

# Vaktjeneste for leger på sykehjem

## Sammendrag

**Bakgrunn.** Pasientene i norske sykehjem er gamle og multimorbide. De trenger regelmessig oppfølging og har ofte behov for akutt legehjelp. Målet var å kartlegge hvorfor vaktjenesten blir kontaktet og om unødige innleggelse kan forhindres.

**Materiale og metode.** Undersøkelsen ble gjennomført på Bergen Røde Kors Sykehjem som har 174 pasienter fordelt på somatiske avdelinger, demensavdelinger, korttidsavdeling og palliativavdeling. I en prospektiv undersøkelse ble henvendelser til vaktlegen vurdert over fire måneder med registrering av tidspunkt, avdeling, problemstilling og tiltak.

**Resultater.** I løpet av 107 dager ble 319 henvendelser registrert, derav 187 aktive timer (92,5 timer for palliativavdelingen). Fordelt på avdelingene ble det 0,32 timer per pasient/uke for palliativavdelingen, 0,07 timer per pasient/uke for korttidsavdelingen og 0,03 timer per pasient/uke for langtidsavdelingene. Hyppigste problemområder var rådgivning/informasjon (24 %), abdomen (14 %), nervesystem (13 %), luftveier (12 %), smerter (11 %) og hjerte- og kar (7 %). I ni tilfeller ble innleggelse på sykehus forhindret.

**Fortolkning.** Den døgkontinuerlige vaktjenesten for leger på Bergen Røde Kors Sykehjem er en viktig del av pasientbehandlingen og blir benyttet av alle avdelinger. For å sikre pasientene kompetent akuttbehandling på sykehjem og for å forhindre unødige transporter til legevakt eller innleggelse på sykehus bør slike vaktjenester tilbys på sykehjem.

**Georg Bollig**  
georg.bollig@brks.no  
**Bettina Sandgathe Husebø**  
**Stein Husebø**  
Bergen Røde Kors Sykehjem  
Ellerhusensvei 35  
5043 Bergen

Pasientene i norske sykehjem er som regel gamle, multimorbide og demente. På sykehjem i Norge har 75 % av pasientene demens (1). På verdensbasis lider i dag ca. 24 millioner mennesker av demens, og man regner med at antallet demente kommer til å øke til over 81 millioner i året 2040 (2). En kartleggingsrapport på Bergen Røde Kors Sykehjem utført av SINTEF i 2003 (n = 196) viste at pasientene på Bergen Røde Kors Sykehjem hadde en gjennomsnittsalder på 85,6 år og at de hadde gjennomsnittlig sju ulike diagnoser. Disse omfattet hjerte- og karsykdommer (87 %), nevrologiske sykdommer (70 %), demens (63 %), smerter (61 %), psykiske lidelser (60 %) og kreft (27 %) (3). I Norge dør like mange pasienter på sykehus som i sykehjem (4). Mange leger og sykepleiere opplever at det medisinske tilbudet for eldre mennesker innenfor eldreomsorg er mangelfullt (5). Stortinget har besluttet at utdanning og forskning innenfor eldreomsorg skal prioriteres og innsatsen av legeårsværk økes med minst 50 % frem til 2010 (6). Sykehjemspasienter har behov for regelmessig legehjelp og oppfølging av kroniske og akutte medisinske problemer. Døende sykehjemspasienter har ofte behov for lindrende behandling med morfin og andre legemidler (7). Innleggelse på sykehus har ifølge Rahnoff & Linnsund nytte for de fleste pasientene på sykehjem ved hoftebrudd, alvorlig anemi og akutt koronarsykdom. Derimot bør de fleste pasientene med pneumoni, andre alvorlige infeksjoner, lungeødem, forverring av kronisk obstruktiv lungesykdom (kols) og hjerneslag behandles på sykehjem (8). Pasienter med frakturer blir ofte lagt inn på sykehus, mens dyspné i livets slutt behandles på sykehjem (9).

