

Prehospital observasjon som alternativ til akuttinnleggelse

BAKGRUNN I distriktene har prehospital observasjonssenger i sykestuer i mange år vært et alternativ til sykehusinnleggelse. I artikkelen presenteres bruk av observasjonssenger i tilslutning til legevakt ved Fosen legevaktssenter.

MATERIALE OG METODE Det ble gjort en retrospektiv journalgjennomgang for pasienter som kontaktet Fosen legevaktssenter i perioden 21.8. 2006–21.8. 2009. Pasientkarakteristika og pasientforløp ble registrert – innleggelser i sykehus eller observasjonsseng og reinnleggelser. Det har fra første dag av oppstart med observasjonssenger vært klare inklusjons- og eksklusjonskriterier for hvilke pasienter som kunne innlegges i en slik seng.

RESULTATER 8 027 pasienter var i direkte kontakt med legevaktlege og 2 342 ble innlagt, hvorav 77 % i sykehus og 23 % i observasjonsseng. Av 530 pasienter innlagt i observasjonsseng var 55 % 70 år eller eldre. 68 % ble sendt hjem innen 36 timer, 17 % ble overflyttet til sykehus og de resterende ble behandlet videre i lokal etterbehandlingsavdeling eller sykehjem. Reinnleggesandelen i observasjonsseng eller sykehus av pasienter som ble sendt hjem, var 4 % innen tre døgn og 18 % innen 3–28 døgn.

FORTOLKNING Lav andel reinnleggelser kan tyde på at bruk av observasjonsseng er et alternativ til sykehusinnleggelse.

Norske kommuner har i mange år hatt ulike akutte helsetilbud til innbyggerne utover ren legevaktberedskap. Spesielt gjelder det distrikter der det er lang reisevei til sykehus. De såkalte sykestuene, som var utbredt i Finnmark, var noen av de første modeller som ble presentert (1). Sykestuene hadde funksjon både som alternativ til sykehusinnleggelse og som et sted for etterbehandling etter sykehusopphold. Etter en periode med nedbygging av sykestuene er funksjonen som disse institusjonene ivaretok, igjen blitt aktualisert, blant annet på grunn av kapasitetsproblemer i sykehuse.

De ulike prehospitalt modellene var lenge lokalt forankret, uten nasjonale retningslinjer eller anbefalinger, og har vært tilpasset lokale økonomiske, beredskapsmessige og geografiske forhold. «Intermediæravdeling» er brukt som felles betegnelse på tilbud av denne typen som i dag finnes ved sykestuer, lokalmedisinske sentre, distriktsmedisinske sentre, helsehus og spesialiserte korttidsenheter.

De siste årene er utvikling av helsetjenestetilbud i samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten blitt aktualisert gjennom Stortingsmelding nr. 47/2008 *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid* (2), senere i Melding til Stortinget nr. 16/2011: *Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015)* (3). Helsedirektoratet utga i februar 2012 en veiledningsmanual (revidert 2014) om hvordan samhandlingsreformen kan gjennomføres. Kommunene skal innføre tilbud om kommunalt akutt døgnopphold innen 1.1. 2016, gjerne knyttet til kommunale intermediæravdelinger og interkommunal legevakt (4).

Regjeringen foreslår at en større del av helseressursene skal brukes i kommunenes helse- og omsorgstjenester. Samhandlingen mellom kommunene og spesialisthelsetjenestene må bli bedre. En av målsettingene i samhandlingsreformen er å redusere befolkningens bruk av sykehustjenester og samtidig øke kommunenes muligheter til å bygge opp alternativer til sykehusbehandling.

Fosen legevaktssenter er en underavdeling av det interkommunale selskap Fosen distriktsmedisinske senter. Etter tre års drift av Fosen legevaktssenter med bruk av observasjonssenger så vi et behov for nærmere kartlegging av den faglige aktiviteten ved den felles legevaktordningen, spesielt gjaldt det bruken av observasjonssenger.

Resultater av denne kartleggingen presenteres i denne artikkelen.

Materiale og metode

Fosen-halvøya ligger på nordvestsiden av Trondheimsfjorden, i Nord- og Sør-Trøndelag, og består av sju kommuner med ca. 25 000 innbyggere: Bjugn, Osen, Leksvik, Rissa, Roan, Ørland og Åfjord. Regionen sokner til flere forskjellige sykehus, og reisetiden til sykehus varierer mellom en og tre timer via bil og/eller båt. På grunn av de store avstandene i regionen har kommunene på Fosen over mange år utviklet et tett samarbeid. På denne bakgrunn ble det interkommunale helsesamarbeidet fra mars 2006 organisert som Fosen distriktsmedisinske senter.

