

Store kommunale forskelle på akutfunktioner

Der mangler overblik over udbredelsen og organiseringen af akutfunktioner i Region Hovedstadens 29 kommuner. Derfor foretog Tværsektoriel Forskningsenhed en spørgeskemaundersøgelse, som afslører store forskelle i kommunernes måde at udføre akuttilbuddene på.

Lone Schou, forsker, sygeplejerske, cand.scient.soc., ph.d.; loneschou@yahoo.dk

Mathias Meijer, forsker, cand.scient.soc., ph.d.

Carsten Hendriksen, forskningsleder, overlæge, dr.med.

Gennem en årrække har der været et politisk ønske om at reducere uhensigtsmæssige (gen)indlæggelser for den ældre medicinske patient og om at styrke behandlingen af patienter på tværs af sektorgrænser. Kommunernes Landsforening (KL) og Dansk Sundhedsinstitut har bl.a. foreslået at imødekomme denne udfordring ved at opbygge forskellige typer af akutfunktioner som alternativer til akut indlæggelse (1,2).

I Region Hovedstaden blev kommunerne i 2013 opfordret til etablering af akutfunktioner (3). Akutfunktioner er i praksis udmøntet i hhv. akutteam (AT) og akutpladser (AP). Akutteam dækker over sundhedspersonale, som tilser syge borgere i eget hjem. De har sædvanligvis sygeplejedækning hele døgnet og kan rykke hurtigt ud til flere forskellige opgaver. Akutpladser er fleksible kommunale døgnpladser med sygeplejedækning hele døgnet. Fælles for akutfunktioner er, at de leveres inden for få timer, og at de kan iværksættes hele døgnet alle ugens dage (4).

I forhold til lægedækning i disse akutfunktioner er der i nogle kommuner indgået aftaler med Praktiserende Lægers Organisation (PLO), og i 2015 er man ved at forhandle en praksisplan for bl.a. sygebesøg og akutbetjening (5).

Samarbejdet med Region Hovedstadens kommuner har hendelt opmærksomheden på forskelligheden i akutfunktionernes tilbud, hvilke patientgrupper de omfatter, og hvilke faggrupper

” I februar 2015 blev der foretaget en afdækning af udbredelse, indhold og organisering af akutfunktioner i Region Hovedstadens 29 kommuner.

der indgår. Desuden synes der at være usikkerhed om, hvordan ordningen bør organiseres mellem hospital, kommune og almen praksis. På baggrund af denne usikkerhed og det manglende overblik over udbredelsen af akutfunktioner i Region Hovedstadens 29 kommuner foretog Tværsektoriel Forskningsenhed en spørgeskemaundersøgelse.

Formålet med denne artikel er at få et overblik over den foreliggende evidens og at beskrive udbredelsen af akutfunktioner og deres karakteristika i Region Hovedstadens kommuner.

Evidens for akutfunktioner

Gennemgangen af evidensen på området baseres på et Cochrane-review om akutfunktioner inden for psykiatrien (6) og et indenfor somatikken (7). Der inddrages tre danske rapporter (1,8,9).

Akutfunktioner i psykiatrien

I det Cochrane-review, der behandler akutfunktioner i psykiatrien (6), indgik otte randomiserede kontrollerede forsøg udført mellem 1964 og 2010 med i alt 1.144 borgere med akut opstået krise, overvejende skizofreni og relaterede psykoser, men også depression og svære neuroser.

I seks studier blev borgeren behandlet i eget hjem, og i to studier blev borgeren behandlet på kommunale akutpladser. I alle otte studier blev kontrolgruppen behandlet på hospital eller på psykiatrisk center. I alle de inkluderede studier bestod de multidisciplinære team af psykiatere, psykologer, sygeplejersker, ergoterapeuter og socialrådgivere. I seks studier var teamet til rådighed 24 timer i døgnet, mens der i to studier kun var telefonrådgivning uden for almindelig arbejdstid.

