

Skeptiske leger og tomme senger?

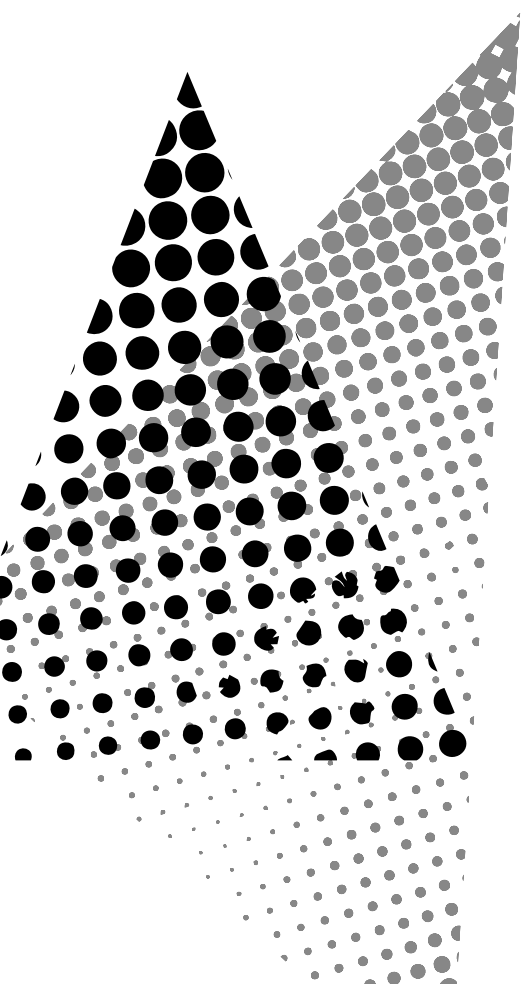
Bruken av de kommunale akutte døgnplassene



Marianne Sundlisæter Skinner

Skeptiske leger og tomme senger?

Bruken av de kommunale akutte døgnplassene



Marianne Sundlisæter Skinner

Skeptiske leger og tomme senger?

Bruken av de kommunale akutte døgnplassene

Senter for omsorgsforskning, øst

2015



© Forfatterne/Senter for omsorgsforskning
Omslagsbilde: © Colourbox.com
Senter for omsorgsforskning, rapportserie nr. 10/2015

Tittel: Skeptiske leger og tomme senger? Bruken av de kommunale akutte døgnplassene
Forfatter: Marianne Sundlisæter Skinner

Rapporten er kvalitetssikret av: professor Aud Obstfelder, SOF øst

Satt med Adobe Caslon 10,5/12,5 (Helvetica)

ISBN (trykt utgave): 978-82-8340-028-1
ISBN (digital utgave): 978-82-8340-027-4
ISSN (trykt utgave): 1894-4213
ISSN (digital utgave): 1892-705X

Rapportserien finnes også digitalt:

www.omsorgsforskning.no



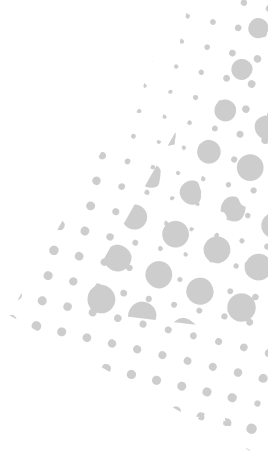
SAMMENDRAG

Kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold, bedre kjent som kommunale akutte døgnenheter (KAD), skal etableres i alle landets kommuner fra 2016. Flesteparten av kommunene har åpnet sine KAD-tilbud i løpet av tilskuddsperioden 2012-2015. Det rapporteres om lav bruk av sengene i de fleste kommunene. I gjennomsnitt ligger belegget på 30 prosent, og manglende kunnskap om og tillit til tilbudet blant legene blir ofte gitt skylden for at sengene i stor grad står tomme. Hensikten med denne studien er å undersøke forhold som har betydning for bruken av KAD-plassene, deriblant forholdet til legene og forskjeller i innleggelsesrutiner mellom KAD og sykehus. Problemstillingen som søkes besvart er: Hvilke forhold kan forklare den varierende beleggprosenten i de kommunale akutte døgnenheterne?

I studien brukes en kombinasjon av kvantitative og kvalitative data. Statistikk fra Helsedirektoratet om bruken av tilbudet i kommunene blir benyttet for å danne et bilde av belegget i kommunene. Kvalitative semi-strukturerte intervjuer med nøkkelpersoner fra ni forskjellige kommunale akutte døgnenheter utgjør det primære datagrunnlaget i analysen av den varierende bruken av KAD. I den kvalitative delen av studien anvendes deduktiv innholdsanalyse.

Studien indikerer at flere forhold har betydning for bruken av KAD-sengene i kommunene. Både legenes manglende kunnskap om, og tillit til, det kommunale akutte døgntilbudet samt deres holdning til økt ansvar for behandlingen av pasientene er med på å forklare hvorfor bruken er lav i noen kommuner og høy i andre. Videre er også andre forhold, som geografisk avstand, kommunenes tradisjon for akuttbehandling i sykehjem, variasjoner i antall henvisninger fra sykehus, lengden på KAD-oppholdene og overetablering, av stor betydning for bruken av tilbudet.

Rapporten setter spørsmålstegn ved den sentrale rollen legene, og da spesielt fastlegene, har fått i forklaringen på den lave kapasitetsutnyttelsen i de kommunale akutte døgnhetene i tidligere studier. Mangfoldet blant kommunene og de kommunale akutte døgnhetene betyr at årsakssammenhengen bak den varierende bruken av KAD-plassene er svært kompleks. Det påpekes i rapporten at andre forhold som geografisk avstand, kommunenes tradisjon for akuttbehandling i sykehjem og variasjoner i pasientgrunnlaget også er av avgjørende betydning for beleggsprosenten i akutenhetene.





FORORD

Denne rapporten inngår i prosjektet «Prosessevaluering av Samhandlingsreformen: Statlige virkemidler, kommunale innovasjoner». Prosjektet har som hovedmålsetting å beskrive nye organisasjonsmodeller som utvikles for kommunal tjenesteyting og for samhandling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten, og å studere effekter av disse modellene som kan avleses etter relativt kort tid (2-3 år). Prosjektet vil tilbakeføre informasjon til brukergruppene, i hovedsak statlige og kommunale beslutningstakere, slik at kunnskapen raskt kan benyttes til læring, korreksjon og videre innovasjon. Prosjektet er finansiert av EVASAM-programmet i Norges forskningsråd.

Prosjektet er et samarbeid mellom Avdeling for helseledelse og helseøkonomi (HELED), Institutt for helse og samfunn ved Universitetet i Oslo, Senter for omsorgsforskning, øst ved Høgskolen i Gjøvik (HiG), Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA) og Norsk institutt for by- og regionforskning (NIBR).

Evalueringen er bygd over tre arbeidspakker som hver inneholder flere delprosjekter:

- Arbeidspakke A omfatter casestudier av modeller for tjenesteyting som er under utvikling i forhold til tre tilstander eller diagnosegrupper som har vært særlig fokusert i forbindelse med Samhandlingsreformen: "Øyeblikkelig hjelp"-tjenester, rehabilitering og forebyggende helsetjenester.
- Arbeidspakke B omfatter analyser av tre nye organisasjonsmodeller og rutiner som er under utvikling: 1) Samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak, 2) Interkommunale samarbeidsordninger og 3) Andre organisatoriske mekanismer og rutiner i samhandlingen mellom sykehus og kommunene.

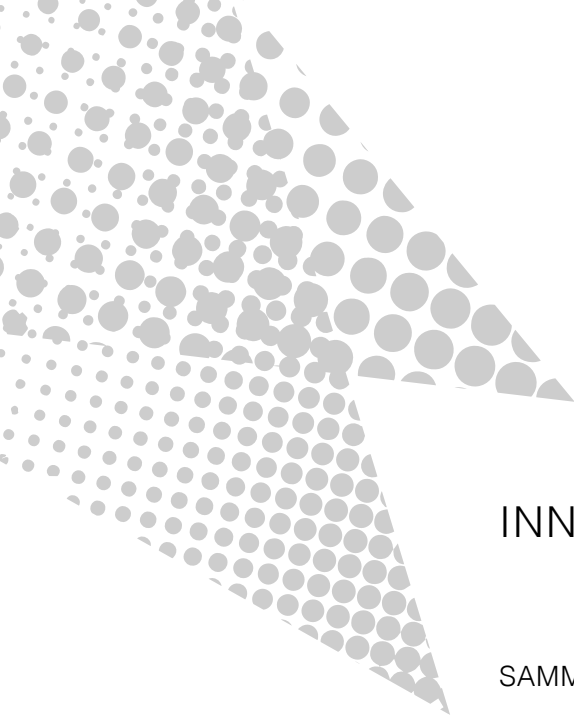
- Arbeidspakke C omfatter analyser av korttidseffekter av de finansielle virkemidlene i Samhandlingsreformen, i første rekke betalingsordningen for utskrivningsklare pasienter og kommunal medfinansiering av innleggelser innen medisinske DRG-er.

Denne rapporten inngår i Arbeidspakke A, og er utarbeidet på bakgrunn av undersøkelser gjort for delprosjektet «Organiseringen av øyeblikkelig hjelp-tilbudet» ved Senter for omsorgsforskning, øst.

Forfatteren vil takke de elleve informantene som stilte seg til disposisjon for intervju. Videre vil jeg rette en spesiell takk til Guri Snøfugl i Helsedirektoratet for tilrettelegging og utlevering av pasientstatistikk og Aud Obstfelder for nyttige innspill til rapporten.

Gjøvik, 26. august 2015

Marianne Sundlisæter Skinner



INNHold

SAMMENDRAG	V
FORORD	VII
1 INNLEDNING	3
2 BAKGRUNN	5
2.1 LEGETJENESTEN VED AKUTTENHETENE	7
2.2 BRUKEN AV KAD-SENGENE	9
2.2.1 MANGLENDE TILLIT BLANT LEGENE	10
2.2.2 MANGLENDE KUNNSKAP OM TILBUDET BLANT LEGENE	11
2.2.3 TUNGVINNE INNLEGGELSESPROSEDYRER	12
2.2.4 INKLUSJONS- OG EKSKLUSJONSKRITERIER OG PASIENTGRUNNLAGET	12
2.2.5 GEOGRAFISK AVSTAND	13
3 METODE	15
3.1 KVANTITATIV DEL: STATISTIKK OVER BRUKEN AV SENGENE	15
3.1.1 DATAMATERIALETS OPPRINNELSE OG OMFANG	15
3.1.2 DATAANALYSE OG METODE	16
3.2 KVALITATIV DEL: INTERVJUER MED REPRESENTANTER FRA AKUTTENHETENE	17

3.2.1	VALGET OG REKRUTTERINGEN AV INFORMANTENE	17
3.2.2	GJENNOMFØRINGEN AV INTERVJUENE	18
3.2.3	DATAANALYSEN	20
4	RESULTATER	23
4.1	KAPASITETSUTNYTTELSEN I KOMMUNENE	23
4.2	RESULTATENE FRA INTERVJUUNDERSØKELSEN	26
4.2.1	LEGENES KUNNSKAP OM TILBUDET	26
4.2.2	INVOLVERING AV LEGENE I ETABLERINGEN OG DRIFTEN AV TILBUDET	29
4.2.3	OPPLEVD TILLIT BLANT LEGENE	31
4.2.4	TUNGVINNE INNLEGGELSESRUTINER	32
4.2.5	GEOGRAFISK AVSTAND	34
4.2.6	TRADISJON FOR Å BEHANDLE DEN AKTUELLE PASIENTGRUPPEN I SYKEHJEM	35
4.2.7	VARIASJONER I PASIENTGRUNNLAGET	37
4.2.8	OVERETABLERING	38
5	DISKUSJON	41
5.1	LEGENES KUNNSKAP	41
5.2	LEGENES TILLIT TIL TILBUDET	43
5.3	TUNGVINNE INNLEGGELSESRUTINER	44
5.4	GEOGRAFISK AVSTAND	45
5.5	TRADISJON FOR AKUTTBEHANDLING I SYKEHJEM	47
5.6	VARIASJONER I PASIENTGRUNNLAGET	48
5.7	OVERETABLERING	50
5.8	METODOLOGISKE REFLEKSJONER	51
6	AVSLUTNING	53
	REFERANSELISTE	55





1 INNLEDNING

Samhandlingsreformen ble innført 1. januar 2012 og er myndighetenes svar på dagens og fremtidens helse- og omsorgsutfordringer. Disse utfordringene er i stortingsmeldingen «Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid» definert ut ifra både fra et pasientperspektiv og et samfunnsøkonomisk perspektiv (St.meld. nr. 47, 2008-09). Tre utfordringer beskrives. Den første utfordringen er en av dagens utfordringer og går ut på at samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten på den ene siden og kommunehelsetjenesten på den andre er for dårlig. De andre to utfordringene har fokus på forebygging, tidlig innsats, effektivitet og innovasjon, og er hovedsakelig innrettet mot et bærekraftig fremtidig helsevesen.

Ett av de sentrale grepene som er trukket frem i stortingsmeldingen for å imøtekomme disse utfordringene er en ny framtidig kommunerolle, der «den forventede veksten i behov i en samlet helsetjeneste i størst mulig grad må finne sin løsning i kommunene» (St.meld. nr. 47, 2008-09: 15). Det er et uttalt mål at helhetlige pasientforløp i størst mulig grad skal ivaretas innenfor beste effektive omsorgsnivå (BEON). Behandling av pasienter før, i stedet for og etter sykehusinnleggelse er noen av de aktuelle fremtidige kommunale oppgavene som blir presentert i meldingen. I tillegg til etterbehandling og rehabilitering etter sykehusopphold, som den nye betalingsordningen for utskrivningsklare pasienter per 1.1.2012 er innrettet mot, ble det foreslått at kommunene med Samhandlingsreformen skulle ha et nytt ansvar for behandling og observasjon av utvalgte pasienter også forut for og/eller i stedet for sykehusinnleggelse. Det nye behandlingsansvaret gjelder «eksempelvis pasienter med funksjonssvikt, smertebehandling, lindrende behandling, forverring av kols, infeksjoner, ernæringsvikt, medikamentjusteringer, personer med psykiske lidelser og/eller rusproblemer» (St.meld. nr. 47, 2008-09: 28).

Begrunnelsen for flyttingen av ansvaret for pasientene dette gjelder fra spesialisthelsetjenesten til kommunene ligger i kvalitet og økonomi. Samtidig som at kommunenes nærhet til befolkningen og deres mulighet for koordinering av ulike tjenester fremheves, begrunnes den endrede kommunerollen i stortingsmeldingen med at «kommunale helsetjenester er gjennomgående billigere enn spesialisthelsetjenestens tjenester» (St.meld. nr. 47, 2008-09: 27).

Ett av virkemidlene som er tatt i bruk for å sikre behandling av pasienter før og i stedet for sykehusinnleggelse i kommunene er en ny plikt til å sørge for tilbud om kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold, bedre kjent som kommunale akutte døgnenheter (KAD). Per 2014 var det 275 kommuner som hadde åpnet KAD (Helsedirektoratet, 2015: 107), og flere av disse kommunene rapporterer om begrenset bruk av plassene. Ifølge Helsedirektoratets beregninger ligger beleggsprosenten i akutenhetene i gjennomsnitt på 30 prosent (Helsedirektoratet, 2015: 114). Fastlegenes og legevaktslegenes mangel på kunnskap om og tillit til det lokale tilbudet trekkes frem i flere utredninger som en viktig forklaring på den lave bruken av KAD-sengene (Deloitte, 2014b, 2014c; Frantzen, Arianson, Stensland & Iden, 2014). Hensikten med denne studien er å undersøke forhold som har betydning for bruken av KAD-plassene, deriblant forholdet til legene, endringer i innleggelsesrutiner og pasientstrømmen. Studien prøver å besvare følgende problemstilling: Hvilke forhold kan forklare den varierende beleggsprosenten i de kommunale akutte døgnenheterne?

Det neste kapitlet gir en introduksjon til lovkravet om kommunalt akutt døgntilbud og en kort redegjørelse for status for etableringen av KAD i kommunene. Videre presenterer kapitlet et sammendrag av foreliggende forskning og undersøkelser om kommunenes bruk av KAD og legenes forhold til de kommunale akutte døgnenheterne. I kapittel 3 gis en beskrivelse av metodene som er brukt for å innhente og analysere data i studien. Kapittel 4 presenterer resultatene fra studien, og kapittel 5 diskuterer resultatene opp mot problemstillingen. Kapittel 6 inneholder rapportens avslutning.



