

Spesialiserte korttidsplasser i sykehjem – Trondheims-modellen

Sammendrag

Bakgrunn. Helsevesenet står overfor store utfordringer pga. den sterke økningen av antallet av de eldste eldre. Leger på alle nivåer i helsetjenesten må ha høy nok kompetanse for å ta seg av pasienter med komplekse sykdomsbilder, og sykehusene må settes bedre i stand til både å kunne behandle pasienter med akutte helbredelige sykdommer og samtidig ivareta de sykeste gamle kronikerne. Det er ofte et for stort faglig sprang mellom de tjenester kommunene yter sammenliknet med sykehusenes behandlingstilbud.

Materiale og metode. I Trondheim har kommune- og spesialisthelsetjenesten utredet en del områder med felles utfordringer hvor det kan være mulig å iverksette felles tiltak for å gjøre behandlingsskjeden mer hensiktsmessig for de pasientgrupper som har mest behov for samhandling. Et av tiltakene er to korttids spesialenheter i sykehjem for behandling og omsorg på et omsorgsnivå mellom et ordinært sykehjemstilbud og behandling i sykehus.

Resultater og fortolkning. I det første hele driftsåret i 2003 ble 275 pasienter behandlet ved intermedieeravdelingen på Søbstad sykehjem og 79 pasienter ved palliativ enhet på Havstein sykehjem. Driftskostnadene ved enhetene er høyere enn i vanlige sykehjem, men vesentlig lavere enn i sykehus. Behandlingstilbudene er etter vår mening både faglig og samfunnsøkonomisk gunstige.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Helge Garåsen

helge.garasen@ntnu.no
Institutt for samfunnsmedisin
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
7491 Trondheim
og
Trondheim kommune

Stein Kaasa

St. Olavs Hospital

Tove Røsstad

Søbstad sykehjem

Peder Broen

Havstein sykehjem

Pasienter som dør av kreft i sykehjem i Trondheim og nabokommunene har betydelig funksjonssvikt så vel som betydelige symptomer på smerte, appetittap og tretthet/utmattelse. Ressursinnsats og kompetanse blant personellet i sykehjemmene står imidlertid ikke i relasjon til behandlingsbehovet (1).

Både nasjonalt og internasjonalt har palliativ medisin til nå i hovedsak vært rettet mot pasienter med kreftsykdom. Hvis man definerer palliativ terapi som behandling, pleie og omsorg for pasienter med uhelbredelig sykdom og kort forventet levetid, vil det være mange andre store pasientgrupper som har behov for et slikt tilbud. Dette gjelder blant annet pasienter med kronisk langtkommen hjertesykdom, lungesykdom og nevrologiske sykdommer (2).

Mange pasientgrupper kan med fordel behandles utenfor sykehus så fremt det finnes egnede behandlings- og omsorgstilbud. Erfaringer fra sykestuer i Finnmark og en kartlegging av antatt unødvendige innleggelse ved sykehuset i Tromsø styrker denne antakelsen (3, 4). Erfaringer fra Trondheim viser at flere pasienter kan skrives ut fra institusjon og til hjemmet hvis de får en oppfølgende behandling på et korttidssykehjem, selv om de før utskrivningen fra St. Olavs Hospital var definert som langtids sykehjemspasienter (5).

St. Olavs Hospital og Trondheim kommune har etablert flere faglig sammensatte arbeidsgrupper for å identifisere faktorer i behandlingsskjeden som kan medføre mangelfullt behandlingstilbud i overgangssituasjoner mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Én av konklusjonene fra disse gruppene er at det er mangelfull kompetanse både i sykehus og i kommune når det gjelder pasienter med sammensatte sykdomsbilder som får mange forskjellige legemidler.

Trondheim kommune besluttet derfor i samarbeid med St. Olavs Hospital å opprette to spesialenheter i eksisterende sykehjem.

