

## **Sykehusinnleggelser fra sykehjem i medisinsk avdeling Sykehuset Innlandet i 2016.**

*Er det unødvendige innleggelser og kunne de vært unngått?*

### **Sammendrag:**

Bakgrunn: Samhandlingsreformen stiller økte krav til gode samhandlingsprosedyrer. Vi ville undersøke om vi fant unyttige eller uheldige innleggelser fra sykehjem og om kommunikasjonslinjene fungerer.

Materiale og metode: Vi registrerte 49 akuttinnleggelser på medisinsk avdeling Sykehuset Innlandet Gjøvik i spørreskjema ved innleggelsen, etter utskrivelsen og sendte ut spørreskjema til sykehjemmene og hadde samtale med dem i etterkant.

Resultat: Av de 49 innleggelsene fant vi i etterkant at 12 var unyttige eller usikkert nyttig. Av disse fant vi at åtte kunne ha vært unngått ved gode telefonråd (vedlegg 4). Medsendt skriftlig informasjon om pasienten var tilfredsstillende med hensyn til henvisning og medisinliste. Men det var mangelfull funksjonsbeskrivelse i 16 av henvisningene og sykepleierne i kommunen har ofte sendt funksjonsbeskrivelse i et kommunalt kodespråk, IPLOS (et nasjonalt register med funksjonsbeskrivelse av alle som mottar kommunale tjenester i Norge). Dette forstås ikke på sykehuset. Det sendes ikke epikrise til sykehjemslegene, kun til fastlegen. Av 49 innleggelser kom 33 fra korttidsavdeling, kommunal akutt døgnplass (KAD) eller rehab-/palliativavdeling. Av de 13 som vurderes som unyttig el usikre ved innleggelsestidspunktet, vurderes 8 slik ved utskrivelse, mens 5 av dem vurderes som nyttig. Sykehjemmene sier at de er godt fornøyd med samarbeidet, men fremhever at det ikke alltid sendes epikrise sammen med pasienten og at sjeldne medisiner og prosedyrer ikke alltid er forberedt ved utskrivelsen til sykehjemmet.

Diskusjon: Tallene er små, men viser noen trender og forbedringsområder, spesielt om viktigheten av telefonråd og bedre kommunikasjon om funksjonsnivå. Å vurdere om en innleggelse er nyttig, er vanskelig og må alltid holdes opp mot risikoen for at noen kan lide overlast ved ikke å legges inn.

### **Bakgrunn:**

Samhandlingsreformen hadde som formål å redusere antall innleggelser i sykehus og forut for den ble det fremlagt påstand om opp til 20 % unødvendige innleggelser på sykehus. Derfor skulle kommunene innen 2016 etablere akutte døgnplasser som skulle gi et like godt eller bedre tilbud til dem som hadde lite behov for utredning og som derfor kunne behandles lokalt (Ref. 1 Samhandlingsreformen 2015).

Hvorvidt det er sant at det er mange unødvendig innleggelser, har det vært stor uenighet om (Ref. 2. Utposten 2010, JEK).

Kommunene ble også pålagt å ta imot utskrivningsklare pasienter (definisjon i tekstboks) til sykehjems plass når de trengte det og ellers betale døgnpris for dem de ikke fant plass til.

Det har vært vanskelig å vise at tiltak for å redusere innleggelser fra sykehjem virker etter hensikten (Ref 3. Kunnskapssenteret 2013).

Mennesker innlagt på sykehjem er uensartet. Noen er på langtids plass p.g.a. alvorlig demens, andre p.g.a. alvorlig somatisk sykdom med intensivt pleiebehov, mens mange er på korttids plass for å komme seg og komme hjem igjen etter akutt sykdom, skade eller funksjonstap.

Vi valgte å se på innleggelser fra sykehjem for å se om det var mulig å vurdere om noen av innleggelsene var unyttige, unødvendige eller uheldige (definisjon i tekstboks) og i så fall hva som karakteriserte disse.

Dette var et samarbeidsprosjekt mellom praksiskonsulent, medisinsk avdeling og aktuelle sykehjem.