Fosen legevaktssenter ble startet opp 21.8. 2006 og betjente i studieperioden 2006–09 de tre kommunene Ørland, Bjugn og Åfjord,

Morten Jensvold

mjensv@broadpark.no

Fosen Helse IKS

og

Fosen distriktsmedisinske senter

Arnfinn Seim

Institutt for samfunnsmedisin

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

> Se lederartikkel side 1727

HOVEDBUDSKAP

Hver fjerde pasient som ble vurdert for sykehusinnleggelse, ble i stedet lagt i prehospital observasjonsseng ved Fosen distriktsmedisinske senter

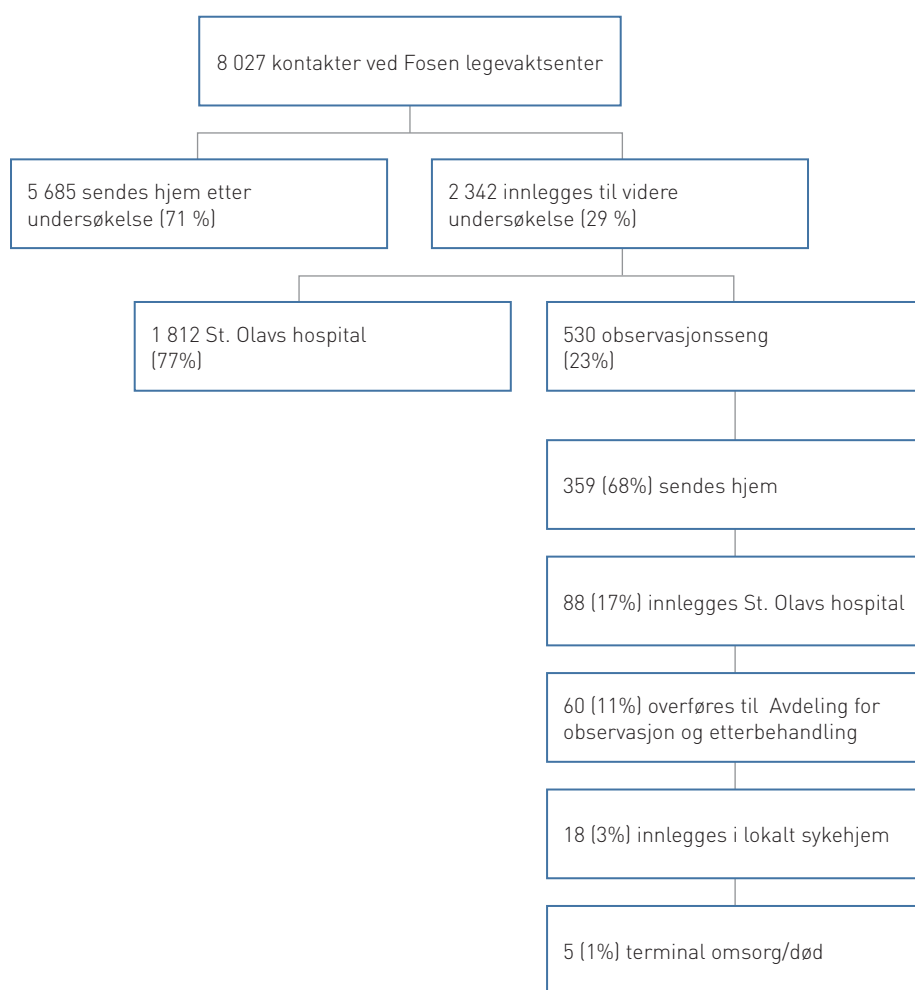
Nærmere sju av ti pasienter innlagt i observasjonsseng ble sendt hjem innen halvannet døgn

Andel reinnleggelser innen tre døgn var 4 %, etter 3–28 døgn var andelen 18 %

Innleggelse i kommunal observasjonsseng er et alternativ til innleggelse i sykehus

Tabell 1 NACA-skala (National Advisory Committee for Aeronautics) for gradering av sykdom eller skade

| NACA-klasse | Karakteristika |
|-------------|--|
| 0 | Ingen skade eller sykdom |
| 1 | Lett skade eller sykdom som ikke trenger medisinsk behandling |
| 2 | Mindre skade eller sykdom som trenger medisinsk behandling, men ikke nødvendigvis sykehusinnleggelse |
| 3 | Skade eller sykdom som nødvendigvis ev. sykehusinnleggelse, men som ikke er livstruende |
| 4 | Skade eller sykdom som er potensielt livstruende |
| 5 | Livstruende skade eller sykdom som krever umiddelbar behandling |
| 6 | Alvorlig skade eller sykdom med manifest svikt i vitale funksjoner |
| 7 | Død på åstedet, inkludert gjenoppliving |

**Figur 1** Pasientforløp for dem som søkte legevaktlege ved Fosen legevaktssenter i perioden 21.8. 2006–21.8. 2009

med nærmere 13 000 innbyggere. Legevaktssenteret er lokalisert i Avdeling for observasjon og etterbehandling i kommunesenteret Brekstad i Ørland kommune. Det har totalt 13 sengeplasser, hvorav tre observasjonssenger. Legene har siden 2006 hatt tilstedevaktordning i Avdeling for observasjon og etterbehandling der pasienter fra legevakten kunne legges inn for overvåking og enklere behandling i observasjonssengene i inntil 36 timer.

