



Høgskolen Betanien

Videreutdanning: Tverrfaglig videreutdanning i aldring og eldreomsorg

Tittel på norsk:

Pasient eller beboer?

Hvilke fordeler er det for sykehjemsbeboeren å bli behandlet på sykehjemmet mot å bli innlagt på sykehuset? Og hvilke vurderinger legges til grunn?

Tittel på engelsk:

Patient or resident?

What are the benefits for the nursing home resident to get treatment at the nursing home instead of the hospital? And which assessments are there?

Kull: 2012

Kandidatnummer: 14

Antall ord: 8786

Innleveringsdato: 24.4.14

Veileder: Ingrid Hage



Høgskolen Betanien

Publiseringsavtale fordypningsoppgave

Tittel på norsk: "Pasient eller beboer" Hvilke fordeler er det for sykehjemsbeboeren å bli behandlet på sykehjemmet mot å bli innlagt på sykehuset? Og hvilke vurderinger legges til grunn?

Tittel på engelsk: "Patient or resident" What are the benefits for the nursing home resident to get treatment at the nursing home instead of the hospital? And which assessments are there?

Kandidatnummer: 14

Forfatter: Anne Berit Karlsen

Årstall: 2014

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i HBB Brage med forfatter(ne)s godkjennelse.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen Betanien en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja
nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

Ja
nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja
nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja
nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

"Min alderdom listet seg innpå meg;
en dag var jeg falt i hans klør.
Han tok meg med til et annet land,
og der var jeg ikke som før"

William Shakespeare

SAMMENDRAG

Oppgaven er et litteraturstudie som omhandler sykehusinnleggelse for sykehjemsbeboere. Problemstillingen er: "Hvilke fordeler er det for sykehjemsbeboeren å bli behandlet på sykehjemmet mot å bli innlagt på sykehuset? Og hvilke vurderinger legges til grunn?" Forskning viser at sykehusinnleggelse er forbundet med en rekke risikofaktorer for sykehjemsbeboeren. Risikofaktorer som økt falltendens, delirium, trykksår og legemiddelrelaterte avvik. Disse faktorene medfører fare for ytterligere funksjonstap og er forbundet med økt mortalitet. Det er også fare for at sykehjemsbeboeren utsettes for unødvendig påkjenning med undersøkelser og behandling som har liten nytte. Konklusjonen er derfor at i de fleste tilfeller er det best for sykehjemsbeboeren å bli behandlet på sykehjemmet mot å bli innlagt på sykehus. Beslutningsprosessene i vurderingen av om en sykehjemsbeboer skal innlegges i sykehus inkluderer mange faktorer og er komplekse. Det er også behov for mer forskning for å dokumentere om forebyggende tiltak har effekt.

SUMMARY

This paper is a literature study about acute hospitalization of nursing home residents. The issue is: "What are the benefits for the nursing home resident to get treatment at the nursing home instead of the hospital? And which assessments are there?" Research shows that there are many risks associated with hospitalization of the nursing home resident. The risks include falls, delirium, decubitus and adverse drug events. These risks may lead to further deterioration of the patients physical function and may increase mortality. There is also evidence that some transfers may be unnecessary and even inappropriate. In most cases it is concluded that it is in the best interest of the nursing home resident to stay in the nursing home for treatment, and not be hospitalized. To make the decision whether a nursing home resident should be hospitalized or not includes many factors and are complex. There is more research needed to document the effect of interventions to reduce hospital admissions.

INNHold

1.0	INNLEDNING	6
2.0	METODE	8
3.0	PRESENTASJON AV TEORI	10
3.1	Hvem er sykehjemsbeboeren?	10
3.2	Sykehusinnleggelser for sykehjemsbeboere	11
3.3.1	Sykehusinnleggelser for sykehjemsbeboere som har vært på korttidsopphold i sykehjem	12
3.3.2	Infeksjon - med og uten sykehusinnleggelse	14
3.4	Tiltak for å forebygge sykehusinnleggelser fra sykehjem	15
3.5	Rapporter, lover og nasjonale føringer	16
4.0	DRØFTING	20
4.1	Fordeler og ulemper ved innleggelse i sykehus	20
4.2	Hvilke vurderinger legges til grunn?	22
4.3	Implikasjoner for praksis - hva skal til?	26
5.0	KONKLUSJON	30
6.0	LITTERATURLISTE	32

Vedlegg (3 sider) : søkehistorikk

1.0 INNLEDNING

Som ansatt i eldreomsorgen jobber jeg på et kommunalt sykehjem med både langtids- og korttidsplasser. Samhandlingsreformen trådte i kraft for 2 år siden, og vi ser allerede effekten av den på flere områder. Hovedmålet med samhandlingsreformen er i korte trekk å forebygge mer, behandle tidligere og å samarbeide om helhetlige pasientforløp (st.mld 47 2008-2009). Med andre ord skal dette komme den eldre pasienten til gode. Samtidig står vi ovenfor dilemmaer i den kommunale eldreomsorgen, hver dag. Når skal sykehjemspasienten innlegges på sykehus? Når er det faglig forsvarlig at pasienten behandles ved sykehjemmet når akutt sykdom oppstår? Hva er til det beste for min pasient?

Beboere på sykehjem har i snitt 5-6 aktive sykdommer og beboerne har behov for kontinuerlig oppfølging. Ca 80 % av eldre som bor på sykehjem har en mental svikt. Demenssykdommer, depresjon og polyfarmasi er svært utbredt hos beboere på langtidsopphold i sykehjem. Beboerne på sykehjem har komplekse sykdomsbilder, og de har et stort pleiebehov. Faren for akutte sykdomsperioder er stor, og akutte episoder kan kreve tjenester som ikke er tilgjengelige på sykehjem, som ulike diagnostiseringsverktøy og spesielle/avanserte behandlingsmetoder. Dette har de siste årene vært i søkelyset både for politikere og forskere, hvor det hevdes at flere av sykehusinnleggelsene fra sykehjem er unødvendige og/eller kan unngås.

Eldreomsorgen, og god ivaretagelse av våre eldre og syke er noe som både helsearbeidere og samfunnet er opptatt av. Dette ser vi eksempler på blant annet i aviser og diverse mediaoppslag. Blant annet gikk Tor Heier ut i VG sommeren 2013 og fortalte at hans mor lå og gispet etter luft på sykehjemmet, uten at hun fikk legehjelp eller ble innlagt på sykehus (Gjerding og Hvidsten, 2013). Til slutt tok sønnen selv affære og ringte 113 for moren, som ble hentet i ambulanse og innlagt på sykehus for medisinsk behandling. Mange personer kom med lignende historier og uttalelser i forbindelse med dette mediainnlegget.

Siden våre sykehjemspasienter er sårbare eldre er slike dilemma en relevant del av arbeidshverdagen for ansatte i kommunehelsetjenesten. Etter samhandlingsreformen har trådd i kraft er det et høyt fokus på å forebygge unødvendige

sykehusinnleggelse, og at pasientene ikke skal ha unødvendig liggetid på sykehuset, men skrives raskt ut og bli ivaretatt av kommunehelsetjenesten.

Hensikten med denne oppgaven er å se nærmere på hva som er til det beste for sykehjemspasienten, å få pleie og behandling der han/hun bor, eller innlegges på sykehus. Hvilke vurderinger legges til grunn? Med bakgrunn i dette har jeg dermed kommet frem til følgende problemstilling ”**Hvilke fordeler er det for sykehjemsbeboeren å bli behandlet på sykehjemmet mot å bli innlagt på sykehuset? Og hvilke vurderinger legges til grunn?**”

Denne oppgaven avgrenses til å handle om sykehusinnleggelse for eldre på sykehjem: risikoer og vurderinger ved innleggelse, og jeg kommer ikke i denne oppgaven til å se på hvordan sykehjemmet kan eventuelt forhindre at beboerne pådrar seg ulike sykdommer slik at situasjoner med vurdering av sykehusinnleggelse oppstår.

2.0 METODE

Denne oppgaven er et litteraturstudie. Det vil si at jeg har søkt etter litteratur som er relevant for oppgavens tema, og drøftet den opp mot problemstillingen.

For å komme frem til relevant litteratur har jeg søkt i kjente og oppdaterte databaser. Første steg i mitt søk etter relevant litteratur er på helsebiblioteket for å bli kjent med ulike databaser. Jeg har søkt på ulike databaser via helsebiblioteket: PubMed, SveMed, Cochrane Library og McMaster plus. Jeg har valgt å søke på disse databasene fordi de er anerkjente og sikrer kvaliteten til artikler og forskning jeg finner om temaet. PubMed er en gratisversjon av Medline, og Medline regnes for å være en av de viktigste medisinske artikkeldatabasene (Kilvik og Lamøy, 2007). For å få hjelp i søkeprosessen og gjøre den mest mulig systematisk benyttet jeg meg av veiledning av høgskolens bibliotekar, og jeg lagde en oversikt ved hjelp av PICO-skjema. Jeg benyttet meg av søkeord både på norsk og engelsk og fant frem til MESH-termer innen det aktuelle temaet. MESH-termer som aged, geriatric nursing, hospitalization og nursing homes er blitt brukt i ulike kombinasjoner for å komme frem til forskning om det aktuelle feltet (se søkehistorikkskjema, vedlegg 1). Søkene er gjennomført fra november 2013 til april 2014. På PubMed står det også markert hvilke forskningsartikler som er review-artikler (oversiktsartikler) som forenkler søkingen etter oppsummert forskning. I en oversiktsartikkel vurderer forfatterne publiserte studier og oppsummerer konklusjoner og resultater (Kilvik og Lamøy, 2007). På denne måten får jeg en bred innføring i emne, og derfor er oversiktsartikler å foretrekke i søket etter forskning. På PubMed fant jeg en oversiktartikkel som var skrevet av norske forskere og publisert i tidsskrift for norsk legeforening. Da gikk jeg til primærkilden og søkte på nettsiden til tidsskrift for den norske legeforening og fant artikkelen der.

