



# Statens helsetilsyn

7-99

Gamle i sykehus

Innlagte 75 år og over i medisinsk avdeling 1998





# Gamle i sykehus

Innlagte 75 år og over i medisinsk avdeling 1998



Statens helsetilsyn

*Forsidebilde: Otto Christian Rø*



## Forord

Statens helsetilsyn fikk i 1994 i oppdrag fra Sosial- og helsedepartementet å gjennomføre Nasjonalt geriatriprogram. Ett av satsningsområdene har vært å stimulere til utbygging av spesialisthelsetjeneste i geriatri i alle fylker.

Da geriatriprogrammet startet i 1994, manglet det spesialisthelsetjeneste i geriatri i sju fylker. Etter fem års programperiode er det nå geriatriisk virksomhet i alle landets fylker.

Nasjonalt geriatriprogram har konsentrert innsatsen om det medisinske innholdet i helsetjenestetilbudet for de eldste eldre. De fleste geriatriske pasienter ivaretas av kommunehelsetjenesten. Statens helsetilsyn har med finansiering fra Nasjonalt geriatriprogram gjennomført en kartlegging av legetjenesten i sykehjem. I tillegg er geriatriprogrammets midler benyttet til Prosjekt undervisningssykehjem som forsøker å gå nye veier innen forskning, fagutvikling og undervisning i sykehjem.

Gamle mennesker utgjør en stor andel av pasientene i landets somatiske sykehus. Geriatriske pasienter utgjør en viktig gruppe i indremedisinske avdelinger, og geriatri er i vårt land en grenspesialitet under indremedisin.

Denne undersøkelsen av gamle pasienter i somatiske sykehus er begrenset til indremedisinske avdelinger. Tall fra sykehusene viser økning i innleggelsesraten av gamle mennesker i somatiske sykehus, og korridorpasienter er oftere regelen enn unntaket slik det framgår av undersøkelser Statens helsetilsyn har foretatt i 1998 og 1999.

Denne prevalensundersøkelsen fra oktober 1998 viser hva som kjennetegner gamle i sykehus. Resultatene tyder på at det er mye å hente på en bedre organisering, ikke minst i samarbeid med kommunehelsetjenesten.

Rapporten har et vedlegg som det enkelte sykehus kan benytte som grunnlag for egen refleksjon og utgangspunkt for mulig forbedring av tilbudet til gamle i sykehus.

Oslo mai 2000

Petter Øgar  
kst. helsedirektør

## Innholdsfortegnelse

Forord .....	5
Innledning.....	9
Sammendrag.....	10
Bakgrunn .....	12
Mål for kartleggingen .....	13
Materiale.....	13
Metode.....	14
To delundersøkelser .....	14
På avdelingsnivå.....	14
På pasientnivå.....	14
Datainnsamling og -analyse.....	14
DELUNDERSØKELSE 1: PÅ AVDELINGSNIVÅ .....	16
Pasientbelegg og andel gamle .....	16
Samarbeids-og melderutiner.....	16
Ergoterapeut, sosionom og tverrfaglig møte .....	17
DELUNDERSØKELSE 2: PÅ PASIENTNIVÅ.....	18
Bakgrunnsdata og administrative data.....	18
Fordeling etter sykehus og sykehustypetype .....	18
Alder og kjønn.....	18
Hvor pasientene er innlagt fra .....	19
Morsmål .....	19
Hushold .....	19
Tjenestetilbud fra hjemmetjenestene før innleggelse .....	19
Tidligere sykehusopphold .....	20
Liggetid.....	21
Medisinske forhold.....	23
Diagnostisk avklaring .....	23
Hoveddiagnose .....	23
Aktuelle medisinske tilstander .....	25
Sammensatte helseproblem .....	25
Hjerneslag.....	27
Hjerte- og karsykdom .....	27
Infeksjon.....	27
Hjertesvikt og lungeødem .....	27
Luftveisinfeksjon.....	27
Skade eller sykdom i muskel-skjelettsystemet .....	27
Urinveislidelse.....	27
Kreft.....	27
Forvirring.....	27

Funksjonsforhold og risikofaktorer .....	28
Mental funksjon.....	28
Ernæringsvikt.....	28
Inkontinens .....	29
Bevegelighet .....	29
Funksjonssvikt og sykdom .....	29
Behov for geriatrisk vurdering .....	31
Sykehus med og uten geriatrisk spesialisthelsetjeneste.....	31
Utvalgte bakgrunnsdata og tjenesteforbruk.....	32
Medisinske kjennetegn .....	32
Funksjonsforhold og risikofaktorer .....	33
Pasientansvarlig fagpersonell og kontakt med kommunen .....	34
Pasientrettede samarbeidstiltak .....	35
Kontakt med hjemmetjenestene .....	35
Pasientansvarlig lege og sykepleier .....	35
Tverrfaglig vurdering .....	36
Behov for legek kontroll etter utskrivning .....	36
Forlenget sykehusopphold og venting på utskrivning.....	37
Terminalpasienter.....	39
Variasjoner mellom regionsykehus, sentralsykehus og fylkes- og lokalsykehus .....	40
Sykehustyper .....	40
Pasientsammensetning, alder og liggetid .....	40
Sykehus med og uten geriatrisk spesialisthelsetjeneste.....	43
Diskusjon.....	45
Metodiske begrensinger.....	45
De gamle trenger sykehus.....	45
Sammensatte helseproblem og stor funksjonssvikt.....	46
Behov for bedre organisering .....	46
Aktiv utredning eller unødig ventetid .....	47
Fokus på geriatri.....	47
Vedlegg 1 Sykehusene som var med og inndeling i tre sykehustyper .....	49
Vedlegg 2 Spørreskjema til avdelingsledelsen .....	50
Vedlegg 3 Registreringsskjema for pasienter 75 år og over.....	51
Vedlegg 4 Resultater fra hver enkelt sykehusavdeling nummerert 1-59 .....	53
Vedlegg 4a Totalt antall innlagte pasienter, antall og andel 75 år og over.....	54
Vedlegg 4b. Andel med ulike kjennetegn etter sykehustype.....	56
Vedlegg 4c. Andel med ulike kjennetegn for medisinsk avdeling nr. 1-6 .....	57
Vedlegg 4c. Andel med ulike kjennetegn for medisinsk avdeling nr. 7-12 .....	58
Vedlegg 4c. Andel med ulike kjennetegn for medisinsk avdeling nr. 13-18 .....	59
Vedlegg 4c. Andel med ulike kjennetegn for medisinsk avdeling nr. 19-24 .....	60
Vedlegg 4c. Andel med ulike kjennetegn for medisinsk avdeling nr. 25-30 .....	61
Vedlegg 4c. Andel med ulike kjennetegn for medisinsk avdeling nr. 31-36 .....	62
Vedlegg 4c. Andel med ulike kjennetegn for medisinsk avdeling nr. 37-42 .....	63
Vedlegg 4c. Andel med ulike kjennetegn for medisinsk avdeling nr. 43-48 .....	64
Vedlegg 4c. Andel med ulike kjennetegn for medisinsk avdeling nr. 49-54 .....	65
Vedlegg 4c. Andel med ulike kjennetegn for medisinsk avdeling nr. 55-59 .....	66
Referanser.....	67