Avdelingen har siden oppstart i 2006 hatt daglig legevisitt i tre timer hvor innlagte pasienter i observasjonsseng blir fulgt opp med vekt på videre utredning, behandling og samhandling med spesialisttjenesten. Avdeling for observasjon og etterbehandling har elektromedisinsk utstyr for diagnostikk, overvåking og behandling (EKG, overvåkingsutstyr, perkutan kapnografi (CO₂-målinger) og oksymetri (O₂-målinger), blæreskanner, hjertestarter og relevant akuttmedisinsk utstyr) og laboratorium (hematologiske analyser, blod-sukker, CRP, elektrolytter, transaminaser, troponin T, D-dimer og urinundersøkelser). Avdelingen har også tilgang til en lokal røntgentjeneste ved Fosen distriktsmedisinske senter, som drives av St. Olavs hospital.

Det er daglig videokonferanse mellom vakthavende lege ved Avdeling for observasjon og etterbehandling og spesialisthelsetjenesten ved St. Olavs hospital som grunnlag for rådgiving, vurdering og videre håndtering av pasienter i observasjonsseng.

Henvendelser fra pasienter går via Orkdal legevaktssentral (dekker totalt 19 kommuner i Sør-Trøndelag og Møre og Romsdal), der legevaktssykepleier vurderer henvendelsene og henviser videre til lokalt legekontor kl 8–15 på hverdager og utenom dette til Fosen legevaktssenter for dem som vurderes å ha behov for kontakt med lege per telefon eller for konsultasjon.

Det ble før oppstart i 2006 i samarbeid med St. Olavs hospital laget inklusjons- og eksklusjonskriterier for hvilke pasientgrupper som kunne innlegges i observasjonssenger som alternativ til sykehusinnleggelse. De viktigste gruppene er pasienter med forverring av kjent kronisk sykdom uten betydelig komorbiditet, men også pasienter med nyoppstått sykdom kan legges inn dersom diagnosen hovedsakelig er avklart og risikoen for akutt forverring bedømmes som lav. Kreftpasienter med behov for palliativ og terminal omsorg kan også legges i observasjonssenger. De som ikke er aktuelle for innleggelse, er pasienter der alvorlighetsgrad, komorbiditet og risiko for akutt forverring tilsier innleggelse i sykehus. Traumepasienter og syke barn under 16 år er ikke aktuelle, heller ikke pasienter der hoveddiagnosen er knyttet til rusproblematikk eller psykiatri.

Alle pasienter som hadde hatt kontakt med lege ved Fosen legevaktssenter i en tre-

årsperiode fra 21.8. 2006 til 21.8. 2009 ble inkludert i studien. Retrospektive data fra pasientjournaler ved Fosen legevaktsenter, Avdeling for observasjon og etterbehandling og St. Olavs hospital ble registrert, og årsstatistikk for legevakthenvendelser ble innhentet fra Orkdal legevaktsentral.

For alle pasienter som hadde hatt kontakt med Fosen legevaktsenter i perioden ble følgende data registrert: kontaktttype (konsultasjon/sykebesøk/telefonrådgivning), diagnoser, kjønn, alder, innleggelsessted (sykehus eller lokal observasjonsseng). Alle pasienter lagt i observasjonsseng ble kategorisert etter alder, kjønn, alvorlighetsgrad, hoveddiagnosegrupper etter ICD-10, pasientforløp etter utskrivning fra observasjonsseng og reinnleggelser innen tre døgn og i perioden 3–28 døgn.

Ved kategorisering av alvorlighetsgrad ble det brukt NACA-skala (National Committee on Aeronautics Severity of Injury or Illness Index) (tab 1). Systemet ble i sin tid utviklet fra akuttmedisinsk arbeid innen lufttransport og -ulykker og brukes i dag innen akuttmedisinsk registrering av pasienter både hospitalt og prehospitalt (5). Vurdering av alvorlighetsgrad ble gjort retrospektivt av hovedforfatter etter studieperiodens utløp.

Prosjektet er godkjent i regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk for Midt-Norge.