Samhandlingsreformen har vært i bruk i Norge i kun litt over 2 år. Det er for tidlig å kunne forske på effektene denne samhandlingen har hatt for helsevesenet og de kommunale tjenestene til brukerne. Men jeg har søkt og tatt med noen artikler fra sykepleien forskning som omhandler dette temaet.

For å være sikker på at litteraturen som er brukt i oppgaven er av tilfredsstillende kvalitet har jeg kritisk vurdert artiklene jeg har funnet. Jeg har kritisk vurdert ved

hjelp av sjekklister for kritisk vurdering av forskningsartikler som ligger på kunnskapssenteret sine nettsider. Jeg har valgt ut noen inkluderingskriterier: litteraturen må være publisert på anerkjente databaser og ikke være eldre enn 10 år. Jeg har i hovedsak benyttet meg av litteratur fra kvalitetssikrede kilder som PubMed, SveMed og Cochrane library. Jeg har også benyttet meg av kilder som legeföreningen, sykepleien forskning og kunnskapssenteret.

3.0 PRESENTASJON AV TEORI

3.1 Hvem er sykehjemsbeboeren?

Eldre i Norge som bor på sykehjem har høy alder, og gjennomsnittsalderen er 84 år (Ranhoff og Linnsund, 2005). Eldre har ofte flere sykdommer samtidig, og beboere på sykehjem har et snitt på 5 -6 aktive sykdommer samtidig. (Ranhoff og Lindsund, 2005). Å ha flere aktive sykdommer samtidig er en påkjenning for den eldre, og det er også en faglig utfordring å ivareta. Hver enkelt sykdom kan påvirke symptombildet, noe som kan gjøre diagnostikken usikker og behandlingen mer komplisert. Dersom den eldre blir akutt syk kompliseres situasjonen ytterligere. Eldre har som følge av organ/funksjonssvikt ofte atypiske symptomer ved akutt sykdom. Ved for eksempel alvorlig infeksjon kan det hende at et vanlig infeksjonstegn som feber uteblir og det er ikke alle eldre som får brystmerter ved hjerteinfarkt. Ved alvorlig sykdom får ofte eldre ukarakteristiske symptomer som rask funksjonssvikt, delir, falltendens, mobilitetssvikt og dehydrering (legeforeningen, 2012, side 12).

Ca 80 % av eldre som bor på sykehjem har en demens sykdom eller mental svikt (Ranhoff og Lindsund, 2005). Demens er en fellesbetegnelse på nevrodegenerative sykdommer som rammer cerebrale funksjoner. Mennesker som rammes av demens sykdom utvikler en økende reduksjon av funksjoner og til slutt manglende innsikt i tid, sted og egen situasjon. Man blir økende hjelpe- og pleietrengende og hverdagslige gjøremål som tidligere var selvfølgelige, blir en umulighet (legeforeningen 2012).

Demenssykdommer, depresjon, funksjonssvikt og polyfarmasi er svært utbredt hos beboere på langtidsopphold i sykehjem (Ranhoff og Linnsund, 2005). Å ha fast sykehjemsplass er høyeste tjenestetilbud til hjelpetrengende eldre. Fast sykehjemsplass tilbys skrøpelige eldre som har behov for heldøgns pleie - og omsorg, som ikke lenger har mulighet til å bo i eget hjem. Funksjonstapet for mange eldre med demenssykdom blir etter hvert så stort at de må ivaretas på sykehjem (legeforeningem, 2012).

3.2 Sykehusinnleggelser for sykehjemsbeboere

Studien til Ranhoff og Linnsund (2005) er en oversiktsartikkel. Hensikten er å belyse i hvilke situasjoner sykehusinnleggelse av sykehjemsbeboere er hensiktsmessige. Denne studien inkluderer norsk og internasjonal medisinsk litteratur (30 stk). Den belyser temaet akutt sykdom for beboere i sykehjem og innleggelser i sykehus og er derfor høyaktuell til min problemstilling. Forfatterne har ikke funnet studier som beskriver de vanligste årsakene til innleggelser i Norge, men henviser til St.mld 43 (1999-2000) om akuttmedisinsk beredskap som viser til hoftebrudd, pneumoni, hjerneslag, brystmerter, hjertesvikt, alvorlig anemi og infeksjonssykdommer som vanligste innleggelsesårsaker hos eldre. Akutte sykdomsperioder for beboere i sykehjem er vanlig, og personal i sykehjem står ofte ovenfor avgjørelser om innleggelse i sykehus. Disse avgjørelsene innebærer både faglige og etiske overveielser (Ranhoff og Linnsund, 2005).

Funnene i studien viser tydelig at sykehjemsbeboere som pådrar seg hoftebrudd, og de som får gastrointeral blødning og ikke er i terminalfase av annen sykdom klart har nytte av sykehusinnleggelse for overlevelse og bevare restfunksjon (Ranhoff og Lindsund, 2005). Ved sykdommer som pneumoni og andre alvorlige infeksjoner beskrives det at diagnosen som regel kan stilles ved sykehjemmet. Dersom sykehjemmet kan tilby intravenøs antibiotikabehandling gir sykehusinnleggelse neppe noen gevinst for sykehjemsbeboeren. Pasienter som får pneumoni i livets slutfase anbefales i ingen tilfeller å innlegges, men å gi tilstrekkelig lindrende behandling på sykehjemmet.

Når det gjelder sykehjemsbeboere som har fått en pneumoni og som plages av rask respirasjonsfrekvens (og som ikke er terminal av andre sykdommer) viser studien en forskjell på økt dødelighet for de som behandles på sykehjemmet, men ikke de som behandles på sykehuset. Det konkluderes derfor med at høy respirasjonsfrekvens ved pneumoni tyder på en mer alvorlig infeksjon og at det kan være en markør som tyder på at de beboerne kan ha nytte av sykehusinnleggelse (Ranhoff og Lindsund, 2005).

Pasienter som får hjerneslag og får behandling i slagenhet har gode utsikter angående overlevelse og bevaring av funksjoner (Ranhoff og Lindsund, 2005). Denne effekten er imidlertid mer usikker når det gjelder eldre som er skrøpelige fra før med et stort

hjelpebehov. Effekten av trombolytisk behandling ved hjerneslag er ikke studert hos sykehjemsbeboere. I vurderingen av hvilke sykehjemsbeboere (som ikke er i terminalfasen av andre sykdommer) konkluderer studien med at når det gjelder pneumoni, andre alvorlige infeksjoner, lungeødem, forverring av KOLS og hjerneslag kan innleggelse være nyttig for noen pasienter, men de fleste bør behandles i sykehjem (Ranhoff og Lindsund, 2005).

Innleggelse i sykehus for en sykehjemsbeboer er ikke alltid forbundet med positive effekter. Det er dokumentert at sykehusinnleggelse kan øke risikoen for fall, delirium og trykksår, og kan gi ytterligere tap av funksjon og medføre økt dødelighet. Det er også fare for at sykehjemsbeboeren utsettes for unødvendig påkjenning med undersøkelser og behandling som har liten nytte (Ranhoff og Lindsund, 2005). I alle tilfeller der det er snakk om sykehjemsbeboeren skal på sykehus eller ikke må det alltid gjøres individuelle vurderinger. Fagpersoner og pleiepersonell ved sykehjemmet må vurdere om tiden er inne for sykehjemsbeboeren å gi lindrende behandling, eller om forlengelse av livet og bevaring av funksjoner fortsatt kan oppnås. Det må tas hensyn til hva beboeren ønsker selv, og hensyn til pårørende. Kanskje så mange som 2/3 av sykehjemsbeboere er så mentalt svekket at de ikke kan ivareta egen autonomi (Ranhoff og Lindsund, 2005). Så, lite er kjent om hva sykehjemsbeboerne selv ønsker i akutte situasjoner. I studien til Ranhoff og Lindsund (2005) fremheves viktigheten av å ta slike samtaler med sykehjemsbeboer og pårørende på forhånd, men dette krever kompetanse, behandlingsalternativer på sykehjemmet, etiske vurderinger og kommunikasjonsevne.