## Innledning

Stortinget har bevilget nær 50 millioner kroner til Nasjonalt geriatriprogram (1994-99) over Sosial- og helsedepartementets kapittel 670 Tiltak for eldre, post 62 Styrking av fagfeltet geriatri. Statens helsetilsyn har hatt ansvaret for gjennomføringen av geriatriprogrammet. I 1998 tok Nasjonalt geriatriprogram initiativ til en landsdekkende kartlegging av gamle i sykehus.

Departementet fastsatte mandat og retningslinjer for Nasjonalt geriatriprogram og bestemte at *"innsatsen skal konsentreres om det medisinske innholdet i helsetjenestetilbudet for de eldste elde"*. Et delmål for geriatriprogrammet har vært *"å kartlegge hvordan geriatriiske pasienter tas hånd om i norske sykehus"*.

I forbindelse med geriatriprogrammets første nasjonale geriatrikonferanse i 1996 ble det samlet inn data fra landets 17 geriatriiske poliklinikker<sup>1</sup>. Under geriatriprogrammets andre nasjonale geriatrikonferanse i 1997<sup>2</sup> var det tilslutning til ideen om å gjennomføre en kartlegging av gamle pasienter i landets indremedisinske avdelinger. Representanter for et stort antall sykehus sa seg villige til å samarbeide om dette, og Statens helsetilsyn ved Nasjonalt geriatriprogram tok ansvaret for å lede arbeidet.

Statens helsetilsyn nedsatte i 1998 en arbeidsgruppe for å bistå under gjennomføringen:

- Ellen-Sofie Opdahl Mo, prosjektsykepleier, Regionsykehuset i Trondheim
- Håvard Heggdal, overlege, Fylkessjukehuset i Molde
- Gaetana Rinaldi, assistentlege, Sentralsykehuset i Akershus
- Otto Christian Rø, prosjektleder, Statens helsetilsyn.

Analyse av data og utforming av rapporten er i det alt vesentlige gjort av Otto Christian Rø.

Rapportens vedlegg inneholder resultater for den enkelte sykehusavdeling i anonymisert form. Disse er sendt til det enkelte sykehus med sikte på egen refleksjon og som grunnlag for eventuelle forbedringstiltak.

## Sammenheng

Som ledd i Statens helsetilsyns gjennomføring av Nasjonalt geriatriprogram (1994-99) er det foretatt en dagsprevalensundersøkelse i landets indremedisinske avdelinger høsten 1998.

Undersøkelsen er gjennomført ved 59 indremedisinske avdelinger i 54 av landets somatiske sykehus i oktober 1998.

Spørreundersøkelsen omfatter to deler.

- Avdelingsledelsen har fylt ut et spørreskjema over totalt antall innlagte pasienter på en av dagene tirsdag 20., onsdag 21. eller torsdag 22. oktober 1998 og svart på forhold vedrørende avdelingens tilgang på ergoterapeut og sosionom og enkelte samhandlingsrutiner med kommunene.
- Visittgående lege og sykepleier på post har fylt ut et registreringsskjema for hver pasient 75 år og over som var innlagt på posten på den utvalgte registreringsdagen.

Spørreundersøkelsen til avdelingslederne viser at på registreringsdagen var det 4234 pasienter innlagt i indremedisinske avdelinger. Resultatene viser at 66% av avdelingene har tilgang på ergoterapeut og 57% tilgang på sosionom, 51% tilgang på begge deler og 27% ingen av delene. I alt 69% av avdelingene har rutine med tverrfaglig møte. Hver tredje avdelingen har skriftlig rutine og halvparten har telefonisk rutine for å melde fra til kommunen når en pasient med hjemmetjenester innlegges. Alle avdelingene har en meldingsrutine i forbindelse med utskrivning av pasient som trenger oppfølging i kommunen.

Legens og sykepleierens registrering av pasienter 75 år og over viser at denne gruppen utgjør 1781 pasienter (42%) av totalt 4234 pasienter innlagt på registreringsdagen. Gruppen 75 år og over danner grunnlag for hovedanalysene i denne rapporten. Gjennomsnittsalderen er 82 år. Det er 58% kvinner og 42% menn. Andelen som bor alene er 52%. I alt 87% av de gamle pasientene har tidligere vært innlagt i sykehuset. Den gjennomsnittlige liggetiden fram til registreringsdagen er 17 dager.

