

7 Observasjonsposten

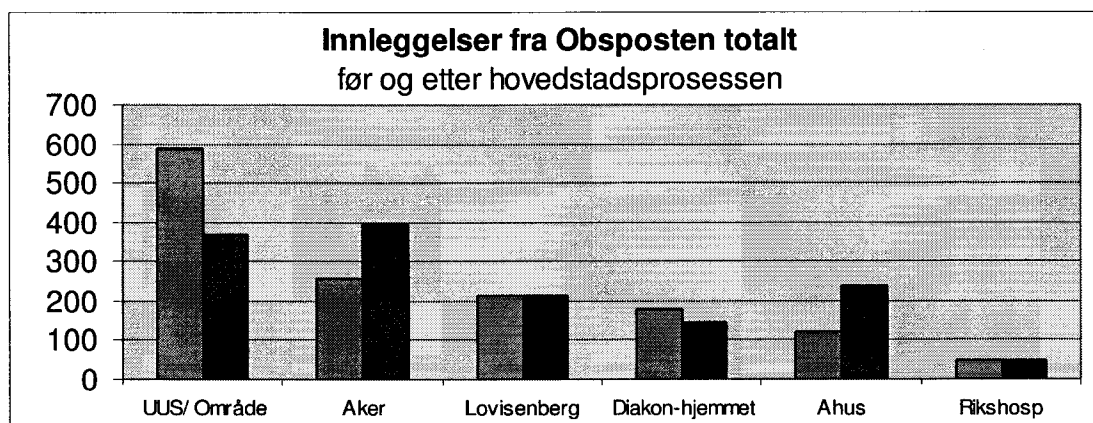
7.1 Dagens observasjonspost – storbyens sykestue

Pasientene i dagens observasjonspost er innlagt for et bredt utvalg av problemstillinger. Posten brukes til å kvalitetssikre arbeidet på poliklinikken, tilby pasientene rask avklaring på laveste effektive nivå og skjerme pasienter og sykehus fra unødige innleggelser. Resultatet er at pasientene ferdigbehandles på ett sted, og at man raskt kan bistå i forhold til både medisinske og sosiale problemer. Maksimal liggetid er 24 timer.

Bemanningen er 1 overlege (p.t. spesialist i nevrologi), og ½ allmennlege på dagtid samt på helgedager 1 allmennlege. På kvelds- og nattetid har vakthavende lege på poliklinikken tilsyn med posten. Posten har 24,5 sykepleierårsverk. Det behandles omkring 7000 pasienter pr år (2007). De viktigste diagnosegruppene er

Brystmerter (antatt ikke koronare), besvimelse, kardiologi:	20-35 %
Nevrologi, magesmerter, infeksjoner (unntatt sepsis):	10-15 %
Psykatri, psykososiale belastninger, overgrep:	10-15 %
Hjernerystelse	10 %
Skader utenom hjernerystelse	10 %
Astma og KOLS	5-10 %

Omkring 1400 pasienter (20 %) innlegges videre i sykehus, 75 % av disse i medisinsk avdeling. Tabellen viser hvor pasientene ble innlagt i 2007, og hvordan fordelingen ville bli dersom hovedstadsprosessens prinsipper gjennomføres slik vi har forutsatt i avsnitt 4.6.1)



7.2 Andre observasjonsposter

Flere av sykehusene har etablert separate observasjonsposter. Ingen av disse er tilknyttet en legevaktfunksjon.

Ullevål Universitetssykehus har en observasjonspost med 17 medisinske senger (9 i helgen), hvorav 3 senger benyttes til gastrokirurgiske pasienter. Halvparten av pasientene utskrives innen 1 døgn. Dersom UUS mister sine lokalsykehusfunksjoner er det grunn til å tro at observasjonsposten vil bli innrettet på en annen måte enn i dag.

Diakonhjemmet sykehus har 4 observasjonssenger på dagtid, 5 senger på kveld/natt. De fleste pasientene er indremedisinske og 2/3 utskrives innen 24 timer.

Lovisenberg Diakonale Sykehus har ingen egen observasjonspost, men 3 senger i akuttmottaket benyttes som observasjonssenger ved overbelegg på medisinsk avdeling.

Aker Universitetssykehus har 10 observasjonssenger (5 medisinske og 5 kirurgiske).