Forfatterne konkluderede, at akut kriseintervention i eget hjem syntes at reducere indlæggelser på hospital efter endt intervention i forhold til kontrolgruppen. Man fandt ingen forskel i mortalitet mellem kontrol- og interventionsgruppe. Akut kriseintervention i eget hjem reducerede de pårørendes byrde i forhold til patienten og var mere tilfredsstillende for både patient og pårørende. To studier viste, at akutfunktioner ikke havde effekt på interventionsgruppens arbejdsmarkedstilknytning (6).

Akutfunktioner på det somatiske område

I et tilsvarende Cochrane-review på det somatiske område (7) indgik 10 randomiserede kontrollerede forsøg fra 1999 til 2005 med i alt 1.333 borgere med forskellige diagnoser (KOL, apopleksi, pneumoni og demens) og akut opståede tilstande, som ikke krævede indlæggelse.

” Ud fra undersøgelsen kan man konstatere, at kommunerne vælger at udføre akuttilbuddene på meget forskellig vis.

I alle studier blev interventionsgruppen behandlet i eget hjem, mens kontrolgruppen blev behandlet på hospital. De multidisciplinære team bestod af sygeplejersker (10 studier), hospitalslæger (fire studier), kommunalt ansatte læger (tre studier), praktiserende læger (tre studier), fysioterapeuter (seks studier), ergoterapeuter (fire studier), socialrådgivere (seks studier) og talepædagoger (tre studier). I en metaanalyse kunne man ikke konstatere forskel i mortalitet eller genindlæggelse mellem interventions- og kontrolgruppen tre måneder efter interventionen. I tre studier, der havde læger tilknyttet i akutteam, kunne man dog se signifikant reduceret mortalitet seks måneder efter intervention. Reviewet fandt ingen forskelle mellem interventions- og kontrolgruppe i forhold til livskvalitet (SF-36, Sickness Impact Profile eller Nottingham Health Profile). Dog fandt man, at patienttilfredsheden var signifikant højere i interventionsgruppen (7).

Kommunalt akuttilbud eller hospital

Et dansk RCT-studie fra 2015 (ACCESS) har undersøgt effekten af kommunale akuttilbud i forhold til indlæggelser på hospital. Det viste, at det overvejende var kvinder (72 pct.) med høj alder (84 år) og daglig hjemmehjælp, som indgik i projektet. På baggrund af triage vurderede man, at de inkluderede patienter var lige så syge som gennemsnitlige indlagte patienter. Halvdelen af patienterne kunne klare sig selv efter de 48 timer, interventionen varede, mens den resterende halvdel havde brug for yderligere hjælp i hjemmet eller en indlæggelse. Mænd blev indlagt dobbelt så hyppigt som kvinder, og signifikant flere patienter (45 pct.) blev indlagt af de medicinske speciallæger i et hospitalsambulatorium end af praktiserende læger (24 pct.), selvom patientgrupperne var ens. Der var ikke signifikante forskelle i de to kommunale tilbud (akutteam og akutpladser) i forhold til antallet af indlæggelser, dødelighed, samt hvor hurtigt patienterne kom sig både fysisk og mentalt eller på patienttilfredshed (8). Resultaterne skal tages med forbehold, da der er inkluderet langt færre patienter end nødvendigt.

Udgående akutafdeling

I en undersøgelse fra Kolding Kommune så man på baggrund af indførelsen af udgående akutafdeling ingen reduktion i indlæggelser, men et stort fald i antallet af akutophold i kommunalt regi. Borgernes oplevelser var positive, om end kun få deltog i evalueringen. Omkostningerne ved etablering og drift blev ikke opvejet af færre omkostninger ved indlæggelse (9).

