

# Øyeblikkelig hjelp døgnopphold

■ KJELL GUNNAR SKODVIN *kst. kommuneoverlege, Rognan*

70 år gamle Petronella Hansen bor aleine i eget hus, men har nå vært sengeleggende med hoste i flere dager før hun får en øyeblikkelig hjelp time på ditt fastlegekontor. Med knattrelyder over lungene, temperatur på 38,8 °C, og CRP på 275 mg/l mistenker du straks lungebetennelse. Du er i tvil om det er forsvarlig å sende henne hjem med en resept på penicillintabletter.

Du ringer derfor til det lokale sykehjemmet hvor det er ledig på den nyopprettede plassen for øyeblikkelig hjelp døgnopphold. I den elektroniske henvisningen som sykepleieren straks kan hente fram, skisserer du en behandlingsplan med penicillin gitt som intravenøs infusjon. Noen dager seinere får du epikrise fra sykehjemmets faste tilsynslege, som forteller at Petronella ble raskt feberfri og utskrevet til hjemmet da CRP-verdien etter tre døgn var under 100.

I disse dager sitter hele Kommune-Norge og forhandler med helseforetakene om å inngå avtaler om øyeblikkelig hjelp døgnopphold (ØHJD) (1, 2). Et kortvarig opphold på en kommunal helseinstitusjon skal for utvalgte grupper erstatte innleggelse på sykehus. Dette er jo de gamle sykestuesengene med ny maling, vil noen hevde, så la oss starte med et lite tilbakeblikk.

## Sykestuene – en distriktsmedisinsk helseinstitusjon

I løpet av forrige århundre ble det bygd ut sykestuer hvor distriktslegen kunne legge inn pasienter til observasjon og behandling for å spare pasientene for lange og slitsomme reiser til sykehus. Fra Guovdageaidnu – Kautokeino i Finnmark – har vi ett eksempel på hvordan sykestuene kunne brukes. Omkring 1960 ble kommunen rammet av det som sannsynligvis var Norges mest omfattende tuberkuloseepidemi etter 2. verdenskrig, med omkring 45 tuberkulosesyke (3): I alt 634 pasientdøgn ble dette året benyttet for å ta serier med spyttprøver og larynxprøver av pasienter med mistenkt tuberkulose, og fem nye tuberkulose-tilfeller ble avdekket. I løpet av kort tid klarte man å begrense epidemien.

I 1972 disponerte distriktslegene drøyt 1000 sykestuesenger (4). Sykehusloven fra 1969 omtalte sykestuene som en medisinsk institusjon som gir pasienter opphold for å undersøke om innleggelse i sykehus bør finne sted, eller for enklere behandling som ikke hensiktsmessig kan foretas i den sykes hjem, men som ikke gjør innleggelse i sykehus nødvendig (5).

I 1994 forsvant sykestuene ut av lovgivningen og i 2001 var antallet sykestuesenger sunket til 90.

## Fra sykestuer til ØHJD

Sykestuekonseptet var dermed i ferd med å lide en stille død. Men Samhandlingsreformen innførte kravet om at alle kommuner fra og med 2016 skal kunne tilby øyeblikkelig hjelp døgnopphold – som vi i denne artikkelen forkorter til ØHJD. Hver kommune – aleine eller i samarbeid med andre – vil disponere noen få senger hvor utvalgte pasientgrupper kan få kortvarig observasjon og behandling som alternativ til sykehusinnleggelse. Rammene er gitt gjennom bevilgninger og veiledningsmaterieell fra Helsedirektoratet (1).

## Erfaringer fra prosjekt Prehospital observasjon og behandling i Salten

Det er altså ikke nødvendigvis slik at alle syke som behøver å ligge i en seng, må innlegges på sykehus. I kommunene Steigen, Saltdal og Meløy har ØHJD-konseptet fått en «flying start» gjennom prosjektet Prehospital observasjon og behandling (6). Steigen kommune hadde beholdt en av de ytterst få sykestueplassene i Nordland. I et samarbeid med Nordlandssykehuset HF har også sykehjemmene i Saltdal og Meløy blitt utviklet til å kunne ta imot øyeblikkelig hjelp pasienter til kortvarig observasjon og behandling i inntil tre døgn. Prosjektstart var i 2009, og fra 2010 har det blitt inkludert pasienter.

