



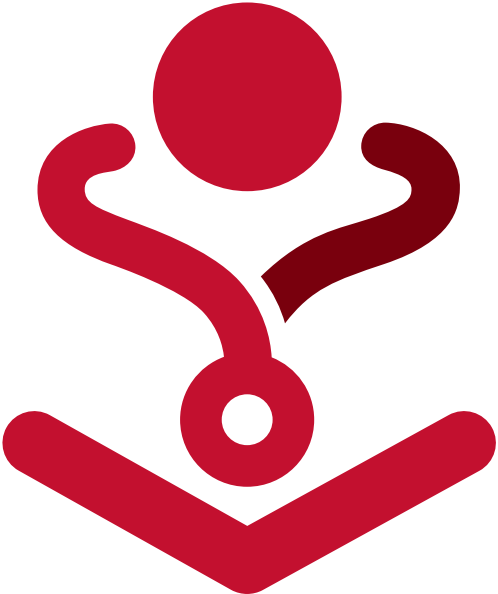
Norsk forening for
allmenntidning

DEN NORSKE LEGEFORENING



Medisinskfaglig veileder for kommunale akutte døgnplasser (KAD)





Innholdsfortegnelse

Side

Bakgrunn	5
Medisinskfaglig innhold i KAD	5
Inklusjons-/eksklusjonskriterier	5
Forutsetninger for innleggelse	7
Utstyr til diagnostikk og behandling	7
Journalssystemer/dokumentasjon	8
Kompetansekrav til KAD-lege	8
Kommuneoverlegens rolle	8
Geografi	9
Responstid	9
Legebemanning	9
Fastlegens rolle	10
Legevaktens rolle	10
Sykehusets og spesialisthelsetjenestens rolle i utviklingen av KAD	11
Evalueringsverktøy	11
Suksesskriterier	11
Presentasjoner av noen KAD-enheter i Norge	12
Legeforeningens referansegruppe for KAD-senger	15

Bakgrunn

I kjølvannet av Samhandlingsreformen har over 200 kommuner etablert kommunale akutte døgnplasser (KAD-senger). Foreløpig fins det ingen tydelige avklaringer om hva det medisinske tilbudet skal inneholde. Omfang og bruk av KAD-senger avhenger av lokale forhold som innbyggertall, geografi, tilgang til ulike helsepersonellgrupper etc. Med denne bakgrunn har Norsk forening for allmenntilleggsmedisin opprettet en referansegruppe for KAD-senger, som basert på erfaringer fra ulike deler av landet skal gi faglig begrunnede anbefalinger til bruk for helsepersonell og beslutningstakere. Gruppen er sammensatt av allmenn- og samfunnsmedisinere med bred KAD-kompetanse fra etablering, drift og forskning. Medlemmene har på ulike måter erfaring fra både små og store KAD-enheter, med geografisk spredning i alle helseregionene, og med både mangeårig spesialisterfaring og yngre kollegaer representert.

Arbeidet er støttet av Legeforeningens fond for kvalitet og pasientsikkerhet.

¹Medisinskfaglig innhold i KAD

Alle kommuner skal ha kommunale øyeblikkelige hjelp plasser fra 1. januar 2016. I Samhandlingsreformen omtales kommunenes nye ansvar som tilbud før, istedenfor og etter sykehusbehandling. Etablering av KAD utgjør et kommunalt FØR og ISTEDEFOR, hvor dette tilbudet skal være like godt og bedre enn innleggelse i sykehus.

KAD skal være et allmenntilleggsmedisinsk tilbud som skal gis til dem som har behov for observasjon, behandling og tilsyn, men som ikke har behov for innleggelse i sykehus, der innleggelse i KAD kan erstatte innleggelse i sykehus. Plikten er avgrenset til pasienter som kommunen har mulighet for å utrede, behandle og yte omsorg for.

Forutsetningene for å etablere KAD er svært ulike i kommunene. Noen kommuner er små, noen er store, noen har langt til nærmeste sykehus og noen er vertskommuner for lokalsykehus. Geografi, størrelse, samarbeidsklima, medisinske resurser og muligheter påvirker kommunenes valg av løsning for å imøtekomme kravene.