Basert på litteraturstudier og pasientforløpsstudier av eldre pasienter over 75 år i Trondheim i 2002 (upublisert materiale) ble det vedtatt å etablere en intermedieer omsorgs- og behandlingseenhet med 20 senger ved Søbstad sykehjem. Og ut fra resultatene fra en randomisert studie gjennomført av Seksjon lindrende behandling (1, 6) kombinert med erfaringer fra prøveprosjekter, ble det opprettet et permanent palliativt tilbud ved Havstein sykehjem med til sammen 12 plasser (7). Hovedmålsettingen med de nye behandlingstilbudene er å tilby godt tilrettelagt behandling, pleie og omsorg med faglig kompetent helsepersonell. Modellene er basert på eksisterende organisering innenfor det offentlige helsevesenet.

I denne artikkelen beskrives og diskuteres disse to korttids behandlingstilbudene på intermedieer nivå ved sykehjem i Trondheim.

Materiale og metode

Begge intermedieer enhetene er tilrettelagt organisatorisk og har faglig kompetent personell for å drive mer avansert behandling og pleie enn det man kan tilby i vanlige sykehjem. Det er f.eks. utstyr for måling av surstoffmetning i blod, eget luftavtrekkskap for administrasjon av antibiotika, og det er sykepleiere på aktiv vakt hele døgnet. Institusjonene er både faglig og administrativt kommunale enheter, og aktivitetene reguleres av lover og forskrifter for kommunal institusjonsdrift.

Intermedieer enheten ved Søbstad sykehjem

Fagmiljøene i kommunen og ved sykehuset utviklet i fellesskap kriterier for hvilke pasien-

! Hovedbudskap

- To sykehjemsavdelinger i Trondheim driver avansert behandling og pleie av pasienter som er for dårlige for behandling i ordinære sykehjem
- Forpliktende samarbeid og klare avtaler er en forutsetning for å utvikle nye behandlingsmodeller
- Det er samfunnsøkonomisk gunstig å etablere intermedieer behandlingstilbud utenfor sykehus

Tabell 1 Intermediæravdelingen ved Søbstad sykehjem. Nøkkeltall 2003

Antall senger	20
Innleggelseser	275
Gjennomsnittlig liggetid (døgn)	18,2
Andel av pasientene innlagt permanent i sykehjem	4 %
Andel av pasientene reinnlagt i sykehus	14 %
Gjennomsnittsalder (spredning) menn	79,4 år (67–91)
Gjennomsnittsalder (spredning) kvinner	81,2 år (60–96)

Tabell 2 Palliativ avdeling ved Havstein sykehjem. Nøkkeltall 2003

Antall senger	12
Innleggelseser	79
Gjennomsnittlig liggetid (døgn)	45,5
Personer som døde i avdelingen	52
Gjennomsnittsalder (spredning) menn	78 år (64–92)
Gjennomsnittsalder (spredning) kvinner	76 år (45–86)

Tabell 3 Foreslått ny norm for legebemannning i ulike sykehjem i Trondheim (pasienter per legetime per uke) sammenliknet med dagens bemanningsnorm

Type sykehjem	Dagens bemanning	Anbefalt i ny legeplan
Ordinært sykehjem	5	4
Aktiv korttidsavdeling	5	3
Rehabilitering	4	2
Intermediæravdeling	0,6	0,5–1
Palliative spesialplasser	0,6	0,5–1

ter som skulle behandles ved intermediærheten. Hvis inneliggende pasient i sykehuset fyller kriteriene, kan pasienten overføres direkte til sykehjemmet så fremt det er ledig plass. Kriteriene for å få plass er at pasienten er over 60 år, er fra Trondheim og har en medisinsk avklart tilstand. Pasientene skal videre ikke ha betydelig demens eller alvorlig psykiatrisk diagnose, og det skal forventes at pasienten vil ha medisinsk nytte av behandlingstilbudet. Det er ingen krav til spesielle diagnoser, til sykdomsbildets alvorlighetsgrader eller kompleksitet. En grunnleggende forutsetning er at pasienten har et potensial til å reise hjem etter endt opphold.

