



# Klar for utskrivning?

---

## REDAKSJONELT

### SLETVOLD O

---

Begrepe medisinsk ferdigbehandlet og utskrivningsklar burde være positive begreper både for pasienter, pårørende, leger og andre, gi uttrykk for at sykehuset har gjort jobben sin, og at primærhelsetjenesten har lagt forholdene til rette for at pasienten ikke lenger trenger å være innlagt. Innenfor medisinsk samhandling finnes likevel knapt ord og uttrykk som er mer negativt ladet.

#### HVOR STORT ER PROBLEMET?

I 1981 var gjennomsnittlig 17% av sykehussengene i kirurgiske og medisinske avdelinger i Hedmark fylke opptatt av pasienter som ventet på utskrivning (1). Mellom ulike sykehus i samme fylke var det iøynefallende store forskjeller, fra 6,5% til 34%. I 1987 var 35% av sengekapasiteten ved indremedisinske avdelinger og 17% ved kirurgiske avdelinger ved Oslos sektorsykehus belagt med såkalt ferdigbehandlede pasienter (2).

I perioden 1984-87 var ca. 30% av sengene ved Medisinsk avdeling, Regionsykehuset i Trondheim "blokkert" av slike ventepasienter. I 1991-93 var andelen nede i 10-15%. I 1993 var gjennomsnittlig 6% av alle senger ved Regionsykehuset belagt med ventepasienter (3).

Dette fenomenet er ikke særnorsk. Ved Amtssygehuset i Glostrup, Danmark var i 1990 ca. 8% av sengene blokkert av utskrivningsklare pasienter (4). I Toronto, Canada var i perioden 1983-93 12-14% av alle sykehussenger belagt med pasienter som ventet på utskrivning (5). Antallet varierer betydelig gjennom året (4, 6). Toppen kommer i 1. kvartal, problemet er minst i 3. og 4. kvartal.

#### HVORFOR ER DETTE ET PROBLEM?

Begrepe medisinsk ferdigbehandlet, utskrivningsklar og ventepasient brukes om hverandre. Egentlig er det snakk om stadier i en prosess der sluttført sykehusbehandling er ett av flere. Først etter at det er gjort visse "håndgrep" som omfatter kommunikasjon og fellesvurderinger, er pasienten kanskje klar for utskrivning.

I Hedmarks-undersøkelsen fra 1981 var lav sykehjemsdekning typisk for kommuner som hadde mange ventepasienter i sykehus (1). Tall fra Oslo i 1986 indikerer derimot motsatt forhold: Samtidig som Oslo hadde et uforholdsmessig høyt antall ventepasienter, var hovedstadens forbruk av institusjonsplasser det dobbelte av landsgjennomsnittet (7). Dekningsgraden av hjemmehjelp og hjemmesykepleie var derimot halvparten av landsgjennomsnittet, og Oslo hadde 50% flere sykehussenger per innbygger enn landsgjennomsnittet.

Til tross for at enkelte sykehus har færre ventepasienter enn før, oppleves problemet som større. Det må derfor være andre forhold enn ventepasientene alene som gir frustrasjon.

Sannsynligvis er "akuttiseringen" av sykehusmedisinen med stadig raskere pasientstrøm, og et samtidig og vedvarende krav om effektivisering og kvalitetssikring, viktigere årsaksforklaringer.

Det er mange i primærhelsetjenesten som spør seg om gamle pasienter i sykehus får det medisinske tilbud som spesialisthelsetjenesten har ansvaret for å gi. Dette gjelder særlig utredning og behandling av organskade med alvorlig funksjonsbegrensning og ferdighetstap, og som primærhelsetjenesten ikke har tilstrekkelig kompetanse til å ta hånd om. Problemet med såkalt ferdigbehandlede eller utskrivningsklare pasienter vil sannsynligvis ikke bli løst før forvaltningsnivåenes delansvar på disse feltene defineres klarere. Situasjonen er likevel aller mest et uttrykk for en mangelfull samhandling om selve utskrivningen.

#### HVA KAN GJØRES?

Undersøkelser fra Canada har vist at en geriatrisk tilnærming koordinert med systematisk planlegging av utskrivningssituasjonen gav mer enn 50% reduksjon av antall ventepasienter (5). Etter at man i Glostrup etablerte et subakutt geriatrisk sengeavsnitt og et geriatrisk team, og ansatte kontaktsykepleier, fikk man bedre samhandling med primærhelsetjenesten og muligheter til oppfølging etter utreise. I løpet av ett år fra 1990 var antall ventepasienter redusert med 40% (4).

Også fra Trondheim finnes det eksempler på at det nytter. Vinteren 1994 ble det nedsatt et utvalg med representanter fra Regionsykehuset, Trondheim kommune, Sør-Trøndelag legeförening og Fylkeslegen som på faglig grunnlag utarbeidet retningslinjer for en mer aktiv utskrivningsplanlegging og bedre kontakt mellom pleie- og omsorgstjenestene i kommunen og den enkelte sykehusavdeling (3). Trondheim kommune erkjente sitt ansvar for pleie- og omsorgstjenestene, og Regionsykehuset fikk en klarere definisjon av eget ansvar for helhetlige medisinske tiltak og initiering av rehabilitering. Et samarbeidsutvalg skulle ta hånd om problemer med praktiseringen. Dersom det oppstod uenighet om hvorvidt enkeltpasienter var utskrivningsklare, skulle dette nedfelles skriftlig og spesifiseres i forhold til punkter i retningslinjene. Administrasjonene i Trondheim kommune og Sør-Trøndelag fylke utarbeidet dessuten en tilleggsavtale om betalingssetser for pasienter som likevel måtte vente på tilbud fra kommunen.