- Vi ville undersøke hvordan samhandlingslinjene fungerte mellom sykehjem og sykehus og beskrive noen pasientforløp.
- Vi trodde, ut fra egne observasjoner, at det var noen uheldige sykehusinnleggelser av pasienter fra sykehjem som kunne ha fått bedre behandling på sykehjemmet.
- Vi trodde at noen innleggelser fra sykehjem som ikke er bra for pasienten, kunne ha vært unngått hvis omfang av videre behandling hadde vært avklart på sykehjemmet på et tidligere tidspunkt.
- Vi trodde at noen pasienter ble utskrevet for tidlig til sykehjem, og at det kan bidra til reinnleggelser (definisjon i tekstboks).
- Vi hadde sett noen uheldige pasientforløp.
- Vi ønsket å bedre kommunikasjonen mellom sykehus og sykehjem og bidra til god pasientbehandling gjennom gode arbeidsmetoder slik at uheldige innleggelser fra sykehjem kan unngås og at pasienter utskrives godt forberedt og til rett tid.
- Våre hovedspørsmål:
  - Er det uønskede/uheldig innleggelser fra sykehjem?
  - Kunne innleggelsen ha vært unngått?
  - Hvordan kunne innleggelsen ha vært unngått?
  - Var planer ved sykdomsforverrelse avklart med pasient og pårørende på sykehjemmet før innleggelse ble aktuelt?

**Noen definisjoner:**

*"Utskrivningsklare" pasienter:* En pasient er utskrivningsklar når følgende punkter er vurdert og konklusjonene dokumentert i pasientjournalen: a) Problemstillingen(e) ved innleggelsen slik disse var formulert av innleggende lege skal være avklart b) Øvrige problemstillinger som har framkommet skal være avklart c) Dersom enkelte spørsmål ikke avklares skal dette redegjøres for d) Det skal foreligge et klart standpunkt til diagnose(r), og videre plan for oppfølging av pasienten e) Pasientens samlede funksjonsnivå, endring fra forut for innleggelsen, og forventet utvikling skal være vurdert.

*«Uønsket, uheldig og unyttig» innleggelse:* Hvis pasienten kan sies å ha vært i livets slutfase og dør eller blir sykere pga, eller på tross av, innleggelsen eller hvis pasienten antas ikke å ha noen nytte, heller kanskje skade, av innleggelsen. Skade kan oppstå fordi gamle, multisyke pasienter har risiko for forvirring/delir når de flyttes og ville hatt det bedre i ro i vante omgivelser med kjent personale og slippe transport.

*"Re-innleggelse" som ved vurdering av kvalitetsindikator i sykehus:* En reinnleggelse defineres som en akutt innleggelse som finner sted mellom 8 timer og 30 dager etter en utskrivelse (primært innleggelsesforløp). Det er hoveddiagnosen fra det primære innleggelsesforløpet som benyttes for å bestemme hvilken diagnosegruppe pasientene plasseres i. Reinnleggelsene er uavhengig av årsak (med unntak for bl.a. skader) og innleggelsesykehus.

## Materiale og metode:

- Prosjektet er gjennomført av praksiskonsulent Karin Frydenberg (KF) og lege i spesialisering Maiken Schultz (MS) i samarbeid med sykepleiere og turnusleger i akuttmottak ved Sykehuset Innlandet Gjøvik (SI-G) og leder medisinsk avdeling Anne Kristine Fagerheim Skaug
- Vi registrerte innleggelser fra sykehjem i hele nedslagsfeltet til SI-G medisinsk avdeling på skjema i akuttmottak.
- Sykepleier i akuttmottak og vakthavende turnuslege i medisinsk avdeling registrerte alle akuttinnleggelser fra sykehjem til vi hadde 50 registreringer og vurderte bl.a. innleggelsesskriv, medisinliste, pasientens tilstand ved innleggelse, før innleggelse og om mottakende lege mente innleggelsen var nødvendig (vedlegg 1).
- LIS (MS) gikk gjennom alle innleggelser i tidsrommet i etterkant for å se at ingen var utelatt.
- Praksiskonsulent (KF) og LIS (MS) gikk gjennom alle journalene i etterkant og undersøkte bl.a. henvisningskvalitet, indikasjon for innleggelse, hvorvidt innleggelsen var nyttig, om den kunne ha vært unngått ved rådgivning før innleggelsen og hvordan det gikk med pasienten (vedlegg 2).
- Praksiskonsulent (KF) og LIS (MS) sendte spørsmål til aktuelle sykehjem ved sykehjemslege og avdelingssykepleier vedrørende innleggelsene (vedlegg 3). Vi fokuserte på deres oppfatning av innleggelsen i for- og etterkant av innleggelsen.
- Vi (KF og MS) var ute på sykehjemmene og hadde møte med seks av dem med presentasjon av resultater, diskusjon rundt pasientforløp og samhandlingslinjer og oppsummering av konklusjoner og erfaringer.
- Senere har vi presentert resultatene på medisinsk avdelings morgenmøte, i Geografisk samarbeidsutvalg og for praksiskonsulentene.
- Vi planlegger høsten-vinteren 2017-18 å ha et seminar med sykehjemmene med utgangspunkt i denne undersøkelsen.