2 BAKGRUNN

Ifølge proposisjonen til Stortinget om den nye helse- og omsorgstjenesteloven skal plikten til å tilby kommunalt akutt døgnopphold:

... gjelde for de pasientgruppene som kommunen selv har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg til. I all hovedsak vil dette gjelde pasienter med kjente sykdommer som ved forverring av sin tilstand kan få en på forhånd kjent og avtalt behandling [...], og hvor allmenntilstanden ikke tilsier at det er behov for sykehusinnleggelse.

(Prop. 91 L, 2010-2011)

Plikten omfatter i første omgang somatikk, men den vil utvides til å omfatte også psykisk helse og rus fra 2017. På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet gav Helsedirektoratet ut i 2012 (og i 2013 og 2014) en veileder som skulle hjelpe kommunene med etableringen og driften av KAD. I 2013-utgaven av veilederen spesifiseres følgende eksempler på pasienter som kan være aktuelle for tilbudet:

eldre og pasienter med forverring av kroniske sykdommer som hjertesvikt, astma/kols og diabetes, men også mer akutte og avklarte lidelser som lungebetennelse, steinsmerter, fall, forgiftning, hjernerystelse mm.

(Helsedirektoratet, 2013: 14)

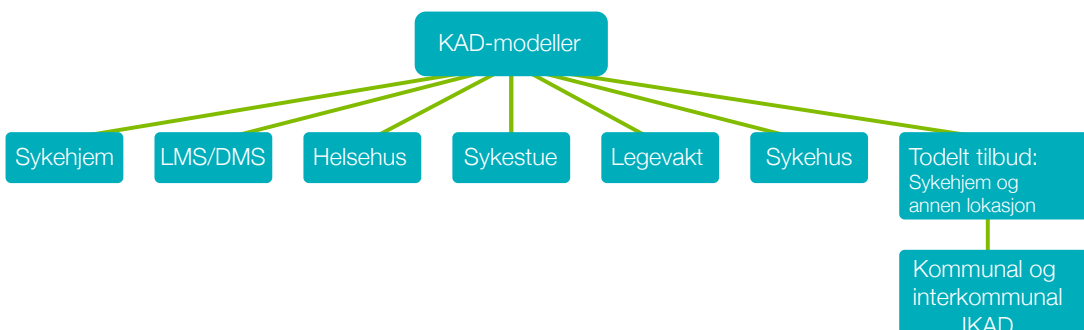
I 2014-utgaven av veiledningsmaterialet er «pasienter med behov for medikamentjusteringer» lagt til i listen over aktuelle KAD-pasienter (Helsedirektoratet, 2014a: 15). Helsedirektoratet har altså kommet med forslag til aktuelle pasienter for KAD, men kommunene står selv fritt til å definere inklusjons- og eksklusjonskriteriene for sine individuelle KAD-tilbud.

Videre understreker veilederen viktigheten av å kun bruke plassene til øyeblikkelig hjelp for å opprettholde sirkulasjon på plassene. I 2012- og 2013-utgavene står det utdypet at det «anbefales at det settes maksimal tid før pasienten skrives ut eller overføres til annet tilbud», for eksempel maksimum 72 timer (Helsedirektoratet, 2013: 15). Dette er imidlertid endret i 2014-utgaven, der den maksimale liggetiden på 72 timer omtales som en fornuftig mal som kun må «oppfattes som veiledende og [ikke bør] være til hinder for at oppholdet forlenges for enkelte pasienter der det foreligger gode behandlingssmessige indikasjoner» (Helsedirektoratet, 2014a: 16).

Først fra 1. januar 2016 vil det være lovpålagt for alle Norges kommuner å ha tilbud om kommunalt akutt døgnopphold. De kommunale akutte døgnenhetene skal fullfinansieres ved hjelp av overføringer av midler fra helseforetakene til kommunene. Halvparten av midlene har i innfasingsperioden for tilbudet (2012-2015) blitt overført gjennom en tilskuddsordning som Helsedirektoratet administrerer, mens den andre halvparten har blitt overført direkte fra helseforetaket. Måltallet som var lagt til grunn for overføringene for 2012-2013 var på ca. 120 000 liggedøgn og en liggedøgnkostnad på 4 330 kroner, inkludert kapitalkostnader (Prop. 91 L, 2010-2011), altså over 500 millioner årlig. Fra 2016 innlemmes midlene i rammetilskuddet til kommunene.

I alt 362 kommuner søkte om midler til etablering av KAD fra Helsedirektoratet i tilskuddsperioden 2012-2015. 66 kommuner hadde altså ved utgangen av 2015 ikke søkt. Jeg har tidligere gjennomført en studie av organiseringen av KAD i samtlige kommuner som har søkt om tilskudd i tilskuddsperioden og klassifisert akuttenehetene i åtte hovedmodeller (Skinner, 2015). Disse modellene er KAD ved sykehjem; helsehus; lokal-/distriktsmedisinsk senter (LMS/DMS, heretter kalt LMS); legevakt; sykehus; sykestue; sykehjem og legevakt eller sykehus; og kommunal KAD kombinert med interkommunal KAD. Den sistnevnte er en undermodell av den forrige, som illustrert i Figur 1.

Figur 1: Modeller for organisering av KAD
Kilde: (Skinner, 2015)



Flest kommuner velger sykehjemsmodellen, etterfulgt av LMS og legevakt. Sykehus er den minst utbredte modellen. Tabell 1 viser hvordan kommunene fordeler seg mellom modellene.

Tabell 1: Andel kommuner per modell
Kilde: (Skinner, 2015)

Modell	Prosentandel
Sykehjem	41
LMS	18
Legevakt	14
Helsehus	8
Sykestue	7
Sykehus	6
Sykehjem og LV el. sykehus	7

Totalt sett etablerer 7 av 10 kommuner KAD i samarbeid med andre kommuner, mens 3 av 10 oppretter et tilbud kun for egne innbyggere i egen kommune (Skinner, 2015).

Ved utgangen av 2014 hadde 275 av de 279 kommunene som hadde søkt om tilskudd etablert KAD (Helsedirektoratet, 2015: 107). Dermed er det grunn til å anta at antallet kommuner som har etablert KAD innen slutten av 2015 vil være bortimot 362 (85 prosent av kommunene). De resterende kommunene forventes å ha etablert sitt tilbud fra 1.1.2016, men det forventes at det vil være noen kommuner som ikke har etablert akuttilbud idet lovkravet trer i kraft. I en spørreundersøkelse gjennomført høsten 2014 blant kommuner som per 1.3.2014 ikke hadde søkt om tilskudd til KAD, oppgav 14 kommuner at de hadde planer om å etablere KAD senere enn 1.1.2016, og 26 kommuner svarte at de ikke hadde konkrete planer for etablering (Deloitte, 2014a: 9).

2.1 LEGETJENESTEN VED AKUTTENHETENE

Legene har en dobbeltfunksjon mot KAD-sengene. Ikke bare henviser de pasienter til tilbudet, det er også vanlig at flere eller samtlige leger i kommunene deltar i selve driften av KAD. I noen kommuner har de ansvar for tilsynet ved sengene, i andre

innehar de en vaktfunksjon for KAD-pasientene gjennom sin rolle som tilsynslege, fastlege og/eller legevakt.

Legetjenesten ved KAD er organisert på forskjellige måter. I Helsedirektoratets veileder lå det få konkrete føringer på hvordan legetjenesten skulle organiseres i kommunene; det stod kun at ordningen kunne dekkes av leger på legevakt, sykehjemsleger, fastleger eller andre kommunalt ansatte leger. Videre stod det at det måtte sikres...

... at forhold som kontinuitet, tilgjengelighet og kompetanse er vurdert opp mot kravet til faglig forsvarlighet. I organisering av legetjenesten må det tas høyde for at akutte situasjoner og endringer i pasienters tilstand, i mange tilfeller, stiller krav til kort responstid.

(Helsedirektoratet, 2012: 12)

Veilederen fastsetter at det må skrives innkomstnotat ved innleggelse og at det må «utarbeides en plan som beskriver legens funksjons- og ansvarsområder og tilstedeværelse» (Helsedirektoratet, 2012: 14, 12). Utover dette er det ikke satt noen krav til henvisende lege fra sentralt hold. Hvordan ansvaret for f.eks. utarbeidelse av behandlingsplan for den enkelte pasient delegeres er opp til kommunen å bestemme.

Den norske legeforening og KS gav i mai 2014 ut et notat om kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud på bakgrunn av uklårheter omkring organisering av legetjenesten ved tilbudene. I rapporten sies det at «det er enkelte utfordringer med å komme frem til en hensiktsmessig organisering av legetjenesten», hvilket har ført til store variasjoner ute i kommunene (Den norske legeforening & KS, 2014: 3). Mangfoldet i hvordan kommunene løser utfordringen med legetjenesten ved KAD skyldes i stor grad de store forskjellene i kommunenes rammebetingelser; f.eks. befolkningsstørrelse, geografi, muligheter for kommunesamarbeid, økonomi og legetilgang. DNL/KS' rapport slår også fast at «det er ikke mulig, eller ønskelig, at alle landets kommuner organiserer kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud helt likt» (Den norske legeforening & KS, 2014:3).

Høsten 2013 ble det ved NTNU gjennomført en feltstudie i 37 kommuner; hvorav 34 kommuner lå i Midt-Norge og fire på Østlandet (Grimsmo & Løhre, 2014). Disse kommunene representerte seks kommunale og fjorten interkommunale akuttenheter. Ved de fleste enhetene i studien ble legetilsynet løst ved en kombinasjon av tilsynslege på dagtid og legevakt etter kontortid og på natt (Grimsmo & Løhre, 2014: 3). Min tidligere nevnte studie av tilskuddssøknadene

fra 361 kommuner undersøkte også organiseringen av legetjenesten (Skinner, 2015). I artikkelen deles organiseringen av legetjenesten inn i tre hovedmodeller. Den første modellen er tilsetting av én eller flere leger som er dedikert til tilbudet. Variasjoner herunder er døgnkontinuerlig legetjeneste og dedikert(e) lege(r) på dagtid kombinert med legevakt eller andre vaktordninger etter ordinær kontortid og på helge- og helligdager. Den andre og mest vanlige formen for organisering korresponderer med funnene til Grimsmo and Løhre (2014); en kombinasjon av sykehjemslege på dagtid og legevakt eller annen vaktordning etter ordinær kontortid og helge- og helligdager. En tredje modell innebærer organiseringen av én eller flere vaktordninger for KAD, der enten fastleger, sykehjemsleger eller andre leger er deltakende. Disse vaktordningene kan, i likhet med den første modellen, være døgnkontinuerlige eller supplert med legevakt på kveld, natt og/eller helg. Mens daglig legetilsyn på hverdager er standard i alle tilbudene, varierer det om det er organisert fast tilsyn på helg (Skinner, 2015). Deloitte gjennomførte høsten 2013 en intervjuundersøkelse med helsepersonell i 16 akuttenheter og publiserte i sin rapport en tabell som viste organiseringen av legetjenesten i disse tilbudene (Deloitte, 2014c). Denne oversikten og Deloittes beskrivelse av organiseringen av legetjenesten er i samsvar med funnene fra de nevnte studiene.

2.2 BRUKEN AV KAD-SENGENE

Bruken av de akutte døgnseengene har vært et hett tema etter hvert som akuttenhetene er blitt etablert og mange kommuner har fått erfaring med driften av sengene. På grunn av at et flertall av akuttenhetene har opplevd en sviktende beleggprosent i startfasen, har søkelyset blitt satt på legene fordi de innehar «nøkkelroller i styring av pasientstrømmene» (Den norske legeförening & KS, 2014: 4). Det er normalt fastlegen, sykehjemslegen eller legevaktslegen som skal vurdere hvor pasienten skal behandles; hjemme, ved KAD eller på sykehus (Helsedirektoratet, 2014a: 15). I noen kommuner er det imidlertid også åpnet for at poliklinikklege eller lege ved akuttmottak i sykehus kan henvise pasienter til tilbudet.

Grimsmo and Løhre (2014) rapporterte at de fleste akuttenhetene i deres 2013-studie hadde et belegg på 20-30 prosent. Beleggsprosenten blant de 30 akuttenhetene i Deloittes intervjustudie (gjennomført høsten 2014) lå hovedsakelig mellom 30-50 prosent, men varierte fra 5 til 130

prosent (Deloitte, 2014b: 11). En kvalitativ undersøkelse av akuttenhetene i Rogaland, Hordaland og Sogn og Fjordane gjennomført i 2012-13 av fylkesmennene på Vestlandet resulterte i samme konklusjon: sengene ble lite brukt i de fleste kommunene. Der varierte beleggsprosenten stort sett fra 20 til 65 prosent (Frantzen et al., 2014: 12). Videre viser Helsedirektoratets beregninger av data fra akutttilbudene som hadde åpnet sine tilbud per 31. august 2015 at beleggsprosenten i gjennomsnitt ligger på 30 prosent på landsbasis. Tallene varierer fra de som ikke har tatt i bruk tilbudet opp til 76 prosent (Helsedirektoratet, 2015: 114).

Men hva er et *for lavt* belegg? Selv om det blir rapportert fra flere instanser om at kapasitetsutnyttelsen av akuttenhetene er for lav, blir det ikke diskutert hva en lav, akseptabel eller høy beleggsprosent er. Det ligger i akuttplassenes natur at innleggelser og sykeopphold ikke kan planlegges på samme måte som i andre typer avdelinger, så det er ikke naturlig å forvente at akuttenhetene skal ha fullt belegg til enhver tid. Det skal være kapasitet til å ta imot akuttpasienter når behovet oppstår. Men det kommer klart frem både fra litteratur og erfaringskonferanser om temaet at et belegg på under 50-60 prosent er lavere enn hva som kan forventes av sengene.

2.2.1 MANGLENDE TILLIT BLANT LEGENE

Når den lave bruken av KAD-sengene skal forklares, har først og fremst legene og deres manglende tillit til ordningen blitt trukket fram. Viktigheten av å involvere legene i planleggingsprosessen og i driften av tilbudet for å skape tillit har vært understreket i flere rapporter (Deloitte, 2014b, 2014c; Den norske legeforening & KS, 2014; Frantzen et al., 2014). Deloitte (2014b: 17) foreslår flere mulige grunner til legenes sviktende tillit til ordningen. De mener at mangel på døgnkontinuerlig legebemannning og mangel på tilstrekkelig legevisitt ved tilbudet har en negativ innvirkning på legenes tiltro til pasientsikkerheten på tilbudet. Videre påpekes det at leger som legger inn pasienter til seg selv og savner en «second opinion» fra en annen lege, kan oppleve tilbudet som mindre trygt (ibid: 15, se også Frantzen et al., 2014). De henvisende legenes manglende kunnskap om hvilken kompetanse som finnes ved KAD-tilbudet er et ytterligere forhold som virker inn på tilliten til tilbudet, og det er knyttet til et annet punkt som i stor grad er relevant for bruken av KAD: nemlig kunnskapsavviket blant legene. En mastergradsoppgave, basert på en intervjustudie med leger i Oslo, viser at flere av

fastlegene i hovedstaden etterlyser mer og hyppigere informasjon om KAD. I studien gav leger blant annet uttrykk for at det var uklarerheter rundt hva slags behandling som gis ved Oslo KAD, hva slags observasjoner de gjør og hvor avanserte blodprøver de kan ta (Kairys, 2014: 39-40). Dette illustrerer at det er en forbindelse mellom mangel på informasjon og mangel på tillit. Hvis legene er usikre på hva slags kompetanse og utstyr som finnes ved KAD-sengene, vil de ikke ha tilstrekkelig tillit til tilbudet til å sende syke pasienter dit. Dette blir også understreket i rapporten fra Den norske legeförening og KS, der det fastslås at legenes «kunnskaper om kommunens tilbud er viktig for legens vurdering av hva som er et adekvat og forsvarlig tjenestetilbud» (Den norske legeförening & KS, 2014: 4).