I nye Akershus universitetssykehus etableres det i tilknytning til Akuttmottaket to observasjonsposter – en 24-timers post (23 senger) og en 72-timers post (28 senger). Postene vil være felles for medisin, kirurgi, ortopedi, gynekologi, ØNH og nevrologi. Både Akuttmottaket og de to observasjonspostene vil være organisert i Akuttmedisinsk avdeling og på medisinsk legeside vil det bli tilknyttet faste stillinger, mens det på kirurgisk side blir mer ad hoc tilknytning. 3 overleger og 3 assistentleger er fast på postene, og alle turnuslegene på Ahus (totalt 20) skal ha sin medisinske og kirurgiske tjeneste knyttet til de postene. Observasjonsposten har fått en noe høyere pleiefaktor sammenlignet med øvrige sengeposter, Noe av bakgrunnen for den nye organiseringen er at en forventer at inntil 70 % av pasientene forventes å ha liggetid under 3 døgn og en ser for seg at de to nye avdelingene skal utgjøre "lokalsykehuset i områdesykehuset".

Sykehus	Senger medisin	Senger kirurgi
UUS	14 (helg 8)	3 (helg 1)
Diakonhjemmet	4 (kv/n 5)	10-25 %
Aker	5	5
Lovisenberg	(3)	0
Nye Ahus	23 + 28	Se tekst

7.3 År 2012: En styrket storbysykestue

Man har gode erfaringer med observasjonsposten som "storbyens sykestue" fra 1982 og frem til i dag. Posten benyttes til kvalitetssikring av egne pasienter, øker antallet pasienter som kan ferdigbehandles på ett sted, og avlaster sykehusene for innleggelse. Observasjonsposten benyttes også til å løse problemer som det ikke er etablert særskilte ordninger for. Et slikt eksempel er innleggelse av pasienter som ikke er akutt syke, men på grunn akutt nyoppstått behov eller utilstrekkelig hjelp ikke kan bo hjemme. Eksempler på dette kan være marginalt fungerende pasienter som får lettere skader, eller personer med lavt funksjonsnivå som trenger døgntilsyn pga akutt sykdom hos ellers frisk person i samme husholdning. Hjemmetjenesten trenger ofte noe tid for å finne løsninger i slike situasjoner, og innleggelse i sykehus er lite hensiktsmessig.

Gjennom faglig samarbeid kan man med enkle grep utvide observasjonspostens virkeområde slik at flere pasienter ferdigbehandles på ett sted. Aktuelle pasientgrupper er beskrevet i kapittelet om pasientenes behov, og kort oppsummert i tabellen nedenfor. Hver enkelt endring må vurderes nærmere i samarbeid med de involverte fagmiljøene.

Pasientene i tabellen vil representere en økning av antall liggedøgn med ca 50 %. Dette er i tråd med den generelle tendens at flere pasienter i fremtiden vil bli ivaretatt innenfor kommunehelsetjenesten, og at man ved bruk av medisinsk teknologi kan avklare flere tilstander poliklinisk eller ved korte innleggelse. Posten er lite kostnadskrevende i forhold til sengeposter i sykehus. Det må tilføres noe ressurser i forhold til i dag. Det viktigste er sannsynligvis spesialist i indremedisin og forbedret tilgang til radiologiske undersøkelser.

En rekke pasientgrupper bør *ikke* innlegges i observasjonsposten, fordi de vil få et bedre tilbud andre steder. Dette gjelder pasienter som antas å trenge medisinsk behandling på et høyere nivå. Spesielt må pasienter med ustabile vitale funksjoner eller risiko for plutselig dødsfall innlegges i sykehus som tilbyr nødvendige støttetjenester innenfor akuttmedisin som stansteam, anestesiberedskap og respirator kapasitet. Det vil også være krevende å inkludere pasienter underlagt tvang. Det er også

prosjektgruppens oppfatning at Storbylegevakten ikke bør være en mellomstasjon ved overføring fra høyere behandlingsnivå til hjemmet, slike pasienter ivaretas bedre i samspill mellom sykehus og lokalbaserte tjenester og spesialiserte intermedieavdelninger.

Pasientgruppe	Behandling	Liggetid (maks)	Mulig volum	Kompetansekrav (utover dagens)
Skader til mobilisering	Smertebehandling, mobilisering	72	700	Økt bemanning
Ryggsmerter uten faresignaler	Smertebehandling, mobilisering	72	200	
Skader som innlegges direkte i sykehus	Smertebehandling, mobilisering	72	400	
Utvalgte funksjonssvikt	Lab, rtg, CT, observasjonstid	24(-72)	500	CT utvidet Spes indremed. Økt bemanning Overflyttingsrutiner bydel
Passert uvelbefinnende, nå normal neurologi	Lab, rtg, CT, observasjonstid	24	500	CT utvidet
Blodpropp i legg/lunger må utelukkes	Endelig diagnostikk	24	500	Retningslinje CT lunger UL (Radiolog)
Astma/KOLS		72	150	Blodgass
Etseskader, øye	Sekundærvurdering etter skylling	24	150	Opplæring
Diverse pasienter som i dag innlegges etter <24 t uten at ytterligere utredning er nødvendig	Lengre behandlingstid	72	500	
Sum			3600	

7.4 År 2020: Felles observasjonspost med sykehuset?

