

*Undersøkelse*

# UTVIKLINGEN I BRUKEN AV TILBUDET PÅ KAD NEDRE ROMERIKE

**SKEDSMO KOMMUNE  
JUNI 2018**



## INNHold

<b>1 Innledning og metode</b>	<b>5</b>
1.1 Hva er kommunal akutt døgnetet (KAD)?	5
1.2 Organisering KAD Nedre Romerike	5
1.3 Formål og problemstillinger	6
1.4 Metode	7
1.5 Funn	7
1.5.1 Potensielle årsaker til lavt belegg i 2015	8
1.5.2 Forbedringsarbeid	9
<b>LITTERATURLISTE</b>	<b>11</b>



# 1 INNLEDNING OG METODE

I forbindelse med bestillinger av selskapskontroller for 2018 ba kontrollutvalgene på Nedre Romerike om en undersøkelse av Kommunal akutt døgnenhet (KAD Nedre Romerike). Bakgrunnen for bestillingen var bekymring for lavt belegg ved KAD. Ettersom Skedsmo kommune er vert for samarbeidet, er det Skedsmo kontrollutvalg som har bestilt undersøkelsen. Undersøkelsen vil distribueres til alle kommunene i vertskommunesamarbeidet.

## 1.1 Hva er kommunal akutt døgnenhet (KAD)?

Et sentralt mål i samhandlingsreformen er å bedre pasientforløp og å gi tjenester nærmere der pasienten bor. Som et virkemiddel i Samhandlingsreformen har Stortinget pålagt kommunene å bygge opp kommunale akutte døgnenheter (KAD-enheter) som et alternativ til sykehusinnleggelse for flere pasientgrupper. Plikten trådte i kraft fra 1. januar 2016 for pasienter med somatisk sykdom. Fra og med 1. januar 2017 gjelder også plikten for pasienter med psykiske helse- og rusmiddelproblemer (Helsedirektoratet 2016). Plikten til å tilby kommunal akutt døgnenhet følger av Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5 tredje ledd.

Kommunens plikt til å tilby øyeblikkelig hjelp innebærer at kommunen skal kunne yte hjelp som ikke er planlagt, men som i konkrete situasjoner er påtrengende nødvendig for en pasient eller bruker og som det er forsvarlig at kommunen yter (Helsedirektoratet 2016). Behandling av pasienter lokalt i kommunene underbygger målene med samhandlingsreformen som er å gi pasientene gode forløp og tilbud nærmere der de bor. I forarbeidene presiseres at det er opp til kommunene å bestemme omfanget og innholdet av tjenestene kommunene (Helsedirektoratet 2016). Videre skal tilbudet være et supplement til kommunens øvrige tjenestetilbud og ikke erstatte allerede etablerte tilbud (Ibid.).

## 1.2 Organisering KAD Nedre Romerike

Kommunene står fritt i hvordan de velger å organisere tilbudet om kommunal øyeblikkelig hjelp døgnopphold (Helsedirektoratet 2016). KAD Nedre Romerike er organisert som et vertskommunesamarbeid mellom kommunene Lørenskog, Rælingen, Fet, Nittedal, Sørum, Enebakk og Skedsmo. Skedsmo kommune er vertskommune for samarbeidet, og har drifts- og personalansvar for Nedre Romerike KAD (Samarbeidsavtale 2016). Enheten ble etablert 24. juni 2014. Både KAD og Nedre Romerike legevakt (NRL) var inntil oktober 2015 organisert under Helseavdelingen i Skedsmo kommune. Fra oktober 2015 ble KAD og NRL organisert i et eget programområde (D), Avdeling for akuttmedisinske tjenester (Årsmelding 2015). Avdelingssjefen for sykehjem overtok da overordnet ansvar for avdelingene. Det ble ansatt avdelingsleder og overlege ved KAD i 2016.

Det fremgår av samarbeidsavtalen at formålet med KAD er å oppfylle plikten til å tilby øyeblikkelig hjelp døgn etter loven, og oppfylle kommunenes plikter i henhold til delavtale 4 mellom Ahus og kommunene om øyeblikkelig hjelp døgn (Samarbeidsavtale 2016).

KAD skal samarbeide med deltakerkommunene om informasjon om tjenesten, herunder rutiner for pasientflyt og kriterier for inntak av pasienter (Ibid). KAD rapporterer kvartalsvis nøkkeltall og statistikker til samarbeidskommunene<sup>1</sup>.

Samarbeidskommunene skal også i henhold til avtalen delta i Samarbeidsforum for oppfølging og utvikling av enheten minst 2 ganger i året.

