

Vi vil til slut konkludere, at vi ikke finder grund til at ændre på reglerne for den måde DLNU fungerer på – dels har vi tilbagevist, at der sker en favorisering eller automatisk tildeling af midler til DLNU's medlemmer, dels har vi påpeget at SG's forslag ikke er gennemførlige trods god vilje.

DLNU modtager ofte kritik fra dem, der har fået afvist deres ansøgninger – det er en naturlig følge af at forskere bræn-

der for deres projekter. Desværre er der ikke midler til alle – men vi er overbeviste om, at alle velgennemtænkte og velplanlagte projekter, der udføres af kompetente forskere, har en meget god chance for at få midler fra DLNU. I alt får hvert tredje projekt tildelt midler – en meget høj fraktion sammenlignet med mange andre bevilgende udvalg eller fonde.

Kan indlæggelse på et sundhedscenter af akutte medicinske patienter erstatte indlæggelse på hospital?

Jens Henning Rasmussen & Thomas Gjørup

Resumé

Introduktion: En sektoranalyse til brug for Strukturkommissionen har beskrevet kommunalt drevne sundhedscentre, som bl.a. tænkes at skulle kunne aflaste medicinske afdelinger. Formålet med undersøgelsen var at opgøre, hvor stor en del af de akut indlagte medicinske patienter der kunne have været indlagt på et sundhedscenter.

Materiale og metoder: En speciallæge og en sygeplejerske bedømte, om 242 konsekutivt indlagte patienter kunne tænkes overflyttet til et sundhedscenter, efter at patienten var blevet undersøgt ved indlæggelsen, efter udløb af første indlæggelsesdøgn og på et senere tidspunkt af indlæggelsen. Hensigtsmæssigheden af indlæggelsen blev vurderet i forhold til European Appropriateness Evaluation Protocol.

Resultater: I alt 33 patienter (14%) fandtes i løbet af indlæggelsen at kunne være overflyttet til et sundhedscenter, som samtidig vurderedes at kunne aflaste hospitalet for otte senge. Indlæggelsen bedømtes som uhensigtsmæssig hos 28 patienter (11%).

Diskussion: Kun få patienter kunne have været indlagt direkte i eller overflyttet til et sundhedscenter. Der pågår i dag et intensivt arbejde med at effektivisere de medicinske afdelinger. Forebyggelse og sundhedsfremme er i stigende grad integreret i behandlingen. Sundhedscentre vil næppe i nævneværdig grad kunne aflaste de medicinske afdelinger.

I en sektoranalyse til brug for strukturkommissionen [1] er der beskrevet en ny struktur i sundhedsvæsenet – kommunale sundhedscentre – som med en bred vifte af behandlingstilbud, bl.a. i form af akutstuer, skal kunne overtage opgaver fra hospitalerne. Man regner f.eks. med at kunne reducere antallet af genindlæggelser og at flytte genoptræningsopgaver fra hospitalerne til sundhedscentrene.

Sundhedscentre har fået stor politisk opmærksomhed, og ideen er blevet kommenteret af både amter, kommuner og de faglige organisationer [2-4]. Sundhedskartellet har i foråret 2003 udgivet rapporten »Sundhedscentre – nye veje til mere sundhed for pengene«.

Det fremgår her, at sundhedscentre, bl.a. i de nordiske lande, er blevet benyttet som betegnelse for en række meget forskellige intermediaære behandlingstilbud, spændende fra minihospitaler bemandet med læger til sundhedspædagogiske tilbud over for lokalbefolkningen – tilbud, som har haft karakter af korterevarende projekter.

Uanset hvordan man har opbygget eller planlagt at opbygge de forskellige typer af sundhedscentre, anses behandlingen af ældre og kronisk syge, dvs. behandlingen af bl.a. medicinske patienter for at være en central opgave.

Det er derfor væsentligt at få undersøgt, om sundhedscentre som forventet vil kunne overtage opgaver fra hospitalernes medicinske afdelinger. Formålet med undersøgelsen var at opgøre, hvor stor en del af de akut indlagte medicinske patienter, som i stedet for at blive akut indlagt på hospital, kunne have været indlagt direkte i et sundhedscenter, hvor stor en del af patienter indlagt på en akut medicinsk afdeling, som i løbet af indlæggelsen kunne have været overflyttet til et sundhedscenter, således at hospitalsindlæggelsen blev forkortet, og hvor stor en del af de akut indlagte medicinske patienter, der bedømtes at være indlæggelseskrævende i forhold til European Appropriateness Evaluation Protocol.

