

Øyeblikkelig hjelp-oppgaver for sykehjem i små kommuner

Innen 2016 skal alle kommuner som en del av samhandlingsreformen gi øyeblikkelig hjelp døgntilbud til utvalgte pasientgrupper. For mange mindre kommuner er dette en anledning til å revitalisere sykehjemmene som medisinske institusjoner. For leger og sykepleiere i primærhelsetjenesten gir dette en mulighet til å få brukt helsefaglig kompetanse på et bredere felt.

www Publisert først på nett 15.3. 2012

Hensikten med øyeblikkelig hjelp døgntilbud i kommunene, er å gi et godt helsetilbud til pasienter som ikke trenger innleggelse i sykehus, men heller ikke kan behandles hjemme (1). Vi vil dele noen erfaringer fra PreOb-prosjektet – prehospital observasjon og behandling – hvor det fra 2010 er gitt et slikt tilbud i et samarbeid mellom Nordlands-sykehuset og tre kommuner i Salten.

Fra sykestue til observasjon i sykehjem

Fra de første sykestuene ble etablert i Finnmark i 1874 (2) går det en lang og kronglete vei frem til at Helse- og omsorgsdepartementet foreslår at *kommunene skal få en lovfestet plikt til å gi tilbud om døgnopphold for pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp* (1). I sykestuene kunne distriktslegen observere og behandle pasienter som trengte innleggelse, i de tilfellene hvor sykehusinnleggelse i praksis var vanskelig å gjennomføre. De ivaretok et mangfold av funksjoner: akuttmedisinsk stabilisering, utredning og observasjon i forkant av sykehusinnleggelse, enkle behandlingsopphold og tidlig tilbakeføring fra sykehus. Tidligere gjorde distriktslegene mer enn vi

kunne tenke oss i dag (2) (fig1). Distriktslege Knut Schrøder forteller hvordan han benyttet Kjøllefjord sykestue i Finnmark i 1936: «På dette halvår har jeg hatt 76 pasienter, 4 blindtarmoperasjoner, 4–5 brokkoperasjoner, en sterilisering, et par utskrapninger, flere tonsillektomier, et par fingeramputasjoner, og utført tallrike incisioner. (...) Hittil har inngrepene gått uten en komplikasjon, ja så og si uten ergrelse eller engstelse. (...) For sykekassen er det en stor besparelse å ha pasientene her på sykestuen. For øyeblikkelig hjelp en utrolig lettelse for pasienten, for ikke å si det sterkere. Nærmeste sykehus, Vardø og Hammerfest, er 9–10 timers reise med hurtigruten, hvis det da passer med tiden» (2).

I 1972 var det 1 005 slike sykestuesenger fordelt på 64 institusjoner i alle fylker. I 2001 fantes bare 90 slike senger, hovedsakelig i Finnmark (3). Samtidig er antallet somatiske sykehussenger redusert. Norge er nå et av landene i OECD med kortest liggetid i sykehus og færrest sykehussenger i forhold til innbyggertallet (4).

Spesielt i de mindre kommunene med lang reisevei til sykehus, er det naturlig å utvikle sykehjemmenes medisinske kom-

petanse til å ivareta utvalgte pasientgruppers behov for observasjon, diagnostisering og behandling på en god og kostnadseffektiv måte (1).

Prehospital observasjon og behandling i Salten

Steigen er en av få Nordlands-kommuner som har klart å beholde sykestuefunksjonen i sykehjemmet. Gjennom prosjektet «Prehospital observasjon og behandling» har Nordlandssykehuset fra 2009 samarbeidet med Steigen kommune om å utvikle tilsvarende enheter med 1–2 senger i Saltdal og Meløy kommune (fig 2). I norsk målestokk er dette små kommuner med 2 500–6 500 innbyggere og med 1,5–3,5 timers reiseavstand til sykehus.