Resultater

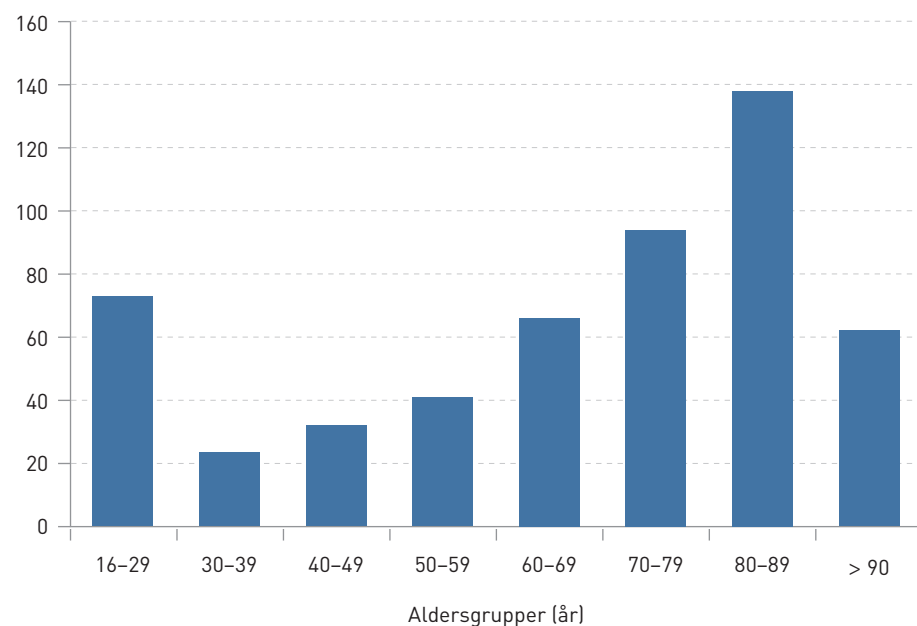
Årsstatistikken fra Orkdal legevaktsentral viste at det var ca. 16 700 henvendelser i treårsperioden, noe som gir et gjennomsnitt på ca. 430 henvendelser per 1 000 innbyggere per år. 37 % av disse henvendelsene ble avsluttet med telefonrådgivning fra legevaktsykepleier. De resterende ble henvist videre til lokalt legekontor i tiden kl 8–15 på hverdager og til Fosen legevaktsenter utenom dette tidsrommet.

Det var 8 027 kontakter med legevaktlege ved Fosen legevaktsenter i treårsperioden. Disse fordelte seg slik: 80 % var direkte konsultasjon, 15 % var telefonrådgivning og 5 % var sykebesøk direkte til skadested eller pasientens hjem.

Det videre pasientforløp for de 8 027 legekontaktene er vist i figur 1. Av alle disse ble 5 685 pasienter sendt hjem etter primærvurdering og behandling, mens 2 342 pasienter (29 %) ble innlagt, hvorav 530 ble innlagt i observasjonsseng ved Avdeling for observasjon og etterbehandling. Innen 36 timer ble 68 % av dem som var innlagt i observasjonsseng sendt hjem etter avtale med pasient og pårørende, for de aller flestes vedkommende etter konferering med sykehuslege ved videokonferanse dagen etter innleggelsen.

Overflytting fra observasjonsseng til

Antall pasienter



Figur 2 Aldersfordeling for pasienter i observasjonsseng (530 personer) ved Fosen legevaktsenter i perioden 21.8. 2006–21.8. 2009

St. Olavs hospital ble gjort enten på grunn av forverring av det kliniske bildet eller på grunn av funn ved objektive undersøkelser.

Pasienter i observasjonsseng

Av 530 pasienter innlagt i observasjonsseng var det 56 % kvinner, og 55 % var 70 år eller eldre (fig 2).

Diagnosefordelingen hos pasientene ved Fosen legevaktsenter og hos pasientene i observasjonsseng er vist i figur 3. Sykdommer i luftveier, traumer og hjerte- og karsystemet (inkludert sykdommer i sentralnervesystemet) lå bak over 60 % av kontaktene med legevakten. Infeksjoner, hovedsakelig i urinveier og luftveier, utgjorde 24 % av alle henvendelser til legevakten og omfattet 1 935 pasienter.

Den største gruppen pasienter innlagt i observasjonsseng ved Fosen distriktsmedisinske senter hadde lidelser i hjerte- og karsystemet, hvorav 58 (39 %) var klassifisert innen sentralnervesystemet, blant annet apopleksier/TIA. Nest vanligste årsak var lidelser i mage-tarm-regionen (lever/galle og gastrointestinaltractus), med blant annet gastroenteritter (37 pasienter) og generelle symptomer som kvalme, oppkast og diffuse abdominalsmerter (50 pasienter). Tredje vanligste årsak var luftveislidelser, fordelt på 63 pasienter med infeksjoner og 36 med kols/astma.

Fordelingen av pasientene i observasjonsseng etter alvorlighetsgrad i NACA-klasse 1–7 var henholdsvis seks, 54, 411, 37, sju, ti og fem pasienter. Det store flertall (78 %) av

pasienter innlagt i lokal observasjonsseng var klassifisert i NACA-klasse 3, det vil si at dette er pasienter som ellers normalt ville blitt innlagt i spesialisthelsetjenesten. 8 % av pasientene var i NACA-klasse 4–5 med forverret kjent kronisk sykdom som er potensielt livstruende, eksempelvis kols med infeksjoner eller ustabil angina som krever stabilisering før innleggelse.