KAD er en kommunal oppgave, og det er kommunen som har ansvar for å sikre god kvalitet på tjenesten. KAD skal være istedenfor sykehus og det er nødvendig med et tett samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

Inklusjons-/eksklusjonskriterier

Tilbudet gjelder de pasienter og brukere som kommunene har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg til (helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5). Tilbudet vil også kunne gjelde pasienter med uavklart tilstand, som kommunen er i stand til å behandle, forutsatt at det er liten risiko for akutt livstruende forverring. Det forutsettes god kommunikasjon med sykehuset og

¹ Kommunens plikt er hjemlet i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5, 3.ledd.

Inklusjonskriterier:

- Pasienter som ellers ville bli innlagt i sykehus
- Skal være tilsett av lege før innleggelse
- Akutt forverring av definerte, kjente tilstander
- Uavklarte tilstander der fare for akutt forverring vurderes som liten
- Kjent funksjonssvikt hos eldre pasienter
- Voksne og barn > 16 år²

Eksempel på diagnoser/tilstander:

- Infeksjoner (pneumoni, urinveisinfeksjon, hudinfeksjon, gastroenteritt)
- KOLS med forverring som ikke krever overvåkning med blodgass eller mekanisk ventilasjonsstøtte.
- Dehydrering ved interkurrent sykdom, for eksempel infeksjoner eller sterk svangerskapskvalme
- Smerteproblematikk (kjent årsak, fall med stabile frakturer)
- Behandling av høy INR uten tegn til pågående livstruende blødning
- Diaré eller obstipasjon
- Blodtransfusjon
- Brystsmerter, KOLS og magesmerter kan observeres og behandles på KAD om de lokale forutsetninger tilsier at dette er forsvarlig og om nødvendig etter konferanse med relevant sykehusspesialist.

Denne listen er ikke uttømmende og spekter av diagnoser og tilstander vil være avhengig av lokale forutsetninger.

Eksklusjonskriterier:

- Hovedproblem rus eller psykiatri
- Akutt funksjonssvikt og delir/forvirringstilstander hos eldre med uavklart årsak
- Gravide med svangerskapskomplikasjoner

² Grensen er ikke absolutt. Eksempler på tilstander som forsvarlig kan behandles i KAD: Commotio hos barn, væskebehandling/intravenøs antibiotikabehandling hos barn/ungdom med tonsillitt eller mononukleose.

Forutsetninger for innleggelse

Før innleggelse skal pasienten være tilsett av lege. Lege- til lege konferanse ved innleggelse i KAD er å foretrekke. Man vil da kunne avklare om dette er en pasient som faller innenfor kriteriene for innleggelse i lokal KAD jfr ulikheter i kompetanse og behandlingsmuligheter. Man vil også kunne avklare og diskutere behandlingsplan og oppfølgingsplan etter at pasienten har kommet til avdelingen. Om dette ikke er mulig skal henvisningen inneholde en behandling- og observasjonsplan frem til pasienten tilsees av lege ved KAD.

Innleggelsesskriv skal foreligge som ved innleggelse i sykehus. Den må inneholde tentativ diagnose, beskrivelse av pasientens funksjonsnivå, medisinliste, allergier etc.

De leger som vil kunne legge inn i KAD er kommunale leger (fastleger, legevaktsleger og sykehjemsleger). Det bør dog være mulig for innleggende lege å sende pasientene til det lokale sykehuset for en rask avklaring og diagnostikk før innleggelse i KAD.

Forventet gjennomsnittlig liggetid bør ikke overstige 3 døgn. Dette for at rett pasientkategori skal havne på KAD og at ikke KAD blir en sykehjemsavdeling.

Utstyr til diagnostikk og behandling

- Det bør være tilgang til diagnostisk utstyr for behandlingsoppfølging og for å utelukke differensialdiagnostiske tilstander som krever sykehusinnleggelse. Behovet for utstyr er avhengig av størrelse på avdelingen og kompetanse, men KAD bør som et minimum være utstyrt med det en forventer på et allmennlegekontor, i tillegg til punktene under:EKG
- Hjertestarter
- Oksygen
- Klinisk-kjemisk lab: CRP, Hb, Glukose, INR, U-stix

Dette arsenal kan med fordel utvides med ALAT, Na, K, Cl, Kreatinin, Bilirubin og i visse tilfeller blodgassanalyser. Større KAD-avdelinger vil kunne ha nytte av celleteller. I tillegg bør man minimum ha tilgang til sendeprøver i ukedagene og svar innenfor samme døgn.

