



Oslo kommune



Læringsnettverk for «Gode pasientforløp for eldre og kroniske syke»



Kommunal Akutt Døgnetenhet Aker

Oslo, 23/11-17



Helseetaten

Forbedringsteam - KAD Aker

- Liv Turid Langvik, fagsykepleier – leder av forbedringsteam
- Anne Grethe Hokstad, avdelingssykepleier KAD 1
- Anna Marie Dahl, teamleder KAD 3
- Linn Matilda Hansson, postsekretær og hjelpepleier, KAD 3
- Christian Dreyer, teamleder, sykepleier KAD 1
- Melita Kosjerina, postoverlege KAD



Lov og visjon

Samhandlingsreformen

Helse- og omsorgstjenesteloven . § 3-5. Kommunens ansvar for øyeblikkelig hjelp

Kommunen skal sørge for tilbud om **døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp**. Plikten gjelder kun for de pasienter og brukere som kommunen har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg til.

Tilbudet som er etablert fra 1. januar 2016 skulle:

- Tilby befolkning tjenester der de bor
- Være bedre eller like godt som et alternativt tilbud i spesialisthelsetjenesten.
- Bidra til å redusere antall øyeblikkelig hjelp innleggelser i spesialisthelsetjenesten.

Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold Veiledningsmateriell

Utgitt: 02/2012 revidert 06/2012 og 06/2016

Utgitt av: Helsedirektoratet

Kontakt: Avdeling omsorgstjenester



Hvem er vi?

Kommunal akutt døgnetenhet (KAD) er del av Avdeling Aker, Helseetaten Oslo:

- Ligger på Aker sykehus, bygg 2.
- Var åpnet med 10 sengeplasser 17. juni 2013.
- Sengeplasser er trappet opp gradvis til 72
- Tre poster - KAD 1, 2 og 3
- Antall ansatte – ca. 160



Ansatte på KAD - legetjeneste

- 24 leger (over halvparten i full stilling)
- De fleste er spesialister eller under spesialisering i allmenntidmedisin
- To spesialiserer i indremedisin, full stilling
- En lege med PhD og spesialist i allmenntidmedisin, full stilling
- En spesialist i anestesi, full stilling
- En spesialist i nevrologi, deltidstilling
- En spesialist i akuttmedisin, fullstilling



Ansatte på KAD - Sykepleietjeneste

- 1 seksjonsleder
- 3 avdelingssykepleiere
- 4 fagsykepleiere
- 9 teamledere fordelt på tre KAD poster
- 98 sykepleiere, 6 helsefagarbeidere/hjelpepleiere, og 3 postsekretærer, assistenter
- Andre støtte personell



Behandlingstilbud på KAD Aker

- KAD dekker Oslos 15 bydeler, og samarbeider med 4 sykehus
- KAD har leger og sykepleiere på vakt hele døgnet
- KAD samarbeider tett med bydelene, primær- og spesialisthelsetjeneste
- Pasienter tilbys døgnkontinuerlig observasjon og behandling med intravenøs væske og medikamentterapi, oksygenbehandling, inhalasjonsbehandling på forstøverapparat osv.
- Tilgang til røntgen og CT på dagtid hele uken samt 24 timers tilgjengelig lab for biokjemisk analyse
- De fleste pasienter på KAD klarer seg med behandling inntil tre døgn. Opphold på KAD forlenges hvis en ikke er ferdig behandlet.



Forutsetning for innleggelse på KAD

- KAD er et tilbud for pasienter over 18 år med somatisk sykdom som **kan behandles av allmennleger og sykepleiere i primærhelsetjenesten.**
- **Et tilbud for pasienter som ellers ville bli innlagt på sykehus** for behandling, observasjon og pleie:
 - Pasienter med akutt forverring av definerte, kjente tilstander



Utvidet behandlingstilbud

- Fra 1.1.2017 er plikten utvidet til å omfatte pasienter med psykiske helseproblemer/lidelser og rusmiddelproblemer som primærårsak til innleggelse på KAD.
- For målgruppen pasienter med psykisk helse- og rusproblem vil innleggelse på KAD ha til hensikt å forebygge, men ikke nødvendigvis erstatte sykehusinnleggelse. Tilbudet skal være en utvidelse, et «i tillegg til», for en målgruppe som før ikke har fått døgnopphold.
- Aclasta - forebyggende osteoporose behandling (500-600 pasienter årlig)
- Under utarbeidelse: mottaksrom med mottakslege og sykepleier



Hvordan innlegges pasienter til KAD?