Materiale og metoder

Medicinsk Center på Amager Hospital består af en Akut Modtageklinik, en Kardiologisk Klinik, en Intern Medicinsk

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

Klinik og en Klinik for Rehabilitering. Centret råder over i alt ca. 180 senge.

Ved bedømmelse af om patienter kunne behandles i et sundhedscenter i stedet for under hospitalsindlæggelse, blev der taget udgangspunkt i følgende teoretiske opbygning af et sundhedscenter: Sundhedscentret skulle råde over senge til akut indlæggelse, sundhedscentret skulle kunne modtage patienter døgnet rundt på alle ugens dage, sundhedscentret skulle være døgnbemandet med kvalificeret plejepersonale, sundhedscentret skulle ikke have fast lægelig bemanning, men skulle ved behov kunne kontakte egen læge eller vagtlæge, sundhedscentret skulle kunne give intravenøs væske og medicin, og sundhedscentret skulle kunne tilbyde genoptræning under indlæggelse og ambulant.

Endvidere blev der taget udgangspunkt i følgende visitationskriterier: Patienten skulle visiteres til indlæggelse i et sundhedscenter af en læge, efter at denne havde bedømt patienten klinisk, patienten skulle ved indlæggelsen være diagnostisk afklaret og uden behov for paraklinisk monitorering af behandlingseffekt, patienten skulle være stabil, der skulle ved indlæggelse foreligge en behandlingsplan frem til forventet udskrivelse fra sundhedscentret, indlæggelse i sundhedscentret skulle forventes afsluttet, uden at patienten havde behov for at blive tilset af læge, og sundhedscentret skulle kunne færdigbehandle patienten for den akutte tilstand, der havde ført til indlæggelse. En konsekutiv gruppe af patienter, som blev indlagt akut i Centrets akutte modtageafdeling eller i Centrets akutte hjerteafsnit i en 14-dages periode i august

2003, indgik i undersøgelsen. Det blev registreret, om patienten havde været indlagt inden for de foregående 30 dage. Patienter, som blev genindlagt i undersøgelsesperioden, indgik kun i undersøgelsen i forbindelse med første indlæggelse.

I henhold til gældende praksis kontaktede indlæggende læge, dvs. praktiserende læge eller vagtlæge, Centrets lægelige visitator i forbindelse med indlæggelser imellem kl. 8 og kl. 21. Centrets lægelige visitator er en speciallæge eller en læge på speciallægeniveau. Visitator bedømmer alle patienter klinisk før, der endeligt tages stilling til indlæggelse. Visitator har adgang til øjeblikkeligt at få foretaget røntgenundersøgelser, skopier, skanninger og klinisk biokemiske undersøgelser.

Indlæggende læge blev for en tilfældig stikprøve af patienter forespurgt af visitator med henblik på vurdering af, om patienten i stedet for indlæggelse på hospital kunne have været indlagt direkte i et sundhedscenter, defineret i henhold til ovenstående kriterier.

Alle patienter blev i henhold til gældende praksis undersøgt af en speciallæge eller af en læge på speciallægeniveau om formiddagen efter udløb af første indlæggelsesdøgn, svarende til en rutinemæssig »gennemgang«.

I forbindelse med denne »gennemgang« af patienten bedømte lægen, om patienten kunne have været overflyttet til et sundhedscenter på tre forskellige tidspunkter af indlæggelsen: efter at patienten var blevet undersøgt af lægelig visitator ved indlæggelsen, efter udløb af første indlæggelsesdøgn og på et senere tidspunkt af indlæggelsen med henblik på at forkorte indlæggelsestiden på hospital.