2.2.2 MANGLENDE KUNNSKAP OM TILBUDET BLANT LEGENE

Kunnskapsavviket som Deloitte har vektlagt i sine rapporter som en av de viktigste forklaringene for den sviktende bruken av KAD er tilsynelatende frikoblet fra tillitsproblematikken. Kunnskapsavviket de viser til innebærer at fastleger og legevaktsleger rett og slett *ikke vet* at tilbudet eksisterer, eller så kjenner de til tilbudet, men glemmer at det eksisterer. Problemet med leger som ikke kjenner til tilbudet er angivelig mest utbredt blant legevaktsleger som ikke også er fastleger fordi det er vanskeligere å nå ut med informasjon til disse legene. Dette gjelder spesielt hvis det er mye vikarbruk eller utskiftninger, eller at legevaktslegene kommer fra andre kommuner som ikke har KAD (Deloitte, 2014b: 20). Det er også naturligvis spesielt utfordrende for større kommuner å nå ut til legene sine med informasjon, da det simpelthen er flere leger å nå ut til. I Oslo var det i 2013 493 fastleger som skulle informeres om det nyoppstartede kommunale døgntilbudet ved Aker sykehus. Til sammenlikning var det 87 fastleger i hele Finnmark samme år (Statistisk sentralbyrå, 2014). For øvrig er det ikke uvanlig at legene er informert om tilbudet, men at de i sin travle hverdag glemmer å bruke det. Selv om de har mottatt informasjon om det nyoppstartede tilbudet, fortsetter legene sin vante praksis med å sende sine pasienter til sykehuset for behandling, uansett diagnose eller tilstand (Deloitte, 2014b: 21; Kairys, 2014: 38). Deloittes studie tyder på at dette er spesielt utbredt i kommuner der legevakten er samlokalisert med sykehus (ibid: 15). Det tar med andre ord tid å innarbeide nye rutiner og å forankre tilbudet blant legene.

Mange av kommunene ser selv viktigheten av kontinuerlig informasjon og gjentatte påminnelser om KAD til legene for å øke bruken av sengene (Deloitte, 2014b: 9).

2.2.3 TUNGVINNE INNLEGGELSESPROSEDYRER

I rapporten fra fylkesmennene på Vestlandet fremheves tidkrevende byråkrati ved innleggelse som en av de viktigste enkeltårsakene til den lave kapasitetsutnyttelsen ved akuttenhetene. Ved de fleste tilbudene i deres studie er det innleggende lege som skal igangsette behandling, identifisere behov for observasjon og utarbeide oppfølgingsplan (Frantzen et al., 2014: 15-16). I tillegg til behandlingsplan må innleggelsesskrivet ved de fleste tilbudene inneholde avklart diagnose (Deloitte, 2014b: 10; Grimsmo & Løhre, 2014). Grunnen til dette er at de fleste akuttenhetene ikke har lege til stede hele døgnet, og at det kan gå lang tid før første legetilsyn. Det rapporteres om at mange leger opplever det som tungvint å legge inn pasienter ved KAD på grunn av disse kravene. Dette fører i sin tur til at legene velger å sende pasienten til sykehus i stedet for KAD fordi det anses som mindre arbeidskrevende (Frantzen et al., 2014: 16). Koblingen mellom lav bruk og arbeidskrevende innleggelsesprosedyrer støttes også av Deloitte (2014b) analyser. De indikerer at kommunene med høyest beleggspersent i mindre grad har konkrete krav til behandlingsplan.

2.2.4 INKLUSJONS- OG EKSKLUSJONSKRITERIER OG PASIENTGRUNNLAGET

Hvor omfattende inklusjonskriteriene er vil være førende for størrelsen på pasientgrunnet, som i sin tur gir utslag på bruken av sengene. I Deloitte rapport fra januar 2014 ble det påpekt at pasientgrunnet blant annet avhenger av hvordan man har tolket Helsedirektoratets anbefaling om en maksfrist for behandling på 72 timer (Deloitte, 2014c: 31). Dette ble imidlertid i begrenset grad støttet av intervjuene Deloitte gjennomførte med informanter fra 30 tilbud høsten 2014, da kun én informant opplyste at tilbudet hadde avvist pasienter på grunn av antatt lengre behandlingstid enn 72 timer (Deloitte, 2014b). Rapporten viste likevel at flere benytter en tidsfrist på 72 timer for behandling av pasientene i KAD-sengene og overfører dem automatisk til andre avdelinger etter tre døgn (Deloitte, 2014b: 26). Videre er det et skille mellom f.eks. tilbud som tar inn pasienter uten avklart

diagnose og de som ikke gjør det (Deloitte, 2014b: 26). Det finnes også akuttenheter ved legevakt eller sykehus som har en høyere andel yngre pasienter enn enheter som er lokalisert til sykehjem (Deloitte, 2014c: 16). I tillegg har noen kommuner åpnet for at lege i akuttmottak eller poliklinikk på sykehuset kan henvise pasienter til KAD (Deloitte, 2014c). Alt dette kan påvirke størrelsen på pasientgrunnlaget og dermed kapasitetsutnyttelsen av sengene.

2.2.5 GEOGRAFISK AVSTAND

Geografisk avstand til KAD og nærmeste sykehus kan også ha innvirkning på bruken av KAD. I kommuner der avstanden til sykehuset er lang blir KAD ofte sett på som et kjærkomment tilbud for å unngå lang reisetid til sykehus, mens tilbudet blir brukt mindre i kommuner der det ligger nært sykehuset. Dette gjelder spesielt i kommuner der KAD-innleggelse innebærer mer arbeid for innleggende lege enn en sykehusinnleggelse (Deloitte, 2014b: 14). På den andre siden kan det oppleves som tryggere å legge inn en pasient i KAD hvis tilbudet ligger i nærheten av sykehuset (Deloitte, 2014b).

Geografisk avstand mellom samarbeidskommunene og det interkommunale KAD-tilbudet kan også til en viss grad ha en negativ effekt på bruken av sengene. Dette gjelder spesielt de kommunene som har lengre eller like lang reisevei til den kommunale akuttenheten som til sykehuset. F.eks. mente en informant intervjuet i feltstudien i Midt-Norge i 2013 at det interkommunale KAD-tilbudet ved sykehjemmet i nabokommunen fremstod som «meningsløst». Siden det lå bare 500 meter fra sykehuset, forfektet informanten at når pasienten først skulle sendes så langt, så var det fordi utredning i sykehus var helt nødvendig (Grimsmo & Løhre, 2014: 2). Det forventes imidlertid at legens motvilje mot å sende en pasient til den interkommunale akuttenheten er enda sterkere når enheten ligger i motsatt retning av sykehuset. I en studie av alternativer til akuttinnleggelser i sykehus i Hallingdal fremhevet forfatterne at når transporten av pasienter fra en kommune til det desentraliserte tilbudet var i motsatt retning i forhold til reiseveien til sykehuset, ble det desentraliserte tilbudet brukt i mindre grad (Lappegard & Hjortdahl, 2013: 3).





3 METODE

Det er valgt en todelt metodisk tilnærming for å besvare problemstillingen: *Hvilke forhold kan forklare den varierende beleggsprosenten i de kommunale akutte døgnenheter?* Nedenfor følger en beskrivelse av metodene som er benyttet i studien og en redegjørelse for de metodiske valgene som er gjort.

3.1 KVANTITATIV DEL: STATISTIKK OVER BRUKEN AV SENGENE

3.1.1 DATAMATERIALETS OPPRINNELSE OG OMFANG

Helsedirektoratet samlet både i 2013 og 2014 inn informasjon om bruken av KAD-plassene i kommunene som på daværende tidspunkt hadde mottatt tilskudd og åpnet KAD. De seneste dataene som er samlet inn er fra perioden 01.09.2013-31.08.2014, og de er presentert i Samhandlingsstatistikk 2013-2014 (Helsedirektoratet, 2015). De kvantitative resultatene som presenteres i min rapport er basert på disse dataene. Dataene ble levert av Helsedirektoratet i en excelfil. Rapporteringen fra perioden omfattet 246 kommuner tilsvarende 106 rapporteringsenheter. 61 rapporteringsenheter var enkeltkommuner, mens de resterende 45 var interkommunale samarbeid (Helsedirektoratet, 2015). Én kommune deltok ikke i rapporteringen.

Kommunenes rapportering av pasientstatistikk til Helsedirektoratet er basert på utfylling av en excelfil som har et oppsett med sju tabeller. Analysene i min rapport benytter seg kun av dataene fra tre av tabellene i rapporteringsskjemaet: Antall

innleggelser etter varighet på oppholdet, antall innleggelser etter hvem som har henvist pasienten, og antall innleggelser etter tid på døgnet pasienten ble innlagt. Det er viktig å være klar over at det kan være visse svakheter ved dataene, da dataregistreringen og rapporteringen ute i kommunene ikke er systematisert som en del av et større elektronisk registrering- og rapporteringssystem. Kommunene har fylt ut den tilsendte excelfilen manuelt. Derfor kan det være feilregistreringer i dataene.

3.1.2 DATAANALYSE OG METODE

Beleggsprosenten er beregnet ut fra følgende kalkulasjon:

$$\text{Beleggsprosent} = \frac{\text{Totalt antall liggedøgn per år}}{\text{antall estimerte liggedøgn per år}} * 100.$$

I beregningen av beleggsprosenten er antall estimerte liggedøgn i *beregningsgrunnlaget for plikten til øyeblikkelig hjelp døgnopphold* (Helsedirektoratet, 2012) lagt til grunn. Dette ble gjort fordi sengeantallet i rapporteringen til Helsedirektoratet kun er oppgitt på KAD-nivå, og fordi min tidligere studie viser at antallet KAD-senger per kommune i stor grad følger antall estimerte liggedøgn som oppgitt i Helsedirektoratets 2012-veiledningsmaterieell (Skinner, 2015). For å finne totalt antall liggedøgn er antall innleggelser med en varighet på under ett døgn multiplisert med 0,5 og antall innleggelser med mer enn fem liggedager multiplisert med 7. Dette er i samsvar med Helsedirektoratets omregning i samhandlingsstatistikken (Helsedirektoratet, 2014b, 2015). For akutenheter med kortere fartstid enn ett år er antall liggedøgn omregnet til ett år ved å dividere på antall dager enheten har vært åpen og multiplisert med 365 dager.

For å få sammenliknbare data mellom kommunene om hvem som har henvist pasienten, blir dataene om pasienthenvisning i resultatkapitlet presentert som prosentandeler av alle innleggelsene i hver kommune. I forbindelse med omkodingen av de opprinnelige verdiene til prosenttall rettet jeg opp feil i datafilen hvis variablene sammenlagt fikk en verdi over 100. Retting av verdier skjedde ved å kryssjekke verdiene opp mot de andre verdiene i tabellen eller i andre tabeller for å finne korrekt verdi. Analysene er gjennomført i SPSS.

Antall kommuner i diagrammene som presenteres i rapporten er lavere enn rapporteringsantallet på 246 kommuner på grunn av at enkelte kommuner ikke har rapportert data på alle parameterne. For noen av kommunene var det fordi de ikke hadde åpnet tilbudet per 31.08.14.

3.2 KVALITATIV DEL: INTERVJUER MED REPRESENTANTER FRA AKUTTENHETENE

Mens pasientstatistikken i hovedsak skulle benyttes for å analysere belegget i de kommunale akutte døgnenheter, ble det besluttet å gjennomføre en kvalitativ studie for å utforske forhold som har betydning for bruken av KAD. Semistrukturerte intervjuer med nøkkelpersoner i et utvalg kommuner ble valgt som primær datagenereringsmetode på grunn av behovet for fokusert informasjon og kontekst om utvalgte temaer. I tillegg ble kommunenes søknader om tilskudd fra Helsedirektoratet, opplysninger om akutteneheter fra en tidligere intervjurunde i kommunene og søk på kommunenes nettsider benyttet i en kartlegging av akutteneheter forut for intervjuene (se Skinner, 2015 for mer informasjon om tilskuddssøknadene og intervjuundersøkelsen). Informantene ble også bedt om å sende intervjuer informasjon om beleggsprosenten ved tilbudet i forkant av intervjuet. På grunn av det enorme mangfoldet i hvordan kommunene har organisert KAD, ble informanter fra kommuner med forskjellig KAD-organisering, størrelse og geografisk beliggenhet valgt ut til studien, ni kommuner totalt.

3.2.1 VALGET OG REKRUTTERINGEN AV INFORMANTENE

De elleve informantene som ble valgt ut til studien representerte altså ni akutteneheter – én fra hver av de åtte KAD-modellene som ble nevnt i forrige kapittel (Skinner, 2015), samt at sykehjemsmodellen ble representert med både en kommunal KAD på et sykehjem og en interkommunal KAD på flere sykehjem. Innlemmingen av den niende akutteneheten i studien var også med på å sikre geografisk spredning. Målet var å rekruttere informanter fra kommuner i Senter for omsorgsforskning's kommuneutvalg¹ som hadde åpnet KAD innen utgangen av 2013. Også én kommune som startet opp i 2014 ble inkludert i studien for å sikre variasjon i typen organisering. I utvalget var det informanter fra seks interkommunale og tre kommunale akutteneheter, og samtlige landsdeler var representert. De ni akuttenehetene omfattet til

¹ Senter for omsorgsforskning's kommuneutvalg består av 50 «omsorgsforskningkommuner» og samtlige utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT). Totalt er det 77 kommuner i kommuneutvalget, og det bistår de fem sentrene for omsorgsforskning i datainnsamling til forskningsprosjekter.

sammen 33 kommuner, hvorav 17 hadde mindre enn 4000 innbyggere, 12 kommuner mellom 4000-20 000 innbyggere og fire over 20 000 innbyggere. Størrelsen på akuttenhetene varierte fra å ha et befolkningsgrunnlag på ca. 3 000 til ca. 160 000 (se Tabell 2 nedenfor for en oversikt over utvalget).

Hvis man legger beleggsprosenten fra kommunenes pasientstatistikk til grunn, har sju av de ni akuttenhetene som er inkludert i intervjuundersøkelsen en kapasitetsutnyttelse på under 35 prosent. De to som skiller seg ut er den kommunale akuttenheten ved sykehjem, som har 75 prosent belegg (KAD 1) og den interkommunale akuttenheten ved DMS, som har 102 prosent belegg (KAD 4). I tillegg er det to andre kommuner som har en beleggsprosent på over 50. Begge disse er vertskommuner i interkommunale samarbeid (KAD 7 og 8). Tallene er beregnet ut ifra antall senger kommunene har fått tilskudd til. De tar ikke med i beregningen at de to kommunene med høyest belegg har opprettet flere KAD-senger enn Helsedirektoratets estimerte antall liggedøgn tilsier. I enheter som har øremerket flere KAD-senger vil naturligvis belegget være lavere i forhold til det faktiske antallet senger som er avsatt til formålet.

Rekrutteringen skjedde ved at Senter for omsorgsforskings kontaktperson for kommunen i kommuneutvalget ble kontaktet via e-post og bedt om å være behjelpelig med å rekruttere leder for kommunens KAD til et intervju. I de tilfellene navnet på den aktuelle informanten allerede var kjent (fra ovennevnte kommunebesøk), ble vedkommende kontaktet direkte på e-post. Målgruppen for intervjuene var lederne for akuttenhetene i de respektive kommunene, men i samtale med kommuneutvalgets kontaktperson ble det åpnet for at informanten kunne være en person som har arbeidet tett på KAD-etableringen men som ikke nødvendigvis var leder for KAD. Forutsetningen var at informanten var nært involvert i det nåværende arbeidet med og driften av KAD og/eller at de også hadde vært involvert eller hadde nær kjennskap til arbeidet med etableringen av akutt sengene.

3.2.2 GJENNOMFØRINGEN AV INTERVJUENE

Ti intervjuer ble gjennomført med elleve informanter. To av akuttenhetene stilte med to informanter hver. I den ene av disse to stilte begge i ett intervju og i den andre stilte informantene i to separate intervjuer. I sistnevnte ble spørsmålene delt mellom informantene, og det var lite overlapping i spørsmålene som ble stilt. Stillingene til de deltakende informantene

var enhetsleder, virksomhetsleder, lege ved KAD, kommuneoverlege, rådgiver og avdelingssykepleier. Én av de deltakende informantene hadde ikke deltatt i etableringsprosessen, men ellers hadde samtlige informanter vært nært involvert i og hadde god kjennskap til etableringen og driften av KAD i kommunen eller det interkommunale samarbeidet. Der flere kommuner samarbeidet om KAD, ble spørsmålene stilt om akutteneheten i sin helhet og om samtlige kommuner i samarbeidet. Det var likevel ett unntak; i kommunen som hadde både et kommunalt og interkommunalt tilbud, ble informanten kun intervjuet om «sin del» av tilbudet.