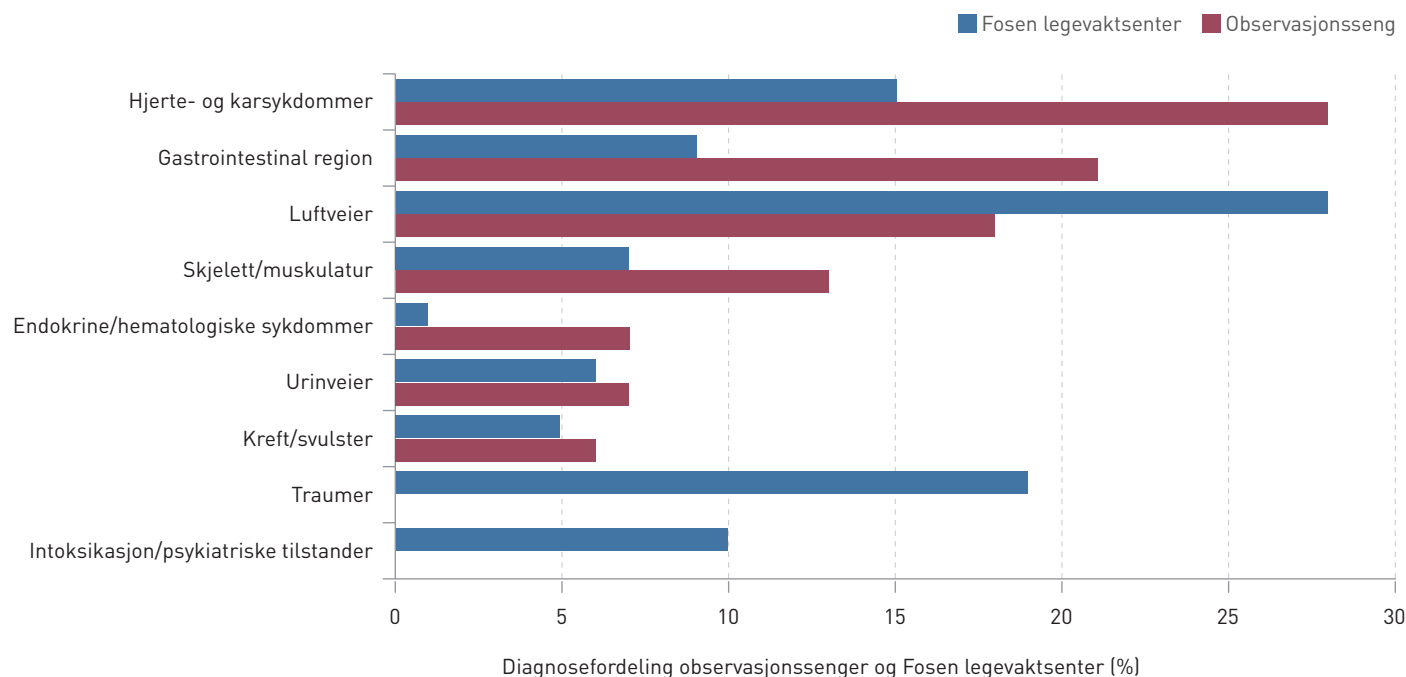
Antall reinnleggelser til nytt opphold i observasjonsseng eller i sykehus er vist i tabell 2.

Diskusjon

Vår undersøkelse viser at det å tilby pasienter behandling i observasjonsseng er et alternativ til sykehusinnleggelse. Av dem som var aktuelle for sykehusinnleggelse, ble omtrent én av fire lagt i observasjonsseng. De aller fleste av disse ble sendt hjem innen 36 timer, og det var få reinnleggelser.

Antall henvendelser fra de deltakende kommuner til Orkdal legevaktsentral samsvarer godt med tall fra Nasjonalt senter for legevaktmedisin (6), men andelen med telefonrådgivning ligger noe høyere i vårt distrikt. Dette kan forklares med at Orkdal legevaktsentral kun håndterer telefonhenvendelser fra vårt distrikt, ikke direkte oppmøte. Direkte oppmøte resulterer nesten alltid i legekonsultasjon og er vanlig ved legevaktene som utgjør tallgrunnet for statistikken fra Nasjonalt senter for legevaktmedisin (6).

Hele 29 % av pasientene ble vurdert til å trenge innleggelse, enten lokalt eller i syke-



Figur 3 Diagnosefordeling for pasienter ved Fosen legevaktssenter ($n = 8\ 027$) og pasienter innlagt i observasjonsseng ($n = 530$) fra legevakt i perioden 21.8. 2006–21.8. 2009

hus. Innleggelsesraten er dobbelt så høy som ved legevaktene i Værnes-regionen og i Trondheim, der henholdsvis 14% og 16% ble lagt inn (7). Ulike faktorer kan bidra til en høyere innleggelsesrate ved Fosen legevaktssenter. Etter vår oppfatning er pasientene som kommer til legevaktssenteret mer selektert enn pasientene ved mange andre legevakter. Det er i liten grad direkte oppmøte på Fosen legevaktssenter, de aller fleste som kommer til legekonsultasjon er silt to ganger gjennom telefonkontakt med Orkdal legevaktssentral og legevaktssenteret. En annen faktor som fremmer seleksjon er full fastlegedekning i området, slik at de fleste akutthenvendelser på dagtid er håndtert.