3.3.1 Sykehusinnleggelser for sykehjemsbeboere som har vært på korttidsopphold i sykehjem

Studien til Wysocki et.al. (2014) er en kohortstudie som inkluderer eldre over 65 år i 7 delstater i USA i en periode over 2 år. Studien omhandler innleggelse i sykehus for eldre som er på langtidsopphold i sykehjem i forhold til de som reiser hjem fra et opphold på sykehjem (korttidsopphold). Bakgrunnen for studien er at det er mer og mer etterspørsel etter langtidsplasser i sykehjem, mens målet er at flere eldre skal kunne flytte hjem med hjemmesykepleie etter et korttidsopphold i sykehjem. Dette kan være sammenlignbart med Norge, og er relevant for oppgaven. Studien ser nærmere på innleggelser i sykehus for behandling av akutte sykdommer i gruppen av

eldre som er flyttet hjem med hjelp av hjemmesykepleie, mot de som er på langtidsopphold i sykehjem. De fant ut at eldre som er på sykehjem i over 90 dager er mer utsatt for å forbli sykehjemsbeboer med kontinuerlig hjelp, enn de som reiser hjem fra korttidsopphold innen det har gått 90 dager (Wysocki et.al., 2014).

I studien omtales det at eldre som er på langtidsopphold på sykehjem får en mer kontinuerlig pleie og omsorg av fagutdannete pleiere, og at dette kan forhindre unødvendige innleggelse i sykehus. Resultatene av deres analyse var at 9,7% av sykehusinnleggelsene blant eldre på langtidsopphold kunne potensielt hindres, og tilsvarende 11,4 % av sykehusinnleggelsene hos hjemmeboende eldre. Personer som bor hjemme med hjelp av hjemmesykepleie har ikke samme omsorgsnivå som beboere på langtidsopphold i sykehjem. Tilgangen til faglig oppfølging og omsorg av pleiere 24 timer i døgnet klarer man ikke å oppnå for dem med omfattende hjelpebehov som er hjemmeboende, dette kan påvirke utfallet av sykehusinnleggelse (Wysocki et.al., 2014).

Når alle risikofaktorene ble sett under et fant de ut at eldre som har vært på korttidsopphold på sykehjem og flyttet hjem med hjelp av hjemmesykepleie har signifikant større risiko for å bli utsatt for sykehusinnleggelse (både nødvendige sykehusinnleggelse og sykehusinnleggelse som kunne potensielt hindres) i forhold til eldre som blir på langtidsopphold i sykehus (Wysocki et.al., 2014). Artikkelen peker på at eldre med langtidsopphold i sykehjem typisk har komplekse medisinske tilstander som trenger kontinuerlig pleie og medisinsk hjelp. Pasienter som flytter hjem fra korttidsopphold i sykehjem sees på som friskere enn de som har langtidsopphold i sykehjem, men det er de som har størst risiko for sykehusinnleggelse. Studien konkluderer med at det bør sees nærmere på hva som er mest kostnadseffektivt og hvordan pleien til hjemmeboende kan bli mer kontinuerlig og faglig. For at eldre med omfattende hjelpebehov skal få bo lengst mulig hjemme må de medisinske behovene komme med i en overføringsplan. Dette for å sikre at de ivaretas på best mulig måte i hjemmet og for å kunne forebygge sykehusinnleggelse (Wysocki et.al., 2014).

3.3.2 Infeksjon - med og uten sykehusinnleggelse

Boockvar et.al. (2005) har utført en studie der målet er å finne ut om det er forskjell på utfallet av en infeksjonssykdom hos sykehjemsbeboere med og uten sykehusinnleggelse. Populasjonen er 2153 beboere med langtidsopphold i sykehjem, fordelt på 59 sykehjem i Maryland, USA. Studien er en kohortstudie og den er publisert i både Journal of the American Medical Directors Association og PubMed. Infeksjonssykdommer er vanlige sykdommer blant sykehjemsbeboere og har ofte alvorlig konsekvens for beboeren, det er også en vanlig innleggesårsak blant beboere i norske sykehjem (Ranhoff og Lindsund, 2005). Siden infeksjonssykdommer er en vanlig årsak til sykehusinnleggelse for norske sykehjemsbeboere, valgte jeg å ta denne studien med i min oppgave. Den inkluderer også mange sykehjemsbeboere, og det ble vektet positivt i forhold til om denne studien er relevant for oppgavens problemstilling. Å avgjøre om en sykehjemsbeboer skal innlegges i sykehus ved infeksjonssykdom inkluderer mange vurderinger. Om sykehjemmet har kapasitet til å ivareta beboeren med denne type infeksjon, har man nødvendig utstyr, fasiliteter og kompetent personale? I tillegg vet man risikoen en sykehjemsbeboer blir utsatt for med en sykehusinnleggelse: Sykehjemsbeboeren er svak og det er en påkjenning å bli flyttet, risikoen for funksjonssvikt øker, man får høyere risiko for delir, fall og legemiddelrelaterte avvik som kan være en belastning for den eldre (Boockvar et.al., 2005). I studien beskrives det at noen sykehusinnleggelser var å ansees som unødvendige og noen også upassende.

En signifikant del av forekomsten av trykksår hos sykehjemsbeboere var tilknyttet sykehusinnleggelser (Boockvar et.al., 2005). En grunn kan være at pleierne på sykehus er opptatt av å ivareta den akutte situasjonen og er mindre oppmerksomme på å ivareta det grunnleggende stellet. Mens pleierne på sykehjem er mer opptatt av å ivareta hel hud og forebygge trykksår, det er også et insentiv for sykehjemspersonalet at det er en anerkjent kvalitetsindikator (Boockvar et.al., 2005). Å legge en sykehjemsbeboer inn på sykehus forhøyer risikoen for død på grunn av faren for uønskede hendelser. Uønskede hendelser på sykehus inkluderer legemiddelrelaterte avvik, fall og delir og 7 % - 13 % førte til døden for pasienten. I tillegg kommer risikoen for psykisk påkjenning for sykehjemsbeboeren å flytte mellom institusjoner (Boockvar et.al., 2005). Konklusjonen i studien er at det fremkommer sterke bevis

for at innleggelse i sykehus for sykehjemsbeboere med infeksjonssykdom er forbundet med verre utfall enn for de som blir behandlet på sykehjemmet. Konsekvensen er at man bør tilstrebe forbedret ivaretagelse av sykehjemsbeboere på sykehuset, eller at sykehjemmene muliggjør at sykehjemsbeboerne kan få utredning og behandling for infeksjonssykdommen på sykehjemmet. Dette vil kunne bidra til å forebygge trykksår og redusere dødeligheten (Boockvar et.al., 2005).

3.4 Tiltak for å forebygge sykehusinnleggelser fra sykehjem

Kunnskapssenteret har laget en systematisk oversikt over effektene av tiltak for å redusere akutte sykehusinnleggelser fra sykehjem (Forsetlund, Graverholt og Mathisen, 2013). De har søkt systematisk etter studier som omhandler temaet. Og inkludert 4 systematiske oversiktsartikler og 5 primærstudier. Studiene som er inkludert omhandler tiltak som skal forebygge akutte sykehusinnleggelser fra sykehjem. De er videre delt det inn i tre kategorier: tiltak for å standardisere behandling og omsorg, geriatrike spesialisthelsetjenester og influensavaksinerings. I oversiktsartikkelen beskriver de at flere av studiene de har inkludert konkluderer med at de forebyggende tiltakene har effekt på å redusere antall akutte sykehusinnleggelser fra sykehjem. Men dokumentasjonen for disse resultatene er scoret til å være av lav og svært lav kvalitet, og at det derfor ikke er mulig å trekke sikre konklusjoner. I flere av de inkluderte studiene hevdes det at flere av sykehusinnleggelsene for sykehjemsbeboere var unødvendige, dette kan ha vært en medvirkende årsak til at de politiske føringene nå peker i retning av at mer og mer skal ivaretas lokalt i kommunen. Når det gjelder tiltak i kategorien standardisere behandling og omsorg sier dokumentasjonen at opplæring av helsepersonell i strukturert planlegging av behandling, pleie og omsorg av sykehjemsbeboere i livets slutfase gav positive resultater for antall sykehusinnleggelse, men kvaliteten på dokumentasjonen er dømt til å være lav til svært lav. I kategorien geriatrike spesialisttjenester vurderte de studier som sammenlignet sykehjem som hadde fått tilleggsteneste av en ambulant geriatrik tjeneste mot vanlig praksis. Dokumentasjonen viser at det var færre innleggelser i tiltaksgruppen enn kontrollgruppen, men kvaliteten på dokumentasjonen er vurdert til å være av svært lav kvalitet. Studier som omhandlet effekten av influensavaksinerings hadde to retninger, en som vaksinerte sykehjemsbeboere og en som vaksinerte pleiepersonalet.

I begge tilfeller viser dokumentasjonen positive effekter for antall sykehjemsbeboere med influensa og muligens færre dødsfall i forhold til normal praksis, men i dette tilfellet ble også dokumentasjonen på resultatene bedømt til å være av lav og svært lav kvalitet (Forsetlund, Graverholt og Mathisen, 2013).