Resultatene fra en enkel kartlegging av innleggelsene kan brukes til å tegne en skisse av hva et slikt ØHJD-tilbud kan brukes til. I kartleggingsperioden er det registrert 394 innleggelser, 60 prosent kvinner og 40 prosent menn. Gjennomsnittsalderen på de innlagte var 69 år. Alle pasientene ble henvist til innleggelse av fastlegen eller legevakslegen. Vi stilte krav om at henvisningen skulle være av samme form og kvalitet som en henvisning til sykehusinnleggelse. I tillegg må henvisende lege skissere en observasjons- og behandlingsplan for tiden fram til den faste ØHJD-legen overtar, vanligvis innen det første døgn.

De aller fleste pasientene har gjennomført én eller flere supplerende undersøkelser i forbindelse med innleggelsen: Blodprøver er tatt hos 65 prosent, EKG er tatt av 21 prosent, pulsoksymetri på 51 prosent, urinundersøkelse på 38 prosent. Psykiatrisk kartlegging (for eksempel mini mental status) er gjennomført på bare tre prosent av pasientene. De sju største diagnosegruppene var sykdommer i lunger og luftveier (18 prosent), muskel-/skjelettsystemet (10 prosent), nyrer/urinveier (10 prosent), hjerte-/karsystemet (åtte prosent), endokrinologiske/metabolske sykdommer (åtte prosent) og psykiske lidelser (åtte prosent). 17 prosent av pasientene ble behandlet for infeksjoner. Behandling under oppholdet ble gitt i form av peroral legemiddelbehandling til 61 prosent, intravenøs væsketilførsel til 35 prosent, intravenøs legemiddelbehandling til 24 prosent, oksygentilførsel til 15 prosent. Forstøverbehandling, smertebehandling med subkutan smertepumpe, blærekateterisering og sår-

Kautokeino sykestue 1959.  
FOTO: KOLBJØRN ØYGARD



# Behold – noen erfaringer fra Salten

behandling er også gitt ved ØHJD-enhetene.

Pasientens diagnose er én ting, funksjonsnivå kan ha vel så mye å si for om en pasient kan behandles i sine hjemmeomgivelser eller ikke. Vi har derfor vurdert pasientens funksjonsnivå med den mye brukte ECOG-skåre. Skåre på *null* innebærer ingen hemming av aktivitet, mens *fire* innebærer at pasienten er sengeliggende og avhengig av hjelp hele døgnet. ECOG-skåre ligger jevnt over lavere ved utskrivelse, noe som gjenspeiler et høyere funksjonsnivå i løpet av oppholdet.

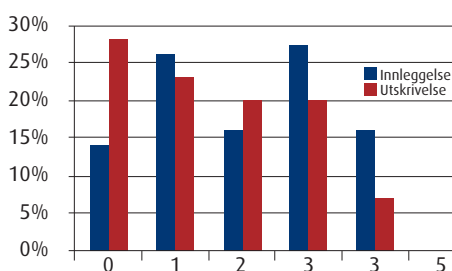


DIAGRAM 1. ECOG-skåre ved innleggelse og utskrivelse fra ØHJD-opp hold

Hvor hadde pasientene blitt behandlet hvis de ikke hadde blitt behandlet ved ØHJD-enhetene? Med forbehold om at vårt skjønn ikke er forskningsbasert, mener vi at 63 prosent av pasientene hadde trengt behandling ved sykehus hvis de ikke hadde hatt mulighet for observasjon og behandling ved ØHJD-enhet. Med en gjennomsnittlig liggetid på tre døgn innebærer de 394 innleggelsene 745 sparte sykehusdøgn.