Bergen Røde Kors Sykehjem startet som det første norske sykehjemmet med en egen døgkontinuerlig helårig vaktjeneste i 1997. Formålet med studien var å finne ut hvorfor vaktjenesten blir kontaktet og om innleggelse på sykehus kan forhindres.

## Materiale og metode

Undersøkelsen ble gjennomført på Bergen Røde Kors Sykehjem, som er et av landets

største sykehjem. Sykehjemmet har 174 pasienter fordelt på tre somatiske avdelinger (91 plasser), to demensavdelinger (42 plasser), en korttidsavdeling (22 plasser) og en palliativavdeling (åtte korttids- og 11 langtids plasser). Legetjenesten på Bergen Røde Kors Sykehjem har tre fulltidshjemler som deles av fem leger. Legene jobber hver dag fra klokken 9 til klokken 1630 og tar i det tidstrommet både regelmessige visitter på tildelte sengeposter og akutte henvendelser. Alle leger er spesialister/overleger: en indremedisiner/geriater, en allmenmedisiner og tre anestesileger med erfaring innenfor smerteterapi og palliativmedisin. Døgkontinuerlig vaktjeneste på sykehjemmet startet opp i 1997 for å sikre den nødvendige medisinske kompetansen for pasientene utenom vanlig arbeidstid. Det foreligger standardiserte rutiner i sykehjemmets kvalitetshåndbok for når og hvordan legen skal kontaktes av autorisert pleiepersonale. Kontakten skal journalføres av sykepleier. En prospektiv studie med registrering av henvendelser til vaktlegen på Bergen Røde Kors Sykehjem i fire måneder ble gjennomført fra 1.4. 2006 t.o.m. 31.7. 2006.

Vaktlegen er tilgjengelig via en vaktmobil og har firedelt hjemmevakt med utrykning ved behov. Henvendelsene ble registrert på vakttid, som er fra kl 1630 til kl 9 på hverdager og fra kl 9 til kl 9 neste dag i helgene og på helligdager. Passiv vakttid beregnes i forholdet 1 : 4. Dette utgjør i en vanlig uke uten helligdager 130,5 timer passiv hjemmevakt (tilsvarende 32,6 timer aktiv vakt). Vaktlegen dokumenterte henvendelser på eget registreringsark: dato/klokkeslett, avdeling, problemstilling, tiltak (stikkord), telefonkontakt eller utrykning og ev. kommentarer (som f.eks. sykehusinnleggelse forhindret etc.). Telefonhenvendelser og utrykninger ble beregnet med en halv time arbeidstid per påbegynte halvtime. Fordi det ikke finnes en allmenngyldig definisjon på «forhindret inn-

## Hovedbudskap

- Døgkontinuerlig vaktjeneste på sykehjem er en viktig del av pasientbehandlingen
- Vaktjenesten benyttes døgnet rundt og hyppig av alle avdelinger
- Slike tjenester bør organiseres og tilbys på alle sykehjem

leggelse», har vi definert det som akutt henvendelse der legen personlig vurderer pasienten og iverksetter tiltak, og der pasienten ellers ville blitt sendt til legevakt eller sykehus for legetilsyn.