Samarbejde med praktiserende læge

I en rapport fra KL (1) fremgik det, at implementering af akutfunktioner har styrket kommunens dialog med alment praktiserende læge, da en stor del af indsatserne blev leveret efter ordination af lægen. Interventionen krævede særlige kompetencer, færdigheder og viden af sygeplejerskerne, der indgik i tilbuddet. Sygeplejerskerne bør ifølge rapporten have bred erfaring inden for observation, vurdering og analyse af borgernes symptomer samt planlægning og justering af pleje og behandling i samarbejde med en læge. Sygeplejerskerne bør desuden være fleksible og kunne håndtere opgavetyper som f.eks. observation af akut opståede komplikationer til sygdom, væske- og ernæringsterapi, inhalationsbehandling og iltterapi, kateteranlæggelse og -pleje samt intravenøs medicinerings (1). Rapporten konkluderer endvidere, at der er forskellig praksis for kommunernes samarbejde med læger. I Københavns Kommune har man ansat praktiserende speciallæger i almen medicin på konsulentbasis til at behandle borgere på akutpladserne. I Roskilde og Greve Kommuner er der indgået en § 2-aftale med Praktiserende Lægers Organisation, så kommunerne aflønner den praktiserende læge ved besøg i patientens eget hjem eller på kommunens akutpladser efter en fast takst. I Region Midtjylland har kommunerne samarbejdet med en hospitalsenhed i forhold til f.eks. intravenøs medicinerings (1). I 2014 viste en opgørelse fra KL, at 43 pct. af kommunerne på landsplan har implementeret akutteam, og at 66 pct. har implementeret akutpladser (10).

Store forskelle i Region Hovedstaden

I februar 2015 blev der foretaget en afdækning af udbredelse, indhold og organisering af akutfunktioner i Region Hovedstadens 29 kommuner. Afdækningen blev gennemført som en spørgeskema-

- undersøgelse, der var udviklet på baggrund af litteraturen (6,7) og et fokusgruppinterview med relevante faggrupper på området. Inden udsendelse til nøglemedarbejdere i de 29 kommuner blev spørgeskemaet afprøvet og justeret af medarbejdere i udvalgte kommuner. Alle kommuner besvarede det endelige spørgeskema.

Resultaterne viste, at 16 kommuner har AT, og 23 kommuner har AP. 13 kommuner har både AT og AP, 10 kommuner har udelukkende AP, tre kommuner har udelukkende AT, og tre kommuner har hverken AT eller AP, se figur 1.

Faggrupper

Faggruppen i akutteam bestod i de fleste tilfælde af sygeplejersker. I en enkelt kommune indgik der også en læge, og i en anden en ergo- og en fysioterapeut. På kommunernes akutpladser indgik der sygeplejersker og social og sundhedsassistenter i alle kommuner, og i tre kommuner havde man tilknyttet læger på konsulentbasis. I få tilfælde bestod akutteam yderligere af social og sundhedshjælper, diætister og ergo- og fysioterapeuter.