Tabell 2 gir en oversikt over de utvalgte akuttenehetene og oppgir et KAD-nummer og et informantnummer for hver av intervjudeltakerne, slik at de lett kan identifiseres i resultatrapporteringen i neste kapittel når utdrag fra intervjuene blir brukt. Dette er for å vise hvor ofte og når sitater fra og henvisninger til uttalelser fra den enkelte informant eller KAD benyttes.

Tabell 2: Utvalget

KADnr.	Modell	Befolkningsgrunnlag	Kommunal/ interkommunal	Informant- nummer
KAD 1	Sykehjem	< 5000	Kommunal	1
KAD 2	Flere sykehjem	20 000 – 49 999	Interkommunal	2
KAD 3	Helsehus og legevakt	20 000 – 49 999	Kommunal	3a, 3b
KAD 4	DMS	10 000 – 19 999	Interkommunal	4
KAD 5	Legevakt	20 000 – 49 999	Interkommunal	5a, 5b
KAD 6	Sykehjem og legevakt	> 50 000	Interkommunal	6
KAD 7	Sykestue	20 000 – 49 999	Interkommunal	7
KAD 8	Sykehus	5 000 – 9 999	Interkommunal	8
KAD 9	Kommunal og interkommunal	> 50 000	Begge	9

Grunnet tids- og ressurs hensyn, ble det besluttet å gjennomføre intervjuene per telefon. Likevel ble det gjennomført ett personlig intervju pga. tilgjengelighet. Samme intervjuguide ble benyttet i samtlige intervjuer. Intervjuguidens innhold, oppbygning og omfang ble drøftet med flere forskere og utbedret før oppstart av intervjuene. Tema for intervjuet var kommunenes erfaringer med KAD på forskjellige områder,

blant annet kompetansearbeid, forholdet til legene og rutiner for samarbeid med sykehuset. Relevant for denne studien var åpne spørsmål om hvordan samarbeidet med legene har utviklet seg siden oppstart, etterfulgt av mer fokuserte spørsmål om legenes kunnskap, involvering og tillit, samt om innleggelsesrutiner og utviklingen i beleggprosenten.

Varighet på intervjuene var fra 35 minutter til 90 minutter, og gjennomsnittstiden for intervjuene var 50 minutter. Det første intervjuet, som også fungerte som et pilotintervju, tok lengst tid (90 minutter), og spørsmålslisten ble justert noe i de påfølgende intervjuene for å korte ned på tiden og redusere belastningen på informantene. Intervjuene ble gjennomført i en tidsperiode på 1 ½ måned ved årsskiftet 2014/2015. Informantene fikk i forkant av deltakelse i intervju et informasjonsskriv som opplyste om at deltakelsen var frivillig og at deres anonymitet ville bli ivaretatt. Der det i resultatrapporteringen var en mulighet for at kommunen, og dermed informanten, kunne bli gjenkjent til tross for anonymisering, ble det opplyst om at informantene ville bli tilbudt å få sitatene tilsendt for sitatsjekk og godkjenning før publisering. Studien er meldt til personvernombudet for forskning (NSD).

3.2.3 DATAANALYSEN

Alle intervjuene ble transkribert verbatim. Siden resultater fra foreliggende litteratur om KAD informerte oppbyggingen av intervjuguiden som ble benyttet i studien, ble kvalitativ innholdsanalyse med delvis forhåndsdefinerte kategorier



Figur 2: Forhold med betydning for bruken av tilbudet – forhåndsdefinerte kategorier og underkategorier

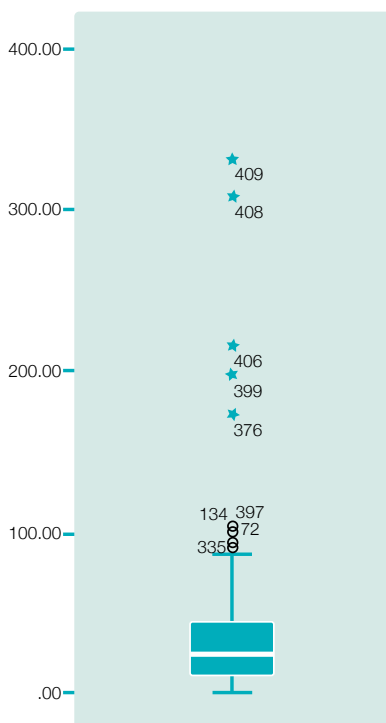
benyttet. Denne analyseteknikken kalles styrt innholdsanalyse eller «directed content analysis» (Hsieh & Shannon, 2005) og er spesielt egnet til å undersøke fenomener som det finnes tidligere forskning om, men der det er behov for videre undersøkelser. Metoden er både deduktiv og induktiv ved at man starter med et forhåndsdefinert kodeskjema (deduktiv) som utvides med nye kategorier underveis i selve analyseprosessen (induktiv). Det forhåndsdefinerte kodeskjemaet inneholdt nøkkelbegreper fra tidligere undersøkelser om KAD formulert som kategorier. Forholdet mellom kategoriene ble synliggjort i kodeprotokollen, og det ble laget definisjoner for hver kategori (jf. Hsieh & Shannon, 2005). Figur 2 viser de forhåndsdefinerte kategoriene for analysen av intervjudataene. Pilen i figuren illustrerer at de tre første kategoriene i stor grad henger sammen. De øvrige kategoriene står alene.

Følgende kodingsstrategi, som beskrevet av Hsieh and Shannon (2005: 1281-2), ble fulgt: Jeg begynte med å utheve all tekst som ved første inntrykk virket å representere fenomenet. I fase to kodet jeg all uthevet tekst med de forhåndsdefinerte kodene. Én meningsenhet ble gitt én eller flere koder. Tekst som ikke kunne kodes med det forhåndsdefinerte kodeskjemaet fikk en ny kode. Basert på de nye kodene som kom frem i analyseprosessen var det nødvendig å definere flere kategorier og underkategorier. Disse presenteres sammen med de forhåndsdefinerte kategoriene i Figur 7 i resultatkapitlet.



4 RESULTATER

4.1 KAPASITETSUTNYTTELSEN I KOMMUNENE



Figur 3: Beleggsprosenten i kommunene med KAD per 31.08.14 (n=224)

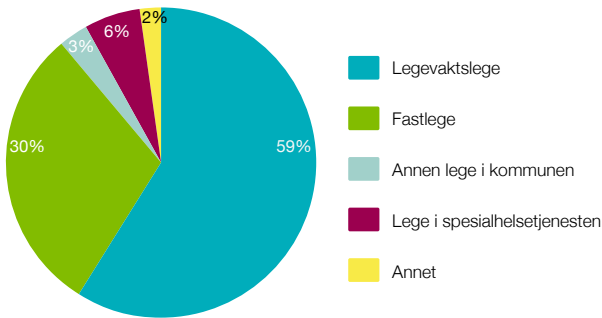
Kilde: Egne analyser av kommunenes pasientstatistikk 2013-14

Som tidligere nevnt, viser Helsedirektoratets analyser at den gjennomsnittlige beleggsprosenten ved de kommunale akutte døgnenheterne lå på 30 prosent i 2014. Mellom enhetene varierer beleggsprosenten fra null til 76 prosent (Helsedirektoratet, 2015: 114). Målt på kommunenivå og basert på antall forventede liggedøgn er gjennomsnittet noe høyere med 34 prosent, og variasjonen større, fra 0 til over 300 prosent. Standardavviket er 40. Figur 3 illustrerer fordelingen i utvalget. Tverrlinjen i boksen i diagrammet viser medianen, mens boksen viser hvor den midtre halvparten av observasjonene ligger (øvre og nedre kvartil). Hver av halene viser om lag 25 prosent av observasjonene (eksklusiv de statistiske uteliggerne).

Alle de fem kommunene med ekstremverdier (over 150 prosent belegg), som vises som stjerner i Figur 3, er nord-norske kommuner med under 5000 innbyggere. Fire av de seks kommunene med høyest belegg har KAD lokalisert til sykestue eller sykehjem, mens de siste to er en del av et interkommunalt tilbud ved DMS. De siste tre uteliggerne er også mindre kommuner, alle med mindre enn 6000 innbyggere. Alle kommunene med uvanlige verdier, med unntak av én, har lang reiseavstand til sykehus (over 90 minutter med bil).

Det store flertallet av KAD-pasientene legges inn av legevaktlege (59 %). 30 prosent legges inn av fastlegen. 6 prosent er henvist av lege i akuttmottak eller annen lege i spesialisthelsetjenesten. Figur 3 illustrerer hvordan henvisningene fordeler seg

mellom de forskjellige instansene når alle kommunene ses under ett.

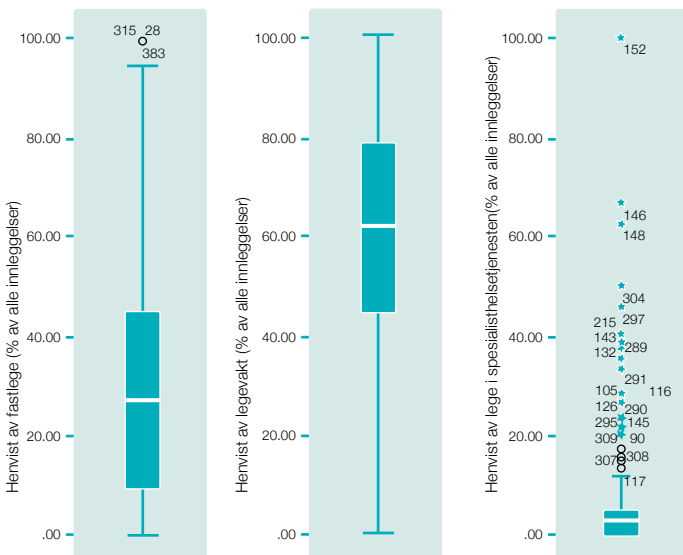


Figur 4: Henvisende instans

(n=199)

Kilde: Egne analyser av kommunenes pasientstatistikk 2013-14

Figur 4 ovenfor viser altså *gjennomsnittet* for fordelingen av henvisninger blant de 199 kommunene som har registrert data om henvisende instans, men gjennomsnittet gir selvfølgelig ikke noe korrekt bilde på hvordan fordelingen er i den enkelte kommune. På kommunenivå er det nemlig stor variasjon og spredning når det gjelder hvilken instans som henviser flest pasienter til tilbudet. Figur 5 illustrerer spredningen mellom de tre instansene som henviser flest pasienter (fastlege, legevakslege og lege i spesialisthelsetjenesten). Som forklart over, viser tverrlinjen i boksen i hvert diagram medianen. Medianen ligger naturligvis nært gjennomsnittet; den er rundt 30 for fastlegene, ca. 60 for legevakslegene, men 0 for lege i spesialisthelsetjenesten. Dette er fordi 57 prosent av kommunene ikke har en eneste henvisning fra lege i spesialisthelsetjenesten. Dette gjør at de av kommunene som har en betydelig andel (over 10 %) henvisninger fra spesialisthelsetjenesten vises som uteliggere eller ekstremverdier i diagrammet til høyre i Figur 5. Men figuren viser like fullt at spredningen på alle disse tre instansene varierer fra 0 til 100 prosent i kommunene.



Figur 5: Spredning i henvisende

instans (n=199)

Kilde: Egne analyser av kommunenes pasientstatistikk 2013-14

Når det gjelder tidspunkt for innleggelse, blir over to tredjedeler av KAD-pasientene innlagt utenfor fastlegens ordinære kontortid. Tabell 3 nedenfor viser at 31 prosent av innleggelsene skjer på dagtid på hverdager; 45 prosent på ettermiddag, kveld og natt hverdager; og 23 prosent på helge- og høytidsdager. Disse tallene har holdt seg svært stabile fra første til andre rapportering, altså fra 2012-13 til 2013-14 (se Helsedirektoratet, 2014b: 103; 2015: 111).

Tabell 3: Innkomsttid for innleggelsene (n=112)

Kilde: Egne analyser av kommunenes pasientstatistikk 2013-14

Tidspunkt for innleggelsen	Antall	Prosent
Dagtid hverdager (08.00-15.30)	4315	31
Kveld hverdager (15.31-23.00)	4827	35
Natt hverdager (23.01-07.59)	1401	10
Helg og høytidsdager	3176	23
Totalt	13719	100

77 prosent av de innrapporterte innleggelsene har en oppholdstid på tre døgn eller mindre (se Tabell 4). På nasjonalt nivå har altså ca. 23 prosent av innleggelsene en lengre oppholdstid enn «malen» på 72 timer. På kommunenivå varierer det imidlertid fra null til 100 prosent hvor mange av innleggelsene som har en varighet på mer enn tre døgn. Standardavviket er 23.

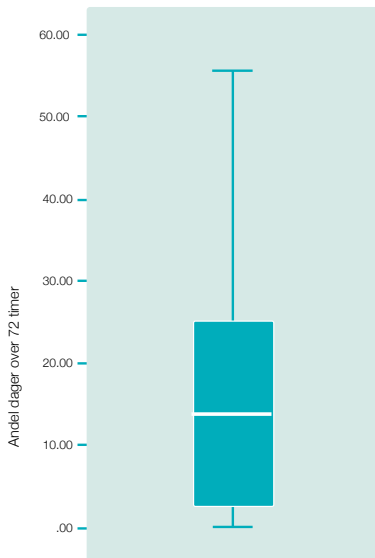
Tabell 4: Gjennomsnittlig oppholdstid (n=224)

Kilde: Egne analyser av kommunenes pasientstatistikk 2013-14

Oppholdstid	Antall innleggelser	Andel av innleggelsene (%)
Under ett døgn	2163	15
1 døgn	2912	20
2 døgn	2720	19
3 døgn	3435	23
4 døgn	1401	10
5 døgn	752	5
Over 5 døgn	1275	9

Hvis en regner ut hvor mange av liggedagene som er oppholdsdager over 72 timer, finner en at 16 prosent av liggedagene er registrerte oppholdsdager utover den anbefalte malen på 72 timer. Figur 6 viser variasjonen blant kommunene i andel

dager av totalt antall registrerte liggedøgn som overskyter tre døgn; tallene varierer altså fra 0 til 56 prosent. Standardavviket er 14.



Figur 6: Variasjoner i andel dager

over 72 timer (n=215)

Kilde: Egne analyser av kommunenes pasientstatistikk 2013-14

4.2 RESULTATENE FRA INTERVJUUNDERSØKELSEN

Figur 7 nedenfor viser kodeskjemaet som er brukt i analysen av intervjumaterialet. Det inneholder både de forhåndsdefinerte kategoriene vist i Figur 2 i metodekapitlet og kategoriene som kom frem under analysen av datamaterialet. Resultatene presenteres i dette kapitlet i henhold til hver av de forhåndsdefinerte hovedkategoriene, med tilhørende underkategorier. Funnene i kategorien legenes kunnskap om tilbudet vil presenteres først i det følgende, etterfulgt av de gjenværende åtte kategoriene involvering av legene; legenes tillit til tilbudet; tungvinne innleggelsesrutiner; geografisk avstand; tradisjon for akuttbehandling i sykehjem; variasjoner i pasientgrunnlaget og overretablering.

4.2.1 LEGENES KUNNSKAP OM TILBUDET

4.2.1.1 INFORMASJONSSPREDNING

Samtlige informanter mener at legene i sin kommune er godt informert om tilbudet. Informanter fra tre av de ni

akuttenhetene sier at de har bedrevet besøksvirksomhet blant legene i kommunen(e) for å informere om KAD. Informanten fra tilbudet ved legevakt forteller for eksempel at de har besøkt samtlige legekantor i alle kommunene i samarbeidet to ganger. Hver gang har de presentert statistikk og fortalt om «arbeidet og det interne livet på avdelingen» og forklart hvilke pasienter som skal legges inn på KAD (informant 5a). Også informanten fra tilbudet ved sykestuen opplyser at de er i gang med en slik besøksrunde i kommunene (informant 7). I tillegg nevnes det av ytterligere tre informanter at det avholdes møter der legene løpende informeres om driften av KAD. Disse møtene er av regelmessig art, såkalte allmennlegefora, allmennlegeutvalg eller samarbeidsutvalg, der det informeres om KAD som en del av en bredere agenda.