Alle resultatene i denne studien er at kvaliteten på dokumentasjonen i samtlige tiltak er bedømt til å være lav og/eller svært lav. De viser til noen lovende resultater innen effekt av tiltak for å forebygge sykehusinnleggelse, men siden kvaliteten er lav er det ikke nok til å trekke sikre konklusjoner. Dette viser at det er behov på mer forskning på effekten av disse tiltakene (Forsetlund, Graverholt og Mathisen, 2013).

Denne review-artikkelen er en del av doktorgradsavhandlingen til Birgitte Graverholt ved universitet i Bergen. Hennes avhandling var ferdig i februar i år, og er nylig publisert på UiB sine nettsider. Den omhandler sykehusinnleggelse for sykehjemsbeboere og er høyaktuell for min problemstilling.

Doktorgradsavhandlingen inkluderer 3 studier; oversiktsartikkelen om effekt av tiltak for å forebygge sykehusinnleggelse, en studie der antall sykehusinnleggelse fra sykehjem ble målt over en toårsperiode, og en studie som sammenligner innleggesraten fra de ulike sykehjemmene (Graverholt, 2014). Hovedmålet med studien er å beskrive sykehusinnleggelse fra sykehjem, undersøke ulikhetene mellom sykehjemmene og den systematiske oversikten over tiltak for å redusere sykehusinnleggelse fra sykehjem. Hovedtrekkene fra studien viser at sykehusinnleggelse varierer veldig fra sykehjem til sykehjem. Innleggesraten pr seng pr sykehjem varierte fra 0,16 ganger til 1,49, det vil si en faktor på 9. Hun skriver i sin studie at 32 % av innleggelsene kan forklares av størrelse på sykehjemmet og antall korttidsplasser (Graverholt, 2014).

3.5 Rapporter, lover og nasjonale føringer

I vurderingen som formuleres i problemstillingen må det tas hensyn til faglig begrunnelse, personlige og etiske hensyn. For å sikre at pasienter får riktig behandling er det en del nasjonale føringer som legges til grunn ved utarbeidelse og organisering av helsetjenester. Eksempler på slike føringer er samhandlingsreformen. Samhandlingsreformen er stortingsmelding nr. 47 som kom i 2008/2009. Den ble

iverksatt 1.januar 2012 og har stor innvirkning på organisering av helsetjenester til eldre. Bakgrunnen for samhandlingsreformen er NOU 2005: 03, Fra stykkevis til helt – en sammenhengende helsetjeneste (Wisløff-utvalget). Der beskrives en del av utfordringene i helsevesenet for å best kunne tilby et helhetlig pasientforløp for pasientene og ivaretagelse av samhandlingen mellom stat og kommune. I samhandlingsreformen pekes det på 3 hovedutfordringer:

- Pasienters behov for koordinerte tjenester besvares ikke godt nok
- Tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom
- Demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne

Gjennom samhandlingsreformen ønsker regjeringen å møte de tre hovedutfordringene, og har beskrevet en del grep som må gjøres i samfunnet. I følge regjeringens vurderinger er det ikke motsetninger mellom de tre hovedutfordringene, og alle tre krever strukturelle tiltak som understøtter helheten i tjenestesystemene (helse- og omsorgsdepartementet, 2009).

I samhandlingsreformen beskriver regjeringen 5 hovedgrep for å møte fremtidens utfordringer: klarere pasientrolle, ny kommunerolle, etablering av økonomiske insentiver, spesialisthelsetjenesten skal utvikles slik at den i større grad kan bruke sin spesialiserte kompetanse, tilrettelegge for tydeligere prioriteringer (helse- og omsorgsdepartementet, 2009).

I nær fremtid er det forventet at den eldre befolkning i Norge vil øke markant. I tillegg er det forventet stor økning i sykdommer knyttet til levevaner og helseatferd. Prognoser fra SSB viser et behov for ca 100 000 flere årsverk innen pleie og omsorgssektoren. Artikkelen til Opsahl, Solvoll og Granum (2012) trekker frem at utformingen av samhandlingsreformen utfordrer profesjonskompetansen i sykepleie. Med unntak av medisinsk kompetanse (legene) blir beskrivelser av andre helseprofesjoner usynlige i samhandlingsreformen. Sykepleie som profesjonskompetanse blir blant annet ikke omtalt i samhandlingsreformen. Opsahl, Solvoll og Granum trekker i artikkelen frem hvordan samhandlingsreformen påvirker kommunehelsetjenesten og omtaler blant annet at forventningspresset i kommunene

på pasientoppfølging vil stige, mens sykepleieårsverkene fortsatt er sterkest representert i spesialisthelsetjenesten. Endringene med samhandlingsreformen kommer til å føre til nye og utfordrende oppgaver for kommunehelsetjenesten. Med eksempler som at kommunene vil få tidlig ansvar for medisinsk ferdig behandlede pasienter, i tillegg til økt pleie- omsorg og medisinsk faglig ansvar for de kronisk syke og eldre med sammensatte lidelser (Opsahl, Solvoll og Granum, 2012).

I 2013 kom det ut en NOVA-rapport som tar for seg hvordan de kommunale helse - og omsorgstjenestene tar i mot det økte antallet pasienter som skrives ut fra sykehusene. Dataene i rapporten er innhentet ved først å ta kvalitative intervjuer med seks sykepleiere. Etter intervjuene ble datamaterialet brukt til å lage en spørreundersøkelse der informantene er sykepleiere som jobber på sykehjem og i hjemmesykepleien over hele Norge. 2372 sykepleiere deltok i undersøkelsen, ca halvparten av informantene jobber på sykehjem. Undersøkelsen omhandlet temaer som: endringer i arbeidsoppgaver, økning i pasienter fra sykehus, ressurser, kvalitet og kompetansehevede tiltak. Tre av ti informanter svarer at mellom 21 og 40 % av pasientene som kommer fra sykehus fortsatt trenger sykehusbehandling. Et flertall av informantene oppgir at antall reinnleggelser til sykehus har økt. Fire av ti sykepleiere svarer at den faglige forsvarligheten ivaretas like godt. Mens 35 % av informantene oppgir at ernæring, hygiene, pleie- og omsorgsbehov ikke ivaretas like godt. Funn i studien viser at et flertall av sykepleierne opplever at de har fått mer varierte og spennende oppgaver, men samtidig at det er vanskelig å ivareta når det følger for lite ressurser med de økte oppgavene (NOVA, 2013)

Veilederen "legetjenester i sykehjem" ble utgitt av sosial- og helsedirektoratet i 2007. Veilederens formål er å planlegge, oppnå og vedlikeholde god kvalitet på legetjenester i sykehjem. I veilederen står det beskrevet at det er kommunen på lokalt nivå som skal vedta hvor mange legetimer som kreves for legetjenester i sykehjem, dette kan angis som antall årsverk eller legetid pr. sykehjems plass. Kommunen skal også spesifisere hvilke oppgaver legen skal utføre i henhold til rammen på vedtaket. Det beskrives også hvordan kommunen kan kartlegge status når det gjelder legetjeneste i sykehjem, og presenterer nasjonale kvalitetsindikatorer i pleie- og omsorgstjenesten (sosial- og helsedirektoratet, 2007).

Jeg finner det også naturlig å ta med noe om temaet brukermedvirkning i denne oppgaven. Sykehjemsbeboeren har rettigheter til å medvirke i beslutninger som gjelder hans/hennes behandling. Det er nedfelt i lover og forskrifter at brukermedvirkning skal ivaretas, og det stilles store krav til offentlig sektor om å ivareta dette. På Helse- og omsorgsdepartementets hjemmeside står det om brukermedvirkning: ”Brukermedvirkning innebærer at tjenesten benytter brukerens erfaringer med helsetjenesten for å kunne yte best mulig hjelp. Et viktig mål er at brukermedvirkning skal bidra til kvalitet på tjenestene og at brukeren har økt innflytelse på egen livskvalitet. Brukermedvirkning betyr ikke at behandleren fratras sitt faglige ansvar”. I stortingsmelding nr 16 står det omtalt hva som må være oppfylt for at brukermedvirkning ivaretas. I lov om pasient - og brukerrettigheter fra 1999 er hele kapittel 3 viet til pasientens rett til medvirkning og informasjon (Pasient - og brukerrettighetsloven, 1999). I pasientrettighetsloven § 3-1 står det beskrevet at ”Pasient og bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Pasienten har herunder rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon.” (Pasient - og brukerrettighetsloven, 1999). Videre står det også beskrevet i loven at dersom pasienten ikke har samtykkekompetanse har nærmeste pårørende rett til å medvirke. Kapittel 4 i pasientrettighetsloven omhandler samtykke til helsehjelp, der utgangspunktet er at alle pasienter må samtykke til enhver form for helsehjelp. Videre i § 4-3 står det likevel at ”Samtykkekompetansen kan bortfalle helt eller delvis dersom pasienten på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter” (Pasient - og brukerrettighetsloven, 1999). Dermed ble den reviderte utgaven av pasientrettighetsloven i 2006 tilføyd kapittel 4A som omhandler helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen.