## Resultater

---

Registreringsperioden 1. feb. - 19. mars 2016.

- 49 innleggelser fra 15 sykehjem i Vestoppland ble inkludert. Ved gjennomgang måtte noen forkastes da de ikke kom fra sykehjem og antallet ble derfor tilslutt 49.
- 21 innleggelser fra korttidsavdeling, 14 fra langtidsavdeling, 3 fra demensavdeling, 6 fra KAD og 5 fra rehabiliteringsavdeling og palliativ avdeling.
- Av de 49 innleggelsene hadde 44 henvisningsskriv fra lege
  - Av disse ble 25 vurdert som gode og 17 som middels, 2 som dårlige
  - 16 henvisninger hadde en dårlig funksjonsbeskrivelse
- 45 av 49 hadde medisinliste vedlagt
  - 43 av medisinlistene ble vurdert som oppdatert og fullstendige
- 31 av innleggelsene var fra sykehjemslege, 12 fra legevakt og 1 fra fastlege, 5 ikke opplyst

		hvordan gikk det med pasienten			Total
		Bedre	Uendret	Død på sykehus	
Type avdeling	korttids	14	4	3	21
	langtids	8	2	4	14
	demens	2	1	0	3
	KAD	6	0	0	6
	annet	5	0	0	5
Total		35	7	7	49

Tabell 1 viser hvordan det gikk med pasientene, totalt og ut fra hvilken avdeling de kom fra. 3 av de 21 (14%) fra korttidsavdeling og 4 av de 14 (29%) fra langtidsavdeling døde på sykehuset 35, dvs 71%, ble bedre.

		Innleggelse vurdert nyttig i ettertid			Total
		Ja	Nei	Usikkert	
Fremstår innl. nødvendig ved innleggelsen	Ja	25	3	3	31
	Nei	3	2	1	6
	Usikkert	2	3	2	7
	ubesvart	1	4	0	5
Total		31	12	6	49

Tabell 2: Viser hvor mange av innleggelsene som vurderes som nødvendig/nyttig ved innleggelsen og hvor mange av dem som vurderes likt av oss ved utskrivelsen. Av de 13 som vurderes som unyttig el usikre ved innleggelsen, vurderes 8 unyttig eller usikre ved utskrivelse, mens 5 av dem vurderes nyttig.

		Kunne sykehuset gjort noe for å unngå innleggelse?				Total
		ja telefon-råd	ja bedre epikriseråd	nei	vet ikke	
innleggelse nyttig	ja	3	0	27	1	31
	nei	8	1	1	2	12
	vet ikke	1	0	5	0	6
Total		12	1	33	3	49

Tabell 3: Viser om innleggelse som vi i ettertid vurderte som «ikke nyttig» kunne ha vært unngått og hva som kunne ha bidratt til det. Vi vurderer at 8 unødvendige innleggelse kunne vært unngått ved gode telefonråd og god kommunikasjon mellom trygge kolleger.

