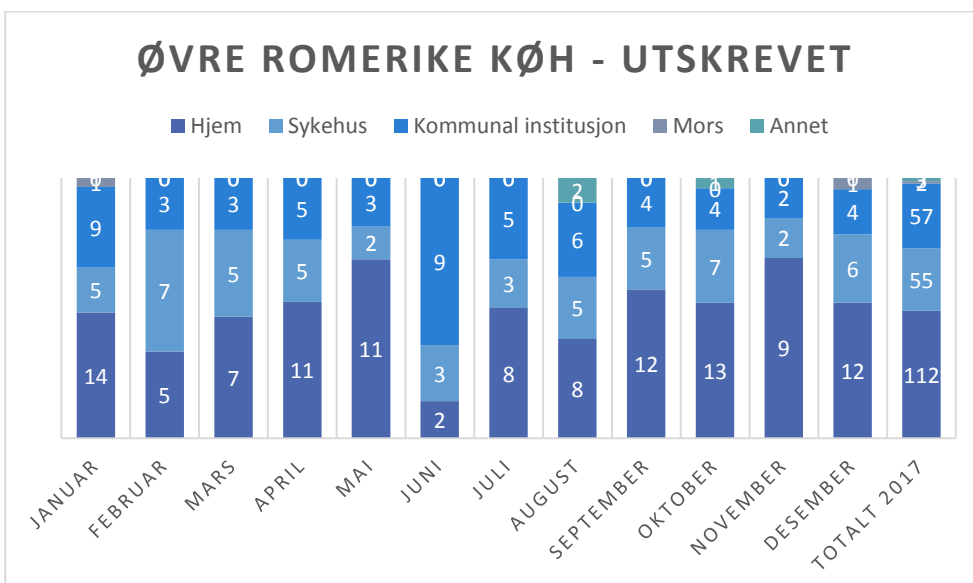
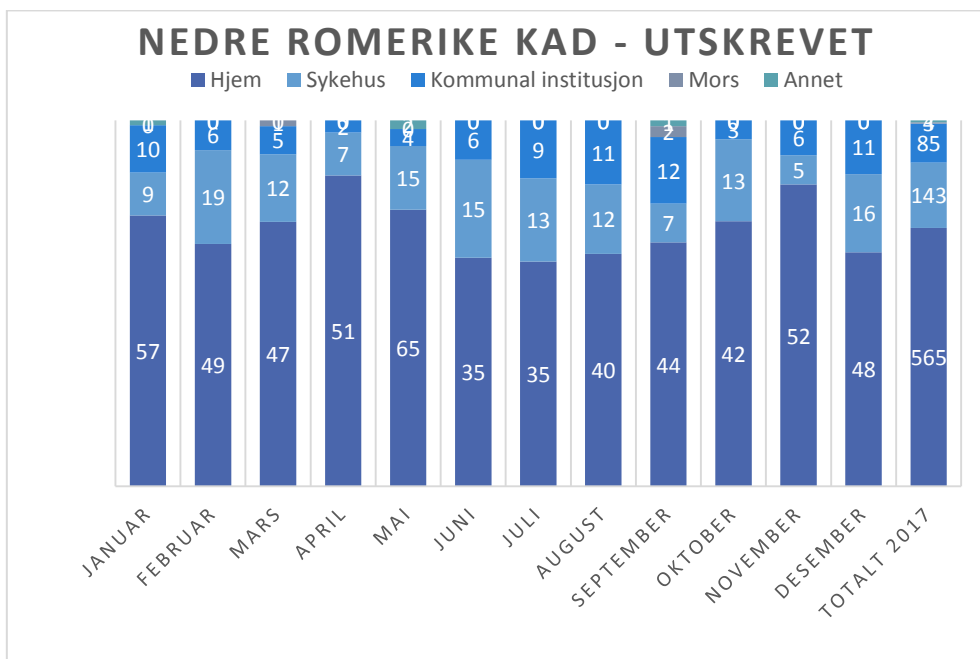
8.8 Utskrevet til