Laboratoriet bør være innmeldt Noklus eller annet akkreditert kvalitetssikringssystem.

Kommunene må for øvrig sørge for tilstrekkelig utstyr og laboratoriefunksjoner for å ivareta innlagte pasienter. Behandlingsutstyr vil til en hver tid bestemmes av hvor kompliserte og dårlige pasienter som befinner seg i avdelingen. Behandlingsutstyr for akutte tilstander som hjertestans, allergi, hypovolemisk sjokk og respirasjonsvansker må være tilgjengelig på KAD. Det må også være behandlingsutstyr til kateterisering, i.v.-tilførsel av væske og medisiner samt utstyr til inhalasjonsbehandling på forstøverapparat. Det bør også finnes et medisinlager hvor de mest nødvendige medisiner er tilgjengelig.

Når det gjelder tilgang til radiologiske tjenester (f.eks. rtg. thorax) er det anbefalt at det etableres avtale med lokalsykehusets røntgenavdeling (hvor det er tilgjengelig) eller lokalt røntgensenter for tilgang til ØH-timer slik at pasienten kan prioriteres til billedundersøkelser raskt hvor dette er hensiktsmessig og nødvendig for innleggelse og behandling i KAD.

Journalssystemer/dokumentasjon

Helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven, helsepersonelloven og pasient- og brukerrettighetsloven regulerer kravene til dokumentasjon.

KAD, fastlegene og spesialisthelsetjenesten skal tilstrebe gjensidig utveksling av pasientinformasjon og innhente relevante epikriser hos hverandre for å ivareta pasientsikkerheten og sikre optimal behandling. Henvisende lege og fastlege skal ha epikrise ved utskrivelse fra KAD.

Man bør tilstrebe å ha systemer der man elektronisk kan overføre, rtg svar, lab svar, epikriser, henvisningsnotat, meldinger, medisinark etc.

Kompetansekrav til KAD-lege

KAD er allmennmedisin. Kommunehelsetjenestens (kurativ del) høyeste legekompentanse er spesialitet i allmennmedisin og leger som jobber i KAD bør ha denne kompetansen. Det anbefales at medisinsk-faglig ansvarlig/overlege i KAD er spesialist i allmennmedisin. I større enheter med flere leger kan det være aktuelt å tilsette ALIS-lege (Lege i spesialisering i allmennmedisin) under veiledning av lege med spesialistkompetanse. Andre relevante hovedspesialiteter med breddekompetanse som indremedisin og geriatri kan sidestilles med spesialitet i allmennmedisin, også i overlegestillinger.

Det er i dag krav om 3 års veiledet tjeneste (hvorav turnustjenesten utgjør 2 år) for å bli godkjent allmennlege/EØS-lege og dermed kunne jobbe selvstendig i allmennpraksis på trygderefusjon. Det anbefales samme kompetansekrav til leger som skal jobbe selvstendig i KAD. Turnusleger og allmennleger under veiledning bør ikke jobbe selvstendig i KAD uten at det foreligger veiledning av godkjent allmennlege/spesialist i allmennmedisin.

I dag gir tjeneste i fastlegepraksis meritterende tjeneste til videre- og etterutdanningen til spesialiteten allmennmedisin. Andre kommunale oppgaver (bl.a. helsestasjonsarbeid, sykehjem, fengsel, skolehelsetjeneste, legevakt m.m) gir også meritterende tjeneste i etter- og videreutdanningen. Det må legges til rette for at også tjeneste i KAD-enheter blir meritterende etter spesialistreglene i allmennmedisin. Dette er vesentlig for å kunne opprettholde høy andel med allmennmedisinspesialister i KAD.

Kommuneoverlegens rolle

Samfunnsmedisinsk kompetanse er viktig for å kunne skape et tilbud som er hensiktsmessig, og i tråd med kommunens behov. Kommuneoverlegen bør derfor ha en sentral rolle i planlegging, etablering og drift av KAD.

Geografi

KAD skal gi et like godt eller bedre behandlingstilbud som sykehus for de aktuelle pasientgruppene. Nærhet er et viktig aspekt for pasienter og pårørende, men også for helsepersonell. Geografi er av betydning for lokalisering og organisering av KAD og naturligvis vil det være stor variasjon nasjonalt. Geografiske forhold eller størrelsen på KAD skal ikke være til hinder for å gi et godt og likeverdig medisinsk-faglig tilbud.