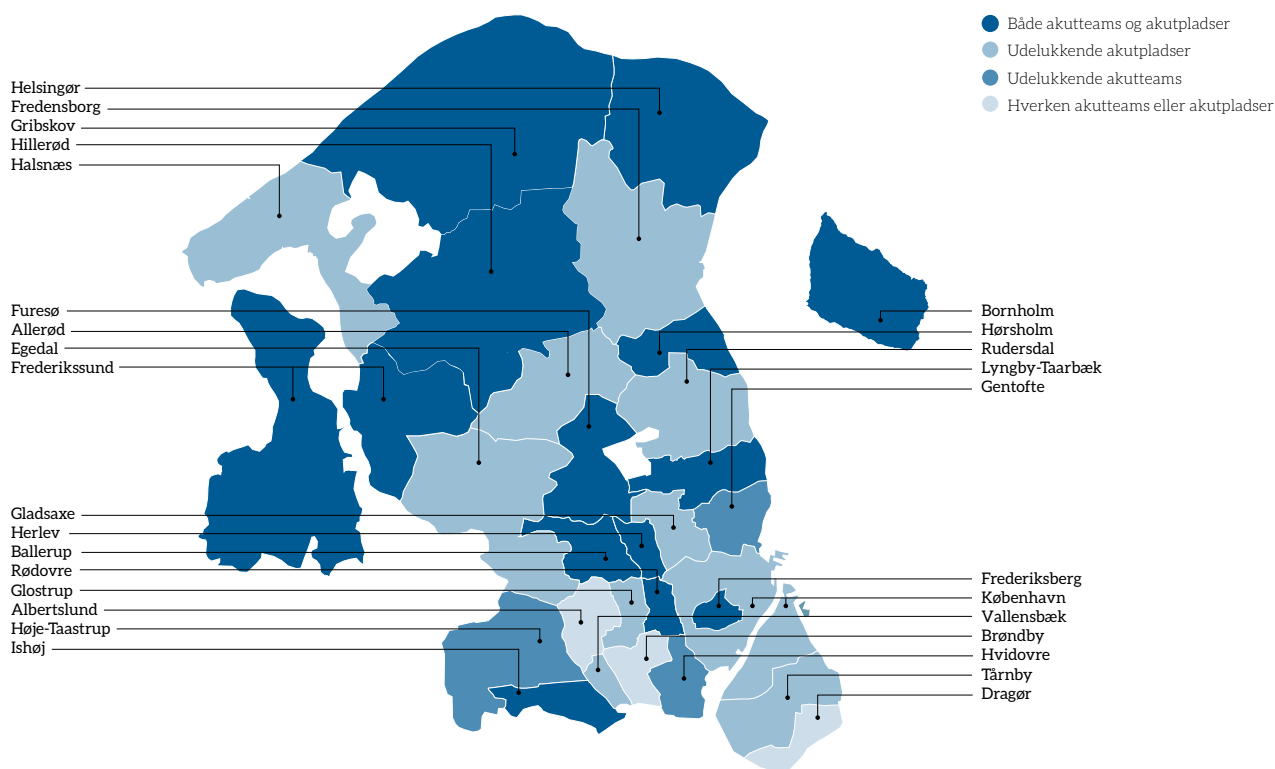
Visitationsret

I de fleste kommuner var der flere instanser, der kunne henvise borgerne til akutfunktionerne. I alle kommuner var det sygeplejerskerne, der havde ansvar for den overordnede visitation. Men også praktiserende læge, hospital, plejecentre, hjemmeplejen og vagtlæger fra 1813 henviste i nogle kommuner. I alle kommuner med akutfunktioner var det den praktiserende læge, der vurderede prøvesvar og igangsatte eller seponerede behandling. Men også vagtlæger, hospitalslæger og enkelte læger ansat i kommunen blev brugt til at løse denne opgave.