14 prosent av de innlagte pasientene ble overført direkte til sykehus som en fortsettelse av ØHJD-opp holdet. 53 prosent ble utskrevet til hjemmet, mens ca. 25 prosent ble overført til sykehjemsopp hold.

## Pasientseleksjon

Kriteriene for innleggelse i vårt ØHJD-tilbud samsvarer i grove trekk med det som angis av Helsedirektoratet i heftet *Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopp hold – Veiledningsmaterie ll* (1):

1. Forverring av kjente tilstander med avklart diagnose og funksjonsnivå. Eksempler er infeksjon hos en pasient med kjent KOLS eller pasienter med forverret funksjon pga. dehydrering eller ernæringssvikt
2. Behov for observasjon og behandling hvor innleggelse i institusjon er nødvendig. Dette kan være fall uten brudd, eliminasjonsproblemer som vannlatningsbesvær, diarree eller obstipasjon.

En grunnforutsetning er at det må være en pasient med en avklart diagnose og funksjonsnivå som kommunen er i stand til å behandle, og hvor risikoen for akutt forverring under oppholdet er liten.

3. Observasjon og utredning av pasienter med uavklarte tilstander som mage- og brystmerter, eller andre tilstander hvor det etter konferering med lege eller relevant bakvakt ved sykehus, ikke anses nødvendig med sykehusinleggelse. I slike tilfeller må man ha i bakhodet at tilstanden som skal observeres kan gi en akutt forverring som krever en rask innleggelse og behandling. Dette forutsetter nærhet til sykehus eller legevakt og/eller tett samhandling med spesialisthelsetjenesten.

4. PLANLAGT INNLEGGELSE: ØHJD-plassene kan også brukes til medikamentjustering hos pasienter med kjent, kronisk smerte-problematikk. Mange kommuner vil også benytte ØHJD-plasser til lindrende og terminal omsorg.

Like viktig som å avklare hvem som kan tas imot i et ØHJD-tilbud, er å avklare hvem som ikke bør få et slikt tilbud:

1. Pasienter med akutt forverring av kjent kronisk sykdom, der en vurdering av alvorlighetsgrad, komorbiditet og funksjonssvikt tilsier innleggelse i sykehus. Dette vil også gjelde akutt funksjonssvikt hos eldre med kroniske sykdommer, hvor det kan være vanskelig å finne årsaksforhold og hvor det er fare for rask forverring.
2. Traumer med uavklart alvorlighetsgrad og pasienter med definerte pasientforløp, som for eksempel hjerneslag eller hjerteinfarkt
3. ØHJD-tilbud er ikke aktuelt hvis det kan representere en mulighet for at behandlingen kan bli forringet eller at pasienten blir påført vesentlig mer eller lengre lidelse.

## Bemanning og kompetanse

Øyeblikkelig hjelp døgnenhet må tilby

- Sykepleier 24 t/døgn
- Legetilsyn alle hverdager, legevakt
- Kompetanse og metodikk kjent i primærhelsetjenesten og på sykehjem

## Noen praktiske råd

I våre kommuner pekte det lokale sykehjemmet seg ut som det naturlige sted å lokalisere ØHJD-tilbudet. Sykehjemmet er en lokal helseinstitusjon som i utgangspunktet allerede innehar mye av den primærmedisinske

kompetanse og metodikk som benyttes i et ØHJD-tilbud.

Enheter med større befolkningsgrunnlag og tilgang på kompetent personale og undersøkelsesmetodikk, vil kunne være i stand til å ta imot flere pasienter med et bredere behandlingsbehov enn ved de sykehjemsbaserte enhetene som vi beskriver i denne artikkelen.