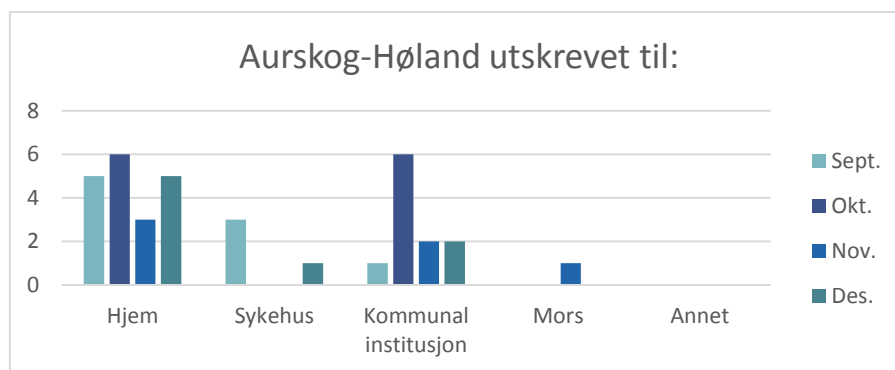
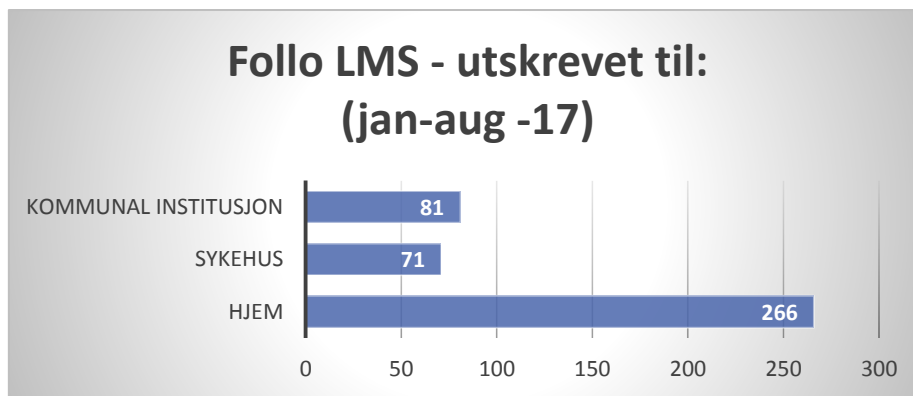
Alle KAD/ KØH avdelinger rapporterer om at de fleste pasientene reiser hjem etter oppholdet på enheten. I rapporteringen til Helsedirektoratet til deres årlige statistikk, skiller de mellom utskrivning til hjemmet, til kommunale institusjoner, spesialisthelsetjenesten eller til annet.

I vår registrering har vi i tillegg registrert mors. «Annet» vil da være andre typer institusjoner eller andre KAD/ KØH avdelinger i andre kommuner. I statistikkene ser vi at den største andel av pasienter blir utskrevet til hjemmet. For Nedre Romerike KAD utgjorde det i 2017 en andel på hele 71 %. For

Follo LMS var andel av pasienter utskrevet til hjemmet på 64 %, mens det på Øvre Romerike KØH var en andel på 49 % sendt som ble utskrevet til hjemmet. Det er viktig å merke seg at her kan det være noe feilføring ut ifra helsedirektoratets definisjoner. Kommunal institusjon kan også være hjem, da i bemannede omsorgsboliger, etter Helsedirektoratets definisjon betegnes som kommunale institusjoner, mens det på KAD/ KØH også kan defineres som utskrevet til hjemmet.

Totalt ble 143 pasienter overført sykehus (spesialisthelsetjenesten) fra Nedre Romerike KAD i 2017. For 2016 var det 55 pasienter. Noe som utgjorde henholdsvis 17,8 og 12,8 %. For Øvre Romerike KØH ble 24 % (55 pasienter) overført til sykehus (spesialisthelsetjenesten).





8.9 Henvisningsårsak

Ved oppstart av KAD/ KØH ble det utarbeidet inklusjons- og eksklusjonskriterier ved de ulike KAD/ KØH avdelingene, etter innspill fra den første veilederen utarbeidet av Helsedirektoratet og KS. Inklusjons- og eksklusjonskriteriene for KAD/ KØH ble utarbeidet ved Fagforum KAD for å være veiledende for den enkelte lege ansatt på KAD/ KØH avdelinger, samt for innleggende leger.

Det ble etter inkludering av rus- psykiatripasienter utarbeidet egne inklusjons- og eksklusjonskriterier for denne pasientgruppen. «Henviser til KAD på 1-2-3». Disse kriteriene er godkjent av Fagforum KAD, våren 2017.

I Deloitte sin rapport fra oktober 2014, viser også de til at alle KAD/ KØH avdelinger har utarbeidete inklusjons- og eksklusjonskriterier. «Kriteriene er i hovedsak knyttet til diagnose, men ved noen tilbud baserer man heller innleggelser på scorings- /triageringssystemer som vurderer pasientens tilstand eller funksjonsnivå.» (Deloitte, 2014, s.25). Nedre Romerike KAD har i samarbeid med Ahus igangsatt opplæring for sine ansatte i å benytte NEWS score og ISBAR. De samarbeidende kommunene benytter også dette systemet for vurdering.