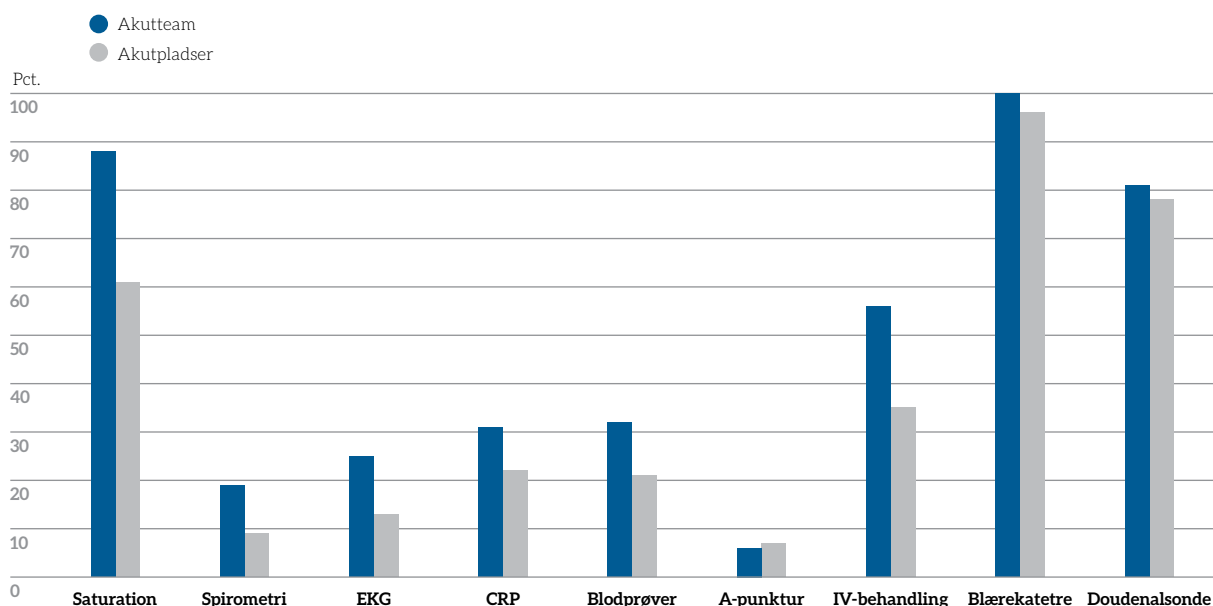
Sygeplejerskers rolle

Der var døgndækkende telefonordning i 15 kommuner styret af sygeplejersker. Sygeplejerskerne i både AT og på AP var uddannet til at måle vitale værdier, tage prøver og behandle efter ordination fra en læge, se figur 2. I 17 af 23 kommuner kom patientens praktiserende læge på sygebesøg på akutpladsen. I de

Figur 1. Fordelingen af akutfunktioner i Region Hovedstaden, februar 2015.



Figur 2. Sygeplejerskernes opgaver i akutteams og på akutpladser.



resterende fem kommuner diskuterede sygeplejerskerne patientens problemstillinger telefonisk med en læge.

Målgruppe

Målgruppen for AT var overvejende borgere med akutte behov, der ikke krævede indlæggelse, men der var også kommuner, der inkluderede komplekse ældre, medicinske patienter og uafvendeligt døende borgere, som ønskede at dø i eget hjem. Målgruppen for AP var overvejende nyudskrevne patienter, der ikke kunne klare sig i eget hjem, og borgere med akutte behov, der ikke krævede hospitalsindlæggelse, men som heller ikke kunne klares i eget hjem.

Monitorering

I 15 ud af 29 kommuner foregik der en eller anden form for monitorering af indsatsen som f.eks. indlæggelsesdage, antal undgåede indlæggelser og antal ydelser.

Definition og beskrivelse

Ud fra undersøgelsen kan man konstatere, at kommunerne vælger at udføre akuttilbuddene på meget forskellig vis. Der mangler en overordnet definition på centrale begreber som bl.a. akut opståede problemstillinger og akut behandling, og der mangler

beskrivelse af, hvad tilbuddene bør indeholde, og hvordan opgave- og ansvarsfordelingen skal organiseres. Den manglende centrale beslutning om, hvordan samarbejdet skal foregå mellem hospitaler, kommuner og PLO, har resulteret i mange individuelle aftaler og mange problemstillinger i det daglige arbejde pga. tvivl om ansvarsfordeling.

Diskussion

Ifølge to Cochrane-review er der tendenser, der peger på, at akutfunktioner, der er mobile, tilgængelige hele døgnet, bemanded med kompetent personale, og som er fleksible med hensyn til tid og opgavetyper, kan reducere (gen)indlæggelser og forbedre borgernes livskvalitet og tilfredshed med sundhedsvæsenet (6,7). Disse resultater skal dog tages med forbehold, da der er tale om få studier, hvis metoder kun blev vurderet som "rimelige" eller "dårlige" i de to review. Der var desuden stor forskel på de beskrevne interventioner, og kontrolgruppernes "sædvanlig behandling" var også dårligt beskrevet i de fleste studier (6,7).

I 2015 har 26 ud af 29 kommuner i Region Hovedstaden implementeret akutteam og/eller akutpladser. Målgruppen er overvejende borgere med akutte behov, der ikke kræver indlæggelse. Desuden kan det være uafvendeligt døende borgere, som ønsker

- ▶ at dø i eget hjem, borgere med flere diagnoser eller ældre medicinske patienter. Det er altovervejende sygeplejersker, som varetager akutfunktionerne. I enkelte kommuner indgår også læger samt ergo- og fysioterapeuter. Undersøgelsen bidrager til billedet af, at der fortsat mangler fælles forståelse for indhold i akutfunktioner-

” Undersøgelsen bidrager til billedet af, at der fortsat mangler fælles forståelse for indhold i akutfunktionerne.

ne, definition af målgrupper, afklaring af personalets nødvendige kompetencer, og at organiseringen af samarbejdet mellem kommune, hospital og almen praksis skal præciseres.