## Resultater

Henvendelser til vaktlegen på Bergen Røde Kors Sykehjem ble dokumentert fra 1.4. 2006 til og med 31.7. 2006. I dette tidsrommet på 122 dager ble henvendelser registrert 107 dager. For de 15 resterende dagene var registreringen ufullstendig eller ikke lesbar. De 107 dokumenterte dagene omfatter 67 vanlige arbeidsdager og 40 helgedager/helligdager. 319 henvendelser og utrykninger ble registrert, inkludert telefonhenvendelser angående flere pasienter og tilsyn av flere pasienter. Henvendelsene gjaldt nervesystemet (apopleksi, bevissthetsforstyrrelser, kramper, angst og uro), hjerte-kar-systemet (angina, hjerteinfarkt og blodtrycksproblemer), luftveier (dyspné, surklung, pneumoni), abdomen (magesmerter, obstipasjon, kvalme/oppkast og urinveisinfeksjoner), stoffskifte, smerte, fraktur, blødning, andre infeksjoner, allergi, feilmedisinering/overdosering, melding av dødsfall og rådgivning til personalet og pårørende (bl.a. samtaler rundt livets slutt og etiske avgjørelser). Tabell 1 viser henvendelser og deres hyppighet. Aktive timer i perioden var 187, tilsvarende 1,7 timer aktiv vaktarbeid per dag og 12,2 timer aktiv vaktarbeid per uke. Tabell 2 gir en oversikt over aktive vakttimer i studietidsrommet. Fordelt på avdelingene ble det i undersøkelsestidsrommet 92,5 timer for palliativavdelingen (0,32 timer per pasient/uke), 23,5 timer for korttidsavdelingen (0,07 timer per pasient/uke) og for langtidsavdelingene 71 timer (0,03 timer per pasient/uke). Dette illustreres av figur 1. Våre resultater viser at det i ni tilfeller ble forhindret innleggelse på sykehus i vakttiden.

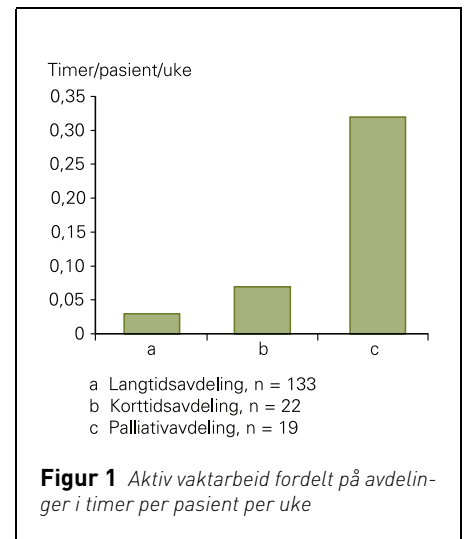
## Diskusjon

Denne undersøkelsen er den første i Norge som dokumenterer frekvens og årsak for kontakt med vakthavende lege på et sykehjem. Den døgkontinuerlige vakttjenesten for leger på Bergen Røde Kors Sykehjem er en viktig del av pasientbehandlingen og blir hyppig brukt av alle avdelinger. Ved siden av akutte medisinske problemer og deres behandling gjaldt 24 % av henvendelsene rådgivning, informasjon og pårørendesamtaler på vakttid. Disse omfattet spørsmål om medisinering, atferdsproblemer, etiske avgjørelser og samtaler med pårørende rundt livets slutt. Våre resultater viser at behov for akutt legehjelp for boavdelinger med langtidspasienter er 0,03 timer per pasient/uke. Dette er i samsvar med behov for akuttansvar ifølge Bergen kommunes (10) og Forum sykehjemsmedisins (11) mål for legetjenester i sykehjem (tab 3). Undersøkelsen viser også at spesialiserte avdelinger som vår korttidsavdeling (0,07 timer per pa-

sient/uke) eller palliativavdeling (0,32 timer per pasient/uke) har langt større behov for vakttjeneste per pasient. Tabell 2 viser at 42,5 av 187 aktive vakttimer (22,7 %) var mellom kl 22 og kl 9. Halvparten av disse gjaldt pasienter med langtidsplasser. Det understreker behovet for økt legebemannning og en vakttjeneste døgnet rundt for alle pasientgrupper og alle sykehjem. På sykehjem med dårligere bemanning på dagtid kan behovet være enda høyere. Kompetanse i sykehjemsmedisin, kjennskap til pasient og pårørende pluss tilgjengelighet døgnet rundt øker legetjenestens kvalitet på sykehjem betraktelig og bidrar i vesentlig grad til trygghet for pasienter, pårørende og personalet. For å sikre pasienten akutt behandling på sykehjem og forhindre unødig og belastende transport til legevakt eller sykehusinnleggelse bør døgkontinuerlig vakttjeneste tilbys også på andre sykehjem. For sykehjem med få pasienter som hovedsaklig er langtidspasienter eller i mindre kommuner kan en felles «sykehjems vakttjeneste» for flere sykehjem være et alternativ.