Rapporter fra Nasjonalt senter for legevaktmedisin har vist at av 85 000 pasientkontakter ved sju norske legevakter, var tre av fire klassifisert som grønn respons, det vil si at de burde vært håndtert av fastlegen på dagtid (6).

Hele 23% av pasientene som var aktuelle for sykehusinnleggelse, ble lagt i observasjonsseng lokalt. Dette er en høyere andel enn i rapporter fra Hallingdal, der gjennomsnittlig 12% av akuttinnleggelsene ble gjort i intermediearavdeling på Hallingdal sjukestugu, 7% ble lagt inn i sykehjem og 81% i sykehus. Det var imidlertid stor variasjon mellom kommunene i området (8).

Flere faktorer kan bidra til at lokal observasjonsseng ble vurdert som et godt alternativ til sykehusinnleggelse for en såpass høy andel av pasientene ved Fosen legevaktssenter. Å legge inn pasienter i observasjonsseng

lokalt i stedet for på sykehus er i stor grad basert på en felles forståelse og tillit mellom pasient, pårørende og legevaktlegen. Vi tror god kommunikasjon mellom legevaktlege og sykehus forut for innleggelsen er avgjørende for å skape trygghet rundt et lokalt behandlingstilbud. Lang avstand til sykehus, inkludert fergetransport, fremmer også pasientens eget ønske om lokal behandling i observasjonsseng.

For pasienter i observasjonsseng var hjerte- og karsykdommer den vanligste innleggelsesdiagnosen. På bakgrunn av en rapport fra en ekspertgruppe nedsatt av Helse- og omsorgsdepartementet som har sett på helsetjenester til syke eldre, hadde vi forventet at lidelser i luftveiene skulle dominere diagnosefordelingen (9). Et betydelig innslag av pasienter med TIA og hjerneslag påvirket fordelingen. Våre tall er fra perioden før de nye nasjonale retningslinjer for raskere innleggelse av TIA- og hjerneslagpasienter ble innført, og andelen pasienter med hjerte- og karsykdommer antas å være lavere i dag.

Våre resultater når det gjelder pasientflyt for dem som ble lagt i observasjonsseng, er i overensstemmelse med resultatene fra andre undersøkelser. Aaraas viste i sine tidlige studier fra Finnmark at opptil 45% av sykestueoppholdene erstattet sykehusinnleggelse, og at 60% av pasientene ble utskrevet til hjemmet etter et opphold på gjennomsnittlig 6,8 dager (1). 19% ble overført til sykehus for mer avansert behandling. Nyere undersøkelser fra 2012 gir tilsvarende

erfaringer fra Hallingdal sjukestugu. 70% av pasientene ble sendt direkte hjem etter et kort opphold i kommunale observasjonssenger, mens 17% ble innlagt i sykehus for videre undersøkelser og behandling (10).

Erfaringer fra observasjonsseng ved St. Olavs hospital i Trondheim i 2010 viser at 67% av pasientene kan reise hjem etter ett døgn utredning og behandling, uten innleggelse i sykehusets kliniske avdelinger (11).

Tall fra Nordkapp kommune (12) viser at det store flertall av pasienter innlagt fra hjemmet til sykestue kunne utskrives til hjemmet etter et relativt kort opphold. Det konkluderes med at sykestuene kan redusere sykehusbruken og føre til både færre innleggelser og raskere utskrivninger.

Det finnes ellers få nyere undersøkelser der man har sammenliknet sykehusinnleggelse med alternativer. I en Cochrane-analyse fra 2008 ble «hospital at home» vurdert som alternativ til innleggelse (13). De inkluderte studiene var lite homogene når det gjaldt hvilke pasientgrupper som var undersøkt, men de fleste var pasienter med kols. For gruppene samlet fant man ikke noe helsetap ved at innleggelse ble unngått.

I vår undersøkelse vet vi ikke med sikkerhet om pasientene innlagt i observasjonsseng alternativt ville blitt innlagt i sykehus eller sendt hjem dersom tilbudet ved Fosen distriktsmedisinske senter ikke hadde vært tilgjengelig. Faktorer som kan ha betydning for legens valg ved sykehusinnleggelse er både pasientens tilstand/sykdommens alvorlighetsgrad og legens kompetanse og erfa-

Tabell 2 Reinnleggelser fra opphold i observasjonsseng ved Fosen legevaktssenter i perioden 21.8. 2006–21.8. 2009

| | Totalt | | Til ny observasjonsseng | Til St. Olavs hospital | Samme diagnose |
|-----------|--------|------|-------------------------|------------------------|----------------|
| | Antall | (%) | | | |
| < 3 døgn | 21 | (4) | 6 | 15 | 16 |
| 3–28 døgn | 96 | (18) | 39 | 57 | 63 |

ring. På bakgrunn av at over 80 % av pasientene var i NACA-gruppe 3 eller høyere, vil vi anta at i mangel av observasjonsseng ville mange av disse ville blitt henvist videre til sykehus. Legene på vakt ved Fosen legevaktssenter har ulik erfaringsbakgrunn og derav ulik kompetanse for å ta ansvar for utredning og behandling av pasienter i prehospital observasjonsseng. Vårt inntrykk er at erfarne leger med mange års erfaring bruker observasjonssenger oftere enn de mest uerfarne legene, turnusleger inkludert.