Dersom Storbylegevakten samlokaliseres med et sykehus kan man i et langtidsperspektiv tenke seg at enkelte pasienter som i dag innlegges i spesialiserte avdelinger kunne få god behandling i en observasjonsenhet på Storbylegevakten. Dette ville være en utvikling som kan ha fellestrekk med Akuttklinikken i Lund og University College Hospital i London, der man etablerer tverrfaglige akuttenheter som overtar akuttfunksjoner og vaktansvar fra spesialistavdelingene og bidrar til at akutt og elektiv virksomhet skilles fra hverandre. En slik utvikling vil i praksis medføre at Storbylegevaktens observasjonspost overtar både funksjoner og pasienter som i dag ligger i observasjonsposter og vanlige sengeposter på sykehusene. Kompetansen hos personellet må heves betydelig. Kravene til god infrastruktur (prosedyrer, IKT-løsninger m.v.) vil være store. Relevante spesialister må involveres tungt i å utvikle pasientforløp, og være tilgjengelige for kompetanseutveksling. I Lund har man akuttposter som behandler et bredt spektrum av tilstander på denne måten.

7.5 Konsekvenser av å utvide observasjonsposten

7.5.1 Liggetid

Dagens maksimale liggetid på 24 timer praktiseres strengt. Pasientene blir med svært få unntak utskrevet neste dag mellom kl 08 og 16, hvilket ofte gir en liggetid på bare 6-12 timer. Dette er nødvendig for å unngå at posten blir fylt opp. Samtidig er det store pasientgrupper som trenger noe lengre tid, men som likevel ikke har behov for spesialisthelsetjenester på sykehusnivå. Disse kunne vært bedre ivaretatt dersom man var noe mer fleksibel i forhold til liggetid. Prosjektgruppen foreslår derfor en maksimal liggetid på 3 døgn. Det skal fortsatt være slik at pasienter som trenger sykehusinnleggelse skal legges inn uten forsinkelse.

7.5.2 Bemanning og kompetanse

En lett forsterket/utvidet observasjonspost vil trenge styrket legebemanning på døgnbasis. Allmennmedisinsk personell og tankegang skal være grunnstammen i en slik observasjonspost, og den viktigste kompetansen er spesialist i allmennmedisin. Ut fra de pasientkategorier som behandles på observasjonsposten i dag, og de man kan tenke seg å utvide med i fremtiden, vil generell indremedisin være det viktigste fagområdet å supplere med. Sannsynligvis bør det tilknyttes indremedisinere i postens ordinære stab. Andre fagområder som nevrologi og kirurgi er også relevante. Innenfor en moderat utvidelse av observasjonspostens arbeidsområde vil det ikke være arbeidsoppgaver nok for disse til å delta som en fast del av bemanningen, men spesialister kan benyttes som ressurs omkring enkeltpasienter dersom forholdene legges til rette for det.

Dersom man ønsker å utvikle Storbylegevakten mot en avansert behandlings- og utdanningsinstitusjon i 2020 og senere, og ser for seg at man vil utvide pasientgrunnlaget på observasjonsposten i retning av det mest radikale forslaget ovenfor, kreves det samlokalisering med sykehus og god tilgang til spesialister på en rekke fagområder. Man bør i et slikt scenario nøye undersøke mulighetene for å etablere nye formelle utdanningsløp som kompetanseområde i legevaktmedisin og spesialist i akuttmedisin.

Observasjonsposten har utarbeidet en særskilt sykepleiefaglig prosedyresamling for god klinisk observasjon av pasientene. Staben er særskilt trent for denne oppgaven. Dersom man utvider virkeområdet slik det beskrives i avsnittet "En styrket storbysykestue" vil prosedyreboken måtte videreutvikles. Behandlingen vil være vesentlig mer omfattende for sykepleietjenesten enn i dag. Dette vil medføre behov for kompetanseheving, og vesentlig satsing på å øke bemanningen i sykepleietjenesten.