Mange steder kan både pasientene og legene være tjent med at KAD plasseres lokalt i et sykehjem. Andre steder vil samarbeid mellom to eller flere kommuner være naturlig. Det betyr at vi kommer til å se både sentralisert KAD-avdelinger basert på interkommunalt samarbeid og små KAD-avdelinger integrert i sykehjem.

Responstid

Responstid er hvor lang tid det tar fra KAD kontakter lege til lege fysisk kan være tilstede på avdelingen for å vurdere en pasient. KAD skal i utgangspunktet ikke brukes til ustabile pasienter og en kan ikke stille samme krav om responstid som til vakt i sykehus. Det er heller ikke i allmenmedisinsk vakt stilt krav til responstid.

Vakthavende sykepleiere må ha et godt «verktøy» for tidlig å fange opp forverringer. Hvilke parametere som skal overvåkes og hyppighet av monitoringen må avklares ved innleggelse og forløpende ved legevisitt. Regelmessig overvåkning av vitale parametere som respirasjonsfrekvens, oksygenmetning, BT, puls, temperatur og bevissthetsnivå, må settes i system på avdelingen. Gjennom tett kontakt med KAD -lege kan "farlig" utvikling fanges opp på et tidlig stadium.

Lege knyttet til KAD skal undersøke innlagte pasienter så rask som mulig. Da avdelingen er organisert forskjellig, er det vanskelig å angi hvor lang responstid er akseptabel. Behovet for tilgjengelig lege for uforutsette hendelser (øyeblikkelig hjelp) er avhengig av hvor stor risiko som foreligger. Dette er i sin tur avhengig av størrelsen på avdelingen og hvilke pasienter som ansees som målgruppe. Det er naturlig at kommuneoverlegen, i samarbeid med kommunen gjør en vurdering av hvilken ordning som er hensiktsmessig og forsvarlig.

Pleierene på KAD må også ha den nødvendige kunnskapen om håndtering av akutte, livstruende tilstander og ha utstyr til å håndtere disse.

Legebemanning

Det finnes ingen mal som beskriver legebemanningen for KAD. Helsedirektoratets veileder nøyer seg med å beskrive at virksomheten må sørge for forsvarlig bemanning og at personalet må ha nødvendige kvalifikasjoner for å utføre de oppgaver de blir tildelt. Det nærmeste en kommer anbefalinger, er Legeforeningens anbefalinger for legebemanning i sykehjem. Med anbefalt gjennomsnittlig liggetid på 3 døgn og innleggelser som i stor grad dreier seg om aktiv behandling, er det timetallet ved palliativ plass som er mest sammenlignbart. Det vil si at en bør legge seg over anbefalingen om 5 uketimer per plass pga kort liggetid/høy turnover. En må minimum sikre pasientene en daglig visitt, også på helgedager. I tillegg til det kliniske arbeidet må det settes av tid til system- og driftsoppgaver. Pasienter bør som regel tilses av lege kort tid etter innleggelse i KAD.

Fastlegens rolle

Fastlegens oppgaver, plikter og roller er stort sett uendret med KAD-tilbudet. Kommunen har mulighet til å tilplikte fastlegene til arbeid på KAD opptil 7,5t/uke som en del av kommunalt legearbeid i kommunen; jf. rammeavtalen/fastlegeforskriften. Fastlegen bør spille en sentral rolle i planleggingen av etablering og drift av KAD-enheter. Det er med andre ord svært viktig at fastleger har god kjennskap og tillit til KAD for at ordningen skal bli vellykket. Fastlegen besitter førstehåndskunnskap om pasientens aktuelle og tidligere sykehistorie (forverrelser, sykehusinnleggelse, risikofaktorer), psykososiale forhold og oppdatert medisinliste. Dette er viktig kunnskap i vurderinger om hvor pasienten er aktuell for innleggelse i KAD.

Det må legges til rette for god kommunikasjon med fastlege under opphold i KAD og ved utskrivelse. Mulighet for elektronisk epikrise til fastlege er en fordel. Dette ivaretar pasienten i den videre oppfølgingen etter at oppholdet i KAD er avsluttet.