### 1.3 Formål og problemstillinger

Det har vært flere avisoppslag om bruken av KAD Nedre Romerike. I Romerikes Blad 28. mai 2015 skriver avisen at det er få pasienter ett år etter driftsstart. «Nesten alle sengene står ubrukte» og «kommunene er fortvilte over at fastleger og Ahusleger ikke henviser pasienter til KAD». Kommunaldirektør for Helse- og omsorgstjenesten i Skedsmo uttaler til avisen at det lave belegget er bekymringsfullt, men viser til at de jobber hardt for å få fastleger og Ahusleger til å henviser pasienter til KAD (RB 28.05.15). Det ble i artikkelen vist til flere mulige årsaker til det lave belegget, som lav kjennskap til tilbudet blant fastleger, for strenge kriterier for opptak, uklarheter mellom KAD og fastlegene m.m.

Helsehuset i Indre Østfold blir i RB artikkelen trukket frem som et eksempel på en akutt døgnenhet som har lyktes (RB 28.05.15). I en artikkel i Tidsskrift den norske legeförening 25.11.2014 vises det til følgende suksesskriterier for de akutte døgnenhetene:

- god planlegging helt fra starten der alle involverte yrkesgrupper og instanser er med
- tidlig involvering av fastlegene
- lege til lege-konferanse ved innleggelse i KAD
- et tilbud som er tilpasset målgruppen

Formålet med denne undersøkelsen er å se nærmere på utviklingen i bruk og belegg ved Kommunal akutt døgnenhet Nedre Romerike (KAD) og ev. hva som kan forklare et lavt belegg i den tidlige fasen.

Undersøkelsen har følgende problemstillinger:

1. Hvordan har bruken av KAD utviklet seg siden etableringen?
2. Hvilke tiltak er satt inn for å øke belegget?

---

<sup>1</sup> I henhold til samarbeidsavtalen skal dette skje månedlig. Senere ble kommunene enige om å rapportere kvartalsvis (informasjon fra avdelingssjefen)

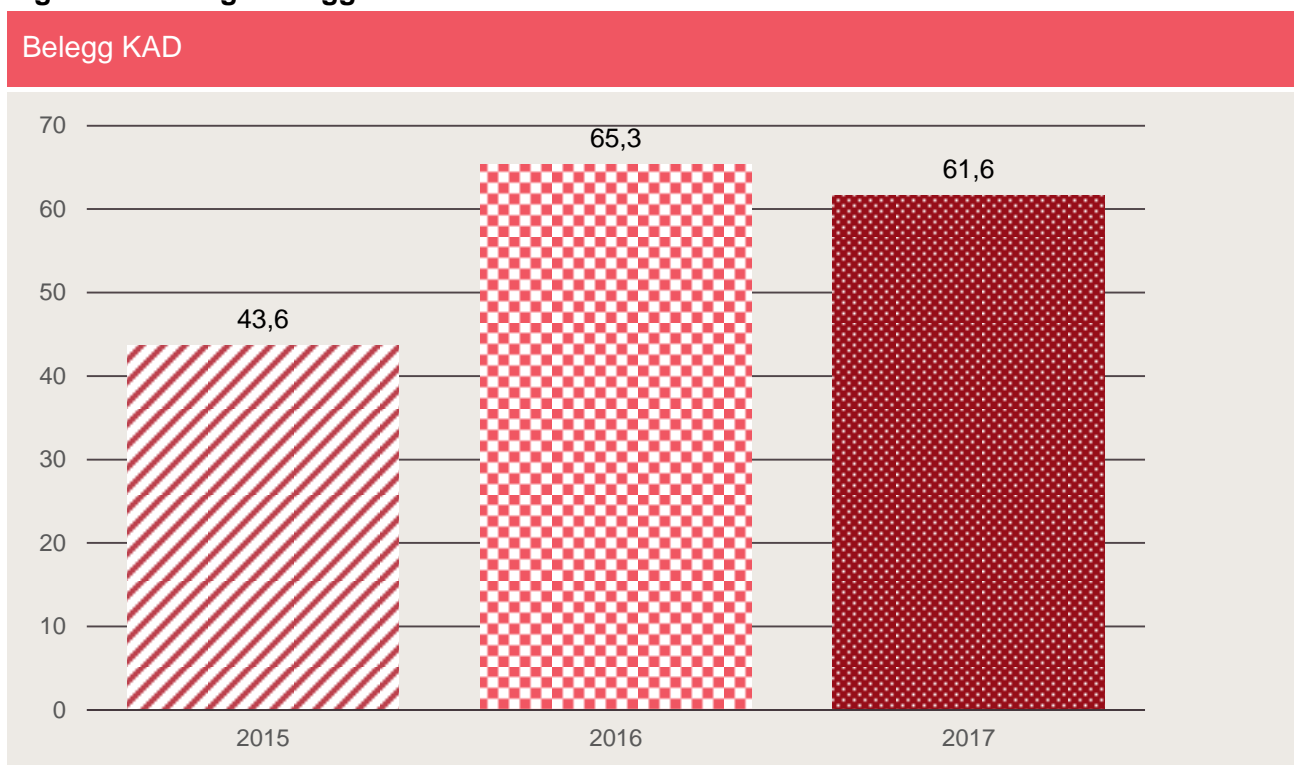
## 1.4 Metode

Revisjonen har innhentet årsmeldinger, statistikk og annen informasjon fra KAD. I tillegg har vi intervjuet avdelingssjefen for akuttmedisinske tjenester. Revisjonen anser informasjonen som tilstrekkelig for å besvare kontrollutvalgets bestilling.