Der mangler fortsat randomiserede kontrollerede forsøg, hvor der både indgår mobile akutteam, kommunale akutpladser og indlæggelse på hospital/psykiatrisk center. De to Cochrane review efterlyser studier, der minimum har 450 deltagere, og som følger deltagerne i mindst 12 måneder. Der mangler stadig evidens for akutfunktioners effekt for mortalitet, (gen)indlæggelser, livskvalitet, tilfredshed, mental tilstand, arbejdsmarkedstilknytning og samfundsøkonomi (6,7). Samtidig mangler man fortsat viden om, hvilke typer af bærbart medicinsk udstyr og kommunikationsteknologier der kan bruges for at støtte hjemmebehandlingen, og hvilke modeller for hjemmebehandling der er effektive i de forskellige patientgrupper, for at behandlingen bliver så effektiv og sikker som muligt.

Rapporten kan læses i sin fulde længde på Tværsektoriel Forskningsenheds hjemmeside (<https://www.regionh.dk/tfe/videndeling/litteratur/Sider/Akutfunktioner.aspx>)

Litteratur

1. Kommunernes Landsforening. God praksis i kommunale akutfunktioner i hjemmeplejen. København: Kommunernes Landsforening, 2014.
2. Dansk Sundhedsinstitut. Forebyggelse af indlæggelser – Oversigtsnotat om metoder, koncepter, evalueringer, og effekter. København: Dansk Sundhedsinstitut, 2011.
3. KKR Hovedstaden. Kommunernes fælles rolle – udviklingen af nære sundhedsvæsen, Fælles rammer og målsætninger for kommunerne i hovedstadsregionen. KKR Hovedstaden, 2013.
4. Sundhedsstyrelsen. Definition af subakutte og akutte kommunale sygepleje- og rehabiliteringsindsatser til ældre patienter. København: Sundhedsstyrelsen, Danske Regioner og Kommunernes Landsforening, 2012.
5. Region Hovedstaden. Sundhedsaftale 2015-2018, Region Hovedstaden og Kommunerne i regionen. 2015.
6. Murphy S, Irving CB, Adams CE et al. Crisis intervention for people with severe mental illnesses (Review). The Cochrane Library 2012, Issue 5.
7. Shepperd S, Doll H, Angus RM et al. Hospital at home admission avoidance (Review). The Cochrane Library 2008. Issue 4.
8. SOF I Syd. Evalueringsrapport af ACCESS (Acute Combined CarE for Seniors in Sønderjylland) SOF I Syd, 2015.
9. Dansk Sundhedsinstitut. Evaluering af Udgående Akutafdeling i Kolding Kommune, DSI Rapport, 2010.
10. Kommunernes Landsforening. Mod et Sundhedsvæsen på to stærke ben? Kort og godt om de to væsener til brug for KL's Sundhedskonference 2015. København: Kommunernes Landsforening, 2015.

English abstract

Schou L, Meijer M, Hendriksen C. Major municipal disparities in acute-care services. *Sygeplejersken* 2016;(1):80-4.

The literature indicates that out-of-hospital acute medical care services that are mobile, available around the clock, staffed by trained professionals, and which are flexible in terms of time and type of call-out can reduce (re)admissions and improve patients' quality of life and satisfaction with the health service. In February 2015, Tværsektoriel Forskningsenhed (TFE), a cross-sectoral research unit, conducted a questionnaire-based survey of the prevalence, content and organisation of the out-of-hospital acute medical care services provided in the Capital Region of Denmark's 29 municipalities. The questionnaire-based survey showed that 26 out of 29 municipalities in the Capital Region of Denmark have introduced out-of-hospital acute medical care services in the form of mobile acute-care teams or municipally-run acute-care centres. The target group is largely made up of persons in need of community-based acute medical care. It also includes irreversibly dying persons who wish to die at home, persons with comorbid conditions or elderly medical patients. This form of emergency medical care service is largely provided by nurses. In some municipalities, the team also includes physicians and occupational therapists and physiotherapists. The survey contributes to the picture that consensus is still lacking on the ideal content of such out-of-hospital acute medical care services, a definition of target groups, clarification of the requisite training of team members, and detailing of the organisation of continuity of care between the municipality, hospital and primary care physician.

Keywords: Acute medical care services, acute care teams, acute care centres, out-of-hospital nurse-led acute medical care, cross-sectoral continuity of care.