Legevaktens rolle

Legevakten har en sentral rolle i primærhelsetjenestens akuttmedisin. Legevakten er derfor en viktig samarbeidspartner for KAD, både rent faglig og som samarbeidende instans. To tredjedeler av akuttinnleggelse i sykehus kommer fra legevakt. Legevaktlegen er dermed en viktig aktør for å sile ut dem som skal inn i KAD. Legevakten er en tilgjengelig bemanningsressurs i kommunen, særlig utenom normal arbeidstid i områder med få fagfolk. Videre er legevakten ansvarlig for akuttmedisinsk beredskap for alle som befinner seg i kommunen, inkludert utrykning ved uforutsett akutt behov hos pasienter som befinner seg i KAD.

Planlagte tilsynsoppgaver i KAD (legevurdering etter innkomst, visitt, oppfølging og utskrivningsarbeid) er ikke en lovmessig del av legevaktforpliktelsen. Ofte bemannes legevakten av mange forskjellige leger, med varierende kunnskap og erfaring. Legevakten bør ikke brukes til planlagt oppfølging av pasienter som er innlagt i KAD dersom stabilitet og kompetanse ikke er sikret. Henvissingsarbeid og beredskapsansvar for KAD medfører likevel økt arbeidsbyrde på legevakten. Mange steder har ikke legevakten tilstrekkelig kapasitet, kompetanse og utstyr til å håndtere disse oppgavene, og det blir dermed enklere å legge pasientene inn i sykehus. Dette bidrar til manglende belegg i KAD.

For å kunne ivareta henvissings- og beredskapsoppgaver knyttet til KAD på en hensiktsmessig og forsvarlig måte, er det mange steder behov for en styrking av legevakten. Nødvendig utstyr og kjøretøy må være tilgjengelig. Kompetanse og kunnskap om KAD må sikres. Økt arbeidsbelastning må kompenseres med økt bemanning og avlønning. I mindre kommuner hvor det er vanskelig å få tak i kompetent personell kan det være hensiktsmessig å legge til rette for bedre utnyttelse av kommunen(e)s bemanningsressurser på tvers av instanser, gjennom sambruk med legevakt, særlig utenom normal arbeidstid. Dette forutsetter inngåelse av egen avtale, som helst bør reguleres i lokal særavtale eller lokal forsøksordning med hjemmel i KS hovedavtale del A § 4-5 eller § 4-6. For mer utfyllende om dette vises det til Legeforeningens "Veileder til utarbeidelse av avtaler om bemanning av kommunalt akutt døgnopphold (KAD)". Uansett bør det samarbeides med legevakten om felles beredskapsplanlegging og trening, og videreutvikling av kommunens akuttmedisinske fagmiljø.

Sykehusets og spesialisthelsetjenestens rolle i utviklingen av KAD

Spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt overfor kommunehelsetjenesten kan spesielt komme til anvendelse i vurderinger rundt innleggelser i KAD både på systemnivå og i enkelttilfeller.

Evalueringsverktøy

Det er viktig å følge utviklingen for å se at tiltakene som iverksettes har ønsket god kvalitet og ønsket effekt. Som basis for dette er det nødvendig med systematiske registreringer og forskningsmessig evaluering. Indikatorene nedenfor er ikke uttømmende:

- Pasientantall, liggetid, beleggsprosent, re-innleggelser
- Evaluering av helhetlige pasientforløp
- Hoveddiagnose og relevante bi-diagnoser
- Overføring av pasienter til sykehus
- Utvikling av antall ØH sykehusinnleggelser fra de ulike kommunene.
- Effekt på kommunal medfinansiering
- Pasienttilfredshet
- Evaluering blant fastleger og legevaktsleger
- Avvik og klagesaker – begge parter

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin har planer om et **forskningsprosjekt om organisering, innhold, pasientforløp og klinisk kvalitet i KAD**. I dette prosjektet er det tenkt å registrere opplysninger om organisatoriske forhold, bemanning, utstyr, prosedyrer, rutiner, økonomiske forhold etc. fra alle landets KAD-enheter. Videre skal det registreres pasientdata vedrørende klinisk innhold og pasientforløpet i forkant, under og i etterkant av KAD-oppholdet fra alle pasienter i et representativt utvalg KAD-enheter, som så skal kobles mot relevante opplysninger fra en rekke nasjonale registre for å evaluere helhetlige pasientforløp ved opphold i KAD.

