

Finnes det alternativer til øyeblikkelig hjelp-innleggelse?

Sammendrag

Bakgrunn. Øyeblikkelig hjelp-innleggelse utgjør en stor andel av innleggelse i sykehus, spesielt ved de medisinske avdelingene. I perioder er det stort overbelegg, og ønsket om å redusere dette gjør at man må se på alternativer til øyeblikkelig hjelp-innleggelse.

Materiale og metode. I en studie ved St. Olavs Hospital uke 23 sommeren 2003 kartla vi alle øyeblikkelig hjelp-innleggelse ved medisinsk, kirurgisk, ortopedisk og gynekologisk avdeling. Vi registrerte innleggende og mottakende leges vurderinger av innleggesårsak og mulighet for alternative tiltak ved bruk av spørreskjema.

Resultater og fortolkning. Vi fikk inn svar for 202 av de 262 pasientene som ble lagt inn i uke 23. Nyoppstått sykdom var den viktigste årsaken til innleggelse, mens sosiale indikasjoner var hovedårsaken til innleggelse for 10 %. For de eldste pasientene var sosiale årsaker oftere med i vurderingen når en øyeblikkelig hjelp-innleggelse ble nødvendig. Bare 12 % ble innlagt av sin fastlege. Observasjonspost var det hyppigst foreslåtte alternativet til innleggelse av begge typer leger. Det var lite samsvar mellom sykehuslegene og de innleggende legene om hvilke pasienter som burde få dette tilbudet. Studien viser at det er vanskelig å velge ut de pasientene som kan ha nytte av observasjonspost, akuttpoliklinikk eller andre tilbud på kommunalt nivå ved innleggelsestidspunktet.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Gunvor Eikeland

gunvor.eikeland@stolav.no
Kvinneklivnikken
St. Olavs Hospital
7006 Trondheim

Helge Garåsen Geir Jacobsen

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Ved St. Olavs Hospital var i 2002 93 % av alle innleggelse i medisinsk avdeling øyeblikkelig hjelp, og for hele sykehuset var andelen 60 % (1). I perioder er det et betydelig overbelegg på avdelingene. Medisinsk avdeling hadde for eksempel en gjennomsnittlig beleggspersent på 113 i 2002. Det er et sterkt ønske om å redusere overbelegget ved sykehuset, og det er satt i verk flere tiltak de siste årene for å minske pasientstrømmen inn i sykehus. St. Olavs Hospital har bl.a. opprettet akuttpoliklinikk og vurderer å opprette en egen observasjonspost etter mønster fra flere andre sykehus.

Coast og medarbeidere undersøkte i Bristol i 1994 om det forelå alternativer til øyeblikkelig hjelp-innleggelse ved medisinsk avdeling (2). De fant etter gjennomgang av journalene at 10–15 % av pasientene kunne blitt behandlet uten innleggelse i sykehus. Et «community hospital» (kan sammenliknes med sykestue i Norge) eller akutt poliklinisk behandling, ville være de mest hensiktsmessige alternativer til innleggelse. Eriksen fant i 1993 i Tromsø at 25 % av pasientene som ble innlagt som øyeblikkelig hjelp ved medisinsk avdeling, ikke oppnådde helsegevinst av innleggelsen (3). Disse pasientene var vanskelig å identifisere ved innleggelsestidspunktet.

I Trondheim er det gjort få undersøkelser for å kartlegge om det foreligger alternativer til øyeblikkelig hjelp-innleggelse. Vi har gjennomført en studie av hvordan innleggende og mottakende lege vurderer omfanget av mulighetene for alternative tiltak til innleggelse i sykehus.

Materiale og metode

Pasienter fra St. Olavs Hospitals lokalsykehusområde som ble innlagt som øyeblikkelig hjelp uke 23 sommeren 2003, ble inkludert i studien. Studien ble begrenset til indremedisinsk, kirurgisk, ortopedisk og gynekologisk avdeling. Lokalsykehusområdet utgjøres av Trondheim, Melhus, Malvik, Klæbu, Selbu og Tydal, med i alt ca. 190 000 innbyggere.