Appendix

European Appropriateness Evaluation Protokol (EU-AEP)

Kriterier for behandlingsintensitet

- 1 Kirurgisk eller anden procedure inden for 24 timer, der kræver general anæstesi og/eller udstyr eller faciliteter, der kun forefindes for indlagte patienter
- 2 Monitorering af vitale parametre mindst hver 2 time (telemetri/kardiologisk monitorering)
- 3 I.v. medicin eller væske
- 4 Observation for toksisk reaktion på farmakologisk behandling (kemoterapi)
- 5 Kontinuerlig eller intermitterende (mindst hver 8 time) respiratorisk assistance (herunder også beta-2-agonist inhalationer m.m)

Kriterier for sygdommens sværhedsgrad

- 6 Svær elektrolyt eller blodgas abnormalitet; mindst en af følgende
Na <123 mmol/l eller >156 mmol/l
K <2,5 mmol/l eller >6 mmol/l
HCO₃ <20 mmol/l eller >36 mmol/l
Arteriel pH <7,3 eller >7,45
- 7 Akut tab/nedsættelse af synstyrke eller hørelse inden for de sidste 48 timer

- 8 Akut kraftnedsættelse inden for de sidste 48 timer
- 9 Persisterende feber >38 grader Celsius i mere end 5 døgn
- 10 Aktiv blødning
- 11 Større sår – suturdefekt
- 12 Pulsfrekvens <50 eller >140 /min
- 13 BT systolisk <90 eller >200 mmHg
BT diastolisk <60 eller >120 mmHg
- 14 Pludselig indsættende bevidstløshed (koma/inadækvat fysisk-psykisk respons)
- 15 EKG med tegn på akut iskæmi

Hvis et af ovennævnte kriterier opfyldes, er indlæggelsen hensigtsmæssig.

Hensigtsmæssig akut indlæggelse

Ja

Nej

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

Tabel 1. Hoveddiagnosen for 242 akut indlagte medicinske patienter og for de 33 patienter, som en speciallæge bedømte kunne have været overflyttet til videre indlæggelse i et sundhedscenter.

Hoveddiagnose	Antal patienter	Antal patienter, som kunne have været overflyttet til sundhedscenter n (%)
Infektionssygdom	42	7 (16)
Hjerte-kar-sygdom	51	0
Sygdom i nervesystemet	33	1 (3)
Lungesygdom	33	7 (21)
Mave-tarm-sygdom	15	2 (13)
Blodsygdom	18	1 (6)
Endokrin sygdom	8	0
Andre sygdomme	42	15 (35)
I alt	242	33 (14)

Sygeplejerskernes ansvarlige gruppeleder bedømte patienterne på samme måde som speciallægen efter udløb af første indlæggelsesdøgn. Sygeplejersken bedømte kun de patienter, som forblev indlagt efter »gennemgangen« og bedømte kun, om patienten kunne overflyttes til sundhedscenter efter udløb af første indlæggelsesdøgn eller senere i løbet af indlæggelsen. Læger og sygeplejersker bedømte patienterne uafhængigt af hinanden. Senest ved patientens udskrivelse blev journalen gennemset af en læge. Lægen havde ikke kendskab til, om patienten var blevet vurderet egnet til sundhedscenter, og bedømte hensigtsmæssigheden af indlæggelsen i henhold til de kriterier, der er angivet i European Appropriateness Evaluation Protocol. Kriterierne fremgår af Appendix.

Med henblik på at beregne hvor mange senge et sundhedscenter ville kunne aflaste afdelingen for, blev der taget udgangspunkt i følgende forudsætninger: En femtedel af de patienter, der overflyttedes til sundhedscenter, ville blive tilbageflyttet til hospital [5] til yderligere i gennemsnit fem dages indlæggelse. De patienter, der vurderedes at kunne overflyttes

til sundhedscenter på et senere tidspunkt af indlæggelsen, havde behov for hospitalsindlæggelse i gennemsnit i fem dage. Ventetid på overflytning til sundhedscenter var i gennemsnit et døgn.

Ved statistisk analyse er benyttet χ^2 -test og Mann-Whitney-test, med et signifikansniveau på 0,05.

Resultater

Patienter

Der blev i forsøgsperioden indlagt 268 patienter. Ti patienter (2%) blev genindlagt i forsøgsperioden og indgik kun i undersøgelsen i forbindelse med første indlæggelse. Af de 258 patienter blev 242 patienter (94%) bedømt som led i undersøgelsen. I alt 16 patienter lykkedes det ikke at få kontakt til.