Vi tror likevel at disse rådene kan være nyttige når man skal starte opp:

- Ta sykepleiere og annet personale ved sykehjemmet med i forberedelsene! Gi realistisk informasjon om hvilke pasienter som skal tas imot, observeres og behandles.
- Styrk akuttmedisinsk kompetanse og utstyr! Sykehjemmet skal settes i stand til å ivareta pasienter i lavere aldersgrupper og med en annen risiko for akutte sykdomsforløp enn hos tradisjonelle sykehjemspasienter. Men ikke skap inntrykk av at sykehjemmet nå skal omgjøres til en kommunal intensivavdeling.
- Lag lokale metodebøker og prosedyrebeskrivelser – eller lån fra noen som allerede har laget!
- Sørg for å involvere legene i utviklingen av ØHJD-tilbudet! Det er viktig at legene har tillit til at det lokale ØHJD-tilbudet er et alternativ de kan benytte ved innleggelse for utvalgte pasientgrupper
- Sørg for best mulig rutiner for henvisning (samme krav som henvisning til sykehusinleggelse), elektroniske kommunikasjonsløsninger og epikrise
- Sørg for god dialog med øvrig pleie- og omsorgstjeneste i kommunen! Med et tidsperspektiv på tre døgn for innleggelse må man allerede fra starten ha fokus på hva man skal gjøre etter utskrivelse
- Utfordre helseforetaket til å være med på å utvikle veiledningsmetoder! ØHJD-tilbudene bør kunne gi gode muligheter for utvikling av videobasert veiledning av personell i kommunene

## Er øyeblikkelig hjelp døgnopp hold nyttig eller farlig?

Vil sykehusene få færre «unødvendige» innleggelser? Eller vil pasienter som innlegges på ØHJD-enheter få forsinket sin diagnostikk og behandling?

Dette er to sentrale spørsmål som er trukket fram i debatten om ØHJD-tilbudene. På den ene siden ses det som en del av løsningen som skal bidra til å hindre at sykehusene blir overfylt når eldrebølgen skyller over landet.

På den andre siden er det reist tvil om innføring av ØHJD-tilbud bare blir en billig måte å gi den eldre del av befolkningen medisinsk behandling av tvilsom kvalitet (7).

### Øyeblikkelig hjelp døgntilbud – økonomiske konsekvenser

De økonomiske konsekvensene av at kommunene nå skal overta behandlingsansvaret for utvalgte grupper pasienter som trenger øyeblikkelig hjelp-innleggelse, er uoversiktlige. For det første er det grunn til å stille spørsmål ved myndighetenes formulering om at tilbudet skal fullfinansieres (2). Spesielt for de minste kommunene er en finansiering som hovedsakelig knyttes til innbyggertall lite egnet til å sikre oppbygging av solide og robuste øyeblikkelig hjelp-tilbud. De minste kommunene må enten inngå samarbeid med andre kommuner, eller bruke sine øyeblikkelig hjelp-senger fleksibelt i kombinasjon med andre kommunale oppgaver.

For det andre vil innleggelse på kommunalt øyeblikkelig hjelp-tilbud bidra til å redusere kommunens utgifter til det som heter «kommunal medfinansiering». Motsatt vil det medføre økte kommunale utgifter hvis innleggende lege ikke finner at det lokale øyeblikkelig hjelp-tilbudet er tilstrekkelig kompetent, trygt og sikkert for den aktuelle pasienten. I en stram kommuneøkonomi kan en ikke se bort fra at økonomiske insentiver (signaler fra rådmenn) kan komme til påvirke legenes innleggelsespraksis. Muligheten for en slik skadelig bivirkning av den økonomiske oppgjørsordningen må følges nøye opp i evalueringen av samhandlingsreformen.



Ikke lokalisér ØHJD-tilbudet til ei seng nederst i korridoren! ØHJD-tilbudet må ha en gjennomtenkt plassering i sykehjemmet, nært vaktrom og med eget utstyr for diagnostikk, behandling og pleie. Her er det vaktmester Per Arne Knædal som klargjør ØHJD-rommet på Saltdal sykehjem.