Sykepleierdekningen er styrket med fire stillinger på dagtid og en om natten i forhold til en ordinær sykehjemsavdeling. I tillegg har intermediærheten fysioterapeut i 50 %

stilling og leger i til sammen 100 % stilling. Sykehuset har ansvaret for faglig oppdatering av personalet gjennom hospitering og kurs. Sykehjemslegene tilbys å delta i internundervisningen ved Geriatrisk seksjon to dager i uken.

Palliativ enhet ved Havstein sykehjem

Pasienter som innlegges skal være hjemmehørende i Trondheim, ha en kreftsykdom som tilsier kort forventet levetid, og sykehusbehandlingen skal være avsluttet. Pasientene skal være noe mer «krevende» medisinsk og pleiemessig, og av den grunn ha behov for personell med høyere kompetanse enn hva et vanlig sykehjem eller hjemmesykepleien kan tilby. Alle pasienter er før innleggelse på Havstein blitt innlemmet i behandlingsansvaret til Seksjon lindrende behandling. De 12 palliative sengene på St.Olavs Hospital er i hovedsak etablert for å løse akutte palliative problemer. Ansvarlig overlege på Seksjon lindrende behandling vil til enhver tid ha oversikt over pasientene på Havstein, på sykehusets sengepost, aktuelle pasienter i hjemmet og aktuelle pasienter på andre avdelinger ved St. Olavs Hospital. Ved å ha en slik oversikt vil man raskt kanalisere de rette pasientene til Havstein med den konsekvens at sengeplassene på alle nivåer blir utnyttet optimalt. Seksjon lindrende behandling gjør de medisinske og sykepleiefaglige vurderingene mht. behov for en sykehjems plass i tett samarbeid med Havstein sykehjem. Pasientene rekrutteres hovedsakelig gjennom henvisninger fra kreftavdelingen, men også fra andre sengeposter eller fra hjemmet via fastlegen eller hjemmesykepleien.

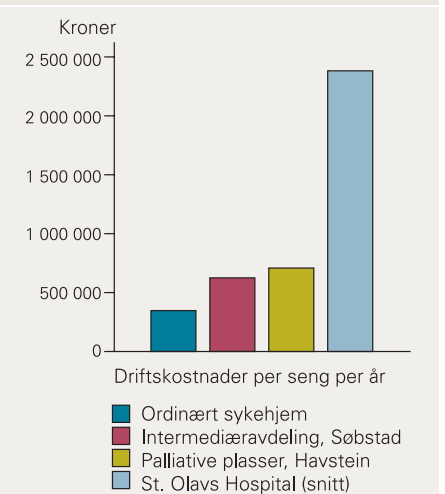
Sykehjemmet benytter det tverrfaglige teamet til Seksjon lindrende behandling, lege, sykepleier, prest, sosionom, fysioterapeut og klinisk ernæringsfysiolog som konsulenter i pasientsituasjoner og til undervisning. Sykehjemslegen tar del i internundervisning, fagmøter og går også til tider vitsett på Seksjon lindrende behandling, mens legene ved Seksjon lindrende behandling etter behov går vitsett på sykehjemmet sammen med sykehjemslegen.

Sykehjemmet har økt grunnbemanning og vesentlig styrket sykepleierdekning. Det er avsatt midler til sykehjemslege i 100 % stilling hvorav 20 % er tilknyttet Seksjon lindrende behandling for klinisk tjeneste, forskning, fagutvikling og undervisning. Personalet ved Havstein sykehjem deltar ukentlig på internundervisningen ved Seksjon lindrende behandling gjennom videokonferanse. Det arrangeres felles temadager, og det er lagt godt til rette for kontakt ved behov mellom de to institusjonene.