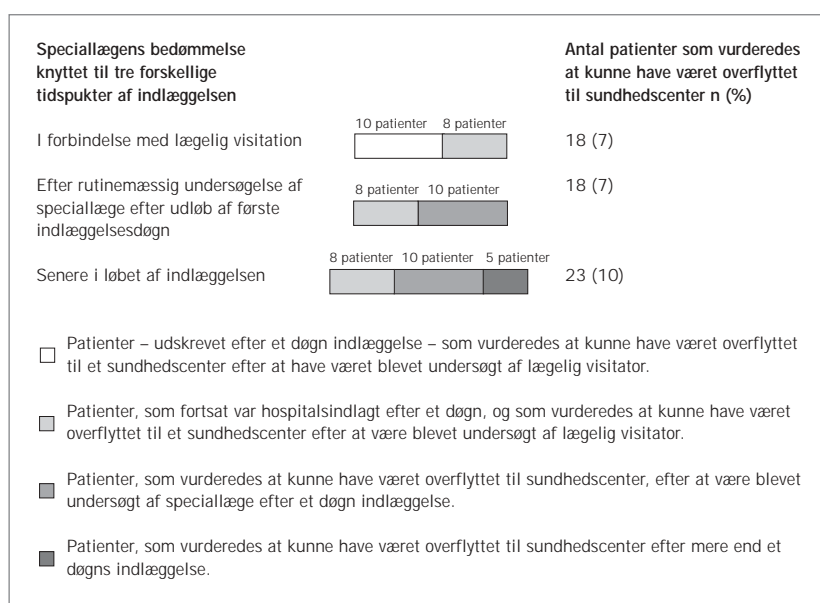
Hoveddiagnosen for de 242 patienter fremgår af Tabel 1. Medianalderen var 72 år, og 140 var kvinder og 102 var mænd.

Speciallæges bedømmelse af om patienten kunne have været overflyttet til sundhedscenter

Resultatet af speciallægens bedømmelse af om patienten kunne have været overflyttet til sundhedscenter på tre forskellige tidspunkter af indlæggelsen, fremgår af Fig. 1.

I alt vurderedes 33 patienter (14%) at kunne have været overflyttet til indlæggelse i et sundhedscenter i løbet af indlæggelsen. I alt 224 (93%) af de 242 patienter vurderedes at have behov for fortsat hospitalsindlæggelse efter at have været bedømt af lægelig visitator. Begrundelsen for fortsat indlæggelse var, at diagnosen ikke var fastlagt, 177 patienter (79%); at patienten var ustabil, 124 patienter (55%); at patienten havde behov for monitorering af behandlingseffekt, 131 patienter (59%); at patienten havde behov for fortsat at blive bedømt af læge, 112 patienter (50%); og at færdigbehandling krævede hospitalsindlæggelse, 105 patienter (47%).

Fig. 1. Patienter som kunne have været overflyttet til behandling i et sundhedscenter. En speciallæges bedømmelse af om 242 akut indlagte medicinske patienter kunne have været overflyttet til et sundhedscenter til fortsat behandling. Bedømmelsen er knyttet til tre forskellige tidspunkter af hospitalsindlæggelsen.



VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

Tabel 2. Sammenligning af lægers og sygeplejerskers vurdering af, om 147 akut indlagte medicinske patienter indlagt mere end et døgn kunne overflyttes til sundhedscenter i løbet af indlæggelsen.

	Sygeplejemæssig vurdering		
	kunne have været overflyttet til sundhedscenter n (%)	kunne ikke have været overflyttet til sundhedscenter n (%)	I alt n (%)
<i>Lægelig vurdering</i>			
Kunne have været overflyttet til sundhedscenter	12	11	23 (16)
Kunne ikke have været overflyttet til sundhedscenter	8	116	124 (84)
I alt	20 (14)	127 (86)	147 (100)

Tabel 3. Sengedagsforbrug på hospital for 33 akut indlagte medicinske patienter, som af en speciallæge bedømtes at kunne have været overflyttet til videre indlæggelse i et sundhedscenter.