4.0 DRØFTING

4.1 Fordeler og ulemper ved innleggelse i sykehus

I denne oppgaven ser jeg nærmere på hva som er til det beste for sykehjemsbeboeren ved akutt sykdom: innleggelse i sykehus eller behandling på sykehjemmet. Fordelen ved i innlegges i sykehus ved akutt skade eller sykdom virker klare. Sykehus representerer høyeste medisinske tilbud. Der får alle pasienter tatt diagnostiske tester, prøver, analysering og beste behandlingstilbud ved sykdom. Man skulle anta at dette var til det beste for personer som blir rammet av akutt sykdom eller skade. Og for de fleste av oss er utredning og behandling på sykehus ved akutt og alvorlig sykdom og skade til det beste for oss. Men når det gjelder eldre på sykehjem stiller det seg litt annerledes.

Gjennom min erfaring med å arbeide på sykehjem har jeg sett flere episoder der det viser seg at det ikke var til det beste for sykehjemsbeboeren å innlegges på sykehuset. Et eksempel er fru Nilsen (fiktivt navn) som bodde på sykehjemmet. Som de fleste eldre som bor på sykehjem hadde hun flere sykdommer, også langkommet demens. Pleiebehovet var stort, og hun hadde behov for hjelp til alt innen daglig stell, pleie og tilrettelegging ved måltider. Hennes demenssykdom preget henne og begynte å miste språk og førlighet i beina. Dette glemte hun stadig ut, og hennes trang til å formidle sine behov og trang til å gå på egenhånd viste seg på en rekke måter. Da hun akutt ble dårlig en helg ble det besluttet av legevakslegen at fru Nilsen skulle innlegges i sykehus for utredning og behandling. Det endte med at fru Nilsen fikk diagnosen pneumoni og fikk behandling med antibiotika intravenøs på sykehuset i en uke før hun kom tilbake på sykehjemmet. Under sykehusoppholdet hadde hun vært svært forvirret, urolig og tatt til seg lite mat. Bare et par døgn etter at hun kom tilbake fra sykehuset ble det konstatert at hun var i terminal fase, og hun døde på sykehjemmet med sine nærmeste hos seg. Slike situasjoner i arbeidshverdagen får meg til å tenke på hvordan vi kunne gjort avslutningen på livet bedre for fru Nilsen. I ettertid har jeg reflektert over denne situasjonen, og i og med at jeg fikk opplysninger om at fru Nilsen hadde vært forvirret og urolig på sykehuset gjør jeg meg noen tanker om at hun kunne hatt det bedre på sykehjemmet. Der hadde hun kunne fått adekvat behandling mot sin infeksjon, og hun hadde hatt tryggheten

med å være i kjente omgivelser og i tillegg hatt personal rundt seg som kjente til henne, hennes sykehistorie og hennes behov for stell, pleie og omsorg. Personalet på sykehjemmet kjenner til hennes bakgrunn, kan snakke med henne om hennes fortid når hun ikke klarer å sette ord på det selv, og vet hvilke tiltak som fremmer trygghet når verden virker fremmed og uhandgripelig.

En av risikofaktorene for sykehjemsbeboeren med å innlegges på sykehuset er blant annet faren for at det oppstår delir. Da 80 % av de som bor på sykehjem har en demens sykdom eller en kognitiv svikt øker risikoen betraktelig for at det oppstår delir. Dette er fordi hjernen er allerede i en sårbar tilstand og når denne pasienten utsettes for akutt sykdom er faren tilstede for at pasienten går inn i delirium. Når i tillegg pasienten flyttes ut av kjente omgivelser og vekkes fra kjente ansikter som kjenner vedkommendes behov blir risikoen for delir større. Ut i fra det vi fikk vite om fru Nilsen, kan det være det som har skjedd med henne når hun ble innlagt på sykehus.

I tillegg viser forskningen at det er større fare for pasientene å pådra seg trykksår ved et sykehusopphold enn de som er på sykehjemmet. Det kan nok være flere grunner det til det. I studien til Boockvar et.al. (2005) fremkommer det en signifikant økning av trykksår for de som innlegges i sykehus. Det beskrives at en av årsakene til dette kan være at pleiere på sykehjem er mer opptatt av å ivareta hel hud og yte helhetlig omsorg for beboeren, mens pleiere på sykehuset er mer opptatt av den akutte situasjonen og behandling av det spesifikke problemet/sykdommen. Om dette er den faktiske årsaken til forekomst av trykksår hos sykehjemsbeboere på sykehus i Norge fremkommer ikke i noen studie. Men det kan tenkes at den påstanden har rot i virkeligheten. Vi vet at pleiere på sykehjem er opptatt av helhetlig omsorg, og på samme vis som i studien til Boockvar et.al. (2005) er det også en kvalitetsindikator på sykehjem i Norge, der alle sykehjem rapporterer inn forekomst av decubitus på styringskortet (balansert målstyring, Bergen Kommune, 2014) og måling av dette er en del av kvalitetskontrollen på norske sykehjem. Om dette er grunnen til at det er større fare for trykksår når man legges inn på sykehus i forhold til å være på sykehjemmet kan man muligens stille spørsmålstegn ved pleien på sykehuset? Pasientene har rett på helhetlig omsorg og pleie uansett om de mottar kommunal eller statlig tjeneste. Man skulle tro at pleiere i alle tjenestelinjer har kunnskap om tiltak

for å forebygge trykksår, og at det skal være mulig å oppnå et tilfredsstillende tilbud både om man er på sykehus eller sykehjem.

Kort oppsummert sier forskningen oss at det er større fare for fall, delirium, trykksår og legemiddelrelaterte avvik for en sykehjemsbeboer som innlegges på sykehus. Disse farene gjør at det er hos mange fører til ytterligere tap av funksjon og forbindes med økt dødelighet. Så hva er til det beste for min pasient? På den ene siden ønsker vi å tilby det beste tilbudet for våre pasienter som får akutt skade eller sykdom, men på den andre siden viser forskning, og vi har erfaring med, de negative konsekvensene det kan være for sykehjemsbeboer å bli innlagt på sykehus – så hvilke vurderinger tas med i betraktninger når en avgjør om en sykehjemsbeboer skal legges inn på sykehuset eller ikke?

4.2 Hvilke vurderinger legges til grunn?

Forskning dokumenterer at det finnes flere ulike risikofaktorer for eldre ved innleggelse i sykehus. Dette gjør at vi som helsepersonell må vite om disse risikofaktorene og ta de med i vurderingen når det oppstår spørsmål om sykehusinnleggelse for sykehjemsbeboere. Forskningen viser også til at det er flere faktorer som spiller inn i vurderingen av om en sykehjemsbeboer skal innlegges på sykehuset eller ikke. På den ene siden har vi nasjonale føringer og lover som sier noe om hvordan vi som helsepersonell skal forholde oss til akutte skader og sykdommer. Den faglige vurderingen for om det er behov for en sykehusinnleggelse må alltid en lege ta. Det er ganske ulikt fra sykehjem til sykehjem hvordan det er organisert, og hvor høy legedekningen er på et sykehjem. I veilederen "legetjenester i sykehjem" fra sosial- og helsedirektoratet står det at det er opp til kommunene å avgjøre legedekningen og beskrive hvilke ansvarsområder legen har. Dette vil si at det i praksis kan varierer veldig fra sykehjem til sykehjem hvor god tilgang det er til lege. I dorktorgradsavhandlingen til Birgitte Graverholt har hun funnet ut at det er flere sykehusinnleggelser fra små sykehjem, enn fra de store. Det kan være flere grunner til det, men en av grunnene kan være at store sykehjem ofte har større tilgang til faglige ressurser som flere sykepleiere og leger. Store institusjoner har ofte flere ansatte, og da større andel sykepleiere. Tilgangen til medisinsk utstyr, legedekning og sykepleiedekning kan da være større på store sykehjem i forhold til på de små sykehjemmene. Siden det er færre sykehusinnleggelser fra store sykehjem, kan det

tyde på at de har kapasitet til å ivareta flere akutte sykdommer/situasjoner enn de mindre sykehjemmene. Disse opplysningene viser meg at det ikke bare er pasientens behov for medisinsk utredning og behandling som avgjør om han/hun innlegges på sykehuset eller ikke. Når tilgangen til fagpersonell og sykehjemmets kompetanse og utsyr til å ivareta akutte situasjoner tas med i betrakningen ved en eventuell sykehusinnleggelse er det ikke bare lenger pasientens behov som er i fokus. I samhandlingsreformen står det beskrevet at det skal tilstrebes at pasienten skal få behandling i kommunen så langt det lar seg gjøre. Det står også beskrevet om å øke legedekning på sykehjemmene for å håndtere de medisinske utfordringene. Som artikkelen til Opsahl, Solvoll og Granum (2012) beskriver, står det ikke noe i samhandlingsreformen om sykepleiedekningen på sykehjem for å ivareta den faglige oppfølgingen. Etter min erfaring spiller dette også inn i vurderingen om en eventuell sykehusinnleggelse. Når akutte situasjoner oppstår på sykehjemmet må lege og sykepleier vurdere om det er faglig forsvarlig å ha sykehjemsbeboeren på sykehuset. Vi er forpliktet til å yte faglig forsvarlig helsehjelp, og i noen situasjoner på sykehjem kan det være utfordrende. Dette kan være for eksempel ved at vi ikke har sykepleier på alle avdelinger på alle vaktene. Dette fører til at en sykepleier har det sykepleiefaglige ansvaret på flere sykehjemsbeboere enn han/hun har på sin avdeling, og ved en akutt situasjon kan det medføre at vi ikke kan gi et tilstrekkelig tilbud til beboeren om sykepleiefaglig oppfølging. Når det oppstår akutt sykdom og/eller skade hos en sykehjemsbeboer må dette tas med i betrakningen når en sykehusinnleggelse skal vurderes. Etter min erfaring kan slike vurderinger om sykehjemmet har kapasitet og faglig dekning medføre at sykehjemsbeboere innlegges på sykehus for tilstander som kunne ha vært håndtert på sykehjemmet dersom det hadde vært bedre fagdekning og tilgang på de rette ressursene.