Siden avtalen trådte i kraft høsten 1994, er antall ventepasienter ved Regionsykehuset redusert fra gjennomsnittlig 43 i 1993, til 20 i 1995 og 17 i 1996. I 1996 var 2,3% av sengetallet til enhver tid blokkert av utskrivningsklare pasienter. Gjennomsnittlig ventetid på tilbud i kommunen er nå ca. ti dager. Til sammenlikning var gjennomsnittlig ventetid 38 dager for institusjonsplass og 16 dager for omsorgstilbud i hjemmet i 1993. Avtalen er nå gjennomført for alle somatiske sykehus i Sør-Trøndelag.

#### VEIEN FREM

Først når sykehuset har utredet og behandlet de tilstandene som foranlediget innleggelsen, og tatt hånd om eventuelle komplikasjoner og avklart oppfølgingen, da nærmer pasienten seg status som medisinsk ferdigbehandlet. Dersom det synes klart at pasienten vil ha behov for et pleie- og omsorgstilbud etter utskrivning, må det forutsettes at sykehusavdelingen og kommunen allerede ved innleggelsen oppretter kontakt. Tidlig kontakt bør utnyttes til fortløpende informasjonsutveksling og en langsiktig forberedelse til utskrivning. Etablering av en kontaktsykepleierfunksjon kan være en løsning.

Avgjørelsen om at en pasient trenger sykehjemsplass bør baseres på et best mulig faglig grunnlag, og alle interessenter bør involveres i prosessen. Det kan derfor være hensiktsmessig at pasient og pårørende, og personale fra både pleie- og omsorgstjenester og sykehusavdeling, møtes. Slike møter kan også benyttes for planlegging av andre pleie- og omsorgstiltak og rehabiliteringsopplegg, og ikke bare for sykehjemsplassering. Ifølge lovverket er det kommunens ansvar å yte nødvendige omsorgstjenester, og det skal gjøres formelt bindende vedtak om tilbudet til den enkelte pasient. Denne formaliseringen gjør det mulig å anke vedtaket til høyere instans dersom tilbudet ikke ansees godt nok.

Arbeidet på dette feltet gir liten prestisje (8). Resultatene er ofte vanskelig å måle i forhold til enkeltpasienter. I tillegg er arbeidet tidkrevende, og gode tiltak forutsetter en helhetstenking som ofte er fraværende i annen medisinsk virksomhet. Søkelyset settes gjerne på mangel på forvaltningsmessig ansvar og ressursvikt både i sykehus og pleie- og omsorgstjenester. For den enkelte helsearbeider kan det likevel oppleves svært ubehagelig når det iverksettes rent administrative løsninger (9). Situasjonen for pasient og pårørende bør også mane til en viss ettertanke. Hvordan oppleves det å være “rusk i maskineriet”, eller å ha ektefelle eller foreldre liggende i sykehus til fortrenghet for andre? Hvor tydelig kommuniserer vi vår frustrasjon? Det er fort gjort å glemme at både pasienten selv og de pårørende er i en svært vanskelig livssituasjon.

*Olav Sletvold*

---

#### LITTERATUR:

1. Schirmer H. “Å vente på utskrivning”. En evaluering av ferdigbehandlede pasienter i somatiske sykehus. Tidsskr NorLægeforen 1983; 103: 605-10.
  2. Hagen H. Bruk av senger ved somatiske sykehus i Oslo 1986. Tidsskr Nor Lægeforen 1989; 109: 603-6.
  3. Utskrivningsklare pasienter. Faglig grunnlag for samarbeid. Rapport. Trondheim: Regionsykehuset i Trondheim og Trondheim kommune, 1994.
  4. Hansen FR. Dynamisk geriatri. Et års erfaringer med et geriatrisk team og subakutt afsnit på Amtssykehuset i Glostrup. Doktoravhandling. København: Universitetet i København, 1993.
  5. Brymer CD, Kohm CA, Naglie G, Shekter-Wolfson L, Zorzitto ML, O'Rourke K et al. Do geriatric programs decrease long-term use of acute care beds? J Am Geriatr Soc 1995; 43: 885-9.
  6. Årsmelding. Trondheim: Regionsykehuset i Trondheim, 1992, 1993.
  7. Stene-Hansen G, Hagen H. Har sektoriseringen innfridd de administrative forventningene? Tidsskr Nor Lægeforen 1989; 109: 549-53.
  8. Album D. Sykdommers og medisinske spesialiteters prestisje. Tidsskr Nor Lægeforen 1991; 111: 2127-33.
  9. Fasting T. Det tøffeste jeg har vært med på. Intervju med Kari Klevset. Sykepleien 1992; 8: 14-5.
- 

Publisert: 17. oktober 2018. Tidsskr Nor Legeforen. DOI:

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2020. Lastet ned fra tidsskriftet.no