Alle informantene opplyser om at det er «sendt ut» infor-

Figur 7: Kodekart – forhold med betydning for bruken av plassene



Legenes kunnskap om tilbudet	-Informasjon -Førstehåndskjennskap
Innvolvering av legene	-Etableringsfasen -Driftsfasen
Legenes tillit til tilbudet	-Opplevd tillit
Tungvinne innleggingsrutiner	-Krav om behandlingsplan -Misnøye med krav
Geografisk avstand	-Distanse til sykehus vs. KAD -Motstrøms kjøring KAD vs. sykehus
Tradisjon for akuttbehandling i sykehjem	-Pasienter behandles i KAD -Pasienter behandles fortsatt i sykehjem
Variasjoner i pasientgrunnlaget	-Henvisninger fra lege i spesialisthelsetjenesten -Bruk av 72-timersregelen
Variasjoner i pasientgrunnlaget	-Henvisninger fra lege i spesialisthelsetjenesten -Bruk av 72-timersregelen

masjon til alle legene i kommunen(e). Dette kan være i form av e-post eller trykt informasjonsmaterieil. I de små kommunene der forholdene er oversiktlige og det er få leger å nå ut til, er jobben med å spre informasjon om KAD mindre komplisert enn i større kommuner og i større samarbeidskonstellasjoner. For informant 1 og 8, som er fra de to minste tilbudene i studien, er det en selvfølge at legene er godt informert om tilbudet. «Det er små forhold», forklarer informant 10; «det er ikke mange millioner som bor her oppe».

To informanter fra interkommunale akutttilbud forteller imidlertid om utfordringer knyttet til informasjonsspredning i samarbeidskommunene: Informanten fra sykestua mener at kunnskapen til legene blir mindre jo lengre unna tilbudet de befinner seg (informant 7), og informanten fra DMS forteller om uklarheter i ansvarsfordelingen rundt

informasjons-spredningen (informant 4). Ved sistnevnte akutenhet sendes det jevnlig ut informasjon om KAD sentralt fra DMS, men i tillegg har hver enkelt samarbeidskommune en kontaktperson som har ansvar for å spre informasjon om tilbudet. Det er med andre ord den enkelte kommunes ansvar å informere sine leger om KAD ut over den informasjonen som blir sendt ut sentralt. Videre forteller informanten fra det interkommunale tilbudet ved flere sykehjem at ansvaret for informasjonsspredningen til legene ved deres interkommunale tilbud er delegert til én person, nemlig kommunelegen (KAD 2).

4.2.1.2 MOTTAK AV INFORMASJON

På mottakssiden er det én ting å få tilsendt informasjon om et nytt tilbud; en annen er å lese informasjonen, la den synke inn og aktivere den under legekonsultasjoner og vurdere KAD som et alternativ til sykehusinnleggelse. Informanten fra det kombinerte kommunale/interkommunale tilbudet understreker denne forskjellen i sin forklaring av det lave belegget ved KAD, deres aktive informasjonskampanje til tross:

Bare det å huske på, når du sitter der på kontoret og har pasienten foran deg, så sitter du med utrolig mye informasjon. Legen blir overøst med informasjon, både fra kommunen og andre sentrale myndigheter i forhold til hvordan de skal forholde seg. Og dette er én av de tingene som de også skal komme på å huske på. [...] Vi dytter på på toppen, og så dyttes det bakover. Så må de hente det frem igjen. Men alle har hatt besøk, og alle skal vite om det, og alle har fått tilsendt informasjon, alle har fått plakater. Allikevel kan det nok skje at de ikke klarer å hente det fram sånn umiddelbart.

(Informant 9)

Informanten understreker at det er en helt ny arbeidskultur med prosedyrer og rutiner som skal innarbeides, og at det kan ta tid før den befester seg. Hun trekker frem frisklivssentralen som eksempel på et tiltak som det har tatt tid å innarbeide hos fastlegene. Hun poengterer at «det er slett ikke alle som ennå er helt bevisst på at [frisklivssentralen] er et tilbud som finnes. [...] Ting tar tid» (informant 9).

En ytterligere utfordring angående spredningen av informasjon til legene kom opp i intervjuet med informant 5b ved legevaktsenheten. Der ble det påpekt at mange pasienter har fastlege i en nabokommune som ikke er en del av

KAD-tilbudet. Siden akutenhetens informasjonskampanje kun er gjennomført innenfor samarbeidskommunenes grenser, har mange av befolkningens fastleger ikke blitt informert om tilbudet. Og, som en følge av dette, mangler de forutsetninger for å henvise pasienter til KAD.

4.2.1.3 FØRSTEHÅNSKJENNSKAP TIL TILBUDET
 Legene har i begrenset grad besøkt akutenhetene rundt om i kommunene i sin kapasitet som fastleger. På den andre siden er det mange av legene som får førstehåndskjennskap til det akutte døgntilbudet gjennom deltakelse i legevakt, spesielt i de tilfellene der KAD og legevakt er samlokalisert. Informant 5a fra legevaktsenheten forteller at de er bemannet med både fast tilsatte leger og turnusleger, men at også ca. halvparten av kommunenes fastleger deltar i legevakt. Disse er dermed blitt kjent med KAD-tilbudet gjennom legevaktsarbeidet. Også informantene fra DMS og sykestuen informerer at de aller fleste fastlegene har vært innom den kommunale akutte døgnenheten i forbindelse med deltakelse i legevakt, da legevakten ligger i samme bygg og legevakten og akutenheten har et nært og godt samarbeid (informant 4 og 7). Siden kommunene har en høy deltakelse av fastleger i legevakt, er det dermed et høyt antall fastleger som har besøkt akutenheten. Foruten informantene som er fra akutenheter med samlokalisering med legevakt, er det kun informant 1 som sier at flesteparten av fastlegene har besøkt enheten der KAD-sengene ligger. I de andre kommunene/samarbeidene fortelles det at det er et begrenset antall fastleger (og legevaktsleger) som har besøkt sengene og dermed har førstehåndskjennskap til KAD.

4.2.2 INVOLVERING AV LEGENE I ETABLERINGEN OG DRIFTEN AV TILBUDET

4.2.2.1 ETABLERINGSFASEN

Samtlige informanter sier at fastlegene og legevakten var involvert i utformingen og etableringen av KAD. Det varierer imidlertid hva som menes når det er snakk om fastlegene og denne involveringen. Informantene fra tilbudene ved flere sykehjem, DMS og sykehjem/legevakt informerer om at fastlegene var representert gjennom kommuneoverlegens deltakelse i arbeidsgruppen for KAD (KAD 2, 4 og 6). Informanten fra sykestuetilbudet opplyser at det i deres arbeidsgruppe var tre fastleger representert (KAD 7), og

informant 3a fra helsehusenheten sier at i deres gruppe var én fastlege med. Informant 3a utdyper at det har vært «visse diskusjoner om den informasjonen og de diskusjonene som gikk i den styringsgruppa har tilflytt de andre legene». Informanten fra det kombinerte kommunale/interkommunale tilbudet forteller at KAD ble drøftet i legenes samarbeidsutvalg og at det før oppstart ble avholdt informasjonsmøter hvor man ønsket innspill. Videre forteller informanten at legene var med på å påvirke f.eks. informasjonsmateriellet «hvis de ønsket det» (informant 9).

Det ser imidlertid ut til at de to minste kommunene/samarbeidene (KAD 1 og 8) har lyktes best i å involvere legene i etableringen av KAD. Informant 1 uttrykker at fastlegene var «veldig aktivt inne» i prosessen. Informant 8 på sin side forteller at selv om legene ikke var med på å bestemme omfang og størrelse på tilbudet, var de i stor grad med på å utforme f.eks. inntakskriteriene og at temaet ble tatt opp i allmennlegeforumet flere ganger.

Det er et sånt felles produkt til slutt som landes
[...] Legevaktslegene og alle fastlegene er jo med på
å utforme alt, altså. Så det har vært veldig god sams
medbrukervirksomhet.

(Informant 8)

I disse to små kommunene/samarbeidene er fastlegene og legevaktslegene de samme, så legevaktslegene har dermed også vært nært involvert i etableringen av KAD. I de andre kommunene har involveringen av legevakten i planleggingen av tilbudet stort sett betydd at én eller flere representanter fra legevakten har sittet i arbeidsgruppen for KAD. Informantene fra tilbudene ved flere sykehjem, helsehus og sykestue (KAD 2, 3 og 7) forklarer at hos dem var det legevaktssjefen som deltok i arbeidsgruppa (to av legevaktssjefene med en dobbeltfunksjon som kommuneoverlege eller ansvarlig lege ved KAD); mens ved DMS var det kommuneoverlegen, legevaktssjef og sykepleier fra legevakt som var med (KAD 4). Ved legevaktsenheten var legevakten naturligvis svært sentral i utformingen og etableringen av tilbudet.

4.2.2.2 DRIFTSFASEN

Intervjuene vitner om at legene – i sin kapasitet som fastleger og legevaktsleger i liten grad er involvert i driften av KAD: De henviser pasienter til tilbudet, legevakten har ofte en

vaktfunksjon for tilbudet og KAD kan komme opp som tema i allmennlegeutvalg, møter eller –råd. Legene har ellers lite å gjøre med den daglige driften av KAD-sengene. Kun informanten fra sykehusenheten, der legetjenesten dekkes av fastleger i en vaktordning, nevner at fastlegene er involvert i driften av sengene (KAD 8). Informanten fra sykestuen forteller at kommunen har forsøkt å dra med samtlige fastleger i en drøfting av KAD-tilbudet, men uten hell. Han sier:

Det har ikke vært så enkelt. Det ble forsøkt med et sånt stormøte her i våres, der fastlegene fikk innbydelse til et møte. Og der var det få som møtte opp. Så det er jo den erfaringen en ofte har.

(Informant 7)

Foruten akuttenheten som er lokalisert til legevakt og der legevakten er ansvarlig for driften av KAD, er det to informanter som forteller om noe samarbeid med legevakten i det daglige. Ikke overraskende er dette de to før omtalte som har KAD og legevakt i samme bygg, nemlig DMS og sykestuen (KAD 4 og 7). Informanten fra DMS forteller at det er legevakten som er inne og tar blodprøver på KAD-pasientene og at akuttenheten har hatt noe fellesopplæring med legevakten. Ved sykestuen er ikke legevakten involvert i driften rent formelt, men informanten forklarer at:

Sånn praktisk, så ønsker vi at den legevaktslegen som kommer på vakt og skal ha nattevakt, at den tar en runde opp på avdelingen og spør hvordan det står til ved vaktstart. Det er noe som vi har innarbeidet og som de fleste legene følger opp.

(Informant 7)

I de resterende akuttenhetene har både fastlegene og legevakten lite med den daglige driften av KAD å gjøre unntatt når det gjelder inntak, utskrivning (bl.a. pleie- og omsorgsmeldinger) og legevaktens vaktfunksjon.

4.2.3 OPPLEVD TILLIT BLANT LEGENE

Når informantene blir spurt om de opplever at fastlegene og legevaktslegene har tillit til tilbudet, svarer de fleste bekrefteende på det. Informantene fra de to minste tilbudene er imidlertid de eneste som svarer ubetinget og kontant «ja» på spørsmålet (informant 1 og 8). På spørsmål om hvorfor, sier informant 8 at han føler det er opplagt; det er fordi de har et

velfungerende tilbud med en bra faglig kvalitet. Informant 1 tror også at legene føler at akutteneheten leverer det den skal levere. Informanten fra DMS opplever også at legene har tillit til tilbudet, da hun ikke har fått noen tilbakemeldinger om det motsatte (informant 4). Ved sykestuetilbudet påpeker informanten at kjennskap til legene som arbeider ved avdelingen spiller en viktig rolle for tilliten til tilbudet (informant 7). Flere av informantene påpeker at tilliten har blitt bedre etter som flere har lagt inn pasienter og benyttet seg av tilbudet.

Fire av informantene sier imidlertid at de tror at det er litt delte meninger om KAD blant legene. Informant 5b fra legevaksenheten sier f.eks. at «det er litt både og [...]». Noen har veldig god tillit, og noen er litt sånn svingende». På spørsmål om hvorfor hun tror det er svingende, forklarer hun:

Nei, jeg tror det bare er det at det tar litt tid å synke inn, at det er noen andre enn sykehuset som skal behandle pasientene deres. En del som har innstillingen 'hvis ikke vi klarer det selv, så kan i alle fall ikke dere klare det'. [...] De har vel kanskje en litt misforstått oppfatning om hvilke utredningsmetoder som blir brukt på et sykehus. De tror at det er veldig avansert først pasienten er innlagt, og det er det jo ikke.

(Informant 5b)

Informanten fra det kombinerte kommunale/interkommunale tilbudet forteller om liknende holdninger blant legene i sin kommune, da de ved oppstarten mente at det ikke kom til å være behov for KAD-plassene fordi det var snakk om pasienter som måtte på sykehus (informant 9). Informanten fra tilbudet ved flere sykehjem opplever imidlertid at legenes alder ofte er en avgjørende forhold for om de har tillit til tilbudet eller ei; hun har inntrykk av at de unge fastlegene er mest positive til tilbudet og bruker det mest. Hun forteller også om tilbakemeldinger fra motstandere av tilbudet som likner de som er nevnt over. Det er leger som mener at «hvis pasientene deres må legges inn, så er de så dårlige at de må inn på sykehuset» (informant 2).

4.2.4 TUNGVINNE INNLEGGELSESRUTINER

Kravene som stilles til innleggende lege ved henvisning til KAD-seng varierer noe fra kommune til kommune, men i all hovedsak er det én ting som skiller innleggelse i KAD fra sykehus, nemlig krav om behandlingsplan. Den eneste

akuttenheten i studien som ikke har krav om behandlingsplan er akuttenheten som er lokalisert til legevakt. Der følges egne prosedyrer etter innleggelse. Legevaktsenheten er da også det eneste som har døgnkontinuerlig legedekning. Alle de andre akuttenhetene har krav om at innleggesskrivet fra innleggende lege skal inneholde en skisse av hva slags type behandling eller observasjon pasienten skal ha. Kravet til behandlingsplan gjelder enten for de første 16 timene, det første døgnet eller fram til første legevisitt ved avdelingen. Ved akuttenhetene som er lokalisert til mindre sykehjem er det krav om kjent og avklart diagnose, mens flere av de større tilbudene ved legevakt, større sykehjem og helsehus godtar tentative diagnoser.

I intervjuene ble informantene spurt om de hadde fått tilbakemeldinger fra legene om at de synes det er for tidkrevende eller tungvint å legge inn i KAD-seng. Her deler kommunene seg i to: Informantene som har KAD ved ett sykehjem, helsehus, legevakt og sykehus sier at de ikke har fått noen negativ respons fra legene om innleggingsprosessen (informant 1, 3, 5b og 8), mens de resterende forteller at de har fått tilbakemeldinger om at det er for tungvint å legge inn i KAD. Informanten fra flere sykehjem forteller at legevakten «ikke har kapasitet til å bruke så mye tid på å få opp alle de opplysningene som vi egentlig etterspør» (informant 2), og informanten fra DMS tror at legene synes at «det skal være litt for opplinet» (informant 4). Informanten fra sykestuen poengterer at:

...det er ikke tvil om at utfordringen er større til en legevaktslege som skal legge en pasient inn på et kommunalt ø-hjelpstilbud. Det er mer lettvisst å kunne ha et todelt valg enten å sende pasienten hjem igjen eller sende pasienten på sykehus fordi en da slipper å tenke framover. Men når en legger en pasient inn på en intermediæravdeling så må en faktisk tenke framover i sykdomsforløpet: Hva er det som vil kunne skje med denne pasienten? Hvordan skal den behandles? Hvordan skal den observeres?

(Informant 9)

En av kommunene som har fått tilbakemeldinger om at innleggingsprosessen i KAD er for omstendelig har laget forslag til behandlingspakker for de vanligste årsakene til innleggelse for å støtte legene i innleggingsprosessen (KAD 9). Eksempler er behandlingsforslag for lungebetennelse og urinveisinfeksjon. Denne støtten tilbys for å assistere legene i

beslutningsøyeblikket, da de fra før ikke er vant med å måtte planlegge behandlingsforløp for pasienter som er for syke til å være hjemme. Informanten sier:

En fastlege som sitter på kontoret sitt forordner ikke vanligvis intravenøs antibiotikabehandling, for eksempel. [...] Det er et annet arbeid fastleger [...] og legevaktsleger skal gjøre [når de legger inn i KAD] enn det de normalt gjør når [pasienten] skal på sykehuset, for da er det andre leger som overtar med en gang. [...] Er dette pneumoni, så reiser pasienten til sykehuset, og så trenger du ikke tenke noe mer på det. Da er det noen andre som overtar og sier 'hva skal vi gjøre, og hvilke undersøkelser vi skal ta?'.