Antal patienter	Antal patienter, som skønnedes at kunne have været overflyttet senest efter et døgn	Status	Sengeforbrug i dage
11	11	Udskrevet efter et døgn til hjemmet	11
6	5	Udskrevet efter to døgn til hjemmet	12
2	1	»Stående« indlæggelse pga. malign sygdom	20
3	3	Død under indlæggelse	28
2	1	Intet plejebehov efter udskrivelse	23
4	4	Store plejeforanstaltninger i eget hjem	41
2	2	Udskrevet til aflastningsophold	34
3	1	Afventer indflytning på plejehjem	30 ^a
I alt	33	28	199

a) De tre patienter, som afventede indflytning på plejehjem, var fortsat indlagt ved opgørelse af resultater. Patienter vurderedes at kunne være flyttet ind på plejehjem efter i gennemsnit ti dages indlæggelse.

Indlæggende læges bedømmelse af om patienten kunne have været indlagt direkte i et sundhedscenter

I forbindelse med indlæggelse af i alt 33 tilfældigt udvalgte patienter fandt indlæggende læge dvs. praktiserende læge eller vagtlæge, i to tilfælde (6%), at patienten i stedet for hospitalsindlæggelse kunne have været indlagt direkte på et sundhedscenter. Den ene af de to patienter blev udskrevet efter et døgn indlæggelse og vurderedes af speciallægen at kunne have været overflyttet til sundhedscenter i forbindelse med lægelig visitation. Den anden vurderedes først at kunne overflyttes til sundhedscenter efter nogle dages indlæggelse.

Sygeplejerskes bedømmelse af om patienten kunne have været overflyttet til et sundhedscenter efter et døgn indlæggelse

I alt 147 (61%) af de 242 patienter forblev indlagt mere end et døgn. Otte (5%) af de 147 patienter vurderedes af sygeplejersken at kunne have været overflyttet til et sundhedscenter efter et døgn indlæggelse, 20 patienter (14%) vurderedes at kunne have været overflyttet senere i løbet af indlæggelsen. I **Tabel 2** er den lægelige og sygeplejemæssige vurdering sammenlignet hos de patienter, som forblev indlagt mere end et døgn.

Karakteristik af de patienter, som kunne have været overflyttet til et sundhedscenter

Hoveddiagnosen for de 33 patienter, som af speciallægen ved »gennemgangen« vurderedes at kunne have været overflyttet til et sundhedscenter, fremgår af **Tabel 1**.

Af de 33 patienter, som kunne have været overflyttet til et sundhedscenter, havde fire patienter (12%) været indlagt inden for de sidste 30 dage. Af de 209 patienter, som ikke kunne

have været overflyttet, havde ti patienter (5%) været indlagt inden for de sidste 30 dage. Forskellen imellem de to grupper af patienter var ikke signifikant ($p > 0,05$).

Medianalderen for de patienter, som fandtes egnede og ikke egnede til videre behandling på et sundhedscenter, var henholdsvis 77 år og 70 år ($p < 0,005$).

Sengedagsforbruget for de 33 patienter, som speciallægen bedømte kunne have været overflyttet til videre indlæggelse i et sundhedscenter, fremgår af **Tabel 3**. Elleve (33%) af patienterne blev udskrevet i løbet af et døgn, 17 (52%) i løbet af to døgn.

På grundlag af de opstillede forudsætninger vurderedes seks patienter at ville blive tilbageflyttet fra sundhedscenter til hospital til i alt 30 dages yderligere indlæggelse. De fem patienter, som kunne overflyttes på et senere tidspunkt af indlæggelsen, ville have behov for i alt 25 dages indlæggelse, og den samlede ventetid for de 33 patienter, som kunne overflyttes til et sundhedscenter, ville blive på 33 dage.

Det reelle forbrug af sengedage for de 33 patienter, som var indlagt i en 14-dages-periode, var derfor 199 dage - 88 dage = 111 dage, svarende til 7,9 senge pr. dag.

European Appropriateness Evaluation Protocol

Journaler fra 252 (98%) af de 258 patienter, som indgik i projektet, blev gennemgået med henblik på at bedømme hensigtsmæssigheden af indlæggelse i forhold til kriterierne i European Appropriateness Evaluation Protocol. I alt 28 indlæggelser (11%) blev vurderet som uhensigtsmæssige i forhold til protokollens kriterier. Hos 8 (3%) af de 242 patienter, som både blev bedømt af speciallægen og bedømt i henhold til protokollens kriterier, fandtes hospitalsindlæggelse overflødig ved begge former for bedømmelse.