De vanligste diagnosene, som er hovedårsaken til sykehusoppholdet, er apoplexi, hjertesvikt/lungeødem, luftveisinfeksjon og hjerteinfarkt.

I tillegg til registrering av hovedårsaken til sykehusoppholdet er det krysset av for 12 oppgitte aktuelle medisinske tilstander. Resultatene viser at 61% har kronisk hjerte/lungelidelse, 35% infeksjon, 25% sansesvikt, 24% skade/sykdom i muskel-skjelettsystemet, 23% urinveislidelse og 21% følgetilstand etter hjerneslag. Undersøkelsen viser at hovedårsaken til sykehusoppholdet bare utgjør en liten del, kanskje bare en tredel, av sykdomsforekomsten innen denne sykdomsgruppen. Dette gjenspeiler at mange pasienter i indremedisinske

avdelinger har sammensatte helseproblem som ikke fanges opp av hoveddiagnosen. Pasientene har i gjennomsnitt 2,6 av i alt 12 opplistede aktuelle medisinske tilstander, og hver fjerde har minst 4 av disse tilstandene.

I tillegg til medisinske diagnoser er noen av pasientenes helsemessige funksjoner registrert. Hver fjerde har inkontinens for urin og/eller avføring, litt under halvparten har mental funksjonssvikt, og godt over halvparten har store bevegelsesvansker, dvs. kan ikke gå eller trenger følge.

Det er registrert enkelte forhold som berører hvordan tilbudet rundt pasienten er organisert. Resultatene viser at 44% av pasientene har primærsykepleier, og legevisitten er gjennomført av pasientansvarlig lege hos 88% av pasientene på registreringsdagen. Trettini prosent har både primærsykepleier og pasientansvarlig lege som går visitt, og 9% mangler begge deler.

Bare for 12% av pasientene som hadde hjemmetjenester før innleggelse, har sykepleier på post hatt kontakt med hjemmetjenestene for å utveksle informasjon om pasientens tilstand før innleggelse i løpet av pasientens to første dager i sykehus. Det er gjennomført eller avtalt tverrfaglig vurdering hos 42% av pasientene.

Elleve prosent av pasientene trenger legekontroll ved avdelingens poliklinikk etter utskrivning, 23% hos annen spesialist og 41% hos egen lege.

Hos 60% er diagnosen avklart, og det er ikke behov for videre utredning. Nær hver tredje pasient har behov for videre utredning, og hver femte pasient har ennå ikke fått avklart diagnosen.

Trettiåtte prosent av pasientene har et forlenget opphold i sykehuset uten at dette er medisinsk begrunnet og fordi de venter på utskrivning. Til sammen 17% av pasientene er meldt utskrivningsklar, og 6% venter på rehabilitering.

I alt 15% av pasientene er terminalpasienter, de fleste med apoplexi eller hjertesvikt som hoveddiagnose.

Gjennomsnittlig liggetid i undersøkelsen er lengst i regionsykehus. Organisatoriske forhold knyttet til pasientansvarlig lege og sykepleier og kontakt med hjemmetjenestene, der det er aktuelt, er bedre i regionsykehus enn i sentralsykehus og i fylkes- og lokalsykehus. Andelen indremedisinske pasienter med behov for geriatrisk vurdering er i gjennomsnitt 21%, høyest i regionsykehus (30%) og lavest i sentralsykehus (17%).

Trettini prosent av pasientene er innlagt i sykehus som *ikke* har spesialisthelsetjeneste i geriatri. Resultatene tyder på at sykehus med spesialisthelsetjeneste i geriatri har færre terminalpasienter, men flere hjelpetrequende pasienter som krever godt samarbeid innad i sykehuset og utad mot kommunehelsetjenesten.

## Bakgrunn

Gruppen 75 år og over utgjør ca. 7,6% av befolkningen og står for ca. 20% av alle innleggelses og ca. 28% av alle liggedager i somatiske sykehus<sup>3</sup>. Ser vi framover, er situasjonen ikke bare preget av økning i antall eldre i befolkningen, men flere syke som en følge av økt sykdomsforekomst med økende alder<sup>4</sup>.

SINTEFs undersøkelser av eldrebefolkningens sykehusbruk i perioden 1992-96 viser økning i innleggelsesraten for eldre samtidig som liggetiden har sunket<sup>5</sup>. I perioden 1991-1997 har det vært en nedgang i indremedisinske senger i norske sykehus<sup>6</sup>. I samme perioden var det en økning i antall øyeblikkelig-hjelp innleggelses i norske somatisk sykehus<sup>5</sup>. Disse forandringene stiller store krav til faglig forsvarlighet i sykehusstilbudet i samsvar med allment aksepterte faglige normer.

Statens helsetilsyn har gjennomført flere analyser av beleggsituasjonen ved indremedisinske avdelinger. En analyse viser et gjennomsnittsbelegg i 1996 på 97,5% og i april 1997 på 99,9%. Et gjennomsnittlig belegg på 95% er vanligvis et faresignal<sup>7</sup>. Det kan antyde at belegget ved landets indremedisinske avdelinger er ca. 10% for høyt i forhold til det som anbefales ved effektiv drift.

Helsetilsynet har kartlagt korridorpasienter i norske sykehus i 1998<sup>8</sup> og 1999<sup>9</sup>. Analysene gir mulighet til å sammenlikne utviklingen i landets indremedisinske avdelinger i denne perioden. Resultatene viser at korridorpasienter oftere er regelen enn unntaket, og korridorpasienter forekommer ofte eller regelmessig ved 80% av avdelingene.