Suksesskriterier

- En undersøkelse utført av Deloitte for HDir/KS³ trekker frem følgende suksesskriterier: Involvering av alle berørte parter i hele prosessen (planlegging, etablering og drift)
- Samhandling og dialog mellom alle involverte parter
- Sikre at alle berørte parter opplever eierskap til tilbudet

³ KS FoU-prosjekt nr 134018: Øyeblikkelig hjelp døgntilbud i kommunene

- Legge til rette for samhandling og dialog i form av felles møtearenaer
- Kompetanseheving blant sykepleiere, gjerne ved hospitering på sykehus nøkkelkriteriene til suksess.

Noe av det viktigste suksesskriteriet referansegruppen legger vekt på er viktigheten av god planlegging helt fra starten av der alle involverte yrkesgrupper og instanser er med. Spesielt viktig er tidlig involvering av fastlegene. Vi identifiserer også at lege-til lege konferanse ved innleggelse i KAD gjør at tilbudet er mer attraktivt. God legebemanning i KAD er også et av nøkkelkriteriene til suksess.

Presentasjoner av noen KAD-enheter i Norge

Hallingdal

De 6 kommunene i Hallingdal (Flå, Nes, Gol, Hemsedal Ål og Hol) med til sammen ca. 22.000 innbyggere har siden september 2012 valgt å samarbeide om 3 interkommunale døgnplasser ved Hallingdal sjukestugu, en avdeling under Ringerike sykehus i Vestre Viken HF, lokalisert i Ål kommune. Kommunene overfører 50 % av sitt øyeblikkelig hjelp-tilskudd via vertskommunen Ål til helseforetaket for å drifte disse plassene. Dette KAD-tilbudet vil bli videreført og inngå som en del av driften av Hallingdal sjukestugu som en intermedieæravdeling med 10 kommunale + 10 spesialisthelsetjenestesengeplasser i et samarbeid og spleiselag med Ringerike sykehus. Den nye intermedieæravdelingen skal være oppe og gå fra 2016 og skal være et tilbud med heldøgns plasser som finansieres og drives av kommune og foretak i fellesskap, hvor pasientene kan behandles før, i stedet for eller etter innleggelse i sykehus. Vestre Viken vil fortsette å ivareta det medisinskfaglige ansvaret for all behandling slik som i dag når avdelingen vil bli utvidet fra dagens 16 plasser til 20 plasser i 2016. Det daglige medisinskfaglige ansvaret ligger hos avdelingsoverlege. Det er i dag tilsatt 2 overleger i full stilling i avdelingen, begge med mange års bakgrunn som fastleger i Hallingdal. Det er på ukedagene også visittgang ved sykehusspesialistene som besøker poliklinikken som ligger i samme bygg som sengeavdelingen. Avdelingslegene er etter vanlig arbeidstid tilgjengelige på telefon. For innleggelser på KAD-plasser utenom vanlig arbeidstid på virkedager, har innleggende lege eller legevaktslege ved interkommunal legevakt (beliggende i samme bygg) det medisinskfaglige ansvaret frem til avdelingslege er på plass i ordinær arbeidstid. Dette er beskrevet i egen avtale om KAD mellom Vestre Viken og Hallingdalskommunene. Lege ved luftambulansbasen vegg-i-vegg kan også tilkalles ved krevende akutttilstander.

Hallingdalskommunene har i ulik grad rustet opp sykehjemmene sine i forbindelse med samhandlingsreformen. Nes kommune (3450 innbyggere) har for eksempel har nylig åpnet en nyoppusset sykehjemsavdeling hvor det i korttidsavdelingen også er 2 senger tilgjengelig for øyeblikkelig hjelp innleggelse fra fastlege eller legevaktslege. Disse sengene brukes dynamisk som KAD-senger, men hvor innleggende lege har ansvar for pasientene inntil sykehjemslegen har sin visitt.