I alt 224 (89%) af de 252 patienter var indlæggelseskrævende i henhold til protokollen. De to hyppigst angivne begrundelser for, at patienten fortsat skulle være indlagt, var behov for intravenøs medicin og væsketilførsel hos 85 patienter (38%) og behov for monitorering hos 90 patienter (40%).

Diskussion

Ideen om at oprette sundhedscentre er bl.a. opstået ud fra et ønske om, at patienter skal kunne tilbydes behandling i nærområdet. Det er blevet påpeget, at der er behov for at udvikle intermediære behandlingstilbud [6], men der er samtidig udtrykt bekymring for, at en ændret akutbehandling af ældre og kronisk syge kan føre til forringelse af kvaliteten for denne svage gruppe patienter, og at intermediære behandlingstilbud kan opfattes som diskrimination [7, 8].

I Finland har man, primært pga. store afstande mellem hospitalerne, indført sundhedscentre overalt. Centrene fungerer som minihospitaler [9]. Der er i Finland ikke frit sygehusvalg. Erfaringerne peger ikke entydigt i retning af en mere hensigtsmæssig udnyttelse af resurser og en bedre kvalitet af ydelserne. Det har vist sig, at behandlingstilbudene til patienterne varierer fra sundhedscenter til sundhedscenter.

Undersøgelsen var prospektiv og tilrettelagt med henblik på at bedømme hensigtsmæssigheden af indlæggelserne fra flere synsvinkler. Indlæggelserne blev vurderet ud fra objektive kriterier i forbindelse med journalgennemgang, og den kliniske bedømmelse blev foretaget af både læger og sygeplejersker.

Om end læger og sygeplejersker kunne have en forskellig opfattelse af, om en patient kunne overflyttes til videre indlæggelse i et sundhedscenter, var andelen af patienter, som de to faggrupper anså for egnede til intermediær behandling, næsten den samme. Den gruppe af patienter, som vurderedes at kunne være kommet på sundhedscenter var signifikant ældre end de øvrige patienter.

I en tidligere undersøgelse fandtes, at ca. en fjerdedel af akut indlagte medicinske patienter havde behov for et intermediært behandlingstilbud efter at være blevet stabiliseret [10]. Patienterne i denne tidligere undersøgelse var ældre end i den aktuelle undersøgelse, og dette kan forklare, at flere vurderedes at have behov for fortsat indlæggelse.

Kun 6% kunne ifølge den indlæggende læges bedømmelse have været indlagt direkte på et sundhedscenter, og 14% vurderedes af speciallægen at kunne have været overflyttet til et sundhedscenter i løbet af indlæggelsen. En stor del af disse patienter blev udskrevet hurtigt, en tredjedel i løbet af et døgn, og mere end halvdelen i løbet af to døgn. Selv om overflytning til behandling i et sundhedscenter fra et behandlingsmæssigt synspunkt havde været mulig, ville det næppe i alle tilfælde have forekommet tilfredsstillende at overflytte en patient til en så kortvarig indlæggelse i en anden institution. Man må samtidig overveje, om et sundhedscenter uden fast lægelig bemanding ville kunne have afsluttet behandlingen af patienten lige så hurtigt som et hospital.

I alt 9 af de 33 patienter (27%) ventede under indlæggelse på etablering af omfattende plejeforanstaltninger i hjemmet eller afventede indflytning på plejehjem. For disse patienter var forbruget af sengedage stort. Patienterne ville naturligvis kunne have været overflyttet midlertidigt til et sundhedscenter, efter at der ikke længere var behov for hospitalsbehandling. Det må imidlertid være at foretrække, at patienter får direkte adgang til den relevante og permanente pleje.

Af de resterende syv af de 33 patienter døde tre under indlæggelsen, og to havde »stående« indlæggelse som følge af malign sygdom.

De patienter, som kunne have været indlagt på et sundhedscenter, blev ikke hyppigere genindlagt end de øvrige patienter. Undersøgelsen tyder derfor ikke på, at sundhedscentre vil kunne reducere antallet af genindlæggelser på de medicinske afdelinger. Ca. en femtedel af de patienter, der led af en lungesygdom, vurderedes at kunne have været indlagt på et sundhedscenter. Det er vist, at antallet af genindlæggelser og liggetid kan bringes ned for patienter med kroniske lungesygdomme, når hospitalspersonale medvirker ved behandling og rådgivning af patienten i dennes hjem [11].