(Informant 9)

4.2.5 GEOGRAFISK AVSTAND

Avstand er spesielt relevant for bruken av KAD på to områder. Den geografiske avstanden mellom befolkningen og sykehuset er av betydning fordi lang reisevei til sykehus vil bety større behov for kommunale akutte døgntilbud. Videre er avstanden mellom befolkningen og KAD relevant for bruken av sengene, spesielt når den kommer i et motsetningsforhold til reiseveien til sykehuset.

Sistnevnte problemstilling kom opp i ett av intervjuene. Informanten fra sykestuen opplever at de fleste av kommunene i det interkommunale samarbeidet har et reelt behov for det lokale døgntilbudet på grunn av den lange reiseveien til sykehuset. På den andre siden forteller han at legene i noen av kommunene ikke benytter seg av tilbudet i særlig grad og forklarer at «det har med avstand å gjøre, og det å kjøre oppstrøms i forhold til sykehuset» (informant 7). Derimot opplyser informant 5a om at de ved deres legevaktsenhet har sett en ganske jevn bruk av tilbudet blant kommunene i samarbeidet. Han sier at med unntak av vertskommunens noe høyere bruk, bruker «de perifere kommunene [...] det like mye som de sentrale, korrigert for folketall». Ved dette tilbudet er ikke «motstrøms»-problematikken relevant, da KAD er geografisk nærmere samtlige kommuner i samarbeidet enn sykehuset.

Legevaktens plassering er et ytterligere moment som kom opp i ett av intervjuene i studien. Informanten fra tilbudet ved flere sykehjem mener at legevaktens plassering på sykehuset er uheldig for bruken av KAD-sengene: «Legevakten vår er jo i

selve sykehuset. Sånn at det kan kanskje være lettvis å legge inn på sykehuset da» (informant 2).

4.2.6 TRADISJON FOR Å BEHANDLE DEN AKTUELLE PASIENTGRUPPEN I SYKEHJEM

I intervjuene ble informantene spurt om pasientgruppen som behandles i de kommunale akuttsengene er den samme som den som ble behandlet i sykehjem før oppstart av KAD. Informantene fra de tre største kommunene i intervjuundersøkelsen avkrefter dette og sier at pasientene som henvises til de kommunale akuttsengene er pasienter som tidligere ville vært innlagt i sykehus (KAD 3, 6 og 9). Derimot forteller resten av informantene at flere av kommunene har en tradisjon for å behandle deler av pasientgruppen i sykehjem, og at pasientene som legges inn i KAD er en blanding av pasienter som tidligere ville fått tilbud i henholdsvis sykehus og sykehjem. Informanten fra DMS forteller at de har pasienter som er «litt sykere» og som ellers ville blitt innlagt på sykehus, mens noen er de samme som de som ble behandlet i sykehjem før oppstart av KAD. Det merker de, sier hun, på «at innleggelsene i den kommunale korttidsavdelingen [i vertskommunen] er blitt redusert etter at ø-hjelpssengene kom» (informant 4). Informanten fra tilbudet ved flere sykehjem forteller at de tidligere har hatt en praksis på å gi pasienter f.eks. intravenøs behandling i sykehjem, men at disse nå gjerne kommer i en KAD-seng. I tillegg, forklarer hun, kommer f.eks. pasienter som har problemer med luftveiene til KAD i stedet for å bli innlagt på sykehus, som de før ville blitt (informant 2). Informanten fra tilbudet ved sykehjem opplyser også at pasientene som legges inn i KAD er pasienter som tidligere ble sendt til sykehus. Samtidig forteller hun at hjemmesykepleien tidligere behandlet infeksjonssykdommer i hjemmet, så KAD har også her tatt over behandlingen av en pasientgruppe som tidligere ble tatt hånd om i kommunen. Hun sier at hjemmesykepleien tidligere behandlet...

...spesielt UVI og sånn – ja, noen dager med intravenøs [...] Det forekom tidligere, men det gjør de ikke lenger. Og pneumonier som de nå velger for sikkerhets skyld å legge inn pasienter for i stedet for å starte behandling hjemme, som kanskje også kunne gått bra. Men det er jo en ekstra trygghet [med] døgnbemanning [på KAD], da.

(Informant 1)

Informanten fra sykehusenheten forteller at den ene kommunen i samarbeidet «i større grad [har] hatt evne til å absorbere KAD-pasientene i egen virksomhet», mens i de andre kommunene «kompenserer [KAD] for manglende akuttbehandling ved det enkelte sykehjem» (informant 8).

Ved sykestua skiller også en av kommunene seg ut, men her ved at fem av seks kommuner ifølge informanten «har en forholdsvis aktiv bruk av eget sykehjem i tillegg til bruk av [KAD]». Informanten forklarer:

Hvis pasienten ikke har behov for full sykehuspakke, men likevel har et behov for hyppig tilsyn av lege og sykepleier, da blir de lagt på [KAD/sykestua]. Hvis tilsynsbehovet er lavere og det er i hovedsak omsorgsbehov, så blir de lagt på kommunalt sykehjem.

(Informant 7)

Denne informanten påpeker det samme som mange av de andre informantene – at selv om pasientgruppen som legges inn på de forskjellige nivåene er den samme som tidligere, så er pasientene dårligere enn før:

Hele tiden er det nok en viss... hva skal vi kalle det... venstreforskyvning i alvorlighetsgrad. [...] Det blir dårligere pasienter som blir behandlet ved sykestua, [...] i kommunalt sykehjem [og] i hjemmesykepleien enn det var for 3-4 år siden.

(Informant 7)

Også ved legevaktsenheten har kommunene forskjellige tradisjoner og muligheter til å behandle akuttpasienter i kommunalt sykehjem, men informantene mener at de kommunene som har tradisjon for å behandle akuttpasienter i sykehjem, behandler fortsatt disse pasientene lokalt på sykehjemmet. Den ene informanten forteller at noen av kommunene har veldig god tilgang til sykehjemstjenester...

...der de driver med avansert behandling. Ikke sant, da er det klart at da bruker de jo [KAD-]sengene og sykehusene mye mindre. Mens [i andre kommuner], der er det nesten umulig, altså, for en fastlege eller legevaktsleger å bruke [sykehjems]sengene på en akutt pasient. Så det er veldig varierende, altså, for [...] kommunene.

(Informant 5a)

Den andre informanten tror heller ikke at pasientgruppen som kommunene tidligere har behandlet i eget sykehjem er den samme som nå havner i KAD-sengene ved legevakten. Hun begrunner dette blant annet med at gjennomsnittsalderen for pasientene i sengene er lav – ca. 60 år (informant 5b). Videre påpeker informanten at flere kommuner i samarbeidet har hatt en «tradisjon for at man har lagt inn på sykehjem de som man ikke hadde lyst til å sende inn på sykehus» og at hun ikke tror at mange av disse havner i KAD-sengene. Hun tror derimot at kommunene som har lagt inn disse pasientene på sykehjem tidligere fortsetter å behandle samme gruppe lokalt, til tross for at det interkommunale akutttilbudet eksisterer (informant 5b).

I de fleste av kommunene i interkommunale tilbud brukes fortsatt kommunale sykehjem til behandling av de aktuelle pasientgruppene i tillegg til KAD-sengene, som i legevakt-senheten. Ingen av kommunene i intervjuundersøkelsen har imidlertid søkt om å få bruke deler av tilskuddet til KAD til drift av kommunalt akutttilbud i sykehjem i tillegg til det interkommunale tilbudet, slik som enkelte andre kommuner har gjort (se Skinner, 2015).

4.2.7 VARIASJONER I PASIENTGRUNNLAGET

Ingen av kommunene i intervjuundersøkelsen bruker KAD til pasienter som har vært innlagt i sykehus (utskrivningsklare pasienter), men om lag halvparten har åpnet for at lege i akutt-mottak eller poliklinikk i spesialisthelsetjenesten skal kunne legge pasienter inn i KAD – for å «snu» aktuelle pasienter «i sykehusdøra». Likevel er det kun ett tilbud som har et betydelig antall henvisninger fra lege i spesialisthelsetjenesten, hvor i overkant av 20 prosent av innleggelsene er henvist av lege i spesialisthelsetjenesten. I de resterende åtte er innleggelsene fra lege i spesialisthelsetjenesten en sjeldenhet; samtlige har ingen eller under 3,5 prosent innleggelsene av lege i spesialisthelsetjenesten, ifølge deres innrapporterte statistikk. Informanten fra kommunen med høy andel henvisninger fra lege i sykehus forteller at kommunen har hatt dette som strategi fra dag én (KAD 9). Hun sier at hvis de skal kunne forebygge «disse, i gåseøyne, unødige innleggelsene i sykehus, så må vi jo også da kunne snu pasientene der». Hun understreker imidlertid at det er en kompleksitet i denne «snuoperasjonen»:

Nå viser det seg at det er jo ikke sånn at det står buss-laster med pasienter i kø fra sykehuset for å komme

til ø-hjelpsplassene. Det at de eventuelt er unødig innlagt, det finner man jo først ut når man har gjort en del undersøkelser og de har ligget der kanskje ett døgn eller to. Og da var det kanskje nødvendig for å få avklart det.

(Informant 9)

Et ytterligere forhold som hindrer en effektiv utnyttelse av «snustrategien» er lang geografisk avstand til sykehuset. To informanter fra interkommunal akutteneheter med lang reisevei til sykehus forteller at det i teorien skal kunne være aktuelt for lege i spesialisthelsetjenesten å henvise pasienter til tilbudet, men i praksis har ikke dette skjedd (KAD 4 og 7). Statistikken fra tilbudene viser at ingen av kommunene i de to samarbeidene har hatt noen innleggelses på KAD fra sykehuset det siste året. Som den ene informanten sier: «Det er for langt til å skulle bli snudd og kjøre helt opp igjen til [vertskommunen]» (informant 7).

Når det gjelder 72-timersgrensen, så er det kun to informanter som eksplisitt nevner den. Informant 3a fra helsehusenheten sier at legene må vurdere om pasienten kan behandles og utskrives innen 72 før de legger inn en pasient i KAD. Informanten fra det kombinerte kommunale/interkommunale tilbudet forteller at ved deres tilbud «sendes pasientene ut» innen 72 timer (KAD 9). «Utsending» av pasienten fra KAD kan i mange tilfeller bare bety at pasienten blir flyttet til et annet rom på samme institusjon. Informanten beretter at for pasienter som har «behov for lengre tid enn det øh-plassene er rigget for [...] har vi jo også på helsehuset [...] mulighet for å flytte pasienten til en korttidsplass» (informant 9).

4.2.8 OVERETABLERING

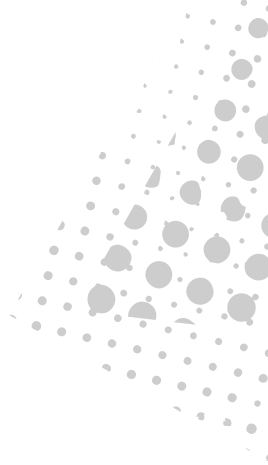
Informanten fra det kombinerte kommunale/interkommunale tilbudet lurer på om myndighetene har overestimert behovet for KAD og stiller spørsmålsteget ved antallet KAD-senger hennes kommune er estimert å trenge. Hun mener at antallet KAD-plasser står i et misforhold til antallet pasienter fastlegene henviser til sykehus per måned:

Når vi da spør fastleger: 'Ja, hvor mange pasienter legger du inn på sykehuset sånn ellers da?' Ikke sant, når vi har [ca. 50] fastleger i [kommunen], og de sier at det er jo ikke mye – kanskje en til to i måneden, da tenker jeg: 'Okei, da er det noen-og-femti leger... flere av disse

skal helt sikkert på sykehus. Så blir jo ikke tallet så verst likevel. Så da kan man jo se litt på bakgrunnen for å definere at [kommunen] skal ha 9 [KAD-plasser].

(Informant 9)

To av akutenhetene har avsatt flere senger til formålet enn de har fått tilskudd til fra Helsedirektoratet. Spørsmålet er om en slik overetablering bidrar til å forsterke problemet med at KAD-senger står ledig rundt om i landet, siden det gjør at beleggsprosenten blir lavere enn om de kun hadde etablert antallet senger de får tilskudd til. Det må likevel understrekes at de to akutenhetene som har utvidet sine tilbud på eget initiativ er de samme to som har markant høyere belegg enn de resterende akutenhetene i intervjustudien (102 og 75 prosent). Belegget synker imidlertid til henholdsvis 61 og 19 prosent i disse to tilbudene når man ser på faktisk antall tilgjengelige senger for kommunalt akutt døgnopphold. Ved sistnevnte tilbud er det imidlertid relevant å opplyse om at de ekstra sengene som er tilgjengelig for akutte døgnopphold også brukes til å ta imot utskrivningsklare pasienter. Med andre ord reflekterer nok beleggsprosenten på 75 basert på én seng realiteten i større grad enn 19 prosent basert på fire senger. Ifølge informanten fra denne kommunen står ikke sengene ledig i noen særlig grad.





5 DISKUSJON

I denne delen diskuteres resultatene opp mot problemstillingen. Hvilke forhold kan forklare den varierende beleggprosenten i de kommunale akutte døgnhetene? Diskusjonen vil primært omhandle forholdene som kom fram i intervjustudien: legenes forhold til KAD, geografisk avstand, kommunenes tradisjon for akuttbehandling i sykehjem, variasjoner i pasientgrunnlaget og overetablering.

5.1 LEGENES KUNNSKAP

Inntrykket i kommunene er at legene er godt informert om det kommunale akutte døgntilbudet. Samtlige kommuner i intervjustudien viser til gjennomføring av informasjonskampanjer i form av utsendt informasjon, møte- og/eller besøksvirksomhet rettet mot legene. Kommunene har med andre ord hatt fokus på å informere om KAD ved oppstart, og flere nevner tiltak som gjennomføres på mer eller mindre regelmessig basis. Informantenes svar på dette spørsmålet bærer imidlertid i stor grad preg av at de representerer senderen i kommunikasjonsprosessen. Kommunene har informert, så konklusjonen er at legene er godt informert: «vi har sendt informasjonsmaterieil, så derfor tenker jeg jo at de er godt informert» (informant 4).

Kun én informant reflekterte rundt utfordringer knyttet til mottakersiden av kommunikasjonsprosessen. Informanten påpekte at legene blir «overøst» med informasjon fra kommune og myndigheter, og mente at mange ikke makter å hente ut igjen informasjonen i en travel hverdag (informant 9). Ellers var det lite fokus i intervjuene på hvordan informasjonen som er sendt ut tas imot og behandles. Representantene fra de kommunale akutte

døgnenhetene reflekterte i liten grad over muligheten for at informasjonen de sender ut til legene ikke når målgruppen. Ett eksempel på «støy» som forhindrer at meldingen når mottakeren er når informasjonen blir mottatt av legesekretærer og ikke viderefremmes til legene. Noen sekretærer filtrerer formodentlig bort korrespondansen om KAD fordi de anser den som uviktig (Kairys, 2014: 49). På den andre siden kan hjelpepersonell også være nøkkelpersoner i formidlingen av kunnskap om KAD, som en av informantene poengterte:

Vi har jo uansett hjelpepersonell på legevakten som kjenner ø-hjelpstilbudet veldig godt. Sånn at... vi har jo på en måte de som et supplement til legene [...]. Personalet kjenner jo avdelingen godt og vil kunne viderefremme kunnskap til legevaktslegene.

(Informant 4)

Informering gjennom regelmessige legefora eller åpne møter var andre informasjonskanaler som kom opp i intervjuene. Også her kan man spørre seg hvem mottakerne av informasjonen er: Hvor mange og hvem kommer på slike møter? Et sitat fra intervjuene illustrerer at det er langt fra alle legene som mottar informasjon i møtene: «Altså, vi har hatt en del åpne møter der fastleger og annet helsepersonell i kommunen har vært invitert. Vi har sett at de som har møtt er jo stort sett våre egne» (informant 5a). Besøk til det enkelte legekantor der samtlige leger blir oppsøkt og informert om KAD ser derimot ut til å være det mest effektive tiltaket for å informere legene. Da beholder også kommunene oversikten over hvem som er mottaker av kommunikasjonen. Slike tiltak er imidlertid svært ressurskrevende, spesielt for større kommuner.