Tabell 4, spørsmål:	Svar fra sykehjemmene:
Ble forventningene til behandling på sykehuset innfridd?	Ja: 6, nei: 2, vet ikke: 2, en pasient ble reinnlagt m bi-pap
Var behandling avklart før det aktuelle?	Ja: 5, nei: 2, ikke aktuelt, både og: 4
Er systematisk vurdering av forventet videre behandling innarbeidet i sykehjemmet?	På langtidsavdeling ja, på korttid varierer, kan mangle faglige ressurser til det, viktig at behandlingsintensitet er vurdert og beskrevet i epikrise
Ble pårørende involvert i beslutningen?	Noen sier alltid, andre i liten grad ved akutte innleggelser
Opplever dere press fra pårørende om innleggelse?	Press forekommer men ikke så ofte, men ved en uheldig innleggelse var det grunnen
Blir pasienter med kort forventet levetid innlagt på sykehus? Hvilke grunner kan det være til det?	Generelt ikke, men unge, uavklarte, for ofte Eks: fra korttid: reinnl. men behandlingsintensitet ikke avklart, eller medisinske grunner for bedre siste tid
Er det noe dere savner i forbindelse med pasientbehandlingen når de kommer tilbake igjen fra sykehuset?	Epikrise i handa, til sykehjemslege, råd i epikrisen om videre behandling, evt ikke behandling, helst ikke utskrivelse fredag, husk medisiner og utstyr
Hva kan vi bli bedre på ift. å unngå eller forbedre pasientbehandlingen ved innleggelser i sykehus?	Kommunikasjon! Tlf til sykehjemslege og avdeling Men generelt bra! Melding i tide, presiser seponerte medisiner. Avklar om nye medisiner finnes der

Tabell 4, viser oppsummerende svar og tilbakemeldinger på utsendte spørreskjema fra 8 sykehjem og fra møter med sykehjemsleger og sykepleiere på 6 sykehjem. 8 av 15 sykehjem svarte.

- Spesielt vedrørende skriftlig samhandling med spesialisthelsetjenesten:
  - Sykehjemslege forteller at han ikke får tilsendt epikrise fra sykehuset og har savnet det flere ganger.
  - Sykepleierne på sykehjemmene forteller at de sender utførlige rapporter om pasientenes helse og funksjon elektronisk. Disse kommer ofte litt senere frem enn pasienten, men kan leses i pasientens elektroniske journal. Legene på sykehuset rapporterer at det gjøres i liten grad.
  - Sykepleierne i kommunene bruker et kodesystem for funksjonsbeskrivelse IPLOS, som ikke forstås på sykehuset.

## Diskusjon:

Vi har gjennomført et samhandlingsprosjekt, både for å finne ut kvaliteten på samhandlingen og fremme bedre samarbeid og kunnskap mellom sykehus og sykehjem.

Våre tall er små med bare 49 innleggelser. Vi mener likevel å kunne trekke ut noen hovedtrender.

Det kan være vanskelig å skille sykehjem og «omsorgsbolig med heldøgns bemanning», og vi har derfor kun tatt med de pasientene som kommer fra definerte «sykehjem» da omsorgsboliger er

svært forskjellig bemannet og ofte ikke har tilsynslege men bruker fastlegene. I løpet av undersøkelsen er vi blitt klar over at det er minst like store forskjeller innad på sykehjemmene med forskjellige langtids- og korttidsavdelinger.

Det kan også være vanskelig å skille mellom forskjellige avdelinger på sykehjem, men vi skilte mellom korttids-, langtid-s, demens- og KAD. (intermediæravdeling er kategorisert som korttidsavdeling)

En undersøkelse som ble publisert i Tidsskr. for den norske Legeforening nr 3 i 2017 (ref 4), viste at sykehus- og sykehjemslegene står langt fra hverandre i forståelse og situasjonsvurdering, med forutinntatte holdninger og med dårlig kommunikasjon. Dette er uheldig og kan skade samarbeidet og pasientbehandlingen.

Vi fant ingen klar sammenheng mellom det å vurdere innleggelsen som unyttig ved innleggelsen og det vi vurderte etter utskrivelsen. Av 13 innleggelse som i mottakelsen på sykehuset ble vurdert som unødvendige eller usikkert nødvendige, vurderte vi ved utskrivning bare 8 som unødvendige.