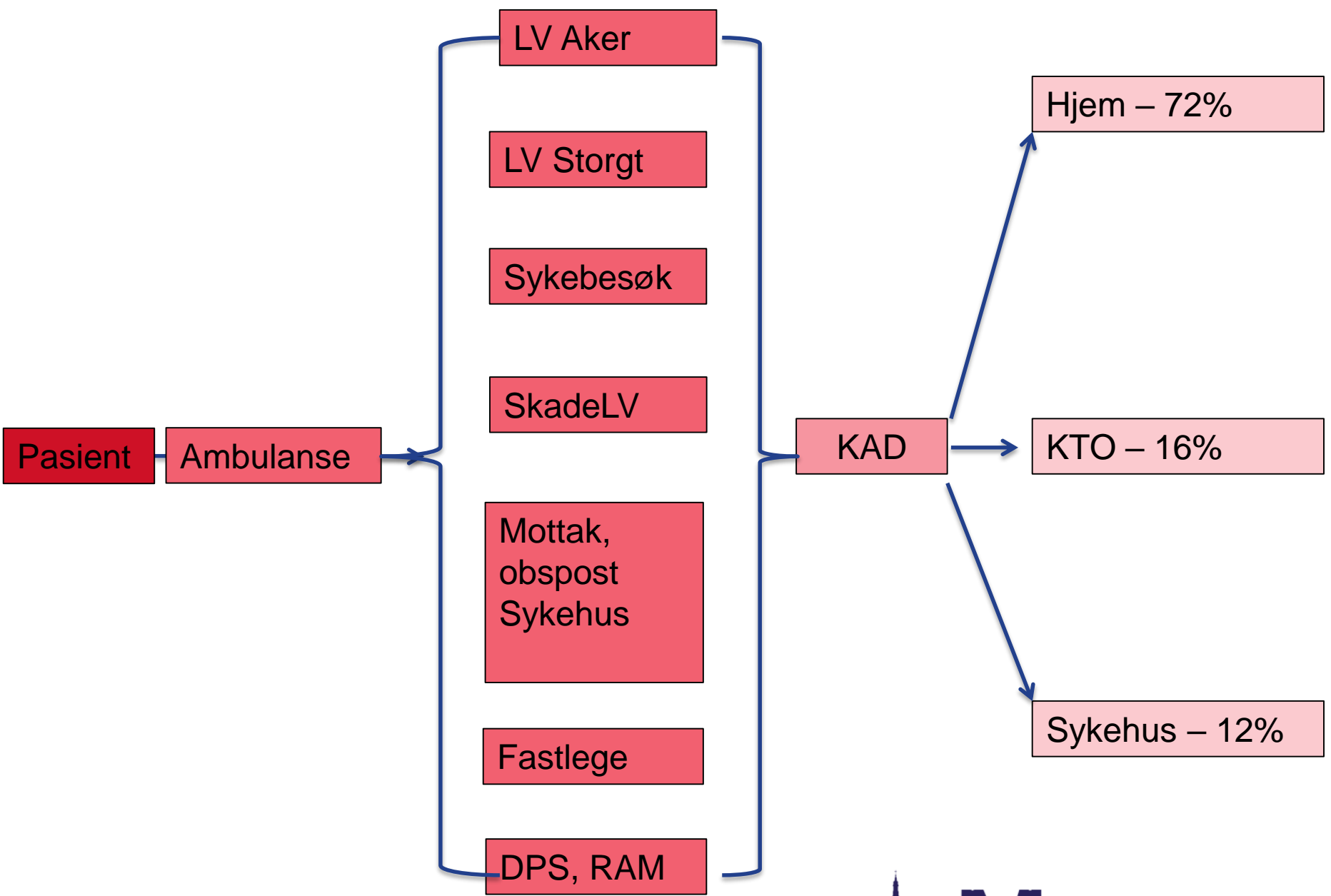
- Pasienten skal være **tilsett av lege før innleggelse**.
- Pasienten innlegges **«på vei til» sykehus**
- Fastlege, legevaktslege/sykebesøk lege, psykiater, spesialistpsykolog, samt lege fra akuttmottak, obs.post og poliklinikker på sykehus kan legge pasienter inn etter å ha konferert med KAD - ansvarlig lege og inklusjonskriterier tilfredsstilles
- Man bruker inklusjons - og eksklusjonskriteriesett før innleggelse men listen er ikke uttømmende.

