

Kommunale akuttsenger er intet alternativ for typiske geriatriske pasienter. Tilgang på lokale akuttsenger kan senke terskelen for innleggelse

En kunnskapsbasert samhandlingsreform?

Kommunale akutte døgnenger er et sentralt virkemiddel i samhandlingsreformen. De skal gjøre det mulig å behandle akutt syke lokalt i stedet for å legge dem inn i sykehus. Trass i uklarhet om hvor mange og hvilke av de nåværende sykehusinnleggelsene som i fremtiden bør kanaliseres til kommunale enheter, har Helse- og omsorgsdepartementet utgitt eksakte tall for hvor mange akuttsenger hver kommune i landet skal ha (1). Det er usikkert hva disse tallene bygger på (2).

Imidlertid har det i lang tid eksistert akutte døgnenger i kommunal regi mange steder – i byene som observasjonssenger knyttet til store bylegevakter, i små kommuner som sykestuer og distriktsmedisinske sentre. Det er grunn til å lære av de erfaringene slike enheter har gitt og prisverdig at erfaringene blir publisert, slik Morten Jensvold & Arnfinn Seim gjør i dette nummer av Tidsskriftet (3). Jeg frykter imidlertid at Jensvold & Seims arbeid vil bli gjenstand for tendensios og selektiv fortolkning fra den sentrale helseforvaltningens side for å passe til de politiske konklusjoner som allerede er trukket (4, 5). Derfor kan det være nyttig å presisere noen sentrale elementer i virksomheten ved Fosen distriktsmedisinske senter (3).

I observasjonsperioden hadde legevakten på Fosen 8 027 legepasient-kontakter, hvorav 15 % var telefonkonsultasjoner (ca. 1 200 kontakter). Hvis man ser bort fra de pasientene som bare hadde telefonkontakt (og trolig ikke ble innlagt), var det 35 % av konsultasjonene som førte til innleggelse – 8 % i observasjonsseng på det lokale distriktsmedisinske senteret og 27 % i sykehus. Til sammenlikning hadde allmennlegevakten i Oslo 139 000 legekontakter (konsultasjoner og sykebesøk) i 2013, hvorav 7 400 (5 %) førte til innleggelse i egen observasjonspost og 19 400 (14 %) til sykehusinnleggelse (overlege Jon Ørstavik, Oslo legevakt, personlig meddelelse). Legevakten for Værnes-regionen, som ikke disponerer observasjonssenger, la inn 14 % av pasientene i 2011 (6). Sammenliknet med Oslo la altså Fosen-legevakten inn nesten dobbelt så mange i sykehus og i tillegg 60 % flere (8 % mot 5 %) i egen observasjonsseng. Sammenliknet med Værnes er forskjellen enda større.

Jensvold & Seim forklarer den høye innleggesraten med at pasientene på Fosen er sterkere selektert og i liten grad oppsøker legevakten direkte (3). Det er ganske sikkert riktig, men er det hele forklaringen? En nærliggende hypotese er at tilgangen til lokale akuttsenger på Fosen gjør at legevaktlegene blir mer tilbøyelige til å beholde til observasjon pasienter som ellers ville blitt sendt hjem. Når vi i tillegg får vite at nesten alle pasientene i lokal akuttseng ble drøftet i videokonferanse med sykehusspesialist før hjemsendelse, fremkommer et bilde av et uvanlig godt tilbud der mange pasienter får observasjonsopphold kombinert med en tverrspecialisert vurdering av allmennlege og sykehuslege i fellesskap. Dette er utmerket, men kan ikke brukes som argument for en fortsatt nedrigging av sykehusene.

I observasjonsperioden ble de kommunale sengene på Fosen benyttet til en stor andel pasienter med hjerneslag eller transitorisk iskemisk anfall (TIA) (eksakt hvor stor andel angis ikke). Dette er ikke i pakt med retningslinjene som gjelder nå (7), og i dagens situasjon vil disse pasientene bli innlagt i sykehus.