I European Appropriateness Evaluation Protocol er der opstillet en række objektive kriterier for, om en patient er indlæggelseskrævende [12] (se Appendix). Det er i flere undersøgelser konkluderet, at protokollen er det bedste redskab til at bedømme hensigtsmæssigheden af indlæggelser [13]. Protokollen er endnu ikke evalueret her i landet.

Speciallægens bedømmelse af, om patienten kunne have været overflyttet til et sundhedscenter var baseret på en overordnet vurdering af patienten, bl.a. af om patienten var endeligt diagnostisk afklaret og stabiliseret. En sådan vurdering vil givetvis støtte sig til en række af de kriterier, der er opstillet i European Appropriateness Evaluation Protocol. De to former for bedømmelse førte dog ikke altid til samme resultat. Ingen af de to former for bedømmelse kunne derfor alene benyttes til endeligt at afgøre, om en patient var indlæggelseskrævende. Det er tilsvarende i tidligere undersøgelser påpeget, at kriterierne i European Appropriateness Evaluation Protocol ikke alene kan benyttes som mål for patienters behandlingsbehov [14].

Et af protokollens kriterier for, at en indlæggelse var påkrævet, var, at patienten havde behov for intravenøs medicin eller væske, hvilket var tilfældet for 38%. Såfremt der, som denne undersøgelse tog udgangspunkt i, kan gives intravenøs væske og behandling i et sundhedscenter, vil behovet for indlæggelse i henhold til objektive kriterier falde. Det må dog forventes, at en stor del af disse patienter netop er akut påvirkede, hvilket gør dem mindre egnede til behandling på et sundhedscenter.

Kriterierne har i en undersøgelse fra 1995 været benyttet til at bedømme hensigtsmæssigheden af akutte medicinske indlæggelser [15]. Knap en fjerdedel (24%) af indlæggelserne bedømtes som uhensigtsmæssige i denne undersøgelse i forhold

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

til 11% i den aktuelle undersøgelse. Det er velkendt, at de medicinske afdelinger har været belastet af indlæggelser, som har været betinget af patienternes sociale problemer [16]. Det er samtidig vist, at op til 20% af akutte medicinske indlæggelser fra hospitalets synspunkt vil kunne erstattes af planlagte indlæggelser [17].

Man har i de senere år i det danske sygehusvæsen tilstræbt en samling af funktioner på færre enheder. Man er naturligvis nødt til at overveje, hvilke ressourcemæssige konsekvenser det kan få at etablere sundhedscentre, herunder om sundhedscentre vil kunne skabe nye behandlingsbehov. Centre med fast lægelig bemanning kan næppe forventes at føre til en større reduktion i udgifter til behandling af den enkelte patient. Patienter, som tidligere er blevet behandlet i eget hjem vil muligvis blive indlagt på et sundhedscenter, såfremt muligheden er til stede. Endvidere må man være opmærksom på, om den samlede indlæggelsestid på hospital og på sundhedscenter kan blive længere end hidtidige hospitalsindlæggelser, hvis patienter indlagt på hospital kommer til at vente på overflytning til et sundhedscenter, og hvis bemanningen på sundhedscentre ikke kan sikre tilstrækkelig effektive behandlingsforløb. Såvel fra en faglig som fra en resursemæssig synsvinkel må det nøje vurderes, om det med etablering af endnu et behandlingsled bliver sværere at koordinere og fastholde ansvaret for behandlingen af den enkelte patient.