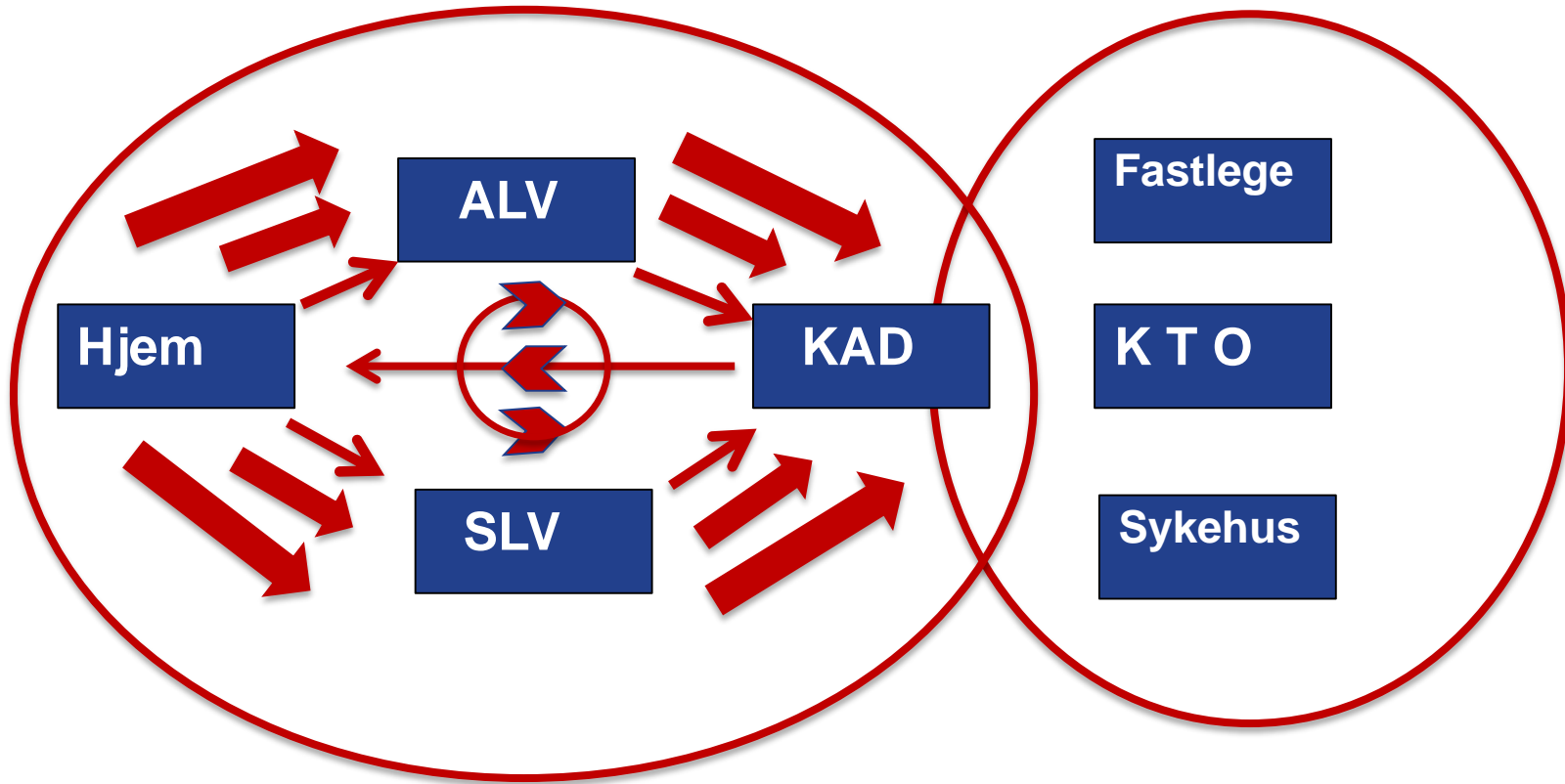


Sjekkliste

[https://www.oslo.kommune.no/
Oslo kommune - Startsiden](https://www.oslo.kommune.no/Oslo-kommune-Startsiden)







IKT- systemer

- Profdoc Vision (elektronisk pasientjournal), felles for KAD og allmennlegevakt/LV Aker
- IMATIS (elektronisk whiteboard med oversikt over innlagte pasienter og diverse knyttet til pasientopphold). Kommunikasjonstavle mellom lege- og sykepleietjeneste. Også brukes for tavlemøter, og ved vaktskift.
- Kvalitetslosen (kvalitets- og avviksmeldingssystem)
- GAT (turnus- og vaktplan)
- Confirm it (verktøy for pasientlogistikk)
- Gericca (hjemmetjeneste journalsystem)



IKT- utfordringer i primærtjeneste

- Allmenn legevakt – bruker Profdoc vision som på KAD. Profdoc er ikke integrert med EPJ fastlege eller sykehus
- Skadelegevakt bruker DIPS som på sykehus
- Fastleger – bruker sin egen EPJ, ingen integrasjon med Profdoc, ikke mulig å kommunisere med elektroniske meldinger
- Sykehjem – bruker sin egen EPJ – Gericca. KAD helsepersonell har tilgang til Gericca.
- KAD – bruker Profdoc som ikke er integrert med fastlegens eller sykehusets journalsystem. Har tilgang til KJ og E-resept fra Profdoc



Utfordringer på KAD - legetjeneste

- **Multimorbide pasienter med sammensatte problemstilling**
 - Flere helsepersonell med allmennmedisinsk kompetanse
 - Manglende dokumentasjon/opplysning fra sykehus og fastlege
 - Tidsløsing med dobbeltarbeid
- **Dårlig informasjonsutveksling**
 - Ingen direkte nummer til fastlege.
 - Flere informasjonssystemer i bruk som lege må forholde seg til. Kommunens IKT-systemer er basert på en gammel arkitektur med begrensende samhandlingsmuligheter (PLO til bydel, ingen el. meldingsveksling mellom fastleger/KAD eller sykehus/KAD)
- **Legemiddelgjennomgang vanskelig grunnet begrenset info**
- **Reinnleggelser**
 - Registrering av reinnleggelser fra ConfirmIT gir statistikk men ikke navn
 - Ved reinnleggelse må kontaktes fastlege/sykehus på nytt man kan ikke scanne dokumentasjon.