I kapittel 8.4 ble innleggelsesårsakene gjennomgått. Det vil i så måte også si henvisningsårsak. I oppstarten tok KAD/ KØH avdelinger kun imot pasienter som var avklarte. Det vil si at diagnose var kjent og behandling avklart. I dag (etter nye reviderte retningslinjer) tar KAD/ KØH avdelinger også imot uavklarte diagnoser, pasienter som kan utredes i kommunen med allmennt medisinske metoder.

I prosjektet ønsket vi svar på hvorvidt henvisning til sykehus er vurdert og begrunnelse for valg. Ved henvendelse til KAD/ KØH fra fastlege eller legevakt, konfererer legene med hverandre hvorvidt en plass på KAD/ KØH vil være et riktig valg for behandling av den enkelte pasient. I denne vurderingen ligger det allerede en vurdering hvorvidt pasienten er så syk at han/hun bør vurderes/ eller ikke av spesialisthelsetjenesten. **I kapittel 8.13** skal vi se nærmere på hvorfor pasientene overføres sykehus.

Pasienter blir også innlagt KAD/ KØH avdelinger fra Ahus sine avdelinger som akuttmottaket, skadelagevakt og akutt24, samt fra andre avdelinger.

8.10 Avvisning av pasienter ved KAD/ KØH

Hovedårsaker til avvisninger av pasienter til KAD/ KØH er full avdeling, ikke egnede rom, smitte, eller at pasienten ikke følger inklusjonskriteriene for innleggelse.

Follo LMS, Nedre Romerike KAD og Øvre Romerike KØH melder tilbake at avvisninger blitt registrert i egne skjema. I skjema føres årsaken til avvisning inn. Avvisningene og grunnen til dette gjennomgås av ledelsen ved de ulike KAD/ KØH.

Nedre Romerike KAD har fått en del tilbakemeldinger fra fastleger og legevakt på at inklusjonskriteriene er for strenge og har jobbet aktivt med å endre disse. I tillegg er det endret fra at alle pasienter skal ha avklarte diagnoser til at også KAD/ KØH tilbyr utredninger for uavklart problematikk.

Det viktigste spørsmålet er imidlertid; Er pasienten egnet for en allmennt medisinsk observasjon og behandling? Eller er eventuelt pasienten egnet for enkel allmennt medisinsk/ primærmedisinsk utredning?

8.11 Behandling ved KAD/ KØH

Det var ønskelig å få opplysninger om behandlingen som gis ved KAD/ KØH avdelingene. Vi skulle se nærmere på utfall av behandlingen, liggetid, utskrivning og eventuell reinnleggelse.

Det føres statistikk over årsak til innleggelse (**se kap. 8.4**), liggetid (**se kap. 8.6**) og utskrivning (**se kap. 8.8**). Det føres imidlertid ingen statistikk over reinnleggelser. Tilbakemeldinger fra legene på KAD/ KØH avdelingene viser at det er få reinnleggelser, som i denne sammenheng er innenfor 3 døgn. Det vi ser er at flere pasienter kommer tilbake ved naturlig sykdomsforverring ved senere tidspunkt. For eksempel KOLS pasienter, som nå er blitt trygge på at tilbudet som gis er godt, ønsker seg tilbake ved en ny forverring av sykdommen.

Intervjuene av pasienter og pårørende, gjennomført av Anne-Kari M. Johannessen, viser at pasienter og pårørende er godt fornøyd med behandlingen som gis på KAD/ KØH avdelingene. Selv om dette prosjektet ikke har gjennomført egne spørreundersøkelser blant pasienter/ pårørende viser direkte tilbakemeldinger at pasientene er godt fornøyd.

Prosjektet ønsket å undersøke hvorvidt leger på Ahus har vurdert henvisning til KAD og begrunnelse for valg, evt. avslag til plass. Som registreringen for innleggende instans viser i kap. 8.2, er det flere av legene ved akuttmottaket og Akutt24 som legger inn pasienter på KAD/ KØH. Det er ikke noen egne kriterier for pasienter fra Ahus og avslag gis etter samme begrunnelse som om henvendelsen kommer fra andre innleggende leger. (**Se kap. 8.10**)

8.12 Diagnostisk sløyfe

Den nasjonale veilederen fastslår at

«Kommunens tilbud om øyeblikkelig hjelp døgnopphold skal nedfelles og reguleres i lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak.(..) Partene skal sammen avklare hvordan faglig forsvarlighet og kvalitet ivaretas.»

