

“Stolt over å jobbe på sykehjem”

Når skal sykehjemspasienten innlegges på sykehus?

Rebecca Setsaas Skage
kommuneoverlege Sarpsborg kommune

09.09.10



Hvem er sykehjemspasienten?

- Gjennomsnittsalder 84 år
- 6-7 aktive diagnoser
- 7-8 ulike medisiner
- 80% demenssykdom
- 40% av alle som dør årlig dør på sykehjem
- 50% av alle sykehjemsbeboere har pneumoni eller uvi i løpet av 1 år.
- Gjennomsnittlig levetid 2 år



Hvorfor skal sykehjemspasienten legges inn på sykehus? Målet med innleggelse:

- Diagnostikk og avklaring
- Behandling –økt overlevelse og funksjon
- Lindrende behandling



Diagnostikk og avklaring

- Rask utredning
- Blodprøver, avanserte undersøkelser
- Røntgen: er det brudd?
- Hoftebrudd, bedre prognose for overlevelse med kirurgi.
- Anemi
- Til pasientens beste å utsette døden noen måneder/forlenge livet noen måneder.



Studier viser...

- Hoftebrudd, ja god effekt på overlevelse og livskvalitet.
- Pneumoni: når iv kan gies på sykehjem, ingen økt gevinst med innleggelse i sykehus. Ved AB po: Pas med respfrekvens over 30 nytte av innleggelse, de under lik dødelighet. Med alvorlig demens anbefales ikke innleggelse sykehus.
- Andre infeksjoner: sykehusinnleggelse av sykehjemspas ga økt dødelighet, mulig fordi gen pleie dårligere enn på sykehjemmet.
- Hjertesvikt: effekt hvis ikke alvorlig demens el annen dødelig sykdom, men kortvarig da hjertesviktpas har kort levetid.
- Kolsforverring. De fleste trenger ”kun” ab, o2, steroider på sykehjemmet. Noen trenger ventilasjonsstøtte.
- Akutt brystmerter: de fleste trenger god smertelindring på sykehjemmet. For de spreke: utblokking av årer.
- Hjerneslag: pleietrengende pas usikker effekt ved sykehusinnleggelse.
- Anemi: akutt GI blødning- innleggelse gir bedret overlevelse og livskvalitet!
- Konklusjon: hoftebrudd +anemi/blødning: sykehusinnleggelse! Ellers er nytten mer



Sykehusinnleggelse økt risiko for:

- Lang transportvei-korridor-ukjente mennesker.
- Plagsomme undersøkelser.
- Behandling med liten nytte og høy risiko for komplikasjoner.
- Økt risiko for fall, akutt forvirring, trykksår, infeksjoner.



Olga Andersen er 79 år og bor på Kruseløkka sykehjem. Hun har bodd der i 1 år, og har diagnosen Alzheimer, hjertesvikt, osteoporose og nedsatt hørsel. Hun har vært innlagt psykiatrisk avdeling på veum ved flere anledninger for noen år tilbake med diagnosene angst og depresjon. Hun har tre døtre, som alle er flinke til å følge henne opp.

Sist MMS for 3 måneder siden var 14. Hun tilbringer all sin tid på rommet da hun blir veldig urolig og engstelig når hun må ut av rommet.

Siste døgnet har Olga vært slapp, sengeliggende og har temp 38,5 i dag tidlig.

Hva gjør du?



Olga kommer seg med peroral antibiotikakur. Det går noen måneder. Du har hatt langfri og kommer tilbake på jobb på en tirsdag. Da får du høre at Olga er lagt inn på SØF av legevaktslege i helga pga mistanke om pneumoni. Hva tenker du nå? Kunne noe ha vært gjort annerledes?



Olga kommer tilbake til sykehjemmet etter 4 dager, og hun står på antibiotika i tablettform i 7 dager. Døtrene forteller at mor var svært utrygg, engstelig og at hun ble veldig forvirret på sykehuset. Hun er glad for at Olga nå er "hjemme" igjen. Olga virker også fornøyd over å være i kjente omgivelser. Tre dager etter får Olga på ny feber, tar ikke til seg mat og drikke og er slapp. Det er vanskelig for henne å svelge alle tablettene.

Hva tenker du nå? Og hva gjør du? Når er tiden inne for at nok er nok?



Samtale om hver pasient før noe akutt skjer/ Behandlingsnivå:

- Alltid individuelle vurderinger.
- Vurderingene taes etter tverrfaglige samtaler mellom helsepersonell
- Samtale med pårørende og pasient
- Dersom pas ikke har samtykkekompetanse:
hva ville pas ha ønsket?
- Dokumentere beslutningene.



- Viktig å dokumentere slik at alle på sykehjemmet vet:
 - Samtykkekompetanse.
 - Grad av intensitet ved akutt sykdom/behandlingsnivå.
 - Skal pasienten legges inn på sykehus?
 - Skal det gjennomføres hjerte og lunge redning?
 - Retningslinjer for å unnlate eller avslutte livsforlengende behandling til døende pasienter. Retningslinjer for terminal omsorg. Terminal omsorg skjema.
 - Mål: sikre god lindrende behandling og en verdig livsavslutning for alle våre sykehjemsbeboere.



Når skal da sykehjemspasienten legges inn på sykehus?

- Ingen fasitsvar(men nesten alltid ved anemi og hoftebrudd)
- Alltid tenke på hver enkelt person/sykehjemsbeboer- hva er best for han/hun?
- Alltid ta hensyn til pårørende, og pasientens ønsker.
- Lang transportvei? sykepleie og legekompentanse på sykehjemmet avgjørende?
- Demens, i såfall alvorlighetsgrad.
- Avklar dette spørsmålet før det skjer noe akutt.
- Livskvalitet til pasienten- ønske om å leve lengst mulig- eller best livskvalitet de dager som er igjen.



Fakta medisinerer eldre:

- 75% av eldre I norske sykehjem bruker B-preparater!
- (Antipsyk:25%, angst:25%, hypnotika 21%, antidep 41%)
- Behandler vi pasienten, pleierne, pårørende el de andre pasientene?
- Dokumentasjon!:reg effekt? Hva er vi ute etter?Målet? Når er det stopp?
- Alle med demens når det blir diagnostisert, starte med demensmedisin!
(Vurdere effekt kontinuerlig!!-Prøvesep hver 3-6 mnd)
- Polyfarmasi: 10-20% av innleggelser sykehus.
- Antidepresessiva: vi underbehandler våre gamle m depresjon. MEN hos de som har stått på antidep over lang tid vil mange få mindre dep symptomer etter seponering.
- 4 av 5 eldre har smerter-kun 1 av 4 med demens får smertelindring.
- 20% av eldre over 70 år bruker mer enn 10 ulike medisiner
- 1/3 over 70 år bruker sovemidler/beroligende