Spørreskjema

Innleggende lege og lege i mottakelsen ble bedt om å fylle ut et skjema for hver pasient. Spørreskjemaet bestod av et enkelt ark. De innleggende legene hadde fått tilsendt skjemaet i forkant av studieuken og ble bedt om å sende skjemaet med pasienten til sykehus. De mottakende legene fikk utlevert skjemaet sammen med pasientens innkomstpapirer ved journalskriving. Vi registrerte legenes

vurdering av hvorfor pasientene ble lagt inn og hvilke alternativer til innleggelse som kunne vært aktuelle. Årsak til innleggelse ble klassifisert som nyoppstått sykdom eller skade, uklar tilstand med usikker diagnose hvor avklaring i sykehus var nødvendig, forverring av kronisk lidelse, sosiale årsaker/pleiebehov eller annet. Hovedårsak til innleggelse skulle inkludere andre årsaker enn kun sykdom, og vi valgte derfor ikke å bruke tradisjonelle diagnosegrupper. Tentativ diagnose ble registrert i et eget felt.

Innleggende lege ble bedt om å angi egen legefunksjon (fastlege, vikar eller legevakt) og besvare spørsmål knyttet til pasientens bosituasjon. Mottakende lege skulle oppgi om pasienten var blitt vurdert av lege før innleggelse eller kom til sykehuset direkte.

De alternative tiltakene som skulle vurderes, var akutt vurdering ved en poliklinikk, innleggelse i en egen observasjonspost, direkte innleggelse i sykehjem eller oppfølging av egen lege. Vi definerte akutt poliklinikk som en poliklinisk spesialistvurdering innen 24 timer. Observasjonspost ble definert som en observasjon av pasienten i inntil et døgn der hovedhensikten skulle være å utelukke alvorlig sykdom. I praksis var det eneste allerede tilgjengelige tilbudet i 2003 oppfølging av egen lege. Akuttpoliklinikk var ikke i drift ved de store avdelingene. Observasjonspost er under planlegging fortsatt i dag. Direkteoverføring til sykehjem var vanskelig da som nå pga. ventelister.

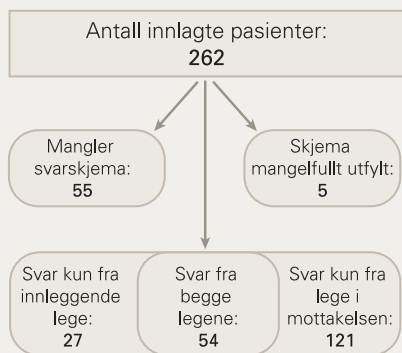
Svarprosent

Antall øyeblikkelig hjelp-innleggelse i uke 23 omfattet 262 personer. Sykehuslegene leverte skjema for 175 pasienter (67 %) mens det tilsvarende tallet blant innleggende leger var 81 (31 %). For en gruppe på 54 pasienter (21 %) fikk vi inn skjema både fra innleg-

Hovedbudskap

- Ved innleggelse er det vanskelig å velge ut hvilke pasienter som kan ha nytte av andre tiltak enn innleggelse i en ordinær sengepost
- For de eldste er sosiale aspekter ofte inne i bildet når en øyeblikkelig hjelp-innleggelse er nødvendig
- Mange pasienter innlegges av annen lege enn fastlegen

Figur 1



Registrerte skjemaer fra innleggende og mottakende lege

gende og mottakende lege. Vi fikk inn opplysninger fra minst en av legene på 202 av 262 pasienter (77 %) (fig 1).

Svarprosenten varierte mellom avdelingene: kardiologisk avdeling 76 %, lungemedisinsk avdeling 61 %, generell indremedisinsk avdeling 75 %, ortopedisk avdeling 65 %, kirurgisk avdeling 53 % og gynekologisk avdeling 50 %.

Statistisk analyse

Sammenlikning av legenes vurdering ble analysert med en kappaberegning. Slik kunne vi beregne om det var samsvar mellom vurderingene.

Resultater

Pasientene bestod av 106 (53 %) kvinner og 95 (47 %) menn (for en mangler opplysninger). Gjennomsnittsalderen var 64 år (spredning 3–99 år). Ifølge sykehuslegene var 131 (83 %) av pasientene vurdert av lege før innleggelse. Ved ankomst til sykehus ble 30 (18 %) vurdert av turnuslege, 131 (78 %) av assistentlege, og seks (4 %) av overlege. Innleggende lege oppgav at 75 (92 %) ble innlagt fra eget hjem, mens resten enten ble innlagt fra sykehjem eller omsorgsbolig. Bare for ti (12 %) av pasientene var innleggende lege pasientens fastlege eller vikar for denne. De øvrige ble innlagt via legevakt eller skadepoliklinikken.

Sykehuslegenes vurderinger

Ved St. Olavs Hospital omfatter de medisinske avdelingene kardiologisk, lungemedisinsk og generell indremedisinsk avdeling. De kirurgiske avdelingene omfatter kirurgisk, ortopedisk og gynekologisk avdeling.