Med en pasientpopulasjon hvor over halvparten var over 70 år og det er stor grad av komorbiditet, finner vi antallet reinnleggelser som forventet. En SINTEF-rapport fra 2010 viser en reinnleggingsrate i somatiske sykehus på rundt 12 % etter 28 døgn, med opptil 20 % reinnleggelser for pasienter med lungelidelser/kolsdiagnose (14). Samme rapport viste at reinnleggelseshyppigheten generelt økte med økende alder. Pasienter over 80 år hadde tre ganger så stor frekvens av reinnleggelse som pasienter i aldersgruppen 50–64 år.

En studie fra observasjonssengenheten ved St. Olavs hospital i 2011 viste ingen signifikant forskjell i antall reinnleggelser mellom pasienter innlagt der og pasienter innlagt i tradisjonell sengeenhet (15).

I vårt tallmateriale tilhørte 55 % av pasientene aldersgruppen > 70 år. Andre har vist at eldre over 70 år utgjorde over halvparten av innleggelsene i sykestuer i Nord-Norge (1). Noen undersøkelser kan tyde på at det foreligger en viss grad av unødvendige innleggelser i sykehus i den forstand at mye av utredning og behandling samt omsorg etter overstått akutt sykdom kan gjøres lokalt (1, 16).

På den annen side framheves eldre menneskers komplekse og sammensatte sykdomsbilde som faglig innvending mot økt vektlegging av prehospital kommunal omsorg med bruk av intermedieæravdeling (9, 17–20). Flere er bekymret for at ordninger for å unngå «unødvendige» innleggelser lett kan føre til helsetap for eldre (21). I en undersøkelse fra 1999 ble 422 innleggelser i indremedisinske avdelinger vurdert (22) og 24 % av dem ble vurdert som uhensiktsmessige

basert på utskrivningsinformasjonen. Vurdering av inkomstdata samsvarte imidlertid dårlig med utskrivningsdata i å predikere om innleggelsen var unødvendig.

I en observasjonsstudie av akuttinnleggelser fra legevakt til sykehus ble 21 % av innleggelsene vurdert som unngåelige. Innleggelse i distriktsmedisinske senter, time ved spesialistpoliklinikk neste dag eller innleggelse i sykehjem var de mest aktuelle alternativene (7). Det foreligger anbefalinger om at intermedieæravdeling er best egnet som prehospital enhet der geografiske forhold, lang transporttid og demografiske forhold skulle tilsi økt vektlegging av slike (inter)kommunale helsetjenester (9, 15, 23).

For de vel 10 % av befolkningen som er bosatt mer enn en times kjørevei til sykehus, har intermedieæravdeling vært vurdert som et tilbud for både før, i stedet for og etter sykehusbehandling, mens for de øvrige nesten 90 % av befolkningen som er bosatt nærmere sykehus har det vært hevdet at intermedieæravdeling vil få en tilsvarende mindre viktig funksjon (9). Erfaringene fra St. Olavs hospital – observasjonspost i en større by – tilsier dog at tilbudet bør vurderes også ved andre geografiske og demografiske forhold, noe som også er intensjonene i samhandlingsreformen (3, 4).

Vår undersøkelse er retrospektiv. Den er i utgangspunktet ikke designet for å undersøke om observasjonssenger er et faglig godt tilbud. En svakhet ved undersøkelsen kan være at vi har gjort subjektive vurderinger av alvorlighetsgrad. Vi har heller ikke opplysninger om hvordan pasientenes helsestilstand utviklet seg etter opphold i observasjonsseng, selv om antall reinnleggelser kan si noe om hvordan det gikk med pasientene og kan brukes som en kvalitetsindikator på tilbudet (24). Det er også en styrke at meste-parten av undersøkelsen er deskriptiv – med en ren optelling av objektive data om pasientflyt der det ikke er gjort noe utvalg og der alle innlagte pasienter er med.

Konklusjon

Vår undersøkelse av pasientflyt og spesielt antall reinnleggelser tyder på at bruk av observasjonssenger ved Fosen distriktsmedi-

sinske senter er et faglig forsvarlig helsetilbud. Det bør imidlertid gjøres flere studier i bruk av observasjonssenger og intermedieæravdeling, fortrinnsvis med en prospektiv design. Slike studier kan muliggjøre justeringer og kvalitetsforbedringer av et helsetilbud som er under utbygging i Norge i dag, som ledd i samhandlingsreformen.

