

Overflytting til en intermedieæravdeling i sykehjem kan gi færre reinnleggelser og reduserte kostnader i forhold til lengre opphold i sykehus

## En sykehjemsavdeling for akutt syke gamle

For leger som arbeider i sykehusavdelinger med mange gamle, er det en utfordring å sørge for effektive og gode pasientforløp slik at de innlagte kan gjenvinne funksjon og livskvalitet på samme nivå som de hadde før den akutte sykdommen. For dem som er innlagt fra hjemmet, er målsettingen at de skal tilbake dit etter sykehusoppholdet. Dette er også utgangspunktet for en studie av Garåsen og medarbeidere, der etterbehandling etter sykehusopphold i en styrket sykehjemsavdeling, såkalt intermedieæravdeling, ble sammenliknet med fortsatt opphold i sykehuset i en randomisert, kontrollert studie (1). I dette nummer av Tidsskriftet presenterer den samme gruppen en analyse som viser betydelig reduserte kostnader ved å overflytte pasientene til en styrket sykehjemsavdeling sammenliknet med forlenget opphold i sykehuset, selv om initialoppholdet var vesentlig lengre, henholdsvis 17 og ni dager etter randomisering (2).

De som var 60 år eller eldre, var innlagt fra eget hjem og trengte mer enn 3–4 dagers innleggelse i sykehus, ble inkludert i studien. Total liggetid i institusjon i studieperioden var ca. 30 dager både for sykehjemsgruppen og for kontrollgruppen. Reinnleggelser for samme tilstand var redusert i sykehjemsgruppen, som også hadde noe lavere bruk av omsorgstjenester, mens behovet for sykehjem ikke var redusert.

Ordningen med intermedieæravdelinger, som er et nivå mellom en vanlig sykehjemsavdeling og sykehus, er utviklet i Storbritannia og inngår i National Health Services program for helsetjenester til eldre i kommunal regi. Hensikten er å fremskynde bedring av tilstanden, redusere unødvendige innleggelser, sørge for velkoordinert utskrivning til rett tid og styrke mulighetene for at den eldre kan leve mest mulig selvstendig. Modellen er i liten grad vitenskapelig evaluert, men erfaringene fra klinisk praksis er svært gode, selv om man ikke har lyktes i å redusere antall innleggelser eller totalt antall dager i institusjon. Den viktigste kritikken som er fremsatt mot intermedieæravdelinger, er at de i liten grad benytter geriatrik spesialistkompetanse, at det er for lite satsing på rehabilitering og at pasientene flyttes unødig (3).

Garåsen og medarbeidere har brukt reinnleggelse i sykehus for samme tilstand som mål for effekt. Kanskje er totalt antall døgn utenfor institusjon et bedre mål? Det opplyses ikke om det totale antall reinnleggelser, noe som er viktig, ettersom akutt syke gamle ofte har flere kroniske sykdommer der det kan bli forverring og komplikasjoner. Geriatrik tverrfaglig sykehusbehandling, som skal ivareta pasientens totale helsetilstand, kombinert med minst ett hjemmebesøk etter utskrivning, er vist kunne redusere antall reinnleggelser av alle årsaker (4), noe som må være en mer hensiktsmessig målsetting.

I studien var liggetiden i institusjon lang for sykehjemsgruppen. Vi vet at flytting til ny avdeling som regel gir forlenget opphold, fordi nytt personale må sette seg inn i pasientens situasjon og behov. Her taper man noe i forhold til fortsatt opphold i sykehus. En annen viktig innvending er at forberedelsene til utskrivning kunne vært startet før og kanskje vært utført raskere. Et alternativ må derfor være at arbeidet med funksjonsforberedende tiltak og planlegging av utskrivning til primærhelsetjenesten settes inn tidligere, slik prinsippene er for en akuttgeriatrik enhet (5). En littera-

turgjennomgang av randomiserte kliniske studier, presentert i Tidsskriftet i 2007, indikerer at tidlig og integrert geriatrik rehabilitering av gamle, sårbare pasienter med akutt sykdom eller hoftebrudd er mer effektivt enn behandling i konvensjonelle medisinske eller ortopediske avdelinger, og kostnadene er ikke økt (6). De store gruppene eldre som innlegges akutt i sykehus, er de skrøpelige og multisyke gamle med akutt sykdom, det er slappasienter og det er pasienter med hoftebrudd. Innen disse gruppene vil det uten tvil være noen som trenger lengre opphold i institusjon for medisinsk behandling og rehabilitering. Disse vil være viktige pasientgrupper for en intermedieæravdeling.

Garåsen og medarbeidere har gitt et fortjenstfullt bidrag til arbeidet med å finne gode behandlingsmodeller for akutt syke gamle. Styrking av sykehjemsavdelinger slik at de kan drive aktiv rehabilitering og følge opp aktiviteter som krever økt ekspertise, bl.a. intravenøs behandling, er et viktig og kostnadsbesparende tiltak. Ingen vil vel argumentere mot å styrke sykehjemsavdelinger slik at de i en tidligere fase av forløpet kan ta imot sykehuspasienter som trenger etterbehandling og rehabilitering. Dette krever at sykehjemmene må styrkes med både flere lege- og sykepleierressurser og mer tverrfaglig personell, f.eks. fysioterapeuter og ergoterapeuter. I Norge har mange sykehus fortsatt ikke akuttgeriatrik eller ortogeriatriske enheter (6). Slike enheter må utvikles for at eldre akutt syke skal få optimal medisinsk behandling og rehabilitering. For dem som likevel trenger et lengre institusjonsopphold for fortsatt medisinsk behandling og rehabilitering utover 7–10 dager, vil en styrket sykehjemsavdeling være et godt og kostnadseffektivt tilbud.

**Anette Hylan Ranhoff**  
 ahranhoff@yahoo.no

*Anette Hylan Ranhoff (f. 1956) er dr.med. og seksjonsoverlege i geriatri ved Medisinsk avdeling, Diakonhjemmet Sykehus i Oslo. Hun er tilknyttet universitetssykehuset ved Geriatrik avdeling, Ullevål universitetssykehus, og en geriatrik forskergruppe i Brescia, Italia. Hun er leder for Norsk selskap for aldersforskning.*

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

### Litteratur

1. Garåsen H, Windspoll R, Johnsen R. Intermediate care at a community hospital as an alternative to prolonged general hospital care for elderly patients: a randomised controlled trial. *BMC Public Health* 2007; 7: 68.
2. Garåsen H, Magnussen J, Windspoll R et al. Eldre pasienter i sykehus eller intermedieæravdeling i sykehjem – en kostnadsanalyse. *Tidsskr Nor Legeforen* 2008; 128: 283–5.
3. Young J, Stevenson J. Intermediate care in England: where next? *Age Ageing* 2006; 35: 339–41.
4. Nikolaus T, Specht-Leible N, Bach M et al. A randomized trial of comprehensive geriatric assessment and home intervention in the care of hospitalized patients. *Age Ageing* 1999; 28: 543–50.
5. Landefeld CS, Palmer RM, Kresevic DM et al. A randomized trial of care in a hospital medical unit especially designed to improve the functional outcomes of acutely ill older patients. *N Engl J Med* 1995; 332: 1338–44.
6. Pettersen R, Wyller TB. Rehabilitering integrert i akuttbehandling av sykdom. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2007; 127: 600–3.