*Kartlegging av innleggelser er gjennomført med støtte fra Helsedirektoratet. Artikkelforfatteren har fått stipend fra Allmennmedisinsk forskningsutvalg og veiledning fra Nasjonalt Senter for Distriktsmedisin.*

#### REFERANSER

1. Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnoophold – Veiledningsmaterieell. Oslo: Helsedirektoratet, 2012. [www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/kommunenes-plikt-til-oyeblikkelig-hjelp-dogn-opp-hold-veiledningsmaterieell/Sider/default.aspx](http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/kommunenes-plikt-til-oyeblikkelig-hjelp-dogn-opp-hold-veiledningsmaterieell/Sider/default.aspx)
2. Stortingsmelding 16 (2011–2012): Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2016). <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2010-2011/meld-st-16-20102011.html?id=639794>
3. Skodvin KG Tuberkuloseepidemien i Guovdageaidnu – Kautokeino 1960. Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130:2488-93 doi: 10.4045/tidsskr.10.0143. <http://tidsskriftet.no/article/2055285>
4. Sykestuefunksjonen – the missing link? Helsedirektoratet 2001, rapport. <http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/andrepublikasjoner/sykestuefunksjonen.pdf>

5. Langfeldt E, Aaras I: Bruken av sykestueplassene i Nordkapp. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 695–9. <http://tidsskriftet.no/article/40741>
6. Skodvin KG, Aaraas IJ, Forshei AK, Hagen KB, Jonsbu M: Øyeblikkelig hjelp-oppgaver for sykehjem i små kommuner. Tidsskr Nor Legeforen 2012; 132: 792–4. <http://tidsskriftet.no/article/2234190>
7. Lik rett til diagnostikk og behandling? Terese Folgerø, kronikk, Dagens Medisin 01/10, 20.01.2010. <http://www.dagensmedisin.no/debatt/lik-rett-til-diagnostikk-og-behandling/>

[kjell.gunnar.skodvin@salths.nhn.no](mailto:kjell.gunnar.skodvin@salths.nhn.no)

## Nye veiledere!

Veiledningsgruppene i spesialistutdanningen i allmennmedisin er kjent for de fleste av Utpostens lesere. Veiledningsgruppene går i to år, vanligvis med seks til ti deltakere og møte en dag i måneden. Mange som har vært gjennom programmet vil se tilbake på det med stor glede.

Å være veileder for en slik gruppe er en spennende oppgave. Veilederen er ikke «lærer» i tradisjonell forstand, men den som skal



se til at gruppa fungerer, at viktige spørsmål blir stilt, at alle får ta del i å løse oppgaven, og at deltakernes ressurser i størst mulig grad kommer alle til del. Over tid vil man også merke at man som veileder i stor grad nyter godt av tradisjonell faglig oppdatering gjennom samarbeidet med yngre kolleger, og dessuten kan det være en kilde til inspirasjon og entusiasme i faget.

Hvordan blir man veileder? Man må være spesialist i allmennmedisin, og gjennomføre Legeforeningens veilederkurs. Dette er tre kurs, hver på fire dager, i løpet av to år. Deltakerne begynner å veilede en gruppe etter første kurs. Kursene inneholder i hovedsak gruppebasert voksenpedagogikk med mye egenaktivitet, samt innslag av kultur og friluftsliv. Vi røper ikke mer her –

Bildet til venstre er en typisk scene fra en gruppeoppgave på et veilederkurs, i idylliske omgivelser på Kongsvold Fjellstue på Dovre.

Vi starter ny veilederutdanning for allmennmedisinere i januar 2013, og er interes-

sert i å komme i kontakt med kolleger som kan tenke seg å bli veiledere. Spesielt i de større byene med omkringliggende områder er det behov. Det er en fordel at man har erfaring fra undervisning og veiledning i andre sammenhenger, men det viktigste er at man har interesse for slik virksomhet.

Finn fram til veilederkoordinatoren for ditt område på Legeforeningens nettsider og ta kontakt dersom dette kan være noe for deg: <http://legeforeningen.no/Emner/Specialiteter/Allmennmedisin/Smagruppe/skjemaer/veiledningsgrupper-i-spesialistutdanningen/>

Oppgi referanser, enten egen veileder eller andre du har jobbet og gjort ting sammen med.

*Hilsen veilederkoordinatorene*

Bente Aschim

Kristin Prestegaard

Sverre Lundevall

Peter Prydz