Vi mener det er spesielt viktig med funksjonsvurdering og formidling av kunnskap om den på tvers av helsetjenestenivåene hos sykehjemspasienter. Legene på sykehuset leser ofte ikke viktig sykepleieinformasjon om tidligere funksjonsnivå.

Vår undersøkelse viser at henvisninger og medisinalister fra sykehjem stort sett er av god kvalitet, se bollepunkt 3 og 4 under resultater.

Det største forbedringspotensialet for å unngå unyttige innleggelse synes å ligge i å gi telefonråd før innleggelsen (tabell 3). Ved gjennomgang av journalene i ettertid fant vi at man kunne ha unngått 8 av "unyttige" innleggelse ved telefonrådgivning, men det krever en trygg lege både på sykehjemmet og på sykehuset, god bemanning og fagkunnskap på sykehjemmet og gode forutsetninger for kommunikasjon, tid og kunnskap. Å vurdere om en innleggelse er nyttig er vanskelig og må alltid holdes opp mot risikoen for at noen kan lide overlast ved ikke å legges inn. Selv om vi i ettertid sier at vi vurderer innleggelsen som unyttig, er det ikke sagt at den kunne vært unngått da ressursmangel og dårlige kunnskaper om hverandres arbeidssituasjon kan vanskeliggjøre telefonrådgivning (viser til ref 4).

Da vi diskuterte noen av de unyttige innleggelsene (tekstboks med definisjon), var det enighet med sykehjemmene i de uheldige aspektene ved alle eksemplene der vi stilte spørsmål. Sykehjemmene forklarer at det på korttids plassene ofte ikke har vært nok tid til å diskutere videre behandling med tanke på å begrense den da pasientene har kommet inn for nettopp å få aktiv behandling for å bli friskere og komme hjem igjen. Både sykepleiere og leger uttaler at de ved langtidsavdelingene har rutiner for å avtale behandling ved forverrelse. Likevel kan dårlig kommunikasjon med pårørende av og til føre til uhensiktsmessig behandling for pasienten.

*8. kasuistikker om innleggelse som kanskje kunne ha vært unngått ved bedre kommunikasjon forut for innleggelsen, se vedlegg 4. Her er 2 av kasuistikkene:*

Kasuistikk 1: Kvinne, f. 1926 Innlagt fra sykehjem, via legevakt.

- Innleggesdiagnose: Hjertesvikt/pneumoni
- Kjent kognitiv svikt, fast plass på sykehjem
- Til vanlig oppegående, men trenger hjelp med det mest av stell og daglig tilsyn

- «Hanglet» noen dager før innleggelse
- Akutt forverring, sykehjemslege ikke tilgjengelig
- Pårørende insisterer på legetilsyn. Ikke mulig med hjemmebesøk, pasienten kjøres til legevakt i ambulanse
- «Fersk legevaktslege»: legger pas. direkte inn på sykehus uten konferering med vakthavende sykehuslege
- Svært kort henvisningskriv; ingen beskrivelse av funksjonsnivå til vanlig, ingen tanker om forventning av sykehusopphold eller diskusjon med pårørende
- I akuttmottak fremstår pasienten preterminal; surklede respirasjon, ikke kontaktbar, gir ingen anamnese
- Ingen aktiv behandling igangsatt. Pasienten blir utskrevet dagen etterpå med uendret medikasjon og «de 4 siste medisiner i livets slutfase»
- **Diskusjon: Burde legevaktslegen dratt på hjemmebesøk først? Vanskelig å si, men noen uheldige innleggelser kan unngås da. Legevaktslege burde diskutert pasienten med vakthavende sykehuslege. Pårørende forlangte innleggelse, av og til synes det ikke mulig å unngå det da, men sykepleier på sykehjemmet sier at de kunne ha diskutert bedre før hun ble akutt sykere hva man evt burde gjøre ved forverring.**

Kasuistikk 2: Kvinne, f. 1932 Innlagt fra sykehjem (korttidsplass), via sykehjemslege