Resultater Søbstad sykehjem

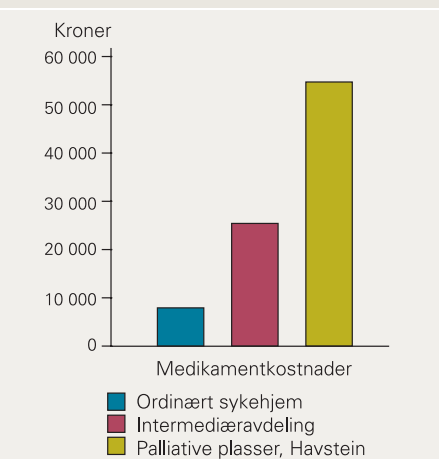
I løpet av 2003 fikk 275 pasienter behandling ved intermediærheten ved Søbstad sykehjem. Gjennomsnittlig alder for menn var 79 år og for kvinner 81 år. Pasientene kom i ho-

Figur 1



Sammenlikning mellom kostnader per seng per år mellom ulike behandlingstilbud i Trondheim (egne tall for 2003)

Figur 2



Sammenlikning av utgifter til medikamenter per seng per år mellom ulike typer sykehjem i Trondheim (egne tall for 2003)

vedsak fra medisinsk avdeling (136 pasienter), lungeavdelingen (55 pasienter) og ortopedisk avdeling (42 pasienter). De vanligste diagnosene var kronisk obstruktiv lungesykdom, angina pectoris, hjertesvikt, hjerneslag, pneumoni, kontusjoner og brudd. Gjennomsnittlig liggetid var 18,2 dager, og 72 % reiste hjem etter oppholdet (tab 1).

Havstein sykehjem

I 2003 var det 79 innleggelseser og 52 dødsfall på enheten (tab 2). Det var bare én reinnleggelse til sykehuset fra Havstein i løpet av hele året.

Økonomiske effekter

Behandlingstilbudet i spesialiserte sykehjemsenheter er kostbart i forhold til driften ved ordinære sykehjem, men billig i forhold

til behandling i sykehus (fig 1, 2). Det er spesielt legemidler, sykepleier- og legelønninger som er kostnadsdrivende. Medikamentkostnadene er i gjennomsnitt 8 000 kroner per år og per pasient i en ordinær sykehjemsavdeling i Trondheim. Tilsvarende kostnader ved Havstein sykehjem er 85 000 kroner per seng per år (fig 2).

Diskusjon

I planlegging, organisering og gjennomføring av helsetjenester for gamle mennesker og for pasienter i en palliativ sykdomsfasen, er det viktig at sykehus og kommune har tett samarbeid og en felles forståelse av utfordringene.

Selv om man legger forholdene til rette for pleie og omsorg i hjemmet, vil likevel mange pasienter ha behov for institusjonsplass. Ulike pasientgrupper har forskjellige behov for helse- og omsorgstjenester og trenger differensierte tilbud både i sykehus og på kommunalt nivå. Mange pasienter vil etter vår mening profitere på behandling og pleie i en mindre kommunal enhet med et godt faglig tilbud i stedet for behandling i et sykehus eller i et ordinært sykehjem.

Med en hensiktsmessig organisering kan man tilby pasientene et opphold i en intermedieæravdeling for videre oppfølging når pasienten er medisinsk ferdigutredet i sykehuset. Aktuelle pasienter til et slikt tilbud vil ofte være medisinsk ustabile og/eller mangle et familienettverk. Dessuten vil mange pasienter trenge et utvidet pleietilbud eller et mer avansert behandlingstilbud enn det som finnes ved vanlige sykehjem, eller hva man i en overgangsfase kan få til ved bruk av hjemmesykepleien og fastlegen.

Resultatene fra Søbstad sykehjem i 2003 gir klare indikasjoner på at denne organiseringen gir en økonomisk/ressursmessig gevinst for samfunnet ved at pasientene blir liggende i kortere tid på St. Olavs Hospital. Det er en forutsetning for optimal bruk av plassene at det er et effektivt samarbeid med forvaltningskontor, kommunens inntaksteam for sykehjem, fastleger og hjemmebaserte tjenester.

Intermedieæravdelinger må ha god faglig kompetanse med mulighet for rask tilgang på spesialisthelsetjenester. Spesialisthelsetjenesten vil ha et betydelig ansvar i forhold til å bygge opp og vedlikeholde fagkompetansen i en slik enhet. Ved intermedieæravdelingen på Søbstad er dette satt i system slik at tjeneste ved avdelingen er godkjent som sykehustjeneste for spesialiteten i allmennmedisin og som sideutdanning for flere andre spesialiteter.