Etter samhandlingsreformen trådte i kraft har det vært en økning i sykehjemsbeboere på korttidsplass i sykehjem. I Bergen kommune er det 2250 sykehjemsplasser. 487 av disse sykehjemsplassene er korttids - eller rehabiliteringsplasser (Bergen kommune, 2014). I 2013 kom det ut en NOVA rapport om hvordan sykehjem og hjemmesykepleie tar imot det økte antallet med pasienter fra sykehus. Der fremkommer det at syv av ti informanter opplyser om en økning i pasienter direkte fra sykehuset etter samhandlingsreformen. Seks av ti informanter svarer at

reinnleggelser for disse pasientene har økt etter samhandlingsreformen. I NOVA-rapporten står det at antall reinnleggelser kan være et uttrykk for at pasienten ikke er ferdigbehandlet når han/hun utskrives fra sykehuset. Dette sammenfaller med mitt inntrykk etter erfaring med korttidsplasser på sykehjem. Flere og flere av sykehjemsbeboere på korttidsopphold kommer fra sykehuset. Disse pasientene er ofte fortsatt under behandling når de kommer til sykehjemmet. De er i en sårbar situasjon og har ofte behov for tett oppfølging av lege og sykepleier. Selv om våre beboere på fast plass i sykehjem også er eldre med komplekse sykdomstilsander og fare for at akutte situasjoner oppstår vil jeg påstå at denne risikoen er enda høyere for korttidspasienter på sykehjem som kommer rett fra sykehuset. De har vært gjennom en stor påkjenning med sykdom eller skade som har krevd en sykehusinnleggelse. Før brukte vi uttrykket ”ferdigbehandlet på sykehuset”, men nå er det ”utskrivingsklar” som brukes. Dette er nok ikke en tilfeldighet, da disse pasientene fortsatt har uavklarte situasjoner, er dårlige pasienter og krever tett faglig oppfølging.

I tillegg har pasienten en lovfestet rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Siden 80 % av sykehjemsbeboere har en demens sykdom eller en kognitiv svikt er flertallet av sykehjemsbeboere ute av stand til å ivareta sin egen autonomi. Min erfaring tilsier at dette er en vanlig og aktuell problemstilling på sykehjemmene. Beboere på sykehjem kjennetegnes av at de er svært pleietrengende og de fleste har en demens sykdom, så hvordan skal vi som arbeider på sykehjemmene tilstrebe at sykehjemsbeboerne opprettholder sin brukermedvirkning? Denne problemstillingen er også belyst i studien til Ranhoff og Lindsund (2005). Det finnes retningslinjer som sier noe om hvordan brukermedvirkning skal ivaretas på sykehjem. Dette har vist seg å være vanskelig å gjennomføre i praksis. Det ideelle er at man på forhånd, i en ikke-akutt situasjon, setter seg ned med beboer og pårørende og har en samtale om handlingsalternativer ved akutte situasjoner og hvordan de ønsker å ha det når livet nærmer seg slutten. Det er etter min erfaring mange eldre som har store hjelpebehov når de kommer til sykehjemmet, og det er ikke lett for de å sette ord på hva de ønsker selv. Noen er veldig tydelige på at de ikke ønsker livsforlengende behandling, men i praksis ser vi at det er de færreste som klarer å uttrykke dette tydelig. Vi må vurdere om sykehjemsbeboerne har samtykkekompetanse om det aktuelle temaet, og i mange

tilfeller kan ikke beboeren gjøre rede for seg selv, og da må pårørende få være med å si hva de tenker om saken. Dette er ikke enkelt å få til i praksis. Ikke alle eldre på sykehjem har noen nære pårørende som kan tale deres sak, og i andre tilfeller kan det være uenigheter for eksempel mellom søsken som kan gjøre samarbeidet med sykehjem/pårørende vanskelig. Noen pårørende synes det er fryktelig vanskelig å si det høyt at dersom min ektefelle, mor eller far får en sykdom skal hun ikke få behandling for det på sykehuset. Det kan være sårt for pårørende når endelig mor kommer på sykehjemmet. Etter min erfaring bor eldre lenge hjemme, og de som har en demens sykdom kan utvikle en atferd som kan være vanskelig for pårørende å forstå og håndtere. Jeg har i min arbeidstid på sykehjem sett flere eksempler der det har vært en lang og krevende tid for pårørende å ha ektefelle/foreldre hjemme før de får innvilget plass i sykehjem. Når de da flytter på fast plass er det ofte mange følelser inni bildet, både lettelse for at mor/far får den hjelpen som trengs, men ofte også dårlig samvittighet for å ”plassere” sin nærmeste på sykehjem. I disse tilfellene er det ikke enkelt for oss som jobber på sykehjem å ta opp temaet om en eventuell sykehusinnleggelse, eller overgangen til palliativ pleie, i en samtale. Da er det ofte helt andre ting som er i fokus og som må snakkes om og ivaretas i samtale med beboer og pårørende.

Nå er vi i en tid der den medisinske forskningen og behandlingen gjør enorme fremskritt. Dette gjør at vi kan behandle mange sykdommer og tilstander som vi ikke kunne behandle for bare noen år siden. Det er en stadig diskusjon i samfunnet og blant fagpersonell om dette fører til at vi overbehandler pasienter, og kanskje behandler pasienter unødvendig. Vi som jobber med eldre på sykehjem jobber med pasienten som naturlig nærmer seg slutten av livet. Dette er også noe som må tas med i vurderingen når spørsmålet kommer opp om en eventuell sykehusinnleggelse. Hva skal behandles hos våre eldre? Når behandler man bare for å behandle, og ikke for pasientens beste? Det er ikke gitt i alle situasjoner at aktiv behandling er til det beste for pasienten. Noen ganger må man kunne si at nok er nok, og være med på å gi pasienten en så verdig død som mulig. Er det vanskelig for helsepersonell å gå inn på temaet om å avslutte, eller ikke iverksette behandling av pasienten? Om vi går tilbake til eksempelet fra praksis med fru Nilsen. Hun ble akutt dårlig en helg. Det var helgebemannning på sykehjemmet, det var en sykepleier fra en annen avdeling

som hadde sykepleieansvaret den vakten, og det var en lege som ikke kjente fru Nilsen som kom fra legevakten når hun ble dårlig. Dette er nok alle tre elementer som var med i beslutningsprosessen som avgjorde at fru Nilsen ble innlagt på sykehuset den dagen. Om fru Nilsen hadde blitt akutt syk en onsdags formiddag kunne situasjonen sett helt annerledes ut. Kanskje det var kjent personale på jobb og en sykepleier som hadde kjennskap til både beboer og pårørende hadde vært til stede da hun ble dårlig. Om den faste legen til fru Nilsen var på jobb hadde hun hatt kjennskapen til beboeren, hennes tidligere sykdommer og hennes behov. Om sykepleier og lege som kjenner beboeren kunne tatt samtalen med pårørende om det var aktuelt med sykehusinnleggelse eller ikke, kunne kanskje vurderingen blitt annerledes. Da kunne de ha våget å snakke om å avslutte behandling, eller vurdere om behandling på sykehuset var hensiktsmessig, på et helt annet grunnlag enn en ukjent lege og sykepleier. Da kunne fru Nilsen kunne vært på sykehjemmet omgitt av varmen fra sine kjente og kjære uten å oppleve belastningen med et sykehusopphold i løpet av de siste dagene av hennes liv.

Så, vurderingene om en sykehjemsbeboer skal innlegges i sykehus inneholder mange faktorer, er komplekse beslutningsprosesser og det er flere vurderinger som legges til grunn ved en sykehusinnleggelse. Vi skal tilby tilfredstillende medisinsk behandling, vurdere de etiske aspektene, det faglige, forsvarlige, hvilket utstyr, kompetanse og ressurser sykehjemmet har og beboeren har rett til å medvirke. Min erfaring og diskusjonen i denne oppgaven samsvarer også med det Graverholt skriver i sin studie, at beslutningsprosessene ved avgjørelser som omhandler sykehusinnleggelse inneholder flere komponenter og er komplekse.