Den store forskel i antallet af uhensigtsmæssige indlæggelser imellem vores undersøgelse og den ovenfor omtalte undersøgelse fra 1995 [15] må tages som udtryk for en tiltagende målrettet drift af de medicinske afdelinger. De medicinske afdelinger er flere steder samlet i større enheder i et forsøg på at smidiggøre patientforløb. Der er mange steder oprettet akutte modtage- og observationsafsnit, og undersøgelse, behandling og genoptræning af medicinske patienter foregår i vidt omfang i ambulatorier og daghospitalet. Der er stor opmærksomhed på planlægning af indlæggelsesforløb, og der udføres forsøg med udgående hospitalsfunktioner, hvor patienter hjemme bliver rådgivet og behandlet af hospitalspersonale [18]. Der er bred forståelse for, at det - ikke mindst fra patientens synspunkt - er uhensigtsmæssigt at afvente indflytning på plejehjem under hospitalsindlæggelse. Det sundhedspædagogiske arbejde over for de medicinske patienter er samtidig blevet udbygget. Der er derfor meget, der peger i retning af, at der kan opnås en yderligere behandlingsmæssig gevinst inden for det medicinske område ved at støtte den igangværende udvikling.

Fra en faglig synsvinkel tegnede undersøgelsen ikke et klart billede af, hvilke patienter der i særlig grad kunne have haft glæde af at have været blevet overflyttet til et sundhedscenter som led i behandlingen. Baseret på en række forudsætninger skønnedes et sundhedscenter kun at ville kunne aflaste hospitalet, medicinsk center, for indlæggelser svarende til ca. otte senge, dvs. kun en lille del af centrets ca. 180 senge.

Som led i en fortsat organisatorisk udvikling af det medi-

cinske område i hospitalsvæsenet må en ændret opgavefordeling imellem primær- og sekundærsektor, som led i etablering af sundhedscentre, naturligvis tages med i overvejelserne.

Med fortsat effektivisering af de medicinske afdelinger må man dog forvente, at meget få patienter vil være indlagt uden at have behov for det, og at sundhedscentre vil kunne overtage en stadig mindre del af de medicinske afdelingers opgaver.

Korrespondance: *Jens Henning Rasmussen*, Intern Medicinsk Klinik, Medicinsk Center, Amager Hospital, DK-2300 København S.

Antaget den 5. november 2003.
Amager Hospital, Medicinsk Center.

Litteratur

1. Strukturkommissionens Sektoranalyse/Sektoranalyse på Sundhedsområdet. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2003.
2. Sundhedscentre - nye veje til mere sundhed for pengene. Sundhedskartellet, 2003.
3. Poulsen J. Sundhedscentre. *Ugeskr Læger* 2003;165:2625.
4. Poulsen J, Nielsen K, Worsøe M et al. Strukturkommissionen og sundhedssektoren. *Ugeskr Læger* 2003;165:2627.
5. Steiner A, Walsh B, Pickering RM et al. Therapeutic nursing or unblocking beds? *BMJ* 2001;322:453-60.
6. Pencheon D. Intermediate Care. *BMJ* 2002;324:1347-8.
7. Johnsen B. Sundhedscentre. *Ugeskr Læger* 2003;165:2677-8.
8. Bulger G. Intermediate care is ageist. *BMJ* 2002;325:495.
9. Moe JB. En finsk Faldgrube. *Ugeskr Læger* 2003;165:2834-7.
10. Young J, Forster A, Green J. An estimate of post-acute intermediate care need in an elderly care department for older people. *Health & Social Care in the Community* 2003;11: 229-31.
11. Bourbeau J, Julien M, Maltais M et al. Reduction of hospital utilization in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Arch Intern Med* 2003;163:585-91.
12. Gertman PM, Restuccia JD. The appropriateness evaluation protocol: a technique for assessing unnecessary days of hospital care. *Med Care* 1981;19:855-71.
13. Lang T, Liberati A, Tampieri A et al. A European version of the appropriateness evaluation protocol. *Int J Techn Assess Health Care* 1999;15:185-97.
14. Strumwasser I, Paranjpe NV, Ronis DL et al. Reliability and validity of utilization review criteria. *Med Care* 1990;28:95-111.
15. Jensen JH. Uhensigtsmæssige indlæggelser på medicinsk afdeling. Sygehuset Øresund. Frederiksberg Amt, 1995.
16. Kirkegaard HT, Olesen F. Indlæggelse af gamle af sociale årsager. *Ugeskr Læger* 2000;162:4254-7.
17. Friberg JT, Taastrøm A, Andersen IB et al. Kan akutte indlæggelser konverteres til planlagte indlæggelser på medicinske afdelinger? *Ugeskr Læger* 2002;164:4660-3.
18. Jørgensen SJ, Hendriksen C. Det udgående hospital. *Lægen* 2003;5:22-3.