Analyse av utilsiktede vridningseffekter av innsatsstyrt finansiering viser at selv om innleggelsesmønsteret ikke har endret seg ved innføring av finansieringssystemet for aktuelle diagnosegrupper innen geriatri og rehabilitering, frykter fylkeshelsesjefer, sykehusdirektører og overleger at disse pasientgruppene over tid blir nedprioritert innenfor trange budsjettammer<sup>10</sup>.

Fra 1. januar 1999 er det innført forskrift om kommunal betaling for ferdigbehandlede pasienter i sykehus<sup>11</sup>. Dette kan på sikt føre til en raskere tilbakeføring til kommunen av pasienter som trenger stor oppfølging etter sykehusbehandling. Kommunenes muligheter for å ta tunge pleiepasienter raskt tilbake avhenger bl.a. av hvordan tilbudene er dimensjonert og tilrettelagt i kommunene. Tilbudet til aldersdemente er styrket, selv om bare 14% av plassene i sykehjem er tilrettelagt for aldersdemente, mens ca. 70% av sykehjemspasientene har aldersdemens<sup>12</sup>.

Pasienter i sykehus bør ha en pasientansvarlig lege, og dette kommer til uttrykk i utredningen om ledelse og organisering i sykehus<sup>13</sup> og i ny lov om spesialisthelsetjenester. Loven pålegger de ansatte i sykehus en plikt til å utforme individuelle planer for den enkelte pasient i

samarbeid mellom første- og annenlinjetjenesten når pasienten har behov for langvarige og koordinerte tilbud. Videre blir det en lovmessig plikt for spesialisthelsetjenesten til å gi kommunehelsetjenesten råd, veiledning og opplysninger om helsemessige forhold som er påkrevet for at kommunehelsetjenesten skal kunne løse sine oppgaver etter lov og forskrift.

## Mål for kartleggingen

Målene for kartleggingen har vært å

- kartlegge antall innlagte pasienter i indremedisinsk avdeling i landets somatiske sykehus på en utvalgt dag, tilgang på ergoterapeut og sosionom og samhandlingrutiner med kommunene,
- kartlegge pasienter 75 år og over i indremedisinsk avdeling i landets somatiske sykehus, diagnose, funksjon og samhandlingsrutiner knyttet til håndtering av disse pasientene,
- få et uttrykk for behovet for geriatrikisk vurdering for pasienter i indremedisinske avdelinger i sykehus med og uten geriatrikisk spesialisthelsetjeneste,
- undersøke forhold knyttet til utilsiktet forlengelse av liggetiden i sykehus,
- undersøke mulige forskjeller på feltet mellom ulike sykehustyper,
- gi det enkelte sykehus anonymisert tilbakemelding som grunnlag for refleksjon og utgangspunkt for mulig forbedring av tilbudet til gamle i sykehus.

## Materiale

Statens helsetilsyn sendte 31. august 1998 brev til 54 av landets somatiske sykehus og inviterte til samarbeid om undersøkelsen (sak 98/4979). Noen sykehus (Rikshospitalet, Det Norske Radiumhospital og noen få andre sykehus, dels uten øyeblikkelig hjelp-funksjon og døgndrift) ble ikke invitert til å delta. Avdelingsledelsen ved alle de 54 sykehusene som mottok henvendelsen, har besvart spørreskjemaene og sendt dem inn til Helsetilsynet. Sykehusene som er med framgår av vedlegg 1.

Ved tre sykehus er registreringen splittet opp på flere enkeltavdelinger, slik at undersøkelsen omfatter 59 avdelinger. Pasientskjema er returnert fra alle de 59 avdelingene. Ullevål sykehus har samlet inn data ved to avdelinger i to ulike klinikker (Medisinsk klinikk og Klinikk for Geriatri og rehabilitering). Haukeland sykehus har samlet inn data ved tre indremedisinske avdelinger (Medisinsk avdeling, Hjerteravdelingen og Lungeavdelingen). Sentralsykehuset i Østfold var i 1998 Sykehuset Østfold, og sentralsykehusets avdeling i Fredrikstad, Sarpsborg og Halden inngikk i sentralsykehuset. Materialet omfatter dermed

4 regionsykehus med 7 avdelinger,  
12 sentralsykehus med 14 avdelinger,  
38 fylkes- og lokalsykehus med 38 avdelinger,  
totalt 54 sykehus og 59 avdelinger.

Alle skjema er sendt til Statens helsetilsyn hvor en arbeidsgruppe har hatt ansvar for analyse og publisering.

### På avdelingsnivå

På registreringsdagen var det 4234 personer innlagt i 59 indremedisinske avdelinger i 54 av landets somatiske sykehus, inkludert døgnpasienter og frammøtte dagpasienter. Pasientene fordeler seg med 980 i 4 regionsykehus, 1325 i 12 sentralsykehus og 1929 i 38 fylkes- eller lokalsykehus.

#### På pasientnivå

Visittgående lege og pasientansvarlig sykepleier har registrert data for hver pasient 75 år og over på registreringsdagen, og dette omfatter 1781 personer, 381 i regionsykehus, 544 i sentralsykehus og 856 i fylkes- og lokalsykehus. Dette utgjør 42% av alle dagens innlagte/frammøtte indremedisinske pasienter.

### **Metode**

#### *To delundersøkelser*

#### På avdelingsnivå

Avdelingsledelsen ved 59 indremedisinske avdelinger ved de 54 somatiske sykehusene ble bedt om å velge en registreringsdag, tirsdag 20., onsdag 21. eller torsdag 22. oktober 1998 for registrering. Selv ble de bedt om å fylle ut et spørreskjema om antall innlagte pasienter, tilgang på tverrfaglig personale og rutiner for samarbeid med kommunehelsetjenesten. Alle avdelingene sendte inn slike data (vedlegg 2).