**Kontaktperson: Øystein Lappegard, kommuneoverlege i Ål
(oystein.lappegard@aal.kommune.no)**

Nordhordland ØH-D

Nordhordland ØH-D er organisert interkommunalt etter vertskommune-modell og ble etablert september 2013. Distriktet består av 9 kommuner med tilsammen ca. 42.000 innbyggere, der det er opprettet en KAD-enhet med 6 senger ved den interkommunale legevakten i regionstettstedet Knarvik. KAD-enheten er bemannet med to fastlønnede overleger i 60 % stilling, slik at det er egen dedikert lege tilstede på dagtid, og tilgjengelig i bakvaktsfunksjon på kveld og i helg. I tillegg er det inngått egen vaktturnusavtale for KAD-leger i perioden mellom kl. 16 og 08, samt i helg og på helligdager, der disse også jobber på legevakten. Denne turnusen er organisert slik at det hele tiden er to fastlønnede leger på legevakten, der den ene er hovedansvarlig for tilsyn i KAD-avdelingen, men der begge skal være tilgjengelig for gjensidig assistanse ved behov. På pleiesiden er det til enhver tid 3-4 sykepleiere ved legevakten, hvorav én hele tiden skal være ved KAD-enheten, med mulighet for oppbemanning fra legevakten ved behov. Det er opprettet samarbeidsavtale med Haraldsplass Diakonale sykehus (lokalsykehuset) og egen metodebok for KAD-avdelingen. Beleggsprosent er ca. 40-45% i 2014.

Kontaktperson: Avd.overlege Kristian A. Simonsen (kristian.anton.simonsen@helse-bergen.no) eller Sigfrid Reisegg (sigfrid.christine.reisegg@ihelse.net)

Indre Østfold Medisinske Kompetansesenter

Indre Østfold Medisinske Kompetansesenter er et interkommunalt selskap eid av de 7 indre Østfold kommunene: Hobøl, Skiptvet, Trøgstad, Askim, Eidsberg, Marker og Spydeberg. Til sammen er befolkningen på ca. 55 000, varierende fra rundt 3500 til 15000 i kommunene. KAD sengene er plassert i gamle Askim sykehus, sentralt i Askim og i senter av alle kommunene. KAD avdelingen består av 7 senger med legebemanning og sykepleier bemanning hele døgnet. Den er samlokalisert med legevakt og samfunnsmedisinsk enhet. Vakthavende lege har flere oppgaver bl.a. bakvakt for legevakt, ambulerende lege og den legen som rygger ut på rød respons om nødvendig i tidsrommet 1600-0800. Det er lege til lege kontakt hele døgnet ved innleggelse av pasient på KAD.

KAD åpnet i mai 2013. Frem til des. 2013 er snitt liggetid på 3 døgn, og antall innleggelser var 358. De første mnd. i 2014 har beleggsprosenten ligget rundt 70%.

Kontaktperson: Fagansvarlig/overlege Espen Storeheier (Espen.Storeheier@iomk.no)

Røros

St. Olavs hospital HF Røros sykehus avd. for kommunal etterbehandling og observasjon (EEO) er samlokalisert med Røros SH og ligger i 2.etasje på sengeposten. Ved Røros SH drives det poliklinisk virksomhet innen ortopedi, gynekologi, ØNH, hud, psykiatri og lungemedisin. Sengeposten er samlokalisert med 3 spesialistsenger som brukes til opererte pasienter med behov for overnatting. Det er innleggende legespesialist som til enhver tid har ansvar for disse pasientene.

Røros kommune har legevaktsamarbeid med Ålen og Os kommune, for tiden 8-delt døgnvakt. Opptaksområdet er på 10 000 til sammen. Tidligere Røros SH har nå etablert IMA, intermediæravdeling som vil være slik KAD fungerer i enkelte andre kommuner. Det pågår for tiden et arbeid for å etablere samarbeid med flere kommuner slik at disse KAD-sengene kan benyttes av flere kommuner i fjellregionen, foreløpig er Tolga og Os kommune med i tillegg til de som nevnt over. Avdeling Røros SH er underlagt St. Olavs hospital. EEO består av: 6 etterbehandlingssenger (4,5 senger for etterbehandling og 1,5 seng for utskrivningsklare pasienter), 2 kommunale øh-senger og 1 legevaktseng. I helgene skal det ikke ligge pasienter med behov for spesialisthelsetjeneste. Beredskapen på posten er da vakthavende legevaktslege.

Hvis en pasient er blitt operert og har behov for ytterligere innleggelse ut over fredag kl 17 må aktuell spesialist/anestesilege være igjen på Røros, alternativt må pasienten flyttes over til St. Olavs hospital som er moderavdeling for Røros SH.

Kontaktperson: Fastlege Johanna Westin (Johanna.westin@gmail.com)

Bø kommune

Bø kommune er en liten kommune på yttersiden av Vesterålen med 2700 innbyggere. Bø har valgt å lokalisere alle sine helse- og omsorgstjenester i et bygg, sentralt plassert i kommunen. Sykehjemmet som ble bygget i 2004 har totalt 48 plasser. KAD (0,38 plass) er en del av kortidsavdelingen som har 4 rom (inntil 8 pasienter) tilgjengelig. KAD blir brukt fleksibelt og avhengig av belegg er det mulig å legge inn flere akutt pasienter.