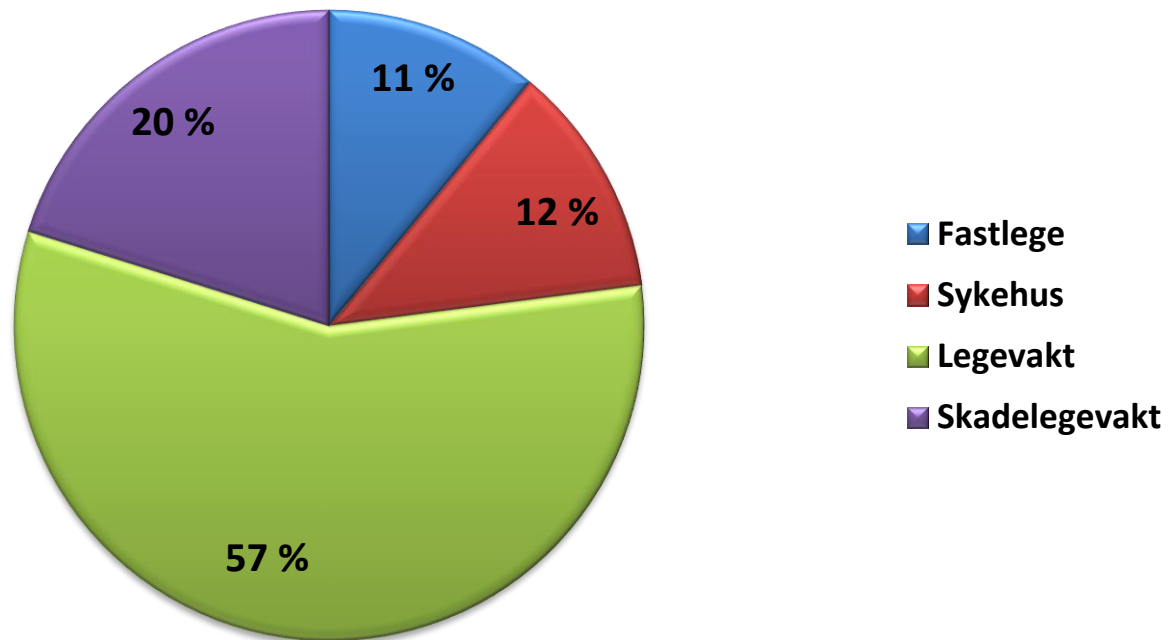
Utfordringer på KAD-sykepleietjeneste

- Tidkrevende kommunikasjon med bydel, spl. opplever ofte at de ikke får svar tidsnok fra bydel om plan videre.
- Bydel har begrenset telefontid og det er vanskelig å få ta i de når det er nødvendig.
- Får ofte spørsmål fra bydel som ikke har relevans for avklaring av hjemmesituasjon.
- Hvis bydel kommer på vurderingsbesøk, så tar det lang tid før de får svar på hva de vurderte, kan oppleves som å dra ut tiden.
- Pasienter fra sykehus prioriteres KTO først pga. sanksjoner, påstander som er bekreftet av saksbehandlere i flere bydeler.
- I og med at vi k ikke har standardisert meldings-mal, vil det lett oppstå misforståelse. Det er ønske om å snakke samme språk og da oppstår det større behov for telefonkontakt for å avklare misforståelser.
- Søknadskontor og KAD kjenner ikke hverandre og dermed stoler vi ikke på hverandres vurderinger.
- Bruk av Gerica kan være ukjent for nye sykepleiere, mer kursing/bedre innføring da tjenesten i kommunen bruker hovedsakelig Gerica?