#### På pasientnivå

Metoden er en dagsprevalensundersøkelse. Avdelingsledelsen fikk ansvar for å informere om og organisere undersøkelsen lokalt. Tilstrekkelig antall spørreskjema ble på forhånd fordelt til de indremedisinske sengepostene eller dagpostene. Alle døgn- og dagpasienter 75 år og over som var innlagt og frammøtt på registreringsdagen er inkludert i undersøkelsen. Visittgående lege og pasientansvarlig sykepleier/avdelingssykepleier har fylt ut ett skjema pr. pasient (vedlegg 3). Det ble benyttet et tosidig skjema med bundne svaralternativer, bortsett fra to variable med felt for åpne svaralternativ eller kommentarer. Variablene er valgt slik at det skulle være mulig å fylle ut skjema ut fra opplysninger i journalen eller annen pasinetdokumentasjon eller ut fra kunnskaper om pasientene hos lege og sykepleier.

#### *Datainnsamling og -analyse*

Innsamling av data på avdelingsnivå er gjennomført ved at avdelingsledelsen har fylt ut et spørreskjema. Dataregistreringen i Helsetilsynet er gjort manuelt.

Helsetilsynet anbefalte at innsamling av data om innlagte pasienter 75 år og over burde gjennomføres i tilslutning til previsitten på den dagen avdelingsledelsen hadde valgt som registreringsdag. Et mindre sykehus glemte registreringen og fikk tillatelse til å gjennomføre den en uke forsinket. Data er begrenset til opplysninger som normalt er kjent og tilgjengelig av lege og sykepleier med pasientansvaret, og utfylling av skjema var dermed en systematisering av tilgjengelige opplysninger i journal, kardex m.v. Det er ikke angitt nærmere inklusjonskriterier for bestemte tilstander eller variabler. Dataregistrering av 1781 skjema på pasientnivå er foretatt ved optisk lesning av skjemaene med applikasjonen "Eyes & Hands". Lesningen var mangelfull, og ca. halvparten av skjemaene ble i første runde uleselige

ved optisk lesning. Noe av forklaringen er en viss unøyaktighet ved trykking av skjemaene. Alle skjemaene er gjennomgått av arbeidgruppen ved Statens helsetilsyn som ledd i kvalitetssikringen.

Inndeling av sykehustyper bygger på på NIS/Samdata sin inndeling: regionsykehus, sentralsykehus og fylkes/lokalsykehus.

Liggetid er beregnet som dags dato fratrukket innleggsdato +1.

Prosent er angitt som del av totalsum og inkluderer manglende data ved prosentberegning der annet ikke er eksplisitt gjengitt i teksten eller tabellene. Dataregistreringen er ikke komplett, og i datamaterialet på 1781 personer manglet til eksempel alder på 14 skjema (1%), kjønn på 41 skjema (2%) og liggetid på 70 skjema (4%).

Dataanalysen er foretatt med programvaren SPSS versjon 8.0/9.0.

## DELUNDERSØKELSE 1: PÅ AVDELINGSNIVÅ

### *Pasientbelegg og andel gamle*

Totalt antall innlagte pasienter på registreringsdagen var 4234 personer og inkluderer pasienter i tekniske senger under medisinsk avdeling (overvåkingsenger m.v.) og frammøte dagpasienter (dialyseplasser m.v.). Andelen pasienter 75 år og over er 42%, og andelen varierer mellom sykehusene (15 -100%). Resultatene for hver enkelt sykehusavdeling framgår av vedlegg 4a.

### *Samarbeids-og melderutiner*

Det er valgt å fokusere på samhandlingsrutiner som er særlig viktig for gamle i sykehus, slik som informasjonsutveksling mellom sykehus og kommunehelsetjeneste. Se tabell 1.

Tabell 1 Utvalgte rutiner for samarbeid med kommunehelsetjenesten, basert på spørsmål til avdelingsledelsen ved 59 avdelinger

a) Antall bekreftende svar som gjelder ved innleggelse i sykehus

”Har avdelingen fast rutine for å melde fra til kommunen når en pasient med hjemmetjenester innlegges i avdelingen?”	Antall avdelinger
Rutine med skriftlig melding	17
Rutine med telefonisk kontakt	25
Rutine med skriftlig melding og telefonisk kontakt	7
Ingen slike rutiner	22

b) Antall bekreftende svar som gjelder ved utskrivning fra sykehus

”Har avdelingen fast rutine for å melde til kommunen om planlagt utskrivning av pasient som trenger oppfølging av hjemmetjenestene?”	Antall avdelinger
Rutine med telefonisk kontakt i god tid før utskrivning	56
Rutine med telefonisk kontakt rett før utskrivning	37
Rutine med telefonisk kontakt i god tid og rett før utskrivning	35
Ingen slike rutiner	0

Hver tredje avdeling har ingen fast rutine med skriftlig melding og telefonkontakt med kommunen når en pasient med hjemmetjenester innlegges i avdelingen. Ved utskrivning tar nesten alle avdelingene telefonisk kontakt med kommunen i god tid, over halvparten også rett før utskrivning. Ingen avdeling mangler rutine for telefonisk varsling av kommunehelsetjeneste.



tjenesten i forbindelse med utskrivning av pasient som trenger oppfølging av hjemmetjenestene.

Ni av 59 avdelinger har skriftlig melderutine til kommunen både ved innleggelse og før utskrivning når pasienter trenger oppfølging fra hjemmetjenestene. Tjuefem avdelinger (42%) har formalisert en ordning med å fastsette hvilken dag pasienten er utskrivningsklar slik at skriftlig melding sendes til kommunen, kfr senere forskrift om ferdigbehandlede pasienter i sykehus.