Sykehusinnleggelse eller spesialistvurdering av sykehjemspasienter kan være nyttig i situasjoner der dette innebærer bedret overlevelse, livsfunksjon (for eksempel ved hoftebrudd og anemi) eller livskvalitet. Generelt er likevel palliativ behandling det viktigste på sykehjem, og slik behandling bør prioriteres (8). Erfaringer med faste sykehjemsleger i Berlin viser at sykehusinnleggelse ble redusert med mer enn 50 % sammenliknet med sykehjem der pasientene ble behandlet av primærleger. Kostnadene ble redusert med ca. 30 % (12). Et prosjekt i samarbeid mellom Ullevål universitetssykehus og 20 sykehjem i Oslo viste at innleggelse på sykehus ble redusert med 10,8 % (13). Dette prosjektet hadde en vaktordning med sykepleier på vakt på observasjonsposten som kunne konsulteres per telefon eller ta utrykninger til sykehjem fra kl 12 til kl 20 på hverdager. Når legebemannet vakttjeneste i Berlin medførte 50 % og sykepleierbemannet vakttjeneste (Oslo) medførte 10 % reduksjon av antallet sykehusinnleggelse, understreker dette betydningen av økt legenærver og kompetanse på sykehjem.

I dag blir de fleste pasientene på norske sykehjem behandlet av fastleger eller tilsynsleger med mindre enn 40 % stillingsbrøk. I akutte tilfeller utenfor arbeidstid er det ofte vanskelig at «den faste legen» ser til pasientene, som derfor blir sendt til legevakt eller sykehus. Vurdering av sykehjemspasienter blir mangelfull uten forhåndskunnskap om pasienten, dennes sykdoms- og livshistorie eller verdivalg, og kan ofte medføre unødige innleggelse på sykehus. Ifølge Høie er legens oppgave på sykehjem å sørge for medisinsk oppfølging av langtidspasienter, og beredskap må være en del av legens arbeidstid (14). Det ble også vist sammenhenger mellom hvor mange sykehjemspasienter legene betjener og hvor godt syke-



Figur 1 Aktiv vaktarbeid fordelt på avdelinger i timer per pasient per uke

hjemmene ivaretar behov for medisinsk undersøkelse, behandling, smertehåndtering og opptrening (15). Palliativmedisinske tilbud bør være tilgjengelig for alle døende gamle (16). En intervjuundersøkelse av amerikanske sykehjemsleger viste at konsensus om prognose og utvikling av en plan for palliativ behandling er de viktigste utfordringer i forhold til omsorg ved livets slutt (17). Ifølge en aktuell, kvalitativ, norsk undersøkelse opplevde helsearbeidere, eldre pasienter og deres pårørende etiske dilemmaer i helsevesenets omsorg for eldre (18). Dette gjaldt spesielt ressurser og det medisinske tilbud til eldre.

Norsk pensjonistforbund i Oppland foreslår at sykehjemmene må gjøres om fra pleieinstitusjon til en medisinsk behandlingsinstitusjon og tilføyer: «Hvis sykehjemmene ble statlige behandlingsinstitusjoner med anstendige ansettelsesvilkår for medisinsk personell, ville de kanskje bli mer attraktive som arbeidsplass for leger» (19). Legeforeningen foreslo allerede i 2001 bemanningsnormer for legetjenester ved ulike typer sykehjemsplasser og konstaterer at økt

Tabell 1 Henvendelser til vaktlege ved Bergen Røde Kors Sykehjem (n = 319)