Dersom observasjonsposten etter hvert skal overta pasientgrupper som i dag behandles av spesialiserte sykehusavdelinger blir de faglige utfordringene særlig store, ettersom flere fagområder vil møtes i den tverrfaglige posten. Kompetansehevingen det da er snakk om vil være omfattende, og gjelde en vesentlig større stab med sykepleiere enn i dag. Jo lengre man går i å utvikle observasjonsposten til å utføre tradisjonelle sykehusoppgaver, jo mer aktuelt vil det være å dele posten i flere slik man har gjort for eksempel i Lund. Dette vil være en fremtidsrettet utvikling, jamfør visjonen beskrevet tidligere, men stiller krav til lokalisering og organisering, i tillegg til kompetanse.

7.5.3 Lokaler og utstyr

Observasjonspostens lokaler er i dag nedslitt og meget enkle. Man har ikke toalett på rommene, og tilgang til enerom og andre spesialtilpasninger er meget begrenset. Nye lokaler er påkrevet, og disse bør utformes men henblikk på hvilke pasienter man planlegger at posten skal behandle. Observasjonsposten bør ha mulighet til å ta imot potensielt smitteførende pasienter. Man bør etablere et egnet isolatrom, hvilket også kan bidra til å skjerme sykehusene for smittefare for eksempel i de mange tilfellene når pasienter ankommer landet etter opphold på sykehus i utlandet. Dagens beliggenhet i 5. etasje er uheldig for en sengepost med relativt uavklarte problemstillinger også innenfor psykiatri og rus. For å forebygge selvmordsforsøk bør posten ligge nær bakkeplan.

7.5.4 Konsekvenser for samarbeidspartnere

Nye pasientgrupper i framtidens observasjonspost må vurderes i sammenheng med at område- og lokalsykehusfunksjonene blir fastlagt i Hovedstadsprosessen. Dette vil kreve en grundigere drøfting av konsekvenser for lokalsykehusfunksjonene og for helsetjenestene i Oslo kommune utenfor Legevakten (sykehjem og bydelenes hjemmesykepleie).

En del av pasientene som innlegges fra observasjonsposten til sykehus blir raskt meldt som ferdigbehandlet, og overføres til sykehjem etter en stund. Et slikt pasientforløp i de tilfellene der pasienten ikke trenger sykehusets spesialiserte tjenester. Det vil være mer hensiktsmessig å etablere pasientforløp direkte fra Storbylegevakten til andre deler av kommunehelsetjenesten (primært hjemmetjeneste og korttidsplasser på sykehjem). En karenstid på 7 dager for utskrivningsklare

pasienter slik det er i dag, er ikke forenlig med Storbylegevaktens funksjon. Det må inngås forpliktende avtaler som sikrer at pasientene tas imot i neste ledd, for eksempel dagen etter at Storbylegevakten melder pasienten. Oslo kommune må sannsynligvis øke mottakerkapasiteten, fordi det vil komme pasienter som i dag ferdigbehandles i sykehus. 39 % av alle ansatte i brukerrettet pleie- og omsorgstjeneste i Oslo kommune er uten helse- og sosialfaglig utdanning (Rekrutteringsplan for helse- og sosialpersonell 2003-2006, Helsedirektoratet, april 2008). I helgene er opp til 70-80 % av de som utfører pasientrettet arbeid ufaglærte (kartlegging foretatt av Norsk sykepleierforbund). Man bør vurdere om pasientene skal innlegges i særskilte enheter som er tilpasset "akutte" korttidsopphold. Det må også etableres ordninger for individuelle vurderinger av den enkelte pasient, der den enkeltes behov for assistanse i sykehjem/bydeler kartlegges og ivaretas.

Anbefalinger om observasjonsposten

- Det utarbeides felles retningslinjer/prosedyrer med sykehusene for pasienter som defineres i grenseområdet mellom Storbylegevakten og spesialisthelsetjenesten, og som kan ivaretas i Storbylegevaktens observasjonspost. Med relativt enkle grep antas det at Legevakten kan tilby minst 50% flere pasienter enn i dag et godt tilbud på denne måten.
- Liggetiden på observasjonsposten bør utvides til inntil 3 døgn. Pasienter som trenger sykehusinnleggelse skal også i fremtiden innlegges i sykehus uten forsinkelse.
- Utvidelse av observasjonspostens arbeidsområde vil kreve forsterket bemanning og kompetanseheving hos personellet, særlig leger og sykepleiere.
- Det må tilrettelegges for at pasientgrupper som ikke trenger spesialisthelsetjenester men i dag likevel innlegges i sykehus i fremtiden kan overføres direkte fra Storbylegevakten til sykehjem/hjemmetjeneste.
- Frem mot 2020 bør man etablere organisatoriske løsninger som legger til rette for å utvikle den kompetanse som er nødvendig for at Storbylegevakten kan fungere optimalt i en helsetjeneste som stadig utvikler seg.