## 1.5 Funn

Tallene under viser belegget<sup>2</sup> på KAD i perioden 2015-2017.

**Figur 1 Utvikling i belegg 2015-2017**



Kilde: Årsmelding KAD 2017

Tallene viser at belegget var på i overkant 40 prosent i 2015, økte til om lag 65 prosent i 2016 for så å reduseres noe i 2017. Målet om en dekningsgrad på 75 prosent i 2017 ble ikke nådd.

Tallene for de tre første månedene i 2018 viser en beleggspersent på hhv. 75,8 (jan), 56,9 (feb) og 51,2 (mars). Statistikken viser at belegget årlig varierer fra måned til måned. Vintermånedene synes å peke seg ut med høyest beleggspersent, mens belegget er lavere gjennom våren og sommeren. Avdelingssjefen opplyser i intervju at dette er naturlige svingninger. Svingningene har sammenheng med at enheten er et øyeblikkelig hjelp tilbud. I vinterhalvåret er det mer influensa,

<sup>2</sup> Avdelingssjefen opplyser at 85 prosent anses som fullt belegg.

infeksjonssykdommer, brudd osv. som kanskje gjør at flere søker helsetjenester. Gjennom våren og sommeren er det mindre av dette og i tillegg er det ferietid og mange er bortreist. En ser også at svingninger kan skyldes større hendelser som f.eks. OL, VM osv. Avdelingssjefen opplyser at belegget i april var svært lavt og at det samme gjelder Ahus.

Tabellen under viser prosentvis fordeling av pasienter mellom de ulike kommunene i samarbeidet.

**Tabell 1 Andel pasienter fordelt på kommunene i samarbeidet. Prosent.**

	2015	2016	2017
Skedsmo	45	41	37
Lørenskog	21	22	24
Nittedal	8	9	9
Sørum	8	9	11
Rælingen	8	8	9
Fet	7	7	6
Enebakk	2	3	3
Andre	1	1	1
<b>Totalt (N)</b>	<b>754</b>	<b>915</b>	<b>815</b>

Kilde: Statistikk innhentet fra KAD

Skedsmo og Lørenskog har som de største kommunene høyest andel av pasientene, mens de mindre kommunene har lavest. Tabellen viser videre at Skedsmo har en lavere andel av pasientene i 2017 enn i 2015, mens Lørenskog og Sørum har en noe høyere andel. Andelen pasienter fra de øvrige kommunene har stort sett holdt seg på samme nivå. Fordelingen av pasienter kommunene i mellom er i følge avdelingssjefen stort sett i tråd med fordelingen av innbyggere i de ulike kommunene.

### 1.5.1 Potensielle årsaker til lavt belegg i 2015

Belegget i 2015 var lavt i forhold til enhetenes kapasitet. Avdelingssjefen for Akuttmedisinske tjenester viser i intervju til at det var flere årsaker til dette, både ytre rammebetingelser og interne utfordringer.

Den første utgaven av veilederen fra Helsedirektoratet (Helsedirektoratet 2014) la til grunn relativt smale kriterier med hensyn til hvem som var aktuelle pasienter ved de kommunale akutte døgnenheter. Avdelingssjefen forteller at dette førte til at KAD avviste mange av pasientene som ble henvist til enheten. I tillegg var det en norm om at liggetiden ikke skulle overstige tre døgn, dette for å sikre tilstrekkelig sirkulasjon ved enhetene.



Det var også en utfordring, forteller avdelingssjefen, at tilbudet ikke var godt nok kjent blant fastlegene i kommunene. Dette, kombinert med en generell konservativ holdning blant leger i sin alminnelighet, strenge kriterier for innleggelse og usikkerhet vedrørende kompetansen på KAD, førte til at fastlegene fortsatte å henvise pasienter til Ahus.

En annen svært viktig forklaring i følge avdelingssjefen, var at KAD ikke hadde god nok struktur og orden på avdelingen, blant annet manglet tydelig og tilstedeværende (i betydningen fast arbeidsplass rent fysisk ved kontoret) ledelse.