*Ergoterapeut, sosionom og tverrfaglig møte*

Trettini av 59 avdelinger (66%) har tilgang på ergoterapeut, og 34 av 59 avdelinger (57%) har tilgang på sosionom som er ansatt i sykehuset. I alt 30 avdelinger (51%) har tilgang på både ergoterapeut og sosionom, mens 16 (27%) har ingen av delene.

Førtien av 59 avdelinger (69%) har innarbeidet tverrfaglig møte i avdelingens rutiner. Tverrfaglig møte er i denne sammenhengen definert som et pasientrettet møte hvor lege, sykepleier og minst en annen type fagperson deltar.

## DELUNDERSØKELSE 2: PÅ PASIENTNIVÅ

### Bakgrunnsdata og administrative data

#### *Fordeling etter sykehus og sykehustypetype*

Pasientene fordeler seg på 54 sykehus og de tre sykehustypene som vist i tabell 2. I alt 70% av sykehusene er fylkessykehus eller lokalsykehus, men har innlagt litt under halvparten av pasientene.

Tabell 2 Antall pasienter etter sykehustype

	Antall sykehus	Antall pasienter	Andel pasienter
Regionsykehus	4	381	21
Sentralsykehus	12	544	31
Fylkes/lokalsykehus	38	856	48
Totalt	54	1781	100

#### *Alder og kjønn*

Pasientene består av 1007 kvinner (57%) og 733 menn (41%). Gjennomsnittsalderen er 82 år, 83 år for kvinner og 81 år for menn. Resultatene framgår av tabell 3 og figur 1.

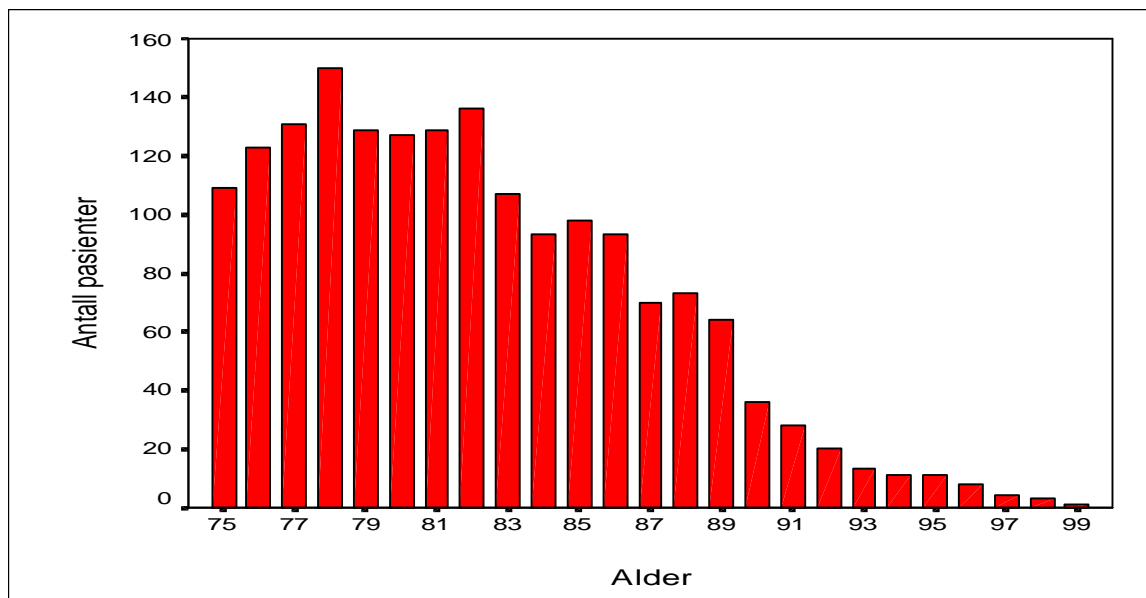
Tabell 3 Fordeling etter kjønn og aldersgruppe \*)

Aldersgruppe	Kvinner		Menn		Totalt	
	Antall	%	Antall	%	Antall	%
75-79	320	32	308	42	628	36
80-84	336	34	250	34	586	34
85-89	253	25	130	18	383	22
90+	91	9	41	6	132	8
Totalt	1000	100	729	100	1729	100

\*) Mangler opplysning om kjønn på 41 skjema og opplysning om alder på 14 skjema

I alt 68% av kvinnene og 58% av mennene er i gruppen 80 år og over, og 30% er i gruppen 85 år og over. Andelen 90 år og over er 50% høyere for kvinner enn for menn.

Figur 1. Aldersfordeling



#### *Hvor pasientene er innlagt fra*

I alt 85% er innlagt fra hjemmet, 6% fra sykehjem, 3% fra annet sykehus og 7% på annen måte.

#### *Morsmål*

Bare én pasient har samisk som morsmål, og ytterligere 16 pasienter (1%) har annet morsmål enn norsk. Det ble ikke registrert hvilke språk dette er.

#### *Hushold*

I alt 65% av kvinnene og 34% av mennene, totalt 52%, bor alene. Blant dem som bor sammen med noen, bor 78% sammen med ektefellen. Andelen aleneboende er 47% i gruppen 75-84 år og 63% i gruppen 85 år og over.

#### *Tjenestetilbud fra hjemmetjenestene før innleggelse*

Omfanget av hjelpetiltak fra hjemmetjenestene før innleggelse framgår av tabell 4. Resultatene viser at ca. halvparten av pasientene hadde hjemmetjenester før innleggelse i sykehus. Andelen med hjemmetjenester er høyere for kvinner enn for menn, og dette har sammenheng med ektefellens innsats som slår forskjellig ut for kvinner og menn i høy alder. Andelen med hjemmetjenester er 43% i gruppen 75-84 år og 62% i gruppen 85 år og over. Nitten prosent av kvinner i gruppen 75-84 år yter selv stor omsorg hjemme, og gjennomsnittet for hele pasientgruppen er 17%.