Det er naturlig at representantene fra de mindre tilbudene er mer trygge på at legene kjenner til KAD, da forholdene er mer oversiktlige. I de større kommunene, der det er mange leger å nå ut til, er det mer uoversiktlig og utfordrende å drive informasjonsarbeid. Dermed blir det også vanskeligere å se resultatene av innsatsen som er lagt ned. Dette gjelder også i stor grad interkommunale tilbud med mange kommuner og lange avstander. Delegering av ansvaret for informasjonsarbeidet til personer i samarbeidskommunene gjør det vanskelig for de som er ansvarlige for akutenheten å vite om legene i samarbeidet er informert. Dessuten har geografisk avstand til tilbudet en negativ innvirkning på legenes kunnskap, blant annet fordi de i mindre grad vil ha førstehåndskunnskap om tilbudet og lettere vil kunne «glemme» at tilbudet eksisterer. Med andre ord gjør både organisatorisk og geografisk

distanse fra KAD-tilbudet det vanskelig å få til en transparent kommunikasjonsprosess.

Et par av informantene opplyste at ansvaret for informasjonsspredningen var delegert til én person i kommunen. Problemet med en slik delegering av ansvar til én person, er at det gjør informasjonskampanjen veldig sårbar, da en sykmelding eller en travel timeplan kan forhindre at legene får vite om tilbudet. Dette kan i sin tur få store følger for bruken av tilbudet. Videre tyder funn fra intervjuundersøkelsen på at det i noen kommuner er relevant å vurdere om de skal informere om KAD utover akuttenhetens kommunegrenser. I noen kommuner er det en betydelig andel av befolkningen som har fastlege i en nabokommune som ikke er en del av det kommunale akutte døgntilbudet. Når legene ikke vet om tilbudet, vil de heller ikke kunne bruke det.

5.2 LEGENES TILLIT TIL TILBUDET

Legenes tillit til tilbudet avhenger av flere forhold. Ett forhold er kunnskap om tilbudet – ikke bare kunnskap om at et kommunalt akutt døgntilbud er opprettet, men kunnskap om hva KAD egentlig vil si, hvilken kompetanse som finnes ved sengene og hva slags utstyr enheten har til rådighet. Involvering av legene i etableringsprosessen av KAD er ett eksempel på et effektivt virkemiddel som kan gi legene tillit til tilbudet. De legene som er aktivt involvert i prosessen får ikke bare god kjennskap til tilbudet, de får også et helt annet eierforhold til tilbudet (Deloitte, 2014b: 18–19). Resultatene fra denne studien viser imidlertid at legene kun i begrenset grad har vært involvert i planleggings- og etableringsprosessen. Det var de to minste tilbudene som har lyktes best i å involvere legene i etableringsfasen; informantene fra de samme to stedene har også tydeligst oppfatning av at legene i kommunen(e) har tillit til akutttilbudet.

Ett annet virkemiddel for å heve tillitsnivået blant legene er å sørge for at legene får førstehåndskjennskap til tilbudet. Dette kan de få gjennom å besøke enheten eller gjennom deltakelse i driften av tilbudet. Resultatene viser at legene i liten grad er involvert i driften av KAD, men for de av akuttenhetene som er lokalisert i samme bygg er det vanlig at legene som deltar i legevakt, deriblant fastleger, stifter nærmere bekjentskap med enheten. I små kommuner er det også på grunn av små forhold mer vanlig at samtlige eller de fleste fastlegene har besøkt avdelingen der KAD-sengene ligger. Ellers tyder

resultatene på at det finnes svært mange leger, spesielt i de større kommunene, som kun har kunnskap om kommunens KAD tilsvarende opplysningene i informasjonsmateriellet de har fått tilsendt (men som de ikke nødvendigvis har lest eller absorbert).

Resultatene fra intervjustudien gir lite støtte til at mangel på døgkontinuerlig legebemannning har stor betydning for den lave tilliten blant enkelte av legene (jf. Deloitte, 2014b). Funnene vitner snarere om at det er kunnskapen om akutenheten og hva de er i stand til å utrette ved KAD som svikter. I fraværet av god kunnskap om KAD, får antakelser og fordommer regjere. Flere av informantene forteller om tilbakemeldinger fra leger som ikke har tro på et mellomnivå mellom behandling av fastlege og behandling i sykehus. Legene mener tilbudet er overflødig. Hvis de ikke kan behandle pasienten selv, så skal pasienten på sykehus.

5.3 TUNGVINNE INNLEGGELSESRUTINER

Tungvinne og tidkrevende innleggelsesprosedyrer er ett av forholdene som tillegges vekt i flere rapporter om bruken av de kommunale akutte døgnenheter (Deloitte, 2014b, 2014c; Frantzen et al., 2014). I de fleste kommunene er det lettvinne for legen å legge pasienten inn på sykehus enn i en KAD-seng. Ved henvisning til sykehus trenger han/hun verken å fastslå diagnose eller legge en behandlingsplan. Ved innleggelse i KAD derimot stilles det i de fleste kommuner helt andre krav til at legen skal tenke framover i behandlingsforløpet; krav stilles både til (tentativ) diagnose og behandlingsplan. Informantene i intervjustudien delte seg i to i sine svar på dette spørsmålet. Omtrent halvparten av informantene meddelte at de ikke hadde fått tilbakemeldinger om at legene synes det er for tungvint å legge pasienter inn i KAD, mens den andre halvparten svarte bekreftende på spørsmålet. Én informant bekreftet problemstillingen på generell basis – at det er enklere for legen å sende pasienten på sykehus «fordi en da slipper å tenke fremover» (informant 7).

Et «nei» fra informantene på dette spørsmålet er selvfølgelig ikke entydig med at legene i deres kommune(r) ikke opplever innleggelsesprosedyrene som for arbeidskrevende. Blant legene, spesielt i større kommuner/samarbeid, vil det være mange meninger som ikke vil bli formidlet tilbake til

de som jobber med KAD. En kan imidlertid vurdere om informantenes svar er en rimelig refleksjon av virkeligheten hvis en ser nærmere på hver av akuttenehetene som svarte nei. Alle akuttenehetene i intervjustudien stilte krav til både diagnose og behandlingsplan bortsett fra legevaktsenheten. Derfor kunne en forvente at samtlige unntatt legevaktsenheten hadde opplevd misnøye blant legene angående kravene til henvisning. Legevaktsenheten var, ganske riktig, én av de fire som ikke hadde opplevd misnøye blant legene. Men hva med helsehuset, sykehjemmet og sykehuset, som også svarte det samme?

I kommunen med KAD ved helsehus er det nærliggende å anta at det finnes mange leger som synes det er for tungvint å legge inn i KAD sammenliknet med sykehus, men som ikke har delt sine synspunkter med de som jobber ved tilbudet. Samtidig fortalte informantene ved helsehuset at de hadde opplevd flere innleggelseskrav der kravene til henvisning ikke var oppfylt, blant annet manglende behandlingsplan eller diffuse behandlingsopplegg. Dette kan tolkes på to måter. Flere av disse pasientene var kanskje utenfor målgruppen for KAD; de var kanskje pasienter som ellers ikke ville blitt innlagt i sykehus men behandlet i hjemmet. Siden akutttilbudet i denne kommunen ligger på et helsehus med en høy grad av spesialiserte plasser og tjenester, kan en annen tolkning tvert imot være at legene i denne kommunen har en høyere grad av tillit til kompetansen ved tilbudet. Denne tolkningen støttes av informantens oppfatning av at «så å si alle fastlegene» i kommunen nå har lagt pasienter inn i tilbudet.

De to andre informantene som svarte nei på spørsmålet representerer de to minste tilbudene i studien (KAD 1 og 8). Informantene er med andre ord fra kommuner/regioner der forholdene er små og oversiktlige, og det er større grunn til å ha tiltro til at de har god kjennskap til holdningene og oppfatningene til legene i kommunen. Disse to tilbudene var også de som hadde lykkes best i å involvere legene i etableringen av tilbudet og dermed gi dem et eierforhold til det. Dette kan ha bidratt til å ta fokus vekk fra eventuelle negative holdninger til de økte kravene i forbindelse med innleggelse.

5.4 GEOGRAFISK AVSTAND

Geografisk avstand kom bare i begrenset grad opp som tema i intervjuene. Dette kan til dels forklares med at det ikke var noe fremtredende tema i intervjuguiden. Likevel viser dataene som

er presentert i denne rapporten at geografi har stor betydning for bruken av KAD i noen kommuner. Ved DMS-enheten og sykestuen fortalte informantene om at det var vanskeligere å nå ut med informasjon til legene i kommunene lengst unna (KAD 4 og 7). Videre vil kunnskapen til KAD blant legene i de perifere kommunene i større grad være basert på skriftlig kommunikasjon fra (verts)kommunen i stedet for førstehåndserfaring fra enheten, hvilket bidrar til å senke snarere enn å øke tilliten til tilbudet. I tillegg er det forståelig at leger som må sende pasienten langt i motsatt retning av sykehuset hvis de skal legge inn i KAD, bruker tilbudet mindre. Ved svært lav bruk av det interkommunale tilbudet i slike «motstrømskommuner», burde kanskje kommunen vurdere om pengene som går til den interkommunale akuttenheten vil være bedre anvendt på et tilbud i egen kommune i framtiden.

Andre studier har også fremsatt lokalisering av akuttenheten ved eller for nært sykehuset som en forklaring på manglende bruk av sengene (Deloitte, 2014b; Grimsmo & Løhre, 2014). Dette er fordi legene ikke ser hensikten med tilbudet og/eller får problemer med å skille mellom KAD- og sykehusalternativet. Spesielt i interkommunale akuttenheter med KAD og sykehus på samme sted er det gjerne en selvfølge for leger i perifere kommuner at pasienten skal utredes i sykehus når han/hun først skal reise den lange veien dit (Grimsmo & Løhre, 2014: 2). Videre indikerer funn fra min studie at samlokalisering av legevakt og sykehus kan være et ytterligere forhold som har betydning for den lave bruken av KAD i noen kommuner. Dette støttes av en av Deloittes tidligere undersøkelser, der det forklares med at legevaktsglegene glemmer at de kan bruke KAD eller at det er enklere å legge inn pasientene på sykehuset (Deloitte, 2014b: 16).

Figur 2 i resultatkapitlet illustrerte variasjonen i kommunenes beleggsprosent. Diagrammet viste at ni kommuner skilte seg ut med spesielt høy bruk av sine plasser. Det er ingen tilfældighet at åtte av disse ni er kommuner med lang reisevei til sykehus. Behovet for kommunale akutte døgnplasser vil være størst i kommuner som ligger langt unna sykehus og minst i kommuner som har sykehus. Nå som det kommunale medfinansieringsansvaret for sykehusinnleggelse har falt bort, har ikke kommunene noen insentiver for å øke bruken av KAD-sengene. For de av kommunene som det er om mer lett vint å legge inn i sykehus enn i KAD, er det ikke overraskende at flere pasienter legges inn i sykehus og færre i KAD.

5.5 TRADISJON FOR AKUTTBEHANDLING I SYKEHJEM

Noen kommuner har hatt og har en tradisjon for å behandle visse pasienter i sykehjem, pasienter som nå faller innenfor målgruppen for KAD. Kommuner som fortsetter denne praksisen etter etableringen av KAD vil dermed ha en redusert bruk av KAD-sengene.

Når det gjelder forekomst av bruk av sykehjem for «akuttbehandling» av pasienter blant kommunene som ble intervjuet, er det et tydelig skille blant kommunene i intervjustudien hva angår størrelse. Informantene fra de tre største kommunene/tilbudene avviste at pasientgruppen som nå behandles i KAD tidligere ble behandlet i sykehjem, mens av de andre ble det bekreftet at akuttbehandling i sykehjem i mange av kommunene har vært etablert praksis. I to av tilbudene har imidlertid KAD-tilbudet tatt over behandlingen av disse pasientene.

Ved flere av de interkommunale tilbudene har dette stor betydning for bruken av KAD, i hvert fall for enkelte kommuner i samarbeidene. Det kommunale akutte døgn-tilbudet ved sykehus er ett eksempel (KAD 8). Ved dette tilbudet kan ikke legenes manglende kunnskap og tillit og deres misnøye med innleggelsesprosedyrene forklare det lave belegget, da kunnskapen og tilliten blant legene er høy og misnøyen lav. Informanten fra tilbudet fortalte i intervjuet at den ene kommunen (heretter kalt kommune x) i større grad enn de andre to kommunene i samarbeidet hadde «hatt evnen til å absorbere KAD-pasientene i egen virksomhet» (informant 8). Det kan dermed tyde på at de mindre kompliserte pasienttilfellene som kommune x behandler lokalt i sykehjem derimot blir innlagt i KAD i de to kommunene som ikke har tradisjon for akuttbehandling i sykehjem. At sykehjemmet i denne kommunen tar unna pasienter som i de andre kommunene typisk ville bli lagt inn i KAD understøttes av beleggprosenten. Blant de tre kommunene er det store forskjeller i bruken av KAD. Kommune x har under fem prosent belegg, mens de to andre har henholdsvis over 30 og 60 prosent.

Den samme logikken kan trekkes inn som en av forklaringene for lavt belegg i flere kommuner både i DMS-, legevakts- og sykestueenheten. I kombinasjon med geografi (distanse til det interkommunale tilbudet er en barriere for innleggelse) har sykehjemmenes tradisjon for akuttbehandling potensielt stor betydning for belegget i flere av kommunene i disse

samarbeidene. Behovet for KAD-plassene er begrenset fordi kommunene har et velfungerende lokalt tilbud tilgjengelig. Dette kan kobles opp mot et annet funn i studien, nemlig legenes motvilje mot å «gi fra seg» sine pasienter til andre enn sykehuset. Dette illustreres av et sitat fra intervjuene, der en av informantene fortalte at det var «en del [leger] som [hadde] innstillingen ”hvis ikke vi klarer det selv, så kan i alle fall ikke dere klare det”» (informant 5b).

5.6 VARIASJONER I PASIENTGRUNNLAGET

En positiv holdning fra akutenhetens side til innleggelser fra lege i spesialisthelsetjenesten og lange KAD-opphold kan gi variasjoner i pasientgrunnet. Tidligere undersøkelser har funnet at enkelte kommunale akutte døgnenheter har gått aktivt inn for å sikre henvisninger fra lege i spesialisthelsetjenesten (Deloitte, 2014c). I teorien vil disse akutenhetene dermed ha et større pasientgrunnlag enn de som ikke har åpnet for denne typen henvisninger. Henvisninger fra lege i spesialisthelsetjenesten er med andre ord et forhold som har betydning for beleggsprosenten i kommunene.

Ca. halvparten av informantene i intervjuundersøkelsen bekreftet at de tok imot pasienthenvisninger fra lege i akuttmottak og/eller poliklinikk, men det var kun én av de ni akutenhetene som hadde en betydelig andel innleggelser i kategorien. Dette var kommunen med både kommunal og interkommunal KAD (KAD 9). Beleggsprosenten til KAD 9 ligger imidlertid ikke over det nasjonale gjennomsnittet, men har et belegg på ca. 25 prosent.

KAD 9 og andre kommuners relativt høye antall innleggelser fra lege i spesialisthelsetjenesten (se Figur 4 på side 24) viser allikevel at det er et potensiale for å øke belegget ved KAD hvis man åpner for at lege i spesialisthelsetjenesten kan henvise pasienter til tilbudet. Kommunene som har mange henvisninger fra lege i spesialisthelsetjenesten ville utvilsomt hatt (enda) lavere belegg hvis de ikke hadde mulighet til å ta imot pasienter fra sykehuset. Samtidig må man huske på, som en informant påpekte, at det ikke står «busslaster med pasienter i kø fra sykehuset for å komme til ø-hjelpsplassene» (sitat, informant 9). Man må være kritisk til en slik strategi og erkjenne at det kan være flere barrierer for at pasienter kan «snus i sykehusdøra» uten at pasientens ve og vel settes på spill. For kommuner med lang reisevei til sykehus er det

dessuten veldig vanskelig å utnytte potensialet som ligger i pasienthenvisninger fra lege i spesialisthelsetjenesten. Om dette forholdet kan være med å forklare noe av variasjonen i bruk av KAD mellom mer sentrale kommuner, har den svært begrenset betydning for bruken av KAD i kommuner med lang reisevei til sykehus.