(Helsedirektoratet 2014:8)

Partene skal i tillegg utarbeide et eget punkt som beskriver kommunens ø-hjelpstilbud. Dette er for samarbeidskommunen i dette prosjektet, ivaretatt gjennom Samhandlingsavtale nr. 4.

I tillegg har spesialisthelsetjenesten en veiledningsplikt jfr. Spesialisthelsetjenestelovens § 6-3. Veiledningsplikt overfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten sier følgende;

«Helsepersonell som er ansatt i statlige helseinstitusjoner som omfattes av denne loven, eller som mottar tilskudd fra regionale helseforetak til sin virksomhet, skal gi den kommunale helse- og omsorgstjenesten råd, veiledning og opplysninger om helsemessige forhold som er påkrevet for at den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal kunne løse sine oppgaver etter lov og forskrift.»

Fagforum KAD utarbeidet et forslag om samarbeid mellom kommunen og Spesialisthelsetjenesten i en såkalt diagnostisk sløyfe, som blant annet ledd i denne veiledningsplikten. Som ledd i Samhandlingsavtale nr. 4, ble det utarbeidet en tilleggsavtale mellom kommunene, og deres KAD/ KØH avdelinger, og Ahus om bruken av diagnostisk sløyfe. Denne avtalen ble godkjent i SU.

Diagnostisk sløyfe har siden vært oppe til diskusjon i Fagforum KAD. Fagforumet har også vurdert en diagnostisk sløyfe innen rus og psykiatrimrådet, men dette er det ikke blitt enighet om.

Blir «diagnostisk sløyfe» benyttet?

De som bruker diagnostisk sløyfe mest er de legene som er godt kjent med tilbudet på en KAD/ KØH avdeling. De som jobber i avdelingen eller i legevakter tilknyttet disse. Det rapporteres også at diagnostisk sløyfe benyttes av noen fastleger, men er en samhandlingsmetode som bør gjøres bedre kjent.

KAD - legene orienterer innleggende leger om tilbudet. Det er imidlertid dessverre ingen registrering i journal om at diagnostisk sløyfe er benyttet.

Anne-Kari M. Johannessen har i sin forskning funnet at diagnostisk sløyfe benyttes i varierende grad. Leger i Akuttmottak vet ikke alltid om samhandlingsmetoden.

8.13 Videre innleggelse i spesialisthelsetjenesten

Prosjektet ønsket å se på om det ble benyttet videre henvisning til spesialisthelsetjenesten. I tillegg var det ønskelig å få opplysninger om behandling på Ahus, for pasienter som ble avvist til KAD (utfall, liggetid, utskrivning og eventuell reinnleggelse). Det blir ikke ført statistikk og det er ikke gjennomført noen undersøkelser om hvordan avviste pasienter ved KAD/ KØH avdelinger blir behandlet ved Ahus. Det føres ikke noe dokumentasjon på dette i pasientens journal. Om pasienten ønskes behandlet i spesialisthelsetjenesten, vurderes det ved innleggelse.

Når det gjelder inneliggende pasienter på KAD/ KØH som henvises videre for behandling på Ahus, er dette grunnet behov for utredning eller behandling i spesialisthelsetjenesten.

I **kap.8.8** så vi på statistikken over hvor mange pasienter som er overført sykehus. Dette melder legene som pasienter med en dårlig utvikling/ forverring av sykdomsbilde, eller der hvor det er nødvendig med en utredning i spesialisthelsetjenesten. For å gå videre inn i årsakene må vi inn i den enkelte journal, noe ikke prosjektet har gått videre inn i.

9 Konklusjon

Målet for prosjektet var følgende:

- Utrede i hvor stor grad KAD-enhetene i Ahus' opptaksområde behandler pasienter som ellers ville blitt lagt inn på sykehus
- Kartlegge hvorvidt KAD-enhetene i opptaksområdet har ens praksis med tanke på innleggelse og utskrivning
- Få et inntrykk av om behandlingen i KAD-enhet er jevngod med den som gis på Ahus

I tillegg hadde vi tre ulike hypoteser:

Hypotese 1.: Alle KAD-pasienter ville blitt lagt inn i sykehus dersom tilbudet ikke fantes.

Hypotese 2.: 80 % av pasientene skrives ut til hjemmet.