4.3 Implikasjoner for praksis - hva skal til?

Forskningen er ganske tydelig på at det er mange risikofaktorer for sykehjemsbeboere å bli innlagt i sykehuset. Og fordelene ved sykehusinnleggelse veies i mange tilfeller ikke opp for ulempene og påkjenningen beboeren utsettes for. Flere av tilstandene beboerne blir innlagt for er tilstander som kan diagnostiseres og behandles i sykehjemmene. Så hvorfor legger vi inn så mange beboere på sykehus, og hva skal til for å redusere innleggelsene og behandle våre eldre på best mulig måte der de er? Som det fremkommer i oppgaven er det mange faktorer som spiller inn når en avgjørelse om innleggelse skal tas. Hvordan sykehjemmene organiseres,

tilgang på kompetanse og nødvendig utstyr viser seg å spille en rolle i avgjørelser om sykehusinnleggelse. Om vi skal ha muligheten på sykehjem til å behandle flere sykdommer og akutte situasjoner må vi være utrustet til det. Om det er flere sykepleiere på sykehjem, og legedekningen blir bedre, vil det kanskje kunne føre til at flere sykehjemsbeboere vil bli behandlet på sykehjem ved akutte situasjoner? Det viser seg at beboere som kommer rett fra sykehuset til korttidsopphold, og beboere med fast plass på sykehjem har komplekse sykdomsbilder som krever tett oppfølging av helsepersonell. Om da sykehjemmene ruster opp bemanningen vil det kunne være med å bidra til å forhindre en del sykehusinnleggelser fra sykehjem. Økonomi er alltid en faktor, og det nevnes også i samhandlingsreformen og flere studier som er tatt med i denne oppgaven. Det fremkommer både i politiske føringer og forskning at hva som er mest kostnadseffektivt tas med i betraktningen. Om beboere får en infeksjonssykdom og skal behandles med antibiotika intravenøs på sykehjemmet kan dette være en ekstra kostnad for sykehjemmet i form av tilgjengelig kompetente pleiere, flere sykepleiere som koster mer å lønne og utgifter i form av utstyr og medisiner. Dette kan være en investering som det kan være vanskelig for sykehjemmene å ta seg råd til i trange budsjetter. Om sykehusbeboere innlegges på sykehus for denne typen behandling kan det være at sykehjemmene sparer kostnader der og da. Om sykehjemsbeboeren kommer tilbake fra sykehuset med liggesår og redusert funksjonsnivå kan det hende at det på sikt blir flere utgifter for sykehjemmet å ivareta beboerens behov for videre stell og pleie etter endt sykehusopphold. Om vi kunne investert på forhånd på sykehjemmene med å ruste opp bemanningen, øke sykepleiedekningen og legedekningen kunne man ivaretatt flere akutte situasjoner på sykehjemmet og sluppet å legge inn beboere på sykehus for behandling av en rekke sykdommer/skader. Det kunne muligens vært det mest kostnadseffektive på sikt, og i tillegg kunne man unngått påkjenningen og belastningen det er for en sykehjemsbeboer å legges inn på sykehus.

Selv om det er ganske vanlig at det oppstår akutte sykdommer hos sykehjemsbeboere er sykehjemmene i liten grad forberedt på akuttsituasjoner. Ved å strukturere vurderinger i forhold til hvem og når det kreves sykehusinnleggelser kunne muligens en del sykehusinnleggelser være unngått. Som vist tidligere i oppgaven er beslutningsprosessene rundt vurderinger av innleggelse komplekse og inneholder

flere faktorer som må vurderes. Man kunne for eksempel strukturert disse faktorene i et skjema og tatt opp på legevisitter på sykehjemmet. Da hadde man gitt sykepleiere og leger en mulighet til å gå gjennom dette før det eventuelt oppstår en akuttsituasjon, og vurdere ulike handlingsalternativer for den enkelte sykehjemsbeboeren. Å planlegge for det uplanlagte kan virke uhensiktsmessig, men vi vet at det er stor sjanse for at akutte sykdommer/situasjoner oppstår på sykehjem, og da er det hensiktsmessig å planlegge for om dette skjer. Vi vet heller ikke hva som skjer med den aktuelle sykehjemsbeboeren, men vi kan ta utgangspunkt i det forskningen sier om hva som er vanligste årsaker til sykehusinnleggelse for sykehjemsbeboere. Det som da er fordelene for beboeren og pårørende er at det er lege og sykepleiere som kjenner til beboeren som er med på å ta vurderingene, og ikke ukjent personal fra legevakten/ andre avdelinger. Dette kan være en utfordring å få til i praksis. Tid er alltid en faktor på sykehjem. Det er alltid snakk om at det er liten tid, og sykepleiere på sykehjem står ofte ganske alene om faglige vurderinger og ansvar for mange beboere. Men ved å legge til rette for at dette går gjennom på legevisitt, snakke med primærkontakter og pårørende ser jeg for meg at dette er et gjennomførbart tiltak på sykehjem. Legene, primærkontakter, sykepleiere og ledelsen på sykehjemmet må være klar over risikofaktorene ved sykehusinnleggelse for sykehjemsbeboere, og samarbeide om tiltak for å kunne forhindre denne påkjenningen for denne gruppen. Om vi får til en strukturert beslutningsprosess, og diskusjon om handlingsalternativer vet ansvarlig sykepleier til enhver tid hva som skal gjøres dersom en akuttsituasjon oppstår, og vi kan på denne måten være med på å forhindre unødvendige sykehusinnleggelser fra sykehjem.

Ut i fra det forskningen sier om risikofaktorene for sykehjemsbeboere å bli innlagt på sykehus er det hensiktsmessig å se på hvilke tiltak som kan forebygge en del av sykehusinnleggelsene. Som den systematiske oversiktsartikkelen til Graverholt kommer frem til ser det ut til at noen av de forebyggende tiltakene har effekt på redusere sykehusinnleggelser fra sykehjem. Men dokumentasjonen på resultatene er av dårlig kvalitet, og vi har derfor ingen forskningsgrunnlag for å trekke sikre konklusjoner. Det impliserer behovet for videre forskning og bedre dokumentasjon på effekten av slike tiltak.

"Jeg kunne ikke forstå hva jeg skulle i den senga, i de sykehusklærne, og hvorfor hodeputa lå ved siden av meg. Jeg fikk fullstendig panikk. Men så kom det en sykepleier, og hun sa med høy, glad stemme: Se! Hun lever! God morgen! Jeg hørte ordene, men jeg forstod ingenting, og jeg greide ikke si noe. Det var veldig, veldig underlig." Dette er en pasienthistorie fortalt av Jytte Nadelmann (Graubæk, 2010, s. 43). Hun fikk slag og led av afasi og forteller om da hun var innlagt på sykehuset. Hun var ung da hun fikk slaget, men jeg tenker at historien kan gjenspeile hvordan det kan oppleves for eldre å være innlagt på sykehuset, og ikke forstå hva som skjer og hvorfor. Vi som jobber på sykehjem har erfaring med å jobbe med mennesker som er kognitivt svekket og ikke kan gjøre rede for seg selv. Vi må ikke glemme at den grunnleggende sykepleien, og kjennskapen til pasienten er viktig i ivaretakelsen av akutt syke sykehjemsbeboere. Det er ikke alltid at høy faglig kompetanse og adekvat behandling av sykdommen fører til opplevelse av trygghet og omsorg. For å kunne oppleve god omsorg må også den mellommenneskelige relasjonen være på plass, og dette nevnes også av lege Peter F Hjort i statusrapporten til legeföreningen "gammel i Norge". Han opplevde å være pårørende til sin syke kone, og reflekterte over opplevelsen helsepersonell gav han og kona i sykdomsperioder. Han delte helsepersonellet inn i to grupper: de som har "grepet" og de som ikke har det. Han forteller at pasienter og pårørende ikke er i tvil når de møter de pleieren som har "grepet". Når de møter de riktige pleierne og legene i helsevesenet beskriver han at pasienter og pårørende faller til ro, får tillit og trøst. Hjort kom frem til denne beskrivelsen av helsepersonell som har "grepet": Faglig kompetanse - en betingelse, trygg på seg selv - men ikke skråsikker, menneskelig innsikt og engasjement, intuisjon eller "taus kunnskap", erfaring, evne og vilje til å informere, god tid, vennlighet, sjenerøsitet, karisma, empati og humor gjør alt lettere (Legeföreningen, s. 22). Jeg tenker at dette også er viktige hensyn å ta i forhold til problemstillingen: Hva er til det beste for min sykehjemsbeboer ved akutt sykdom? Våre sykehjemsbeboere er gamle, syke og skal avslutte livet på en verdig måte. Vi som helsepersonell skal ivareta den medisinske og faglige oppfølgingen, men vi skal også ivareta deres integritet, trygghet og behov for omsorg. Dette er viktige refleksjoner å ta med seg i ivaretakelsen av akutt syke sykehjemsbeboere og i vurderingen av hva som er til pasientens beste.

5.0 KONKLUSJON

I min problemstilling ønsker jeg å komme frem til om hva som er til det beste for sykehjemsbeboeren som får akutt sykdom: innleggelse på sykehuset, eller behandling på sykehjemmet, og hvilke vurderinger som legges til grunn for avgjørelsen.