### **1.5.2 Forbedringsarbeid**

For å øke belegget ble ledelsen styrket gjennom å ansette avdelingsleder og overlege ved KAD. Det ble særlig jobbet med legenes og sykepleiernes innstilling til det å ta imot mer kompliserte pasienter i tråd med revidert veileder fra Helsedirektoratet<sup>3</sup>. Ansettelse av overlege skulle også bidra til å styrke det faglige innholdet og således tilliten til KAD blant fastlegene og legevakt.

Det ble videre innført nye rutiner, «ryddet» i turnuslister, stillinger m.m. Styrking av ledelsen ved KAD, nye retningslinjer og rutiner, bidro til at det ikke lenger skulle være tvil blant leger og sykepleiere om hvilke pasienter som skulle tas i mot. Den nye veilederen fra Helsedirektoratet åpnet også for å øke «liggetiden» utover 72 timers. I veilederen fra 2014 påpekes det imidlertid at denne grensen kun må oppfattes som veiledende og ikke bør være til hinder for at opphold forlenges der dette anses nødvendig for behandlingen.

Belegget økte sakte men sikkert fra andre halvdel i 2015 og utover i 2016. I 2017 gikk belegget noe ned igjen. Avdelingssjefen mener dette i stor grad har å gjøre med at avdelingen igjen var uten stedlig leder i en periode, inntil det ble tilsatt en vikar 1. september 2017. Den midlertidige ledermangelen medførte i følge avdelingssjefen at personalet «falt tilbake til gamle synder», og at legene igjen avviste pasienter de ikke var trygge på. Avdelingssjefen understreker igjen viktigheten av tilstedeværende ledelse og styring av avdelingen.

I en brukerundersøkelse som ble gjort blant et utvalg fastleger på Nedre Romerike i 2017 kom det frem at fastlegene opplevde at de ofte måtte bruke mye tid på å diskutere med legene på KAD for å få lagt inn en pasient. Dette oppleves som negativt blant fastlegene som da heller henviser pasienter til AHUS. Avdelingssjefen opplyser at de i kjølvannet av dette jobbet ytterligere med å endre holdningene blant legene på KAD. Målet er å ta i mot alle henvisninger fra fastleger, legevakt og andre som henviser til KAD; «vi må være på tilbudssiden overfor fastlegene, ikke si nei, med mindre det er fullt», sier hun. Dersom KAD ikke er riktig behandlingssted henvises pasienten heller

---

<sup>3</sup> Veilederen fra 2014 pekte imidlertid på erfaringer som viste at ikke bare stabile pasienter med avklart diagnose var aktuelle for innleggelse ved KAD, men også stabile pasienter med uavklart diagnose som trenger observasjon og utredning skulle være aktuelle pasienter til KAD (opplyst i intervju med avdelingssjefen).

videre til AHUS. Avdelingssjefen understreker viktigheten av at fastlegene har tillit til KAD og opplever en enhet som er robust og med faglig tyngde.

Det jobbes også aktivt for å gjøre tilbudet kjent både hos legevakt og fastleger. Samarbeidsmøtet som avholdes to ganger i året er et viktig forum i den forbindelse. Her møter kommunaldirektørene og kommuneoverlegene i alle samarbeidskommunene. Avdelingssjefen understreker spesielt viktigheten av å ha med kommuneoverlegene i disse møtene, da det er de som har ansvar for å følge opp fastlegene. Hun opplyser at kommuneoverlegene møter og at de også etterspør mye informasjon, særlig på faglig nivå.

KAD har også nylig revidert sin informasjonsbrosjyre som skal distribueres til fastleger og andre henvisende instanser. Avdelingssjefen gir overfor revisjonen uttrykk for at denne sammen med ytterligere kontakt fra overlegen ved KAD, vil bidra til enda flere henvisninger fra fastlegene.

Avdelingssjefen mener de har oppnådd mye siden 2014, men at det fremdeles er et forbedringspotensial både i forhold til å trygge fastlegene på tilbudet ved KAD og når det gjelder å få på plass en tilfredsstillende internkontroll. Revisjonen får opplyst at de nå har begynt med å rapportere på avvik i tertialrapporter og at dette er forankret på toppen av organisasjonen. Fremover skal de blant annet jobbe med å samstemme hva som skal anses alvorlige og mindre alvorlige avvik.

## LITTERATURLISTE

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/133/Kommunenes-plikt-til-oyeblikkelig-hjelp-dognopphold-veiledningsmateriell.pdf>

<https://www.rb.no/ett-ar-nesten-uten-pasienter/s/5-43-75921>

<https://tidsskriftet.no/2014/11/aktuelt-i-foreningen/er-kad-de-nye-lokalsykehusene>

Samarbeidsavtale mellom Skedsmo, Lørenskog, Rælingen, Nittedal, Fet, Sørum og Enebakk kommuner om drift av Nedre Romerike KAD (Kommunal akutt døgnerhet), revidert avtale, 2016

Årsberetning akuttmedisinske tjenester, 2015, 2016,2017