Fosen-gruppen har laget gode retningslinjer for hvilke pasienter som er aktuelle for lokal innleggelse. Det dreier seg i hovedsak

om pasienter med forverring av kjent kronisk sykdom uten betydelig komorbiditet, pasienter med nyoppstått sykdom der diagnosen er godt avklart, og pasienter i palliativ behandling. Dette samsvarer med anbefalingene fra en ekspertgruppe som ga råd om behandling av akutt syke gamle i forbindelse med samhandlingsreformen (8), anbefalinger som er blitt betydelig underkommunisert av sentrale helsemyndigheter. For multisyke gamle med høygradig polyfarmasi og et diffust sykdomsbilde preget av nyoppstått svikt i evnen til å tenke klart, holde seg oppreist og ta vare på seg selv, er altså innleggelse i kommunal akuttseng intet alternativ. For slike pasienter er innleggelse i akuttgeriatrisk sengepost i sykehus den kunnskapsbaserte behandlingen som redder både leveår og funksjon (9, 10).

Det er all grunn til å komplimentere kollegene på Fosen med et godt tilbud og viktige erfaringer. Men de kan ikke brukes som argument for ytterligere reduksjon av sykehustilbudet i Norge – et tilbud som, målt i antall sykehussenger, allerede ligger i det europeiske bunnsjiktet (11).

Torgeir Bruun Wyller
t.b.wyller@medisin.uio.no

Torgeir Bruun Wyller (f. 1960) er spesialist i indremedisin og i geriatri, professor i geriatri ved Universitetet i Oslo og overlege ved Geriatrisk avdeling, Oslo universitetssykehus. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

1. Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold – Veiledningsmaterieell. Vedlegg vedr. døgnopphold per kommune. Oslo: Helsedirektoratet, 2012. www.helsedirektoratet.no/finansiering/okonomiske-virkemidler-i-samhandlingsreformen/oyeblikkelig-hjelp-dognitilbud/Documents/kommunevis_oversikt_tilskuddsbelop.pdf [23.8.2014].
2. Wyller TB. En fatal departementalt regnefeil. Dagens Medisin Blogg 13.3.2014. www.dagensmedisin.no/blogg/torgeir-bruun-wyller/en-fatal-departementalt-regnefeil [23.8.2014].
3. Jensvold M, Seim A. Prehospital observasjon som alternativ til akuttinnleggelse. Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 1749–54.
4. Wyller TB. For mange eller for få innleggelser? Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 1702.
5. Wyller TB. Kunnskapsløst og aldersdiskriminerende fra Helsedirektoratet. Dagens Medisin Blogg 22.5.2014. www.dagensmedisin.no/blogg/torgeir-bruun-wyller/kunnskapslost-og-aldersdiskriminerende-fra-helsedirektoratet [23.8.2014].
6. Lillebo B, Dyrstad B, Grimsø A. Avoidable emergency admissions? Emerg Med J 2013; 30: 707–11.
7. Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag. Oslo: Helsedirektoratet, 2010. www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-retningslinje-for-behandling-og-rehabilitering-ved-hjerneslag-fullversjon/Sider/default.aspx [23.8.2014].
8. Helsetjenester til syke eldre. Rapport fra ekspertgruppe nedsatt av Helse- og omsorgsdepartementet november 2010. www.nsd.no/filarkiv/File/Eksterne_rapporter/110124Rapport_HelsetjenesterSykeEldre24jan.pdf [23.8.2014].
9. Saltvedt I, Mo ES, Fayes P et al. Reduced mortality in treating acutely sick, frail older patients in a geriatric evaluation and management unit. A prospective randomized trial. J Am Geriatr Soc 2002; 50: 792–8.
10. Baztán JJ, Suárez-García FM, López-Arrieta J et al. Effectiveness of acute geriatric units on functional decline, living at home, and case fatality among older patients admitted to hospital for acute medical disorders: meta-analysis. BMJ 2009; 338: b50.
11. OECD. Health at a Glance 2013. www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf [23.8.2013].