Prosjektet har vært avgrenset til å gi tilbud om observasjon og enkel medisinsk behandling i inntil tre døgn. Pasienter som ikke kan utskrives til hjemmet etter tre døgn, overføres til annen type kommunalt tilbud eller til innleggelse i sykehus.

Forberedende fase

Sykehjem har sitt hovedfokus på pleie og omsorg. Det innebærer et paradigmeskifte når sykepleierne også skal tilby observasjon og behandling av pasienter som trenger et medisinsk øyeblikkelig hjelp-tilbud. I prosjektet ble det tilrettelagt for dette på ulike måter:

- Kurs for personalet i akuttmedisin og i hjerte-lunge-redning med halvautomatisk defibrillator
- Tilgang til laboratoriediagnostikk på vanlig allmennmedisinsk nivå
- Utvikling av kvalitetshåndbok for viktige rutiner og prosedyrer
- Sykepleier i tilstedevakt og legetilsyn alle hverdager.

Legetilsyn utenom vanlig arbeidstid ble primært ivarettatt av nærmeste legevaktlege. Det ble lagt stor vekt på at pasientene skulle innlegges av fastlege eller legevaktlege. Innleggelsesskrivet skal fylle samme kvalitetskrav som ved sykehusinnleggelse og i tillegg skissere hvilke observasjoner som skal gjøres og hvilken behandling som eventuelt skal startes.



Figur 1 Kjøllefjord sykestue, 1936. Foto Knut Schrøder. Gjengitt med tillatelse fra Lebesby kommune

Pasientseleksjon

Både grad av funksjonstap og diagnose er viktig når pasienten selekteres til ulike behandlingsnivåer. De pasienter som har lette til moderate funksjonstap og hvor det ikke er mistanke om alvorlig diagnose eller sykdomsutvikling, kan innlegges på et kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud (fig 3). Vi har benyttet oss av noen enkle seleksjonskriterier:

- *Pasienten er ikke frisk nok til å behandles hjemme:* Mange pasienter vil på grunn av sykdom/sykdomsforverring trenge et kortvarig opphold på helseinstitusjon.
- *Pasienten kan behandles med allmennmedisinske metoder og hjelpemidler:* Mange tilstander kan behandles forsvarlig uten at man har tilgang til sykehusets avanserte apparatur og behandlingsmetoder. Legens kliniske vurdering og faglige skjønn i åpen dialog med pasientansvarlig sykepleier, er basis for en forsvarlig håndtering av disse pasientene.
- *Pasienten forventes å kunne utskrives i løpet av tre dager:* Allerede fra innleggelsestidspunktet må man ha fokus på hvor pasienten skal utskrives.
- *Pasientens tilstand tilsier liten risiko for akutt livstruende forverring*

I praksis vil de fleste pasienter som er aktuelle for innleggelse i prehospital observasjons- og behandlingseenhet være eldre som ikke klarer seg hjemme fordi sykdom eller skade har gitt et subakutt funksjonstap (fig 3). Ved en kartlegging av over 330 innleggelser ved de tre observasjonseenhetene kunne de fleste pasientene (52 %) innen tre dager utskrives til hjemmet, mens 14 % ble overført til sykehus.

Øyeblikkelig hjelp på sykehjem er mulig

Nord-Norge har 88 kommuner, hvorav 66 har 5 000 innbyggere eller mindre. Innen 2016 skal disse kunne tilby et øyeblikkelig hjelp døgntilbud for pasienter som ikke trenger sykehusinnleggelse. Målsettingen er å utvikle like trygge og robuste helsetjenestetilbud i små som i store kommuner. For mange kommuner vil det være naturlig å bygge på den kompetansen man har i sykehjemmene. Ved å videreutvikle observasjons- og behandlingsferdigheter, med sterkt nærvær av allmennleger og med muligheter for veiledning fra spesialisthelsetjenesten, mener vi sykehjemmet kan dekke en øyeblikkelig hjelp-funksjon på en forsvarlig måte.