Hypotese 3.: Behandling i KAD-enhet er minst like god som behandling på Ahus.

Prosjektet konkluderer med følgende:

Nær alle pasienter ville vært innlagt sykehus, dersom tilbudet om KAD ikke fantes. Likevel er KAD tilbudet blitt et nytt tilbud for enkelte pasienter. Dette gjelder både for pasienter både innenfor somatikk og psykiatri, ville ha blitt sendt hjem av fastlege/ legevakt dersom ikke tilbudet om KAD plasser fantes. Spesielt innenfor området rus/ psykiatri har fått et nytt nødvendig tilbud.

KAD/ KØH avdelingene har nesten like inklusjons- og eksklusjonskriterier. Det er i tillegg godt samsvar mellom andelen pasienter om hvor de utskrives. Vårt prosjekt viser at den største andelen av pasientene som er inneliggende, skrives ut til hjemmet. Dog ikke så mange som 80 %. For Nedre Romerike KAD var andelen på 70,63 % for 2017. For LMS Follo var andelen 63,64 % og Øvre Romerike KØH var andelen 48,7 %.

Behandlingen ved KAD/ KØH er minst like god som behandling på Ahus, om ikke bedre. Mange pasienter melder tilbake at de får en bedre behandling ved KAD/ KØH avdelingene enn ved Ahus. De trekker fram små enheter, nærheten til personalet, oversiktligheten og behandlingen som viktige faktorer. I tillegg får pasientene en allmenntilnærming noe de ikke ville fått i spesialisthelsetjenesten. Vi ivaretar i tillegg omsorgen for pasienten til pasienten er utskrivningsklar.

Dersom pasientene får en forverring av sin sykdom som krever behandling i spesialisthelsetjenesten, blir disse pasientene oversendt videre i behandlingsskjeden.

Som Samhandlingsreformen var en retningsreform, så er også etablering av KAD/ KØH en retningsreform. Vi er nå i ferd med å flytte utredning og behandling fra spesialisthelsetjenesten over til kommunehelsetjenesten.

10 Anbefalinger videre

Prosjektgruppen ser at informasjonen om tilbudet ved KAD/ KØH avdelingen må bedres. Det må gjøres kjent og informasjon om tilbudet må ut til alle fastleger, legevakter, pasientorganisasjoner, akuttmottak og også til andre institusjoner.

Legene må være trygge på at tilbudet gir en tjeneste av god kvalitet. Det innebærer også god informasjon om muligheten til å benytte diagnostisk sløyfe.

I sine vurderinger og anbefalinger sier *Senter for omsorgsforskning* at bruken av KAD/ KØH plassene har hatt for mye fokus på belegget. Imidlertid opplever mange kommuner stor suksess med bruken av de kommunale øyeblikkelig døgnplassene. De sier også at det vil bli økt bruk av plassene etter hvert som tilbudet blir bedre forankret.

I tillegg trekker *Senter for omsorgsforskning* frem at bruken av plassene også må benyttes til forebyggende virksomhet – som et tiltak for å unngå innleggelser.

Det blir spennende å se resultatet av forskningene til Johannessen og Meetalı som gjør forskning på våre KAD/ KØH avdelinger. De vil gå mer i dybden i sine forskningsspørsmål og resultatet vil vise om dette har relevans til vårt prosjekt. Dette ønsker vi i prosjektet skal bidra til en enda bedre kvalitet på tilbudet som gis ved våre KAD/ KØH enheter.

11 Referanser

1. Deloitte, Helsedirektoratet 2014, Oslo *Undersøkelse om bruken av øyeblikkelig hjelp døgnoophold i kommunene.*
2. Grimsmo A, Løhre A. *Erfaringer med etablering av kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud.* Utposten 2014; 43: 14 – 7.
3. Helsedirektoratet, november 2013; IS-2114. *Fallforebygging i kommunen. Kunnskap og anbefalinger.*
4. Helsedirektoratet, Veiledningsmateriell, Rapport 02/2012 - 01/2013 - 02/2014 - 04/2016 *Kommunens plikt til øyeblikkelig hjelp døgnoophold*
5. Meld. St. 26 (2014-2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet.*
6. Senter for omsorgsforskning – Rapportserie nr.13/2015 *Øyeblikkelig hjelp døgnoophold*
7. Lovdata: *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (Helse- og omsorgstjenesteloven) Lov -2017-06-16-63
8. Lovdata: *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* (Spesialisthelsetjenesteloven) Lov-2017-06-16-55