Nyoppstått sykdom var den største enkeltårsaken til innleggelse, men utgjorde totalt sett bare 35 % av innleggelsene (tab 1). Pasienter med forverring av kronisk sykdom og uklar tilstand som trengte avklaring i sykehus, var en spesielt stor gruppe ved de medisinske avdelingene (55 %). Innleggelse på sosiale indikasjoner var likt fordelt mellom avdelingene og utgjorde rundt 10 %. For fire pasienter var det oppgitt mer enn én årsak til innleggelse.

Observasjonspost skilte seg ut som det klart mest aktuelle alternative tiltaket til innleggelse og var foreslått for 14 % av pasientene (tab 2). Spesielt for pasienter med medisinske problemstillinger var dette foreslått som et alternativ. Andre tiltak som for eksempel direkte innleggelse til sykehjem, ble anslått som lite aktuelt. Av «andre tiltak» var dagkirurgisk inngrep som halvøyeblikkelig hjelp foreslått av flere av legene ved de kirurgiske avdelingene. For tre pasienter var det foreslått mer enn ett tiltak.

For de 17 pasientene der sosiale årsaker/pleiebehov var oppgitt som hovedårsak til innleggelse, var det foreslått alternative tiltak for 14 av dem, deriblant fem til observasjonspost og fem direkte til sykehjem. Den gruppen som ble innlagt direkte uten vurdering av lege på forhånd, skilte seg ikke vesentlig fra resten.

Gruppen av pasienter som var 90 år eller eldre (n = 13), skilte seg ut. For fem var sosiale årsaker hovedgrunnen til innleggelsen. For seks av de 13 var det foreslått alternative tiltak, og fire av disse ble foreslått innlagt i observasjonspost.

Alt i alt var over halvparten av pasientene som ble foreslått innlagt i en observasjonspost, over 75 år. Hjertesykdom og forverring av kronisk obstruktiv lungesykdom var oppgitt som tentativ diagnose for de fleste.

Innleggende leges versus mottakende leges vurdering

For 54 pasienter hadde vi opplysninger både fra mottakende og innleggende lege (tab 3). Det gav oss muligheten til å studere om vurderingen av den enkelte pasient var sammenfallende.

Innleggende lege vurderte at 19 kunne klare seg med innleggelse på observasjonspost, mens lege i mottakelsen mente at dette gjaldt 12. Vurderingen var sammenfallende for bare åtte av pasientene.

Hvis man ser på enighet om observasjonspost, får man en kappaverdi på 0,418 (standardavvik 0,112) og en observerbar enighet på 0,667. Enighet totalt sett får kappaverdien 0,4 (standardavvik 0,126) og observerbar enighet 0,704. Denne verdien avviker fra forventet verdi ved enighet mellom legene

Tabell 1 Årsak til innleggelse vurdert av legene i mottakelsen

	Medisinsk lege i mottak (n = 115)	Kirurgisk lege i mottak (n = 60)	Totalt for alle sykehusleger i mottak (n = 175)
Mottakende lege			
Nyoppstått sykdom	44 (38 %)	21 (35 %)	65 (37 %)
Nyoppstått skade	0 (0 %)	20 (33 %)	20 (12 %)
Uklar tilstand som trenger avklaring i sykehus	31 (27 %)	8 (13 %)	39 (22 %)
Forverring av kjent lidelse	32 (28 %)	4 (7 %)	36 (21 %)
Sosiale årsaker/pleiebehov	11 (10 %)	6 (10 %)	17 (10 %)
Annen årsak	0 (0 %)	2 (3 %)	2 (1 %)

Tabell 2 Alternative tiltak vurdert av legene i mottakelsen

	Medisinsk lege i mottak (n = 115)	Kirurgisk lege i mottak (n = 60)	Totalt for alle sykehusleger i mottak (n = 175)
Alternative tiltak			
Akutt poliklinikk	3 (3 %)	1 (2 %)	4 (2 %)
Observasjonspost	21 (18 %)	3 (5 %)	24 (14 %)
Direkteoverføring sykehjem	4 (3 %)	1 (2 %)	5 (3 %)
Oppfølging egen lege	0 (0 %)	2 (3 %)	2 (1 %)
Andre tiltak	2 (2 %)	4 (7 %)	6 (3 %)
Totalt antall aktuelle for alternative tiltak	30 (26 %)	11 (18 %)	41 (23 %)

Tabell 3 Vurdering av alternative tiltak for pasienter der både innleggende og mottakende lege har levert spørreskjema

Tiltak	Innleggende lege (n = 54)	Lege i mottakelsen (n = 54)	Pasienter legene er enige om
Akutt poliklinikk	3	1	1
Observasjonspost	19	12	8
Direkteoverføring sykehjem	3	2	1
Oppfølging egen lege	0	1	0
Andre tiltak	1	2	1
Ordinær innleggelse nødvendig	28	36	24

(0,848). Dette tilsier at innleggende og mottakende lege hadde ulik oppfatning av om observasjonspost var et aktuelt alternativ for den enkelte pasienten.