Sykehjemmet har sykehjemslege i 50% stilling som er ansvarlig for KAD.

Kommunen har lokal legevakt hverdager frem til 21 og deltar i Vesterålen legevakt som ligger 80 km fra Bø. Det er fastlege og legevakslege som har anledning til å legge inn pasientene på KAD. Innleggende lege er ansvarlig for pasienten på KAD inntil sykehjemslege har gått visitt. For å sikre tilgjengelig lege for KAD må legevakslege på interkommunal legevakt derfor avtale med lokal lege i Bø om oppfølging av pasienten. I 2013 hadde KAD 37 innleggelser, gjennomsnittlig liggetid var 2,8 døgn, beleggspersent 27%.

Kontaktperson: Kommuneoverlege Anders Svensson (anders.svensson@bo.nhn.no)

Mosseregionens lokalmedisinske senter (MLMS)

Senteret er lokalisert ved Peer Gynt Helsehus i Moss. Helsehuset består av tre kortidsavdelinger, en lindrende enhet, en rehabiliteringsavdeling, 3 USK senger og MLMS. MLMS er interkommunal og Moss er vertskommune. Kommunene Moss, Rygge, Råde og Våler samarbeider om øh-sengene. Befolkningsgrunnlaget er ca. 57000 innbyggere og senteret har 7 KAD-senger. Nærmeste sykehus med akutt mottak er Sykehuset Østfold Fredrikstad som ligger ca. 40km unna.

Avdelingen er bemannet med lege fra 08 til 16. Om helgene og alle helligdager er det avsatt ca. 2 timer til visitt hver dag. Bakvakt på hverdager etter kl. 16 er legevakten. I helgene har en av legene telefonvakt uten krav om utrykning fra 08 til 22. To leger som jobber ved MLMS i 50% stilling hver og 50% på andre avdelinger på helsehuset.

Kontaktperson: Thor Løken, spesialist i allmenntilleggsmedisin (thor.asbjorn.loken@moss.kommune.no)

Oslo

Kommunal akutt døgnenhet i Oslo gir tilbud til hele Oslos befolkning på over 630.000 innbyggere, og står i en særstilling grunnet avdelingens størrelse med 32 sengeplasser som skal økes til 73 innen 2016. Dette gir grunnlag for god bemanning og høy kompetanse, og gode forutsetninger for å nå målet om å redusere antallet ø-hjelpsinnleggelser i sykehus, samt gi pasientene bedre eller minst like god behandling som ved innleggelse på sykehus. KAD ble startet opp i tråd med prosjektrapporten fra en bred sammensatt prosjektgruppe der alle involverte parter var representert. Driften følges videre av en tilsvarende referansegruppe. Det er etablert avtaler om evaluering og følgeforskning. KAD ligger på Aker sykehus og drives i nærhet til Legevakt Aker.

Hva omfatter tilbudet?

- KAD har tilgang på lege hele døgnet. (Ansatte leger i samlet 7 legeårsverk)
- Overlege med spesialitet i allmenntillegisin eller tilsvarende kompetanse er tilknyttet avdelingen.
- Det er tilgang på røntgen, CT og laboratorietjenester.
- Sykepleier er til stede i KAD hele døgnet.

Fastlege, legevakt samt lege i akuttmottak og poliklinikker på sykehus kan legge pasienter direkte inn på KAD etter å ha konferert med KAD-ansvarlig lege på telefon.

KAD overlege har ansvar for diagnostisk vurdering av pasientene, behandlingsplan og oppfølging, samt utskrivning og epikrise.

Kontaktperson: Seksjonsoverlege Bjørn Sletvold (bsletvold@gmail.com)

Legeforeningens referansegruppe for KAD-senger

Oslo, 25. april 2014

Espen Storeheier (leder) - Rakkestad

Anders Svensson - Straumsjøen

Bjørn Sletvold - Oslo

Johanna Westin - Røros

Ståle Sagabråten - Nesbyen

Thor Asbjørn Løken - Moss

Kristian A. Simonsen - Nordhordland

Silje Foldøy Furu - Bergen



Norsk forening for
allmenntillegger

DEN NORSKE LEGEFØRENING