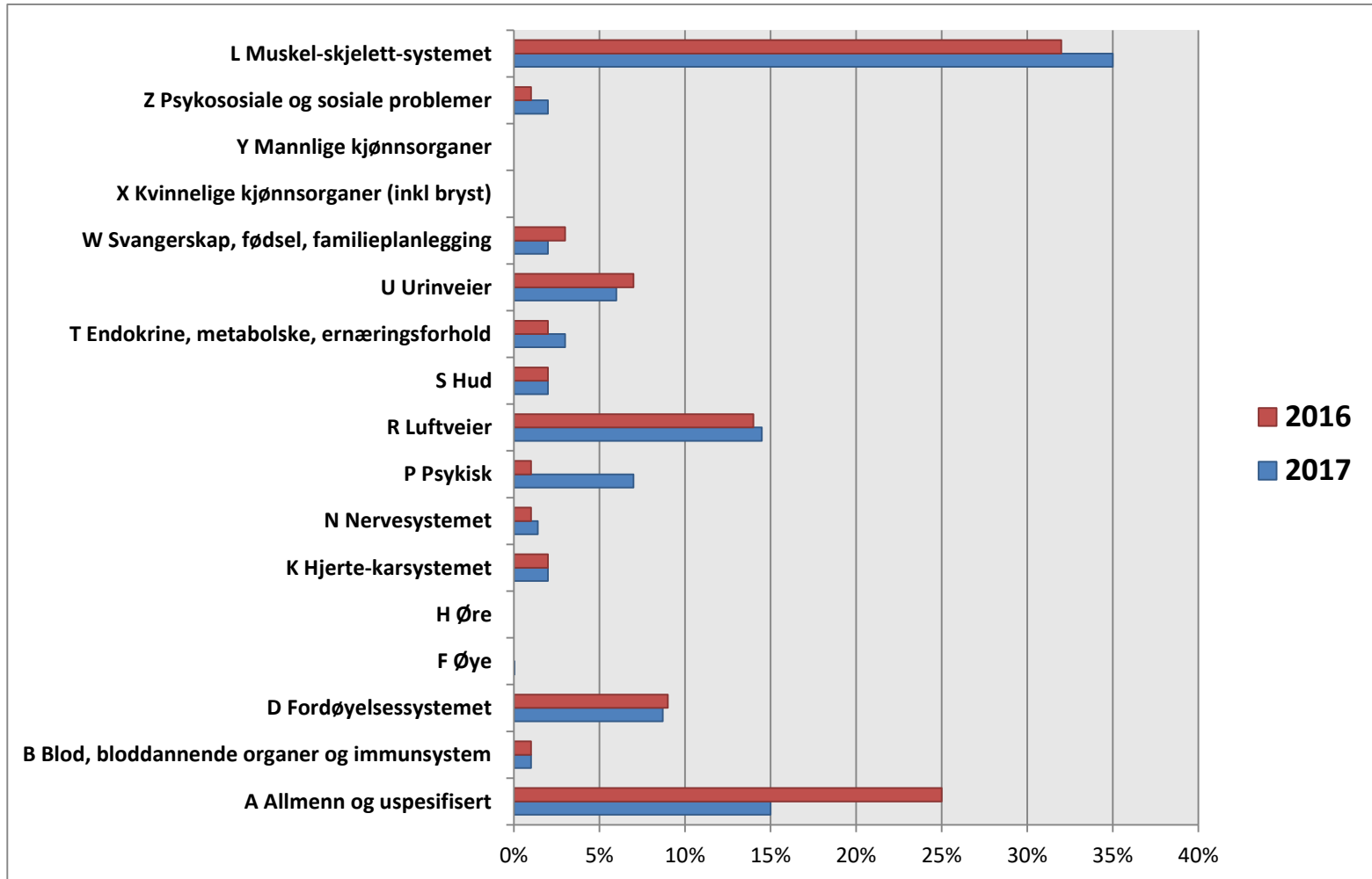


KAD 2017 fra januar til og med august

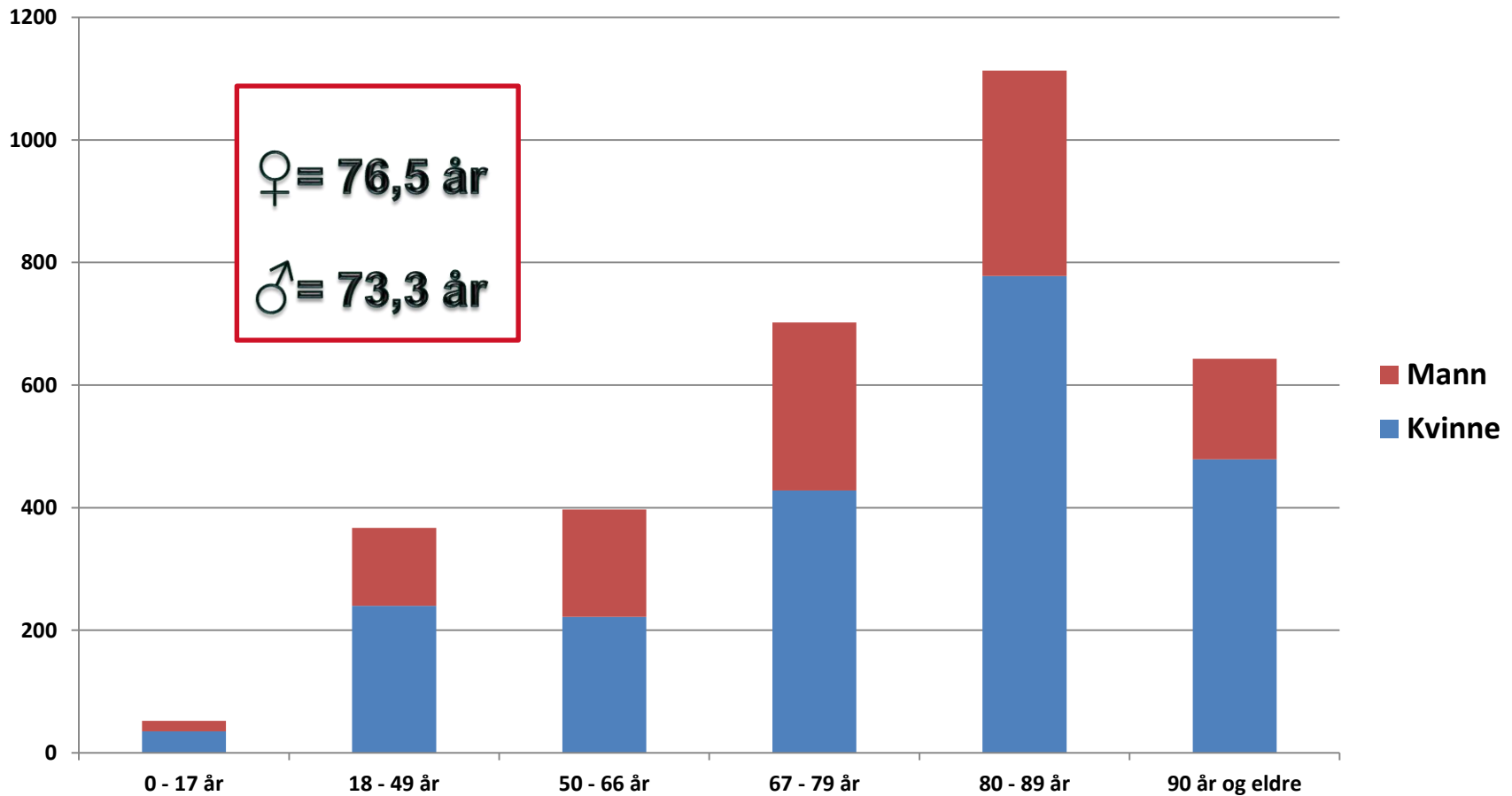
3500 pasienter



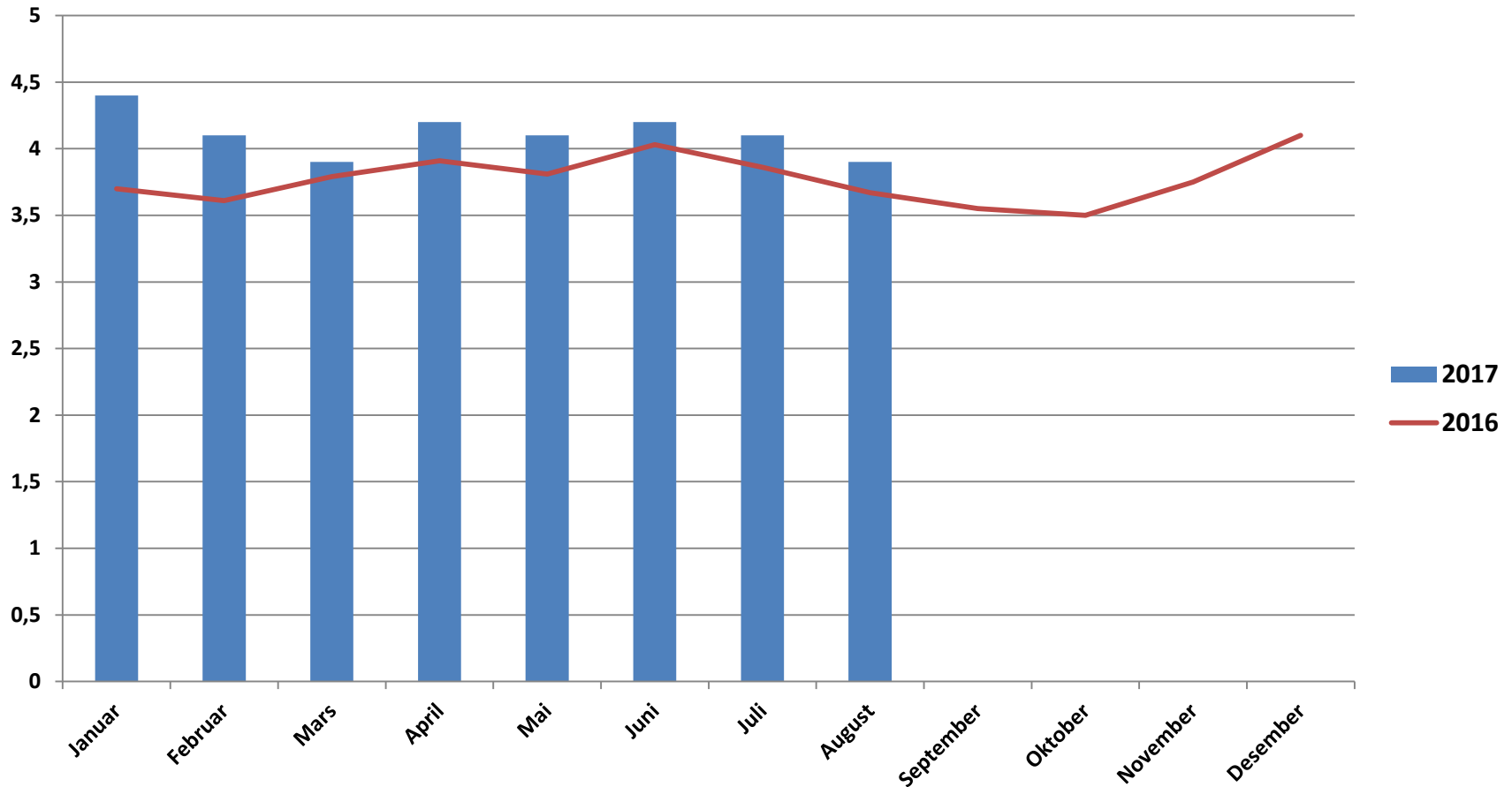
Innleggelses diagnoser 2017 vs 2016



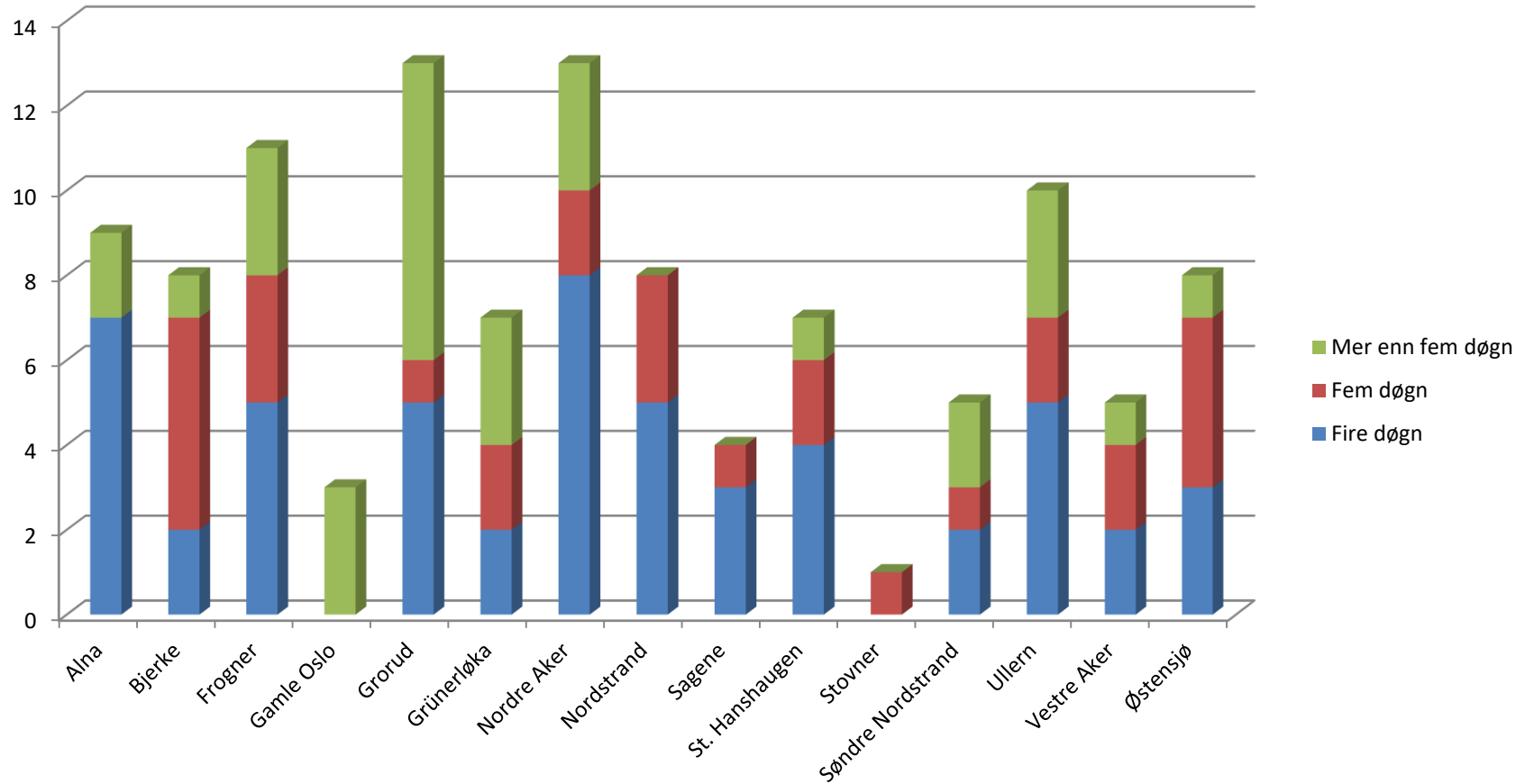
Fordeling kjønn/alder KAD 2017