Gjennom oppgaven har jeg presentert forskning som belyser temaet. Fordelen ved sykehusinnleggelse er i korte trekk at sykehuset representerer en spesialisthelsetjeneste og kan tilby mer utredning, diagnostiske prøver og mer avansert behandling enn det sykehjemmene kan. På den andre siden viser forskning og erfaring tydelig at det er en stor påkjenning for sykehjemsbeboeren å innlegges i sykehus, og det øker faren for flere uheldige effekter. Det er dokumentert at sykehusinnleggelse kan øke risikoen for fall, delirium og trykksår, og kan gi ytterligere tap av funksjon og økt dødelighet. Det er også fare for at sykehjemsbeboeren utsettes for unødvendig påkjenning med undersøkelser og behandling som har liten nytte. Med bakgrunn i dette har jeg kommet frem til at det i de fleste tilfellene er det til det beste for sykehjemsbeboeren å behandles på sykehjemmet i forhold til å bli innlagt på sykehuset. I noen tilfeller er det til det klart beste for sykehjemsbeboeren å bli innlagt i sykehus. Det som utmerker seg i forskningen er de som får lårhalsbrudd eller gastrointerale blødninger har mest nytteverdi å bli behandlet på sykehuset. Dette er selvfølgelig en individuell vurdering, og vurderingen om en sykehjemsbeboer skal innlegges eller ikke inkluderer en rekke faktorer og er en kompleks og sammensatt prosess.

Noen av for eksempel infeksjonene eller fall relatert til legemiddelbruk på sykehjem kan nok til en viss grad forebygges ved tiltak innen henholdsvis hygiene og legemiddelgjennomgang. Her tror jeg det fortsatt er mye å hente for kommunehelsetjenesten, og jeg tenker at med å ha mer fokus på forebyggende tiltak kan man slippe å komme opp i mange av de vanskelige dilemmaene som man står i i dag. Det som også er innlysende er at det bør gjøres en differensiering i forhold til beboere på korttid - og langtids plass i sykehjem. Forskning viser at sykehjem med flere korttidsplasser har økt antall sykehusinnleggelser. Det kan tyde på at sykehjemmene ikke er godt nok rustet til å ivareta de pasientene som kommer direkte fra sykehus til kommunehelsetjenesten, eller at sykehusene skriver de ut for tidlig.

Her har det vært en endring etter samhandlingsreformen trådte i kraft og det bør i fremtiden sees nærmere på hvordan sykehjemmene best kan ivareta de pasientene for å unngå reinnleggelser.

6.0 LITTERATURLISTE

- Bergen Kommune (2014) *Bergen Kommunes hjemmeside, tjenestetilbud* [Internett] Tilgjengelig fra: <<https://www.bergen.kommune.no/tjenestetilbud/omsorg-trygd-og-sosiale-tjenester/botilbud/sykehjem/sykehjem-langtidsopphold>> [Lest 1.april, 2014].
- Boockvar, K.S., Gruber-Baldini, A.L., Burton, L., Zimmermann, S., May, C., Magaziner, J. (2005) *Outcomes of infection in nursing home residents with and without early hospital transfer* Journal of the American Medical Directors Assosiation 53: 590 - 596, 2005
- Den norske legeforening (2001) *Når du blir gammel - og ingen vil ha deg...* Statusrapport, 2001
- Den norske legeforening (2012) *Godt å bli gammel i Norge? - Fra ord til handling i eldreomsorgen* Statusrapport 2012
- Gjerding, M.og Hvidsten, I (2013) *Sykehjemmet ville ikke sende Aase (73) til sykehus - sønnen fikk henne akutt innlagt VG, 13.07.13* [Internett] Tilgjengelig fra: <<http://www.vg.no/nyheter/innenriks/norsk-politikk/artikkel.php?artid=10118269>> [lest 26.03.14].
- Graubæk, A.M. (2010) *Å være pasient - en innføring i pasientologi*. 1.utgave, Oslo, Akribe AS
- Graverholt, B (2014) *Acute hospital admissions from nursing homes: rates and characteristics; unwarranted variation and effects and interventions to reduce them* Doktoravhandling, Universitetet i Bergen, tilgjengelig fra: <<https://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/7868/dr-thesis-2014-Birgitte-Graverholt.pdf?sequence=3>>

- Graverholt, B., Forsetlund, L., Jamtvedt, G. (2014) *Reducing hospitalisations from nursing homes : A systematic review*, BMC Health Services Research, Vol. 14:36
- Graverholt, B., Riise, T., Jamtvedt, G., Husebø, B.S., Nortvedt, M.W. (2013) *Acute hospital admissions from nursing homes: predictors of unwarranted variation?* Scandinavian Journal of Public Health, Vol. 41;4:359-365
- Graverholt, B., Riise, T., Jamtvedt, G., Ranhoff, A.H., Kruger, K., Nortvedt, M.W. (2011) *Acute hospital admissions from nursing homes: A population-based observational study* BMC Health Services Research, Vol. 11:126
- Helse- og omsorgsdepartement. (2009) *Samhandlingsreformen Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. St.meld. nr. 47 (2008-2009). Oslo, Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra: <<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-.html?id=567201>>
- Kilvik, A. & Lamøy, L.I (2007) *Litteratursøking i medisin og helsefag - en håndbok*, 2.utg. Trondheim, Tapir Akademiske Forlag
- Norsk Institutt for Forskning, Velferd og aldring (2013) *Samhandlingsreformen – Hvordan tar de kommunale helse-og omsorgstjenestene I mot det økte antallet pasienter som skrives ut fra sykehusene?* NOVA Rapport nr 8/13
- Opsahl, G., Solvoll, B.A. & Granum, V. (2012) *Forførende samhandlingsreform*. Fagtidsskriftet Sykepleien, 100 (3) 03, s. 60-63
- Pasient - og brukerrettighetsloven (1999) *Lov om pasient - og brukerrettigheter av 2.juli nr. 63*, sist endret 21. juni 2013 nr. 79. Tilgjengelig fra: <<http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasientrettighetsloven> >
- Ranhoff, A.H., Linnsund, J.M., (2005) *Når skal sykehjemspasienter innlegges i sykehus?* Tidsskrift for Den norske legeforening 2005; 125:1844-7
<http://tidsskriftet.no/article/1224080>

- Sosial - og helsedirektoratet (2007) *Legetjenester i sykehjem - en veileder for kommunene*, IS-1436, Oslo
- Wysocki, A., Kane, R.L., Dowd, B., Golberstein, E., Lum, T., Shippee, T., *Hospitalization of elderly medicaid long-term care users who transitions from nursing homes* Journal of the American Medical Directors Association 62:71 - 78, 201



Høgskolen Betanien

SØKEHISTORIKK

Fyll ut og sett inn flere rader etter behov

Problemstilling: Hvilke fordeler er det for sykehjemsbeboeren å bli behandlet på sykehjemmet mot å bli innlagt på sykehuset? Og hvilke vurderinger legges til grunn?

Database/ Søkemotor/ nettsted	Søke nr	Søkeord/ Emneord/ søkekombinasjoner	Antall treff	Kommentarer til søket/treffliste (fyll ut etter behov, kommenter gjerne kombinasjonene)
PubMed 23.1.14	1	Short term care	20377	
	2	Community health services	516175	
	3	Health care reform/organization & administration	1	
	4	Interinstitutional relation	9283	
	5	1 +2	2484	
	6	Short-stay residents	53	
	7	Short-stay unit	337	
	8	Health services for the aged	14618	MESH-term
	9	8 AND short-stay	16	
	10	Organisation short-stay unit AND geriatric	4	
Helsebiblioteket	1	Retningslinjer, eldre	16	

PubMed 2.3. 14	1	Acute hospital admission	6167	
	2	acute hospital admissions from nursing homes	144	Her fant jeg en studie som var norsk og også publisert i tidsskrift for norsk legeforening
	3	Nursing home	68983	
	4	Hospitalization	208444	
	5	Hospital admission	84002	
	6	3 AND 5	1921	
	7	Best practice	109828	
	8	7 AND 6	34	
PubMed 3.4.14	1	(nursing home residents) AND hospital	1800	
	2	transfer	354184	
	3	(transfer) AND ((nursing home residents) AND hospital)	154	
	4	acute admission	33781	
	5	nursing home	69395	
	6	(nursing home) AND acute admission	659	
	7	hospital transfer	33901	
	8	hospital transfer) AND nursing home	782	
	9	when should i hospitalize my nursing home resident	2	
	10	hospitalize	357	
	11	(hospitalize) AND nursing home	67	

Cochrane library 2.3.14	1	Nursing home	1929	
	2	Hospitalization	17596	
	3	Nursing home resident	1416	
	4	#2 AND #3	268	
	5	Acute hospital admission	4215	
	6	#4 AND #5	135	
	7	Geriatric nursing	1460	
McMaster Plus 11.2.14	1	hospitalization	Viser pyramidetreff i mange databaser	
SveMed 11.2.14	1	Geriatric nursing	867	
	2	Innleggelse i sykehus	12	
	3	Nursing home	1721	
	4	Hospital admission	429	
	5	#3 AND #4	22	