- Innleggingsdiagnose: Lungeødem/pneumoni/ dekompensert hjertesvikt
- Uttalt hjerte-/karsykdom. God funksjonsbeskrivelse i fylldig innleggelsesskriv.
- Velkjent på medisinsk avdeling på sykehuset; gjentatte innleggelser siste 1-2 år med liknende problemstilling
- Lite informasjon i tidligere epikriser fra sykehuset om totalsituasjon/tiltak/plan ved. evt. sykdomsforverring
- Legetilsyn dagen før innleggelse; akutt forverring på kveldstid; legges direkte inn ved at sykepleier på vakt i samarbeid med sykehjemslegen ringer ambulanse
- Forsøkt stabilisert på sengepost; dør etter få dager
- **Diskusjon: Burde sykehjemslegen diskutert pasienten med en spesialist på telefon for faglige råd tidligere på dagen? Burde epikrisen fra forrige innleggelse ha inneholdt råd og planer for tiltak ved evt. forverring? Hadde man avklart med pasient og pårørende hva som var ønskelig ved en evt. forverring?**

### Konklusjon:

Vi må arbeide videre med et tettere samarbeid om enkeltpasienter og generelt for å bedre gjensidig forståelse og respekt mellom sykehus og sykehjem. Dette arbeidet skal starte med et felles kveldsseminar.

Unyttige innleggelser kan av og til unngås ved god telefonkommunikasjon mellom sykehjemslege og sykehuslege.

Funksjonsbeskrivelse er viktig å få med og fremheve i epikriser og henvisninger. Derfor må leger lese sykepleierrapporten og IPLOS må beskrives med norske ord eller leger læres opp slik at alle forstår hva de betyr.



## Viktigste punkter:

- De innleggelsene som beskrives som unyttige ved innleggelsen, er ikke nødvendigvis det.
- De fleste innleggelsene er fra korttidsavdelinger
- De fleste pasientene har nytte av innleggelsen
- En del innleggelse kan unngås ved bedre telefonrådgivning (12/49) forutsatt god kommunikasjon og gode ressurser
- Funksjonsbeskrivelse er viktig
- Funksjonsbeskrivelsessystemet IPLOS forstås ikke på sykehus – vi må bruke forståelig felles kommunikasjonsspråk
- Leger på sykehus bør lese sykepleierrapporten som sendes elektronisk

## Referanser:

1. Status for samhandlingsreformen. Forvaltningsmessig følge med-rapport fra Helsedirektoratet juni 2015.  
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1198/Status%20for%20samhandlingsreformen%20F%C3%B8lge%20med%20rapporten%202015.pdf>
2. Jan Emil Kristoffersen, Utposten nr 7 – 2010, Unødvendige innleggelse, finns dom?  
[http://utposten.no/Portals/14/Utposten10/UP10\\_07/30\\_35\\_unodvendige%20innl\\_Utp\\_7\\_2010.pdf](http://utposten.no/Portals/14/Utposten10/UP10_07/30_35_unodvendige%20innl_Utp_7_2010.pdf)
3. Effekt av tiltak for å redusere akutte sykehusinnleggelse fra sykehjem Rapport fra Kunnskapssenteret nr 7–2013 Systematisk oversikt  
<http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/effekter-av-tiltak-for-a-redusere-akutte-sykehusinnleggelse-fra-sykehjem>
4. Maria Romøren, Reidar Pedersen, Reidun Førde, Tidsskr Nor Legeforen no 3, 2. febr. 2017, Én pasient, to verdener – samhandling mellom sykehjemsleger og sykehusleger  
<http://tidsskriftet.no/2017/02/originalartikkel/en-pasient-verdener-samhandling-mellom-sykehjemsleger-og-sykehusleger>

## Vedlegg 1

Registreringskjema ved innleggelse fra sykehjem 2016:

Sykepleier registrer pkt 1-7, turnuslege pkt 8-17, turnuslege eller LIS i mottak pkt 18.										
1	Pas-id NPR-nr i DIPS: (se F5)			2 Syke-hjem: navn						
				3 type avd.						
4	Dato/ klokkeslett:		dato	kl	6 Alder:		7 Kjønn:	M	K	
5										
8	Innleggesgrunn/ diagnose									
9	Er det forverring av kjent sykdom?									
10	Var det legetilsyn før innleggelse? Ja/nei/kommentar									
11	Henvisningsskriv fra lege? Ja/nei									
12	Skriv fra sykepleier? Ja/nei									
13	Legemiddelliste vedlagt? Ja/nei									
14	Demens? Ja/nei/uavklart									
15	Funksjon før det aktuelle: rullestol, sengeliggende, gående									
16	Oppfattes pasienten som døende? Ja/nei/Vet ikke									
17	Sist innlagt, avdeling og dato utskrevet									
18	Fremstår innleggelsen nødvendig ved ankomst? Ja/nei/kommentar									

Ytterligere kommentarer/utfyllende opplysninger:

## Vedlegg 2

Registreringsskjema etter utskrivelsen:

1	Pas-id NPR-nr i DIPS: (se F5)			2	Syke-hjem: navn, 3 type avd.					
4	Dato/ klokkeslett:	dato	kl	6	Alder:		7	Kjønn:	M	K
5	Kvalitet på informasjon ved innleggelsen:					god	middels	dårlig		
19	Henvisningsskriv kvalitet									
20	Medisinliste/legemidler i bruk (LIB)									
21	Beskrivelse av funksjonsnivå									
22	Indikasjon for innleggelse?									
23	Epikrisekvalitet (forrige innl. /polikliniske u.s.)									
						ja	nei	Vet ikke		
24	Var innleggelsen nyttig?  Kommentar:									
25	Kunne sykehuset gjort noe for å unngå innleggelsen?  Kommentar:									
26	Ved innleggelse fra KAD: Burde pasienten vært lagt rett inn på sykehus?									
27	Hvilken utredning ble gjort?									
						bedre	uendret	sykere	død	
28	Hvordan gikk det med pasienten?									
29	Kommentarer									

## Vedlegg 3

Spørreskjema sendt til sykehjemmene i etterkant av innleggelsen:

### Skjema til Prosjekt Innleggelse av Sykehjem

#### Spørsmål til Sykehjemslege/tilsynslege ved .....sykehjem

Dere har hatt .....innleggelse fra Sykehjemmet til medisinsk avdeling i perioden 1.2.19.3.2016.

Vi ønsker å vurdere sammen med dere om det var nødvendig og nyttige innleggelse, og hvis noen av dem ikke var det, hva kan i fremtiden bidra til å lette kan innngås?

Vi ber dere derfor hjelpe oss med å vurdere punktene under for hver enkelt pasient og datuvis når det er et møte for gjensidig lærdom.

Returadr.: I ber om at skjemaene returneres til medisinsk avdeling 51-Gjøvik ved praksiskonsulent Karin Frydenberg. Spørsmål kan rettes på tlf: 0863737 eller mail: frydrein@online.no

Dato for innleggelse	
Pasient alder og kjønn	
Sykehjem	
Ble forventningene innfridd?	
Var behandlingstilbudet avklart med pas. før aktuelle innleggelse?	
Var viderebehandling avklart med pårørende før aktuelle sykdom?	
Hadde pasienten forventet innleggelsen kort forventet levetid?	
Grunn til innleggelse vurdert ettertid:	
Hadde pasienten tydelig vært innlagt?	
Var dette en innleggelse?	
Ville du ha lagt inn pasienten når du nå kjenner utfallet?	
Hvilket terningkast gir du for:	1 er dårligst, 6 er best
Utredningen	
Behandlingen	
Epikrisekvaliteten	
Er systematisk vurdering av forventet viderebehandling innarbeidet i sykehjemmet?	