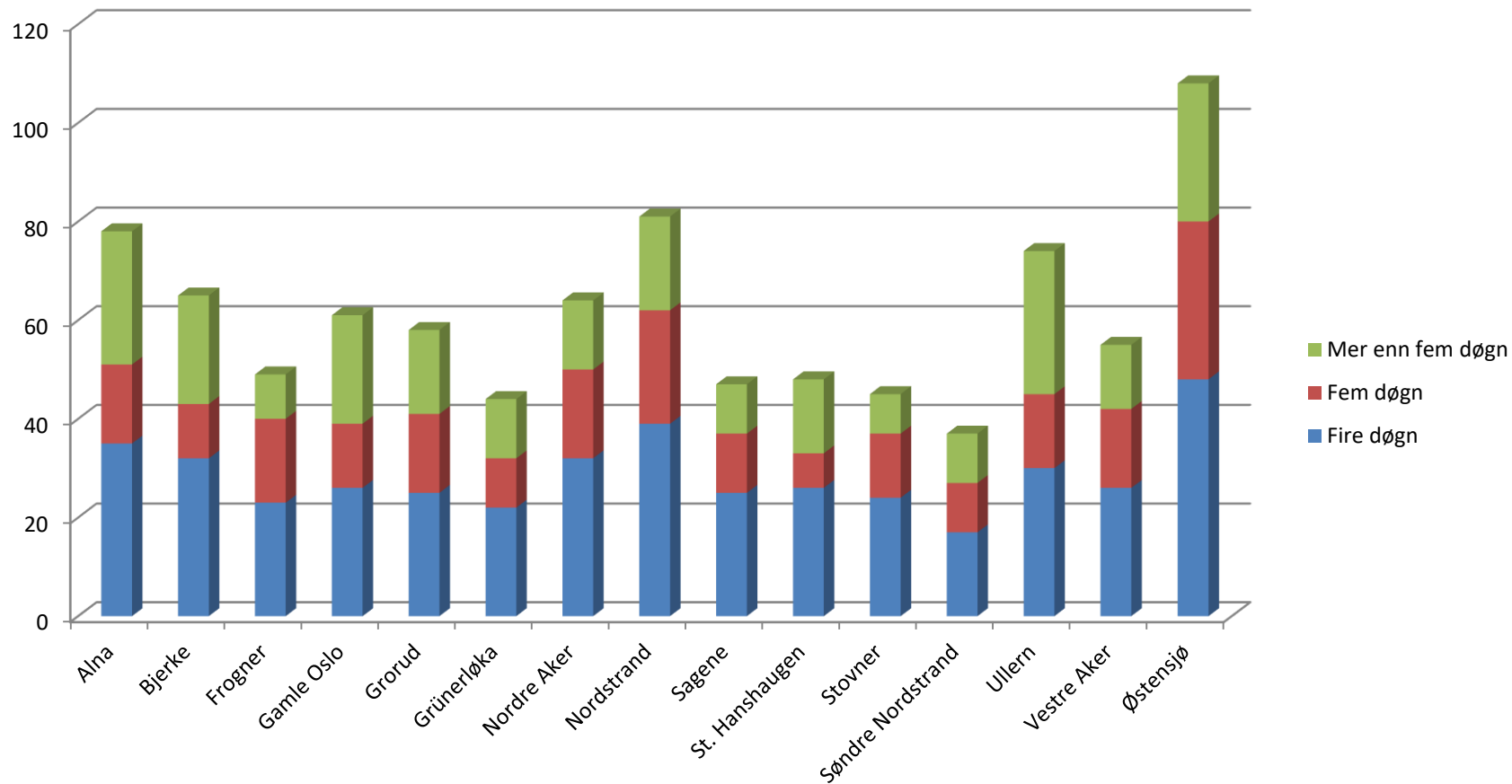
Antall liggedøgn på KAD i 2016



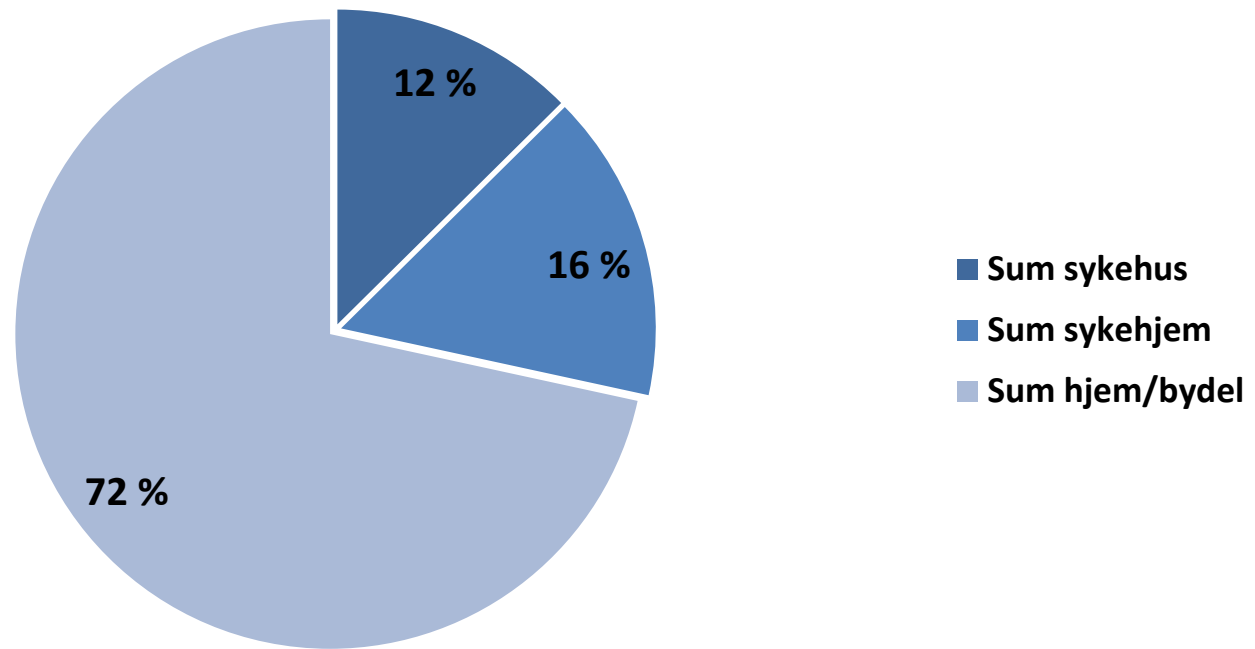
Antall liggedøgn pr bydel 2016



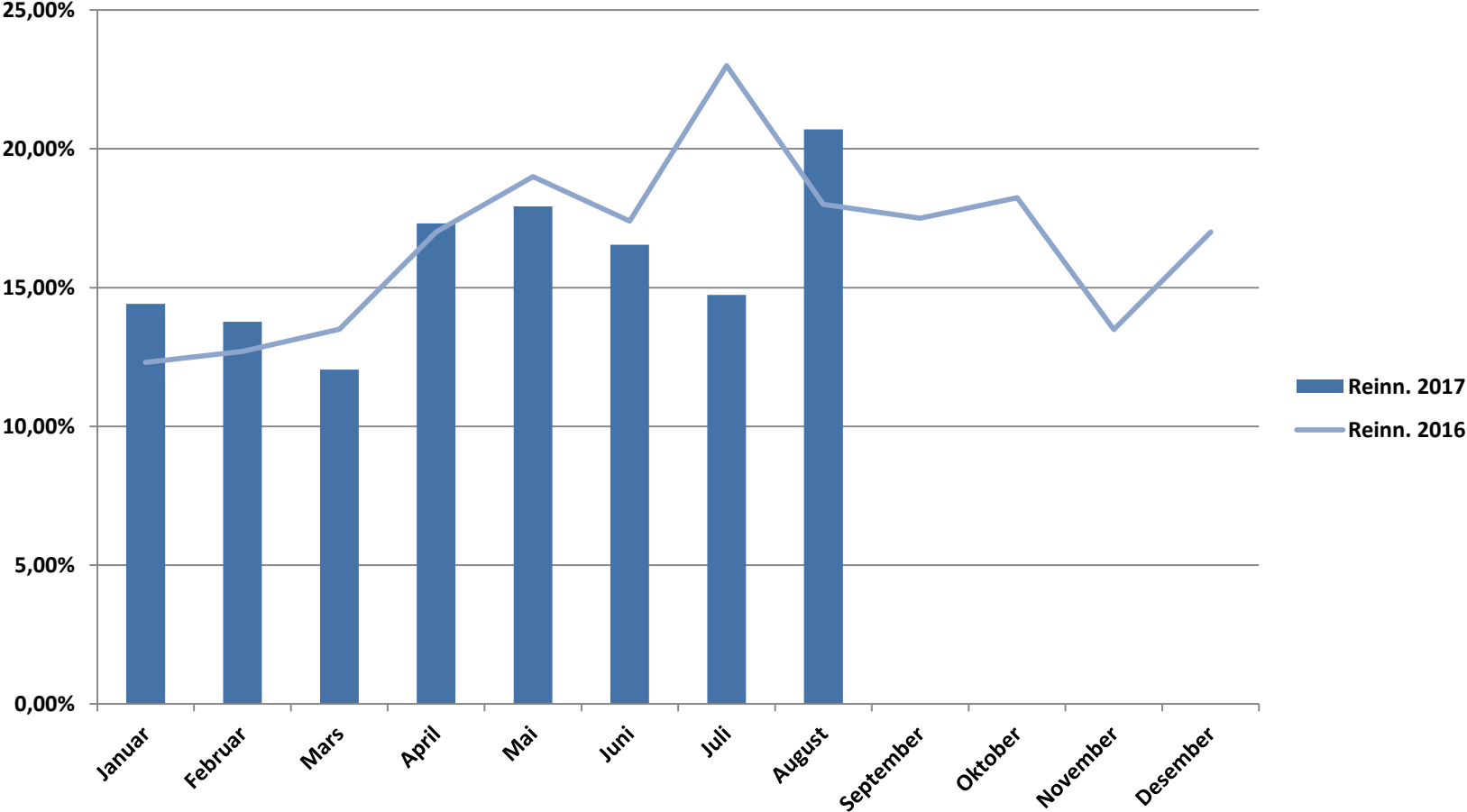
Antall liggedøgn pr bydel 2017



KAD 2017-Utskrevet til



Reinnleggelsler 2017 vs 2016



Konklusjon

- Pasienter som skulle vært innlagt på sykehus legges i stedet KAD og utskrives til hjemmet
- Erfaring så langt viser at KAD i Oslo gir et forsvarlig tilbud med høy kvalitet.
- Total dødelighet under oppholdet er under promillenivå.
- Helsepersonell utenfor KAD mangler informasjon og kunnskap om KAD – tilbud som skaper stor forventning om hva KAD helsepersonell skal og kan gjøre. Opplevelse fra begge sider om ansvarsfraskrivelse.
- Økt tilgjengelighet og lavere terskel for innleggelse på KAD, har gitt økt antall innleggelser av pasienter som kunne vært hjemme.