Morten Jensvold (f. 1959)

er kommunelege og fastlege i Ørland kommune samt systemansvarlig lege ved Fosen distriktsmedisinske senter og Fosen legevaktssenter.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Arnfinn Seim (f. 1956)

er spesialist i allmennmedisin og i samfunnsmedisin. Han er kommuneoverlege og fastlege i Rissa kommune og professor i allmennmedisin ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

1. Aaraas I. Sykestuene i Finnmark – en studie i bruk og nytteverdi. Tromsø: Institutt for samfunnsmedisin, Universitet i Tromsø, 1998. <http://uit.no/Content/143604/Nr%2045B.pdf> [12.6.2014].
2. St.meld. nr. 47 (2008–2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. www.regjeringen.no/pages/2206374/PDFS/STM200820090047000DDPDFS.pdf [12.6.2014].
3. Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011–2015. www.regjeringen.no/pages/16251882/PDFS/STM201020110016000DDPDFS.pdf [12.6.2014].
4. Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold – Veiledningsmaterieell. Oslo: Helsedirektoratet, 2014. <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/kommunenes-plikt-til-oyeblikkelig-hjelp-dognopphold-veiledningsmaterieell/>
5. Tryba M, Brüggemann H, Echtermeyer V. Klassifisering av Erkrankungen und Verletzungen im Notarztrettungssystem. *Notfallmedizin* 1980; 6: 725–7.
6. Hansen EH, Zakariassen E, Hunskaar S. Sentinel monitoring of activity of out-of-hours services in Norway in 2007: an observational study. *BMC Health Serv Res* 2009; 9: 123.
7. Lillebo B, Dyrstad B, Grimsmo A. Avoidable emergency admissions? *Emerg Med J* 2013; 30: 707–11.
8. Lappegard Ø, Hjortdahl P. The choice of alternatives to acute hospitalization: a descriptive study from Hallingdal, Norway. *BMC Fam Pract* 2013; 14: 87.
9. Helsetjenester til syke eldre. Rapport fra ekspertgruppe nedsatt av Helse- og omsorgsdepartementet november 2010. www.nsd.m.no/filarkiv/File/Eksterner_rapporter/110124Rapport_HelsetjenesterSykeEldre24jan.pdf [12.6.2014].
10. Lappegard Ø, Hjortdahl P. Acute admissions to a community hospital: experiences from Hallingdal sjukestugu. *Scand J Public Health* 2012; 40: 309–15.
11. Dahle J. Statistikk fra observasjonsposten, St. Olavs hospital. Trondheim: St. Olavs hospital, 2010.

>>>

12. Langfeldt E, Aaraas I. Bruken av sykestueplassene i Nordkapp. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 695–9.
13. Shepperd S, Doll H, Angus RM et al. Admission avoidance hospital at home. Cochrane Database Syst Rev 2008; 4: CD007491.
14. Petersen SØ. Reinnleggelser i somatiske sykehus i 2008 og 2009. SINTEF-rapport A 16888. 2010. www.sintef.no/upload/Konsern/Media/Rapport%20A16888%20Reinnleggelser%20i%20somatiske%20sykehus%202008-2009%5B1%5D.pdf (12.6.2014).
15. Øfsti R. Observasjonsenhet, effektiv pasientorganisering? Masteroppgave i klinisk helsevitenskap. Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 2011.
16. Mamen K, Nylenna M. Sykestuene i Norge. En skjult ressurs som bør integreres i fremtidens sykehjem? Tidsskr Nor Lægeforen 1987; 107: 2657–60, 2655.
17. Saltvedt I. Behandling av akutt syke, skrøpelige eldre pasienter. Doktoravhandling. www.ntnu.no/doktorgrader/dr.med/03.06/saltvedt.htm (12.6.2014).
18. Romøren TI. Et kritisk blikk på samhandlingsreformen. www.hig.no/omsorgsforskning/nyheter/et_kritisk_blikk_paa_samhandlingsreformen. (12.6.2014).
19. Rashidi F, Mowinckel P, Ranhoff AH. Severity of disease in patients admitted for acute care to a general hospital: age and gender differences. Aging Clin Exp Res 2010; 22: 340–4.
20. Wyller TB. For mange eller for få innleggelser? Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 1702.
21. Eriksen BO, Førde OH, Kristiansen IS et al. Cost savings and health losses from reducing inappropriate admissions to a department of internal medicine. Int J Technol Assess Health Care 2000; 16: 1147–57.
22. Eriksen BO, Kristiansen IS, Nord E et al. The cost of inappropriate admissions: a study of health benefits and resource utilization in a department of internal medicine. J Intern Med 1999; 246: 379–87.
23. Skodvin KG, Aaraas IJ, Forshei AK et al. Øyeblikkelig hjelp-oppgaver for sykehjem i små kommuner. Tidsskr Nor Legeforen 2012; 132: 792–4.
24. Reinnleggelser av eldre i Norge. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2012. http://kunnskapssenteret.no/nyheter/_attachment/15461?_ts=13735c2dea9&download=false (12.6.2014).

Mottatt 21.3.2013, første revisjon innsendt 25.9.2013, godkjent 19.6.2014. Redaktør: Trine B. Haugen.