Når det gjelder 72-timersgrensen, uttrykte to av informantene i intervjustudien at de ved deres KAD forholdt seg aktivt til den, enten ved å «oppdra» legene til å ekskludere pasienter som ikke kunne behandles innen 72 timer (KAD 3) eller ved å flytte pasienter til andre kommunale plasser etter 72 timer (KAD 9). Hvordan kommunene forholder seg til «makstiden» eller «malen» på 72 timer kan ha en direkte innvirkning på beleggsprosenten i tilbudene. I KAD 3 kan belegget bli lavere fordi 72-timersgrensen gjør at pasienter som ellers passer med inklusjonskriteriene ikke blir lagt inn i det kommunale tilbudet; i KAD 9 blir belegget lavere på grunn av den reduserte oppholdstiden flytting medfører (sammenliknet med andre akutenheter som ikke flytter sine pasienter etter 72 timer).

De fleste akutenhetene har som mål å behandle pasientene i KAD innen tre døgn, men grensen er i begrenset grad absolutt. Dette er fordi flere forhold, som pasientens tilstand og kommunens tilgjengelighet av øvrige pleie- og omsorgstjenester, spiller inn både når pasienten innlegges i og utskrives fra tilbudet. Dette kan forklare hvorfor to av kommunene i døgntilbudet ved flere sykehjem hadde mange lange KAD-opphold, mens den tredje kommunen i samarbeidet ikke hadde noen (KAD 2). Informanten fra tilbudet forklarte nemlig at sistnevnte kommune, i motsetning til de to andre, hadde god kapasitet på sykehjemmet for øvrig. I den ene kommunen var det kapasitet til å ta imot KAD-pasienter ved behov, i de andre to var det ikke det.

I akutenheten ved sykehus finnes eksempler på kommuner der andelen døgn som overskyter 72 timer er svært høy – nesten 50 prosent (KAD 8). Hvis denne akutenheten hadde praktisert 72 timersgrensen på samme måte som KAD 9 og skrevet ut pasienter etter 72 timer, ville disse kommunenes beleggsprosent vært nesten halvert. Dette illustrerer hvor sterk innvirkning bruken av KAD-plassene til lange pasientopphold har på beleggsprosenten og at det er et viktig forhold å ta med når variasjonene kommunenes beleggsprosent skal forklares. Hvorvidt det er riktig eller ikke å bruke KAD-plassene primært til lange behandlingsopphold er en separat diskusjon som ikke tas her.

5.7 OVERETABLERING

En tidligere studie har vist at kommunene etablerer antall senger i henhold til det antatte antallet liggedøgn per kommune som Helsedirektoratet oppgav i veilederen fra 2012 (Skinner, 2015). Noen kommuner har imidlertid etablert flere KAD-senger enn Helsedirektoratets oversikt over antatte liggedøgn tilsier. Dette gjelder to av akuttenhetene i intervjustudien, men paradoksalt nok er dette de to akuttenhetene med høyest belegg. Begge disse tilbudene har lang reisevei til sykehus, og kommunene har identifisert et behov for flere KAD-senger enn de er pålagt å ha blant annet på grunn av den lange avstanden til sykehuset.

Frivillig overetablering kan ikke forklare det lave belegget i noen av kommunene som ble intervjuet i denne studien fordi jeg i beregningen av beleggsprosenten har tatt utgangspunkt i antallet senger kommunene har fått tilskudd til. Når beleggsprosenten er beregnet ut ifra faktisk antall senger tilgjengelig for KAD-opphold, er derimot overetablering et forhold av svært stor betydning. Beleggsprosenten vil da være lavere i kommunene som på frivillig basis har etablert «ekstra» KAD-senger. For å ta et eksempel: Akuttenheten i sykehjem i intervjustudien ville, basert på antall KAD-senger oppgitt av kommunen, fått en beleggsprosent på 19 i stedet for 75, da belegget da ville blitt regnet ut ifra fire tilgjengelige senger i stedet for én. Informanten i denne kommunen oppgav at de hadde fire KAD-senger, men opplyste om at avdelingen også ble brukt til utskrivningsklare pasienter (informant 1). Dette illustrerer hvordan det i noen kommunale akutte døgnenheter kan bli gitt et feilaktig inntrykk av lav bruk av sengene.

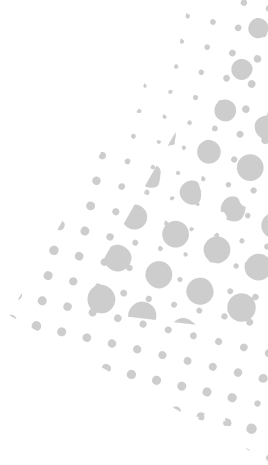
Myndighetene regnestykke, som den publiserte oversikten over antall forventede liggedøgn er basert på, har vært gjenstand for kritikk (Wyller, 2014). Når den gjennomsnittlige beleggsprosenten i de kommunale akutte døgnenheter i kommunene ligger på ca. 30 prosent, er det et betimelig spørsmål om kommunene egentlig har behov for plassene som etableres/er etablert. Informanten fra kommunen med det kombinerte kommunale/interkommunale akuttilbudet satte spørsmålsteget ved antallet senger kommunen er estimert å trenge (informant 9). Hun mente at antallet plasser ikke står i forhold til det begrensede antallet pasienter fastlegene i kommunen legger inn i KAD og sykehus hver måned. Det er ubestridelig at noen kommuner vil ha mer behov for et lokalt akutt døgntilbud før og i stedet for sykehus enn andre. Som nevnt tidligere, har f.eks. to av kommunene i studien

identifisert et behov for flere senger enn Helsedirektoratets antatte liggedøgn tilsier. Andre som f.eks. KAD 9, som også er vertskommune for sykehus, vil ha mindre behov for et kommunalt akutt døgntilbud.

5.8 METODOLOGISKE REFLEKSJONER

I denne typen deduktiv forskning, vil resultatene i en viss grad være påvirket av spørsmålene som blir stilt i intervjuene. Informantene ble direkte oppfordret til å snakke om noen utvalgte temaer og ikke andre. Spørsmålene som ble stilt i intervjuene var, på samme måte som at de forhåndsdefinerte kategoriene, basert på nøkkelbegreper fra tidligere undersøkelser om KAD. De handlet om samarbeidet med legene; legenes kunnskap, involvering og tillit; innleggelsesrutiner; og utvikling i beleggsprosenten. Disse temaene kom med andre ord opp i alle intervjuene og går dermed i stor grad igjen i resultatene/kodeskjemaet. En styrke ved studien er imidlertid at det opplyses i metodekapitlet hvilke temaer det ble stilt spørsmål om i intervjuene og hvilke forventninger som lå til grunn ved studiens start (som reflektert i det forhåndsdefinerte kodeskjemaet). Dette gjør at leseren selv kan se hvilke temaer som informantene ble ledet inn på i intervjuene (se Figur 2) og hvilke som kom opp uoppfordret (se Figur 7).

Videre må det understrekes at de forskjellige tilknytningene og erfaringene informantene har i forbindelse med KAD kan ha spilt inn på svarene de gav i intervju. Yrke og forskjellig grad av nærhet til tjenesten (f.eks. deltaker i planleggingen av KAD versus deltaker i daglig drift av KAD) er av særlig relevans. På den annen side vil den enkelte informant ha assosiert, tolket og svart på spørsmål forskjellig uansett likheter og forskjeller i deres bakgrunn. Informantenes svar og reaksjoner vil også være formet ut ifra deres individuelle erfaringer, holdninger og verdier, samt dialogen mellom forsker og informant. Kvalitativ forskning kjennetegnes av informantsubjektivitet og intersubjektivitet i datagenereringsprosessen (se Tjora, 2012: 24). Dataanalysen vil også bære preg av forskersubjektivitet – forskerens bakgrunn og verdier.



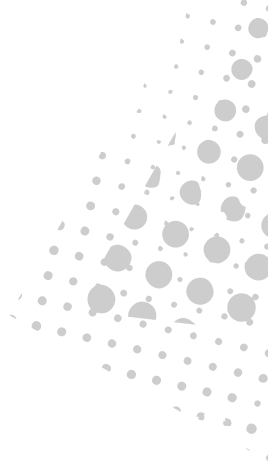


6 AVSLUTNING

Denne rapporten har analysert bruken av de kommunale akutte døgnenheterne og drøftet en rekke forhold som tidligere kartlegginger og forskning om KAD antyder at har betydning for beleggprosenten i de kommunale akutte døgnenheterne.

Forholdene som ble diskutert i denne rapporten var legenes forhold til tilbudet; geografisk avstand, kommunenes tradisjon for akuttbehandling i sykehjem, variasjoner i pasientgrunnlaget og overetablering. Legenes forhold til KAD, deriblant deres kunnskap om og tillit til tilbudet og deres holdning til økt ansvar for behandlingen av pasientene har uten tvil stor betydning for bruken av KAD-sengene, men det kan ikke alene forklare hvorfor bruken er lav i noen kommuner og høy i andre. Mens lang reisevei til sykehus i stor grad kan forklare høy bruk av KAD i én perifer kommune, må vi kanskje se til andre forhold i en annen. Kommunenes tradisjon for akuttbehandling i sykehjem, variasjoner i pasientgrunnlaget og overetablering forklarer også svingninger i bruken blant kommunene.

I tidligere rapporter har fastlegenes manglende kunnskap om og/eller tillit tilbudet vært oppgitt som en spesielt viktig forklaring på den begrensede bruken av KAD (Deloitte, 2014b; Frantzen et al., 2014). Det regjerer en oppfatning om at andelen pasienter som blir lagt inn på KAD av fastleger burde vært høyere. Resultatene fra intervjustudien tyder imidlertid på at fastlegene i stor grad er informert om tilbudet og at tilbudet i stor grad er tatt i bruk av fastlegene i de fleste kommunene. Flertallet av fastlegene i kommunene deltar dessuten i legevakt, og mange henviser dermed pasienter til KAD i sin kapasitet som legevaktslege. Dette illustreres av et sitat fra ett av intervjuene i intervjustudien: «jeg tror det er nesten 100 prosent av fastlegene som har benyttet seg av tilbudet og lagt inn pasienter her, enten i regi av å være fastlege eller i regi av å være [...] legevaktslege» (informant 3a).



Innkomsttidene for innleggelsene indikerer heller ikke at fastlegene henviser uforholdsmessig få pasienter i KAD. Mens fastlegenes kontortid (37,5 timer) representerer 22 prosent av den totale tiden akutte pasientbehov kan oppstå på en uke, står de for 30 prosent av henvisningene til KAD nasjonalt. Som det påpekes i årets samhandlingsstatistikkrapport: «69 prosent av innleggelsene skjer utenfor fastlegens kontortid. Det indikerer at pasienten har behov for akutthjelp og at innleggelsene kan ha vært et alternativ til innleggelse i sykehus» (Helsedirektoratet, 2015: 111). Hvis behovet for akutthjelp er størst utenom ordinær kontortid, er det naturlig at det er legevakten som henviser flest pasienter til KAD.

Det er med andre ord viktig at videre undersøkelser av belegget ved akutenhetene i tillegg til å granske legenes rolle også setter søkelys på andre forhold som geografisk avstand, kommunenes tradisjon for akuttbehandling i sykehjem og variasjoner i pasientgrunnet når variasjonene i belegget skal forklares.



REFERANSELISTE

- Deloitte. (2014a). Spørreundersøkelse om øyeblikkelig hjelp døgnopphold i kommunene: Kartlegging av status for kommuner som ikke har søkt om tilskudd til etablering og drift av kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold per 01.03.2014. Oslo: Deloitte/Helsedirektoratet.
- Deloitte. (2014b). Undersøkelse om bruken av øyeblikkelig hjelp døgnopphold i kommunene: Erfaringer fra kommuner med etablerte tilbud. Oslo: Deloitte/Helsedirektoratet.
- Deloitte. (2014c). Undersøkelse om kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Oslo: Deloitte/Helsedirektoratet.
- Den norske legeförening & KS. (2014). Kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud. Rapport fra Den norske legeförening og KS.
- Frantzen, C. B. , Arianson, H. , Stensland, P. & Iden, P. . (2014). Kommunalt akutt døgntilbud i Rogaland, Hordaland og Sogn og Fjordane: Ei kvalitativ undersökning av dei nystarta einingane i landsdelen. : Fylkesmennene på Vestlandet.
- Grimsmo, A. & Löhre, A. . (2014). Erfaringer med etablering av kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud. Utposten, 43(4).
- Grønmo, S. . (2004). Samfunnsvitenskapelige metoder. Bergen: Fagbokforlaget.
- Helsedirektoratet. (2012). Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold: Veiledningsmaterieil (Vol. 02). Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2013). Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold: Veiledningsmaterieil. (02). Oslo: Helsedirektoratet.

- Helsedirektoratet. (2014a). Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold: Veiledningsmateriell. Revidert 2/2014. . Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2014b). Samhandlingsstatistikk 2012-13 Rapport IS-2138. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2015). Samhandlingsstatistikk 2013-14 Rapport IS-2245. Oslo: Helsedirektoratet.
- Hsieh, H.-F. & Shannon, S. E. . (2005). Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277-1288.
- Kairys, I. . (2014). Implementation of the Municipal Day Care Unit in Oslo. (Master), University of Oslo, Oslo.
- Lappegard, Ø. & Hjortdahl, P. (2013). The choice of alternatives to acute hospitalization: a descriptive study from Hallingdal, Norway. *BMC Family Practice*, 14(87), 1-7.
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse og omsorgstjenesteloven) (2010-2011).
- Skinner, M. S. (2015). Døgnåpne kommunale akuttenheter: En helsetjenestemodell med rom for lokale organisasjonstilpasninger. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 1 (2), s. 131-144.
- St.meld. nr. 47. (2008-09). Samhandlingsreformen: Rett behandling - på rett sted - til rett tid. (47). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Statistisk sentralbyrå. (2014). Kommunehelsetenesta - Fastleger, etter innvandringskategori. Retrieved 15.05.15, from <https://http://www.ssb.no/statistikkbanken/SelectVarVal/Define.asp?MainTable=FastlegeIF&KortNavnWeb=helsetjko&PLanguage=o&checked=true>
- Tjora, A. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (2 ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Wyller, T. B. (2014, 13. mars). En fatal departemental regnefeil.

Kommunale akutte døgnenheter (KAD) skal etableres i alle landets kommuner fra 2016, men flesteparten av kommunene har allerede åpnet sine KAD-tilbud. Blant de som har åpnet KAD ligger belegget i gjennomsnitt på 30 prosent, og manglende kunnskap om og tillit til tilbudet blant legene blir ofte gitt skylden for at sengene i stor grad står tomme. Hensikten med denne studien er å undersøke forhold som har betydning for bruken av KAD-plassene, deriblant forholdet til legene og forskjeller i innleggesrutiner mellom KAD og sykehus. Hvilke forhold kan forklare den varierende beleggsprosenten i de kommunale akutte døgnenheterne? Studien baserer seg på nasjonal statistikk om bruken av KAD-sengene og kvalitative data fra intervjuer med nøkkelpersoner fra ni akuttenheter.

Studien viser at flere forhold har betydning for bruken av KAD-sengene i kommunene. Både legenes manglende kunnskap om, og tillit til, det kommunale akutte døgntilbudet samt deres holdning til økt ansvar for behandlingen av pasientene er med på å forklare hvorfor bruken er lav i noen kommuner og høy i andre. Videre indikerer studien at også andre forhold, som geografisk avstand, kommunenes tradisjon for akuttbehandling i sykehjem, variasjoner i antall henvisninger fra sykehus, lengden på KAD-oppholdene og overetablering, er av stor betydning for bruken av tilbudet.

Rapporten setter spørsmålstegn ved den sentrale rollen legene, og da spesielt fastlegene, har fått i forklaringen på den lave kapasitetsutnyttelsen i de kommunale akutte døgnenheterne i tidligere undersøkelser. Mangfoldet blant kommunene og de kommunale akutte døgnenheterne betyr at årsakssammenhengen bak den varierende bruken av KAD-plassene er svært kompleks. Andre forhold som geografisk avstand, kommunenes tradisjon for akuttbehandling i sykehjem og variasjoner i pasientgrunnet er også av avgjørende betydning for beleggsprosenten i akuttenehetene.