Tabell 4 Andel med hjemmetjenester og andel pasienter som selv yter stor omsorg hjemme før innleggelse. Prosent

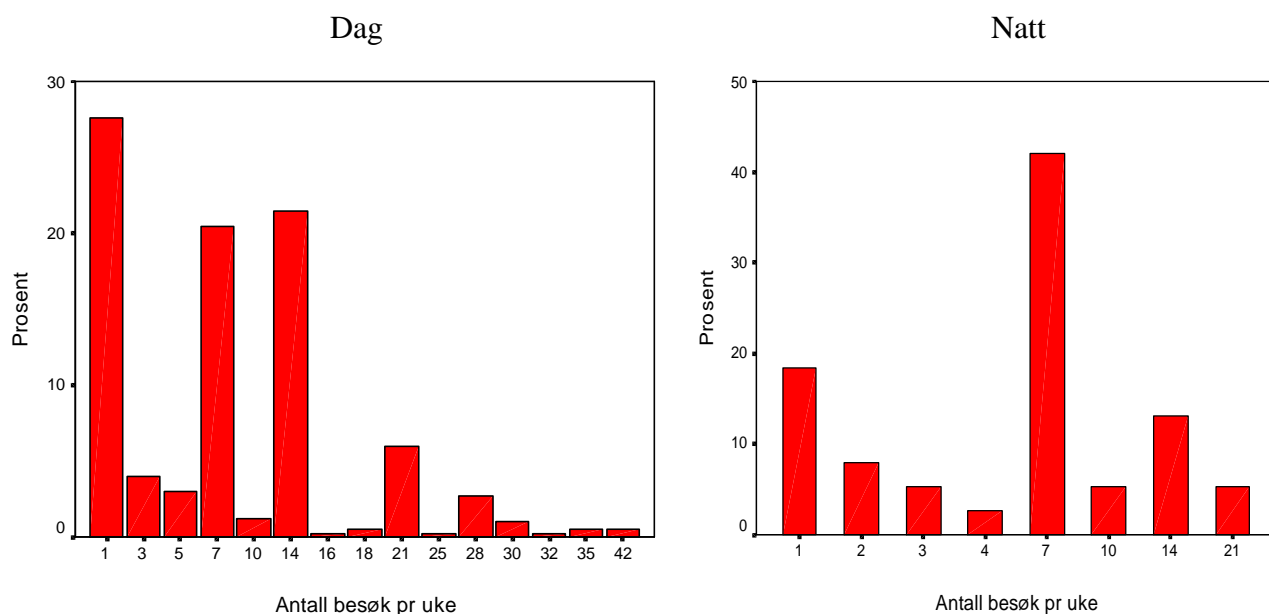
Hjelpetiltak / tjenestetilbud fra kommunen mv.	Kvinner	Menn	Totalt
Har hjemmehjelp	41	27	34
Har hjemmesykepleie	37	27	33
Har mye hjemmesykepleie *)	17	12	15
Har hjemmetjenester**)	54	41	49
Yter selv stor omsorg hjemme	18	16	17

\*) Har hjemmesykepleie på dagtid minst 7 dager i uken og/eller hjemmesykepleie om natten

\*\*\*) Har hjemmehjelp og/eller hjemmesykepleie

I alt 33% har hjemmesykepleie på dagtid og 4% hjemmesykepleie om natten. Antall timer hjemmesykepleie på dagtid og om natten framgår av figur 2 og 3.

Figur 2 Fordeling av antall besøk av hjemmesykepleien pr. uke (dag, N=406 og natt, N=36). Prosent



### Tidligere sykehusopphold

Basert på opplysninger fra pasientjournalen har 87% av pasientene vært innlagt i sykehuset tidligere. I alt 391 kvinner (39%) og 329 menn (45%), totalt 720 pasienter (41%), har vært innlagt i sykehuset tidligere i løpet av 1998 (siste 10 måneder). Fordeling av antall tidligere opphold i sykehuset er vist i tabell 5.

Blant de 991 personene som har vært innlagt i sykehuset tidligere, har 40% vært innlagt i sykehuset bare en gang tidligere, 43% to eller tre ganger og 17% fire eller flere ganger. I alt 14 personer har vært innlagt mer enn 50 ganger tidligere og fire personer mer enn 100 ganger.