Diskusjon

Pasienter som innlegges for øyeblikkelig hjelp, er en mangeartet gruppe. Det er vanskelig å trekke klare svar ut av vårt materiale. Metoden har klare begrensninger, da man ikke vil få vite hvilke av disse pasientene som faktisk ville fått dekket sine behov ved en akutt poliklinikk eller på en observasjonspost. I tillegg var svarprosenten, spesielt blant de innleggende legene, lav.

Vi har fått frem en del om hvilke holdninger og forventninger som finnes hos leger i sykehus og i førstelinjetjenesten. Det er en tendens til at innleggende lege og lege i mottakelsen vurderer ulikt hvilken nytte av alternative tiltak de samme pasientene antas å ha. Vi fant at oppfølging av egen lege og direkteoverføring til sykehjem var lite aktuelt. Dette tyder på at det var enighet om at en spesialistvurdering var hensiktsmessig, til tross for at 10 % av innleggelsene først og fremst skjedde på sosiale indikasjoner.

Ved Sykehuset Telemark ble det gjennomført en studie om bruk av observasjonspost ved medisinsk avdeling. Forfatterne av

denne studien fant tegn som tydet i retning av at eldre pasienter, spesielt de kvinnelige og de med demens eller flere samtidige sykdommer, ikke fungerte så godt i en observasjonspost (4, 5). Det er verdt å merke seg at i vår studie var over halvparten av de pasientene der mottakende lege vurderte innleggelse i en egen observasjonspost, over 75 år. For pasienter over 90 år var den relative andelen av alternative tiltak størst. Dette indikerer at leger lettere vurderer det som aktuelt å etablere alternative tiltak uten ordinær sykehusinnleggelse dess eldre pasienten er. Etter vår mening er dette betenkelig, da det nettopp er de eldste eldre som har flest sykdommer, bruker mest medisiner og hvor en mangelfull utredning kan få størst konsekvenser for fremtidig funksjonsnivå.

Som et bifunn fant vi at bare 12 % av de innleggende legene oppgav å være pasientens fastlege eller vikar for denne. Siden svarprosenten var lav, er dette tallet svært usikkert, men vi antar at det er vanlig at en god del av pasientene innlegges av andre leger enn de som kjenner pasientene best. Hvis man skal unngå unødvendige innleggelser, så bør egen lege som kjenner pasienten godt vurdere hvilke tiltak som kan gjøres i hjemmet. En legevaktlege har i realiteten få alternativer til innleggelse.

Konklusjon

Ut ifra Eriksens funn i Tromsø og de antydningene vi har funnet i vår studie ser det ut til å være vanskelig å skille ut de pasientene som ikke trenger ordinær innleggelse ved innleggelsestidspunktet. Å etablere alternativer til øyeblikkelig hjelp-innleggelse når innleggende lege vurderer det nødvendig, har sannsynligvis begrenset verdi.

Manuskriptet ble godkjent 27.4. 2005.

Litteratur

1. Helse og livskvalitet – i en ny sykehusverden. Årsberetning 2002. Trondheim: St. Olavs Hospital, 2003.
2. Coast J, Inglis A, Morgan K et al. The hospital admissions study in England: are there alternatives to emergency hospital admission? *J Epidemiol Community Health* 1995; 49: 194–9.
3. Eriksen BO. The potential for reducing inappropriate hospital admissions: A study of health benefits and costs in a department of internal medicine. Doktoravhandling. Tromsø: Institutt for samfunnsmedisin, Universitetssykehuset Nord-Norge, 1999.
4. Rognstad G, Pape JF. Indremedisinsk avdelings bruk av observasjonspost: Sykehustilbud med kvalitet- eller bare ressurs sparing? Skien: Medisinsk klinikk, Telemark sentralsykehus, 2000.
5. Erfaringer med bruk av observasjonsenhet ved sykehuset i Telemark. Rapport. Trondheim: Felles utviklingsenhet, St. Olavs Hospital, 2003.