Type henvendelse	Antall	(%)
Rådgivning, informasjon	78	(24)
Abdomen	46	(14)
Nervesystem	43	(13)
Luftveier	38	(12)
Smerte	36	(11)
Hjerte og kar	22	(7)
Dødsfall	19	(6)
Andre infeksjoner/feber	15	(5)
Fraktur/blødning	13	(4)
Feilmedisinering/overdosering	4	(1,2)
Stoffskifte	3	(0,9)
Allergi	2	(0,6)

**Tabell 2** Oversikt over aktive vakttimer

	Timer dag telefon 1630–2200	Timer dag utrykning 1630–2200	Timer natt telefon 2200–0900	Timer natt utrykning 2200–0900	Helg – timer dag telefon 0900–2200	Helg – timer dag utrykning 0900–2200	Helg – timer natt telefon 2200–0900	Helg – timer natt utrykning 2200–0900	Sum timer per avdeling
Palliativavdeling	29,5	1	9	2	21	24,5	5,5	0	92,5
Korttidsavdeling	5,5	0,5	4,5	0	7,5	4,5	1	0	23,5
Langtidsavdelinger (somatisk+demens)	18	4	10,5	2	20,5	8	5	3	71
Sum timer tidsrom	53	5,5	24	4	49	37	11,5	3	Totalt = 187

**Tabell 3** Oversikt over forskjellige mål for legebemanning på sykehjem

	Legeforeningen og Forum sykehjemsmedisin		Bergen kommune	
	Uketimer per pasient	Antall pasienter per legestilling	Uketimer per pasient	Antall pasienter per legestilling
Langtidsavdelinger	0,3	90	0,2	
Demensavdelinger	0,5	60		
Korttidsavdelinger	1,5	20	1	
Rehabiliterings-/utredningsavdelinger	3	10		
Palliativavdelinger	5	6	5	
Akuttansvar	0,05*		0,03	

\* Uketimer for akuttansvar er bare nevnt i forslag fra Forum sykehjemsmedisin

legebemanning gir bedre sykehjemstjenester (20). En oversikt over bemanningsnormene fra Legeforeningen (20), Forum sykehjemsmedisin (11), og Bergen kommune (10) vises i tabell 3. For å sikre tilstrekkelig legedekning på alle sykehjemmene i Norge bør det vedtas nasjonale normtall for legetjenester i sykehjem (21). I stortingsmelding nr. 25 er det derimot ikke angitt konkrete normtall for legetjenesten i sykehjem (6). Noen land, som for eksempel Nederland og USA, har fast ansatte leger på sykehjem (17). I Nederland er sykehjemsmedisin en egen spesialitet (22). Forum sykehjemsmedisin foreslår at sykehjemsmedisin bør være en egen spesialitet (23). En annen mulighet er å opprette sykehjemsmedisin som en grenspesialitet basert på aktuelle spesialistutdanninger. Denne diskusjonen bør inkludere sentrale utfordringer med fokus på sykehjemslegens lønns- og arbeidsforhold, image og status.

Undersøkelsens begrensninger er bl.a. at det er vanskelig å definere hva det betyr «å forhindre en unødig innleggelse». Det kan derfor tenkes at flere innleggelse blir forhindre i den vanlige arbeidstiden, uten at dette er tallfestet. I registreringstidsrommet ble 36 utrykninger med 49,5 aktive timer registrert. Dette tilsvarer 26% av alle de aktive timene. Tar man disse med i betraktningen, ble sannsynligvis flere innleggelse forhindre uten at dette ble dokumentert som «forhindret innleggelse». Videre var det ikke brukbare problemkategorier før registreringen startet. Derfor var det nødvendig å registrere problemstillingen først for så å finne

kategorier som kan brukes til fremtidig forskning.

I fremtiden er det behov for prospektive undersøkelser som sammenlikner effekten av legebemanning med reduksjon av unødige innleggelse på sykehus og legevakt. Videre kunne man i kvalitative studier kartlegge pasientenes og pårørendes vurdering av slike tjenester.