En ekspertgruppe har poengtert at de «eldste eldre» (> 80 år) med et raskt og alvorlig funksjonstap byr på så krevende diagnostiske utfordringer at de som regel trenger innleggelse i sykehus (5). Vår erfaring er imidlertid at de eldste kan ha et stort funksjonstap forårsaket av diagnostisk avklarte lidelser, og at enkle tiltak kan gi stor behandlingsgevinst. Infeksjoner, fall og obs-



Figur 2 Nordlandssykehuset har samarbeidet med sykehjemmene i Steigen, Saltdal og Meløy om et øyeblikkelig hjelp-tilbud til utvalgte pasienter

tipasjon er eksempler på tilstander der de eldste kan få et funksjonstap som gjør at det ikke er forsvarlig å behandle dem hjemme, men hvor behandling på institusjon i kommunen er trygt og bedre egnet enn innleggelse i sykehus. Nærhet til pårørende og reduserte påkjenninger i forbindelse med transport er andre viktige aspekter som kan telle i favør av innleggelse i kommunalt øyeblikkelig hjelp-tilbud.

Bemanningskrav

Behandling og løpende observasjon av pasientene nødvendiggjør at sykepleier er tilgjengelig 24 timer i døgnet. Det er også helt sentralt med aktiv og nærværende deltakelse fra allmennlege. Daglig legetilsyn

bør være et minimum. Utenom «kontortiden» må man de fleste stedene regne med at legetilsyn må ivaretas av legevakttjeneste. Tilknytning til legevaktsentral med lege i tilstedevakt, slik ekspertgruppen foreslår, er et idealkrav (5). Dette er vanskelig å gjennomføre i små kommuner. Man må ta høyde for dette ved seleksjon av pasienter, hvilken behandling man kan tilby og de observasjoner som kan gjøres. Bakvaktordning for lokale leger, som supplement til legevaktordningen, kan være et alternativ for å sikre kontinuitet og kvalitet i oppfølgingen av pasientene som er innlagt i øyeblikkelig hjelp-seng.

Dersom primærhelsetjenesten skal klare å følge opp samhandlingsreformens inten-

Funksjonstap	Diagnose alvorlighetsgrad		
	Mindre	Middels	Alvorlig
Lite	Hjemme	Øyeblikkelig hjelp-enhet	Sykehus
Middels			
Stort			Sykehus

Figur 3 «Den omvendte L»: Øyeblikkelig hjelp-enheter ved sykehjem kan gi et tilbud til dem som er for syke til å bli behandlet hjemme, men hvor funksjonstap eller diagnose ikke tilsier behov for sykehusenes spesialiserte diagnostikk eller behandling

sjoner om å overta oppgaver fra spesialisthelsetjenesten, vil primærhelsetjenesten få større behov for veiledning. Det må utvikles telemedisinsk veiledning direkte inn i den kliniske pasientsituasjon, slik det bl.a. skjer på Fosen Distriktsmedisinske Senter (6).

Ved våre øyeblikkelige hjelp-enheter er telefonen foreløpig det eneste telemedisinske hjelpemidlet.

Øyeblikkelig hjelp døgntilbud krever robust finansiering

Samarbeidet mellom Nordlandssykehuset og kommunene Steigen, Saltdal og Meløy har utviklet seg til et kreativt fagnettverk der primærhelsetjenestens premisser er lagt til grunn. Øyeblikkelig hjelp døgntilbud på sykehjem betyr en utvidelse av det allmennmedisinske funksjonsområdet og god utnyttelse av kompetansen til fastleger og øvrige faggrupper i kommunehelsetjenesten.