Generelt er det et problem å rekruttere sykepleiere til å arbeide på sykehjem. Dette har ikke vært tilfellet ved disse to prosjektene. Sykefraværet er også halvert sammenliknet med vanlige sykehjem. Dette indikerer at slike avdelinger er et ettertraktet sted å arbeide for erfarne sykepleiere.

En viktig erfaring så langt er at denne type sykehjem har behov for en vesentlig høyere bemanningsfaktor og kompetanse enn andre sykehjem. Systematiske samarbeidstiltak for å sikre kompetanseoppbyggingen er essensielt.

Som en sideeffekt er det blitt en økende forståelse for betydningen av å ha god sykepleier- og legekompentanse også ved de andre sykehjemmene. I ny plan for legetjenesten i Trondheim kommune er det derfor foreslått nye bemanningsfaktorer for leger ved kommunens ulike sykehjem (tab 3).

Dessverre finnes det ingen etablerte finansieringsordninger som gir kommunene økonomiske incitament for å etablere intermedieære behandlingstilbud. I Trondheim er finansieringen delvis løst for 2004 og 2005 ved at Trondheim kommune dekker grunnkostnadene som ved ordinære sykehjem, mens St. Olavs Hospital dekker de økte kostnadene som påløper for å kunne drive sykehjemmene som spesialenheter. Denne ordningen har kommet til gjennom et tett samarbeid på toppnivå mellom kommune og sykehus. Dette understreker viktigheten av at ledelsen på en moderne universitetsklinikk også må ha en grunnleggende forståelse og betydning av en sammenhengende behandlingsskjede.

For både kommunen og sykehuset er det viktig å evaluere effekten av begge behandlingstilbudene. Tilbudet ved Søbstad evalueres for tiden gjennom en randomisert studie hvor 146 pasienter er blitt randomisert til enten sluttbehandling ved Søbstad eller ved St. Olavs Hospital. Havstein er under evaluering gjennom en deskriptiv medisinsk og sosiodemografisk sammenlikning av pasienter som har dødd ved Havstein (n = 86) eller ved Seksjon lindrende behandling (n = 192) i 2002 og 2003. Resultatene fra disse studiene vil bli publisert i 2005.

Konklusjon

For å ivareta de eldre pasientenes varierende behov for helsetjenester, trengs det både geriatrik og palliativ kompetanse i sykehjem. Vi tror det er behov for ulike typer «spesialiserte» korttidssykehjem som kan være et aktivt ledd i behandlingsskjeden. Resultatene av de pågående forskningsprosjektene i Trondheim vil forhåpentligvis gi en grundigere forståelse for hvordan tilbudene best bør organiseres i fremtiden.

Litteratur

1. Jordhøy M, Saltvedt I, Fayers P et al. Which cancer patients die in nursing homes? Quality of life, medical and sociodemographic characteristics. *Palliat Med* 2003; 17: 433–77.
2. Norges offentlige utredninger. Livshjelp. Behandling, pleie og omsorg for uhelbredelig syke og døende. NOU 1999: 2.
3. Aaraas I. General practitioner hospitals: use and usefulness. ISM skriftserie nr. 45. Tromsø: Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø, 1998.
4. Eriksen BO. The potential for reducing inappropriate hospital admissions: a study of health benefits and costs in a department of internal medicine. Tromsø: Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø, 1999.
5. Årsrapport for Transittavdelingen 2003. Trondheim: Trondheim kommune, 2004.
6. Jordhøy M. The impact of comprehensive palliative care. Doktoravhandling. Trondheim: Det medisinske fakultet, NTNU, 2003.
7. Kaasa S, Garåsen H, Winspool R et al. Intermedieære palliative plasser på sykehjem. Et samarbeidsprosjekt mellom Trondheim kommune og Seksjon lindrende behandling, Kreftavdelingen, St. Olavs Hospital. Rapport. Trondheim: Medisinsk fakultet, NTNU, 2001. (www.medisin.ntnu.no/slb. (8.11.2004).)