Kontaktperson i sykehjem:

## Vedlegg 4

### Kvinne, f. 1926

- Innlagt fra sykehjem, via Legevakt
- Innleggingsdiagnose: Hjertesvikt/pneumoni
- Kjent kognitiv svikt, fast plass på sykehjem
- I mottak fremstår pasienten preterminal: ikke kontaktbar
- Svært kort henvisningsskriv, ingen beskrivelse av funksjonsnivå til vanlig, ingenting om forventninger av sykehusopphold eller diskusjon med pårørende  
– (Kommentar: «fersk allmennlege»)
- Ingen behandling igangsatt, pasienten ble utskrevet dagen etter i uendret tilstand (preterminal)
- (sykepleier forteller i ettertid at pårørende var urokkelige)
- **Kunne denne innleggelsen vært unngått? Hvordan?**

### Kvinne, f. 1932

- Innlagt fra sykehjem (korttidsplass)
- Innleggingsdiagnose: Lungeødem/pneumoni, dekompenert hjertesvikt
- Velkjent i sykehus, uttalt hjerte-/karsyk
- Lite i tidligere epikriser om totalsituasjon/tiltak ved evt. forverring
- Legetilsyn dagen før innleggelse, legges direkte inn via AMK (spl. tilkalt ambulanse)
- Forsøkes stabilisert på post, dør etter få dager
- **Kunne innleggelsen vært unngått?**

### Mann, f. 1946

- Innlagt fra korttidsplass på sykehjem
- Innleggingsdiagnose: Pneumoni/feber
- Kjent hjernetumor med progresjon, palliativ fase.
- Grundig henvisningsskriv fra legevakslege, som ønsker å behandle pasienten ute. Ikke forsøkt antibiotika på sykehjem. Pårørende insisterer på innleggelse
- **Kunne innleggelsen vært unngått?**

### Mann, f. 1928

- Innlagt fra demensavdeling på sykehjem
- Innleggingsdiagnose: Pneumoni
- Ikke forsøkt behandling ute
- Høyfebril og utilpass, ellers greie vitalia
- Henvisningsskriv fra legevakt; ingen informasjon om funksjonsnivå til vanlig
- Rask bedring på penicillin. Påvist urinretensjon med resturin >1000 ml
- **Kunne innleggelsen vært unngått?**

### Mann, f. 1928

- Innleggingsdiagnose: Pneumoni/sepsis
- Innlagt direkte via AMK – legevakt/tilsynslege ikke involvert
- Fast plass på sykehjem, oppegående med rullator
- Luftveissymptomer noen dager forut, startet med p.o. antibiotika. Økende septisk.
- Døde få dager etter innleggelse
- **Kunne denne innleggelsen vært unngått?**

### Kvinne, f. 1921

- Innlagt fra sykehjem (fast plass)
- Innleggingsdiagnose: Tungpust/brystsmerter
- Kjent kognitiv svikt, koronarsykdom, hjertesvikt, alvorlig aortastenose, kronisk nyresvikt
- Svært fyldig tidligere epikrise fra sykehus
- Henvisningsskriv fra sykehjemslage med god indikasjon for innleggelse, mensvært sparsomt med opplysninger om pasientens funksjonsnivå til vanlig
- På sykehus funnet dekompenert hjertesvikt, utskrives med økt vandrivende. Ikke mer å tilby medikamentelt.
- **Kunne innleggelsen vært unngått?**

### Mann, f. 1939

- Innlagt fra kommunal akutt døgnplass (KAD) på sykehjem
- Innleggingsdiagnose: Infeksjon/erysipelas
- Fra tidligere kjent urinsyregikt, utbredt psoriasis, nylig DVT m/erysipelas. Fastlege har forsøkt 2 ulike antibiotika mot infeksjon ukjent fokus, innlegges på KAD pga funksjonssvikt, men ingen infeksjonsforverring. Etter hvert på KAD CRP-stigning fra 69-112 uten klinisk forverring.
- Innlegges på sykehus uten at antibiotikabytte er forsøkt
- **Spørsmål/diskusjon: Kunne man gjort mer på KAD? Burde pasienten blitt lagt direkte inn på sykehus?**

### Mann, f. 1947

- Innlagt fra KAD på sykehjem
- Innleggingsdiagnose: Pneumoni. Rhabdomyolyse. Innsykning på KAD
- Kjent kronisk nyresvikt med habituell GFR på ca. 25ml/min
- Blodprøver tatt på KAD viser kreatinin >400; GFR 12,5 ml/min
- Langsom klinisk bedring, langvarig sykehusopphold
- **Pasienten burde vært lagt direkte inn på sykehus. Dvs. ikke via KAD? Nyresvikt ikke egnet for KAD**