Myndighetene har intensjon om at tilbudet skal fullfinansieres (1). I 2016 skal 1048 mill. 2012-kroner innlemmes i inntekts-systemet for kommunene for å finansiere tilbudet. Beløpet vil utgjøre 200–300 kroner per innbygger (7). Denne finansieringen er åpenbart altfor svak til å sikre at kommunene blir i stand til å etablere og vedlikeholde gode øyeblikkelig hjelp døgntilbud: En kommune på 5 000 innbyggere vil motta kr 1 050 000 i årlig driftsstønad. Med 1 000 innbyggere vil stønaden bli kr 210.000. Hvilken småkommune er i stand til å etablere et godt tilbud til en slik kostnad?

Kjell Gunnar Skodvin

kjell.gunnar.skodvin@salths.nhn.no
Saltdal helsesenter
Rognan

Ivar Johannes Aaraas

Nasjonalt senter for distriktsmedisin
Institutt for samfunnsmedisin
Universitetet i Tromsø

Anne Karin Forshei

Steigen kommune
Leinesfjord

Kai Brynjar Hagen

Salten Regionråd
Bodø

Magnus Jonsbu

Glomfjord legekontor
Glomfjord

Artikkelens førsteforfatter har fått stipend fra Allmenntilleggsutvalget.

Kjell Gunnar Skodvin (f. 1960) er spesialist i allmenntilleggsmedisin og i samfunnsmedisin. Han er konstituert. kommuneoverlege i Saltdal og prosjektleder for prosjekt Prehospital observasjon og behandling. Han er universitetslektor ved Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Ivar J. Aaraas (f. 1944) er professor og leder av Nasjonalt senter for distriktsmedisin ved Universitetet i Tromsø.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Anne Karin Forshei (f. 1970) er spesialist i allmenntilleggsmedisin. Hun er kommuneoverlege i Steigen kommune og praksiskonsulent i Nordlandssykehuset.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Kai Brynjar Hagen (f. 1949) er fastlege og smittevernlege i Bodø kommune og sunnhetsoverlege i Salten (prosjekt). Han er veileder i samfunnsmedisin. Han har arbeidserfaring fra helseadministrasjon, trygdemedisin, helsetilsynet og som praksiskoordinator Nordlandssykehuset.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Magnus Jonsbu (f. 1974) er fastlege og sykehjemlege i Meløy kommune.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

1. St.meld. nr. 16 (2011–2012). Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2016). www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2010-2011/meld-st-16-20102011.html?id=639794 [21.2.2012].
2. Aaraas I. Sykestuer i Finnmark. ISM skriftserie nr. 45 B. Tromsø: Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø, 1998. <http://www2.uit.no/ikbViewer/Content/143604/Nr%2045B.pdf> [21.2.2012].
3. Sykestuefunksjonen – the missing link? Oslo: Helsedirektoratet, 2001. www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/andrepublikasjoner/sykestuefunksjonen.pdf [21.2.2012].
4. OECD. Health at a Glance 2011-OECD indicators. www.oecd.org/dataoecd/6/28/49105858.pdf [21.2.2012].
5. Helsetjenester til syke eldre. Rapport fra ekspertgruppe nedsatt av Helse- og omsorgsdepartementet november 2010 www.nsd.no/filarkiv/File/Eksterne_rapporter/110124Rapport_HelsetjenesterSykeEldre24jan.pdf [21.2.2012].
6. Jensvold M, Seim A. Prehospital bruk av observasjonssenger under legevakt – pasientforløp, reinnleggelser og faglig forsvarlighet. Fosen DMS 2006–2009. Prosjektrapport 2011. Tromsø: Nasjonalt senter for distriktsmedisin, 2011.
7. Kommunenenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgntilbud – Veiledningsmaterieell. Oslo: Helsedirektoratet, 2012. www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/kommunenenes-plikt-til-oyeblikkelig-hjelp-dognopp-veiledningsmaterieell/Sider/default.aspx [5.3.2012].

Mottatt 4.2. 2012, første revisjon innsendt 21.2. 2012, godkjent 1.3. 2012. Medisinsk redaktør Siri Lunde.