*Oppgitte interessekonflikter: Ingen*

**Litteratur**

- Engedal K, Haugen PK. Demens. Oslo: Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens, 2004.
- Ferri CP, Prince M, Brayne C et al. Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *Lancet* 2005; 366: 2112–7.
- Hofseth C. Pasientkartlegging ved Bergen Røde Kors Sykehjem. SINTEF-rapport nr. STF78 A034507. Oslo: SINTEF Unimed, 2003.
- Husebø BS. Ethiske avgjørelser ved livets slutt i sykehjem. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124: 2926–7.
- Førde R, Pedersen R, Nortvedt P et al. Får eldreomsorgen nok ressurser? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2006; 126: 1913–6.
- St.meld. nr. 25 (2005–2006). Mestring, muligheter og mening. *Framtidas omsorgsutfordringer*.
- Husebø BS, Husebø S. Sykehjemmene som arena for terminal omsorg – hvordan gjør vi det i praksis? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005; 125: 1352–4.
- Ranhoff AH, Linnsund JM. Når skal sykehjems-pasienter innlegges i sykehus? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005; 125: 1844–7.
- Cohen-Mansfield J, Lipson S. To hospitalize or not to hospitalize? That is the question: An analysis of decision making in the nursing home. *Behav Med* 2006; 32: 64–70.
- Bergen kommune. Bergen er i rute med legetjenesten i sykehjem. *Pressemelding*. [www.bergen.kommune.no/utskrift?articleId=3011&artSectionId=323&mode=printArtpressemelding](http://www.bergen.kommune.no/utskrift?articleId=3011&artSectionId=323&mode=printArtpressemelding) (22.6.2007).

- Forum Sykehjemsmedisin. Standard for legebemanning på sykehjem. [www.sykehjemsmedisin.no](http://www.sykehjemsmedisin.no) (10.10.2007).
- Müller RD, Richter-Reichheim M. Berliner Modellprojekt – Der Arzt am Pflegebett. *Deutsches Ärzteblatt* 2004; 121: A1484.
- Braastad K, Maehlum A, Jacobsen D. Tilrettelegger for en verdig død. *Tidsskriftet Sykepleien* 2007; nr. 9: 48–52.
- Høie J. Sykehjemmenes oppgaver og legens rolle. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005; 125: 1009–10.
- Paulsen B, Harsvik T, Nygård L. Bemanning og tjenestetilbud i sykehjem. [www.sintef.no/Static/UM/Rapporter2004/A045006\\_smndrg.htm](http://www.sintef.no/Static/UM/Rapporter2004/A045006_smndrg.htm) (16.8.2007).
- Husebø BS, Husebø S. Palliativmedisin – auch im hohen Alter? *Der Schmerz* 2001; 15: 350–6.
- Bern-Klug M, Gessert CE, Crenner CW et al. «Getting everyone on the same page»: nursing home physicians' perspectives on end-of-life care. *J Palliat Med* 2004; 7: 533–44.
- Schaffer MA. Ethical problems in end-of-life decisions for elderly Norwegians. *Nurs Ethics* 2007; 14: 242–57.
- Helling L. Sykehjem som behandlingstilbud. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2007; 127: 2277.
- Den norske lægeforening. Bemanningsnormer i sykehjem (2/2005). [www.legeforeningen.no/utskrift.gan?id=87559&subid=0&printer=true](http://www.legeforeningen.no/utskrift.gan?id=87559&subid=0&printer=true) (16.8.2007).
- Janbu T. Sykehjem, omsorg og legehjelp. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2007; 127: 2293.
- Schols JM, Crebolder HF, van Weel C. Nursing home and nursing home physician: the Dutch experience. *J Am Med Dir Assoc* 2004; 5: 207–12.
- Dommerud T. Vil ha spesialitet i sykehjemsmedisin. *Dagens Medisin* 21.6.2007.

*Manuskriptet ble mottatt 10.10. 2007 og godkjent 31.7. 2008. Medisinsk redaktør Jens Bjørheim.*