Tabell 5 Antall tidligere opphold i sykehuset

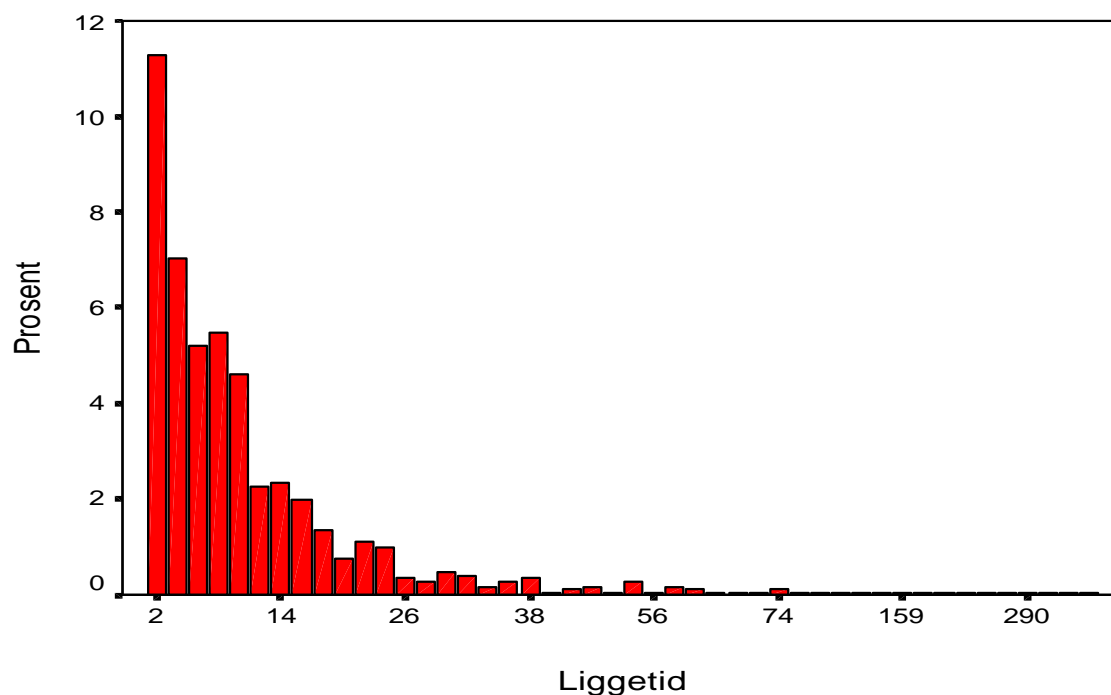
Antall tidligere opphold i sykehuset	Antall	Prosent
Ingen opphold	492	28
1 opphold	400	23
2-3 opphold	425	24
4-6 opphold	99	6
7 eller flere opphold	67	3
Ingen opplysninger	298	17
Sum	1781	100

En pasient under dialyse har hatt flest (153) opphold i sykehuset tidligere. Det er liten kjønnsforskjell i antall tidligere sykehusopphold. For pasientene med tidligere innleggelse i sykehuset, er det gjennomsnittlig 2 år for kvinner og 1,6 år for menn siden siste utskrivning. Blant dem som har vært innlagt i sykehuset tidligere, er det i gjennomsnitt registrert 2,7 tidligere opphold for kvinner og 4,7 for menn, totalt 3,6 tidligere opphold.

### Liggetid

Liggetiden innbefatter antall dager fram til registreringsdagen og er ikke det samme som liggetid pr. sykehusopphold. Innleggelsesdagen teller som 1 liggedag. Se figur 5.

Figur 5 Fordeling av liggetid (dager) \*)



\*) Liggetid er ikke oppgitt for 70 pasienter

Median liggetid er 7 dager. Gjennomsnittlig liggetid er 14 dager for kvinner og 22 dager for menn, totalt 17 dager. I aldersgruppen 80-84 år er gjennomsnittlig liggetid 20 dager og for gruppen 75-79 år og gruppen 90 år og over vel 15 dager. Halvparten av pasientene har en

liggetid på inntil 1 uke og hver tiende en liggetid på minst en måned. Det er ingen forskjell av betydning på liggetiden for kvinner og menn.

Gjennomsnittlig liggetid er lengst i store avdelinger og i avdelinger der andelen pasienter 75 år og over er høy.

Gruppert liggetid fremgår av tabell 6.

Tabell 6 Gruppert liggetid for kvinner og menn

Liggetid	Kvinner		Menn		Totalt	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
0-2 dager	236	24	182	26	418	25
3-7 dager	294	30	218	31	512	31
8-30 dager	346	36	239	34	585	35
>30 dager	99	10	65	9	164	10
Totalt	975	100	704	100	1679	100

Gjennomsnittlig liggetid er 14 dager for dem som har vært innlagt i sykehuset tidligere i 1998 og 20 dager for dem som ikke har vært det. Gjennomsnittlig liggetid er 13 dager for de pasientene som ikke har vært innlagt i sykehuset tidligere, 18 dager for dem med ett tidligere opphold, og 11 dager for dem med 7 eller flere opphold tidligere.

## Medisinske forhold

### *Diagnostisk avklaring*

Det er registrert om diagnosen var kjent før innleggelse, avklart under oppholdet eller fortsatt uavklart. Det er videre registrert om det er behov for videre utredning, og dette er i hovedsak tolket i forhold til avklaring av medisinsk diagnose.

Hos 35% av pasientene var diagnosen allerede kjent ved innleggelsen, i 41% er den avklart under oppholdet, i 19% er den fortsatt ikke avklart, og i 5% mangler det opplysninger. Hos 59% av pasientene er det ikke behov for videre utredning, i 29% er det behov for videre utredning, i 5% er det usikkert, og i 8% mangler det opplysninger.

Blant 1555 pasienter er det besvart om diagnostisk avklaring og behov for videre utredning. For 60% av disse var diagnosen allerede kjent ved innleggelse eller avklart under oppholdet og det er *ikke* behov for videre utredning. For 16% av de 1555 pasientene er diagnosen ikke avklart og det er behov for videre utredning. For 15% av de 1555 pasientene er diagnosen kjent eller avklart under oppholdet, men det er fortsatt behov for videre utredning. Dette er situasjonen etter en median liggetid på 7 dager og gjennomsnittlig liggetid på 17 dager i avdelingen.

### *Hoveddiagnose*

Hoveddiagnosen må forstås som en eventuell foreløpig medisinsk diagnose og er ikke uten videre det samme som endelig utskrivningsdiagnose. I registreringsskjemaene er hoveddiagnosen oppført uten at Helsetilsynet har stilt krav om å bruke noen standard eller koding. Diagnosen er skrevet i tekstlig form, og Helsetilsynet har i ettertid klassifisert diagnosene i ICD 9-grupper. I de registreringsskjemaene der det er nedtegnet flere hoveddiagnoser, er den første diagnosen som er oppført blitt dataregistrert ved den manuelle gjennomgangen av skjemaene. Hos 164 pasienter (9%) er det ikke registrert noen hoveddiagnose. Oversikten over hoveddiagnosene fremgår av tabell 7.

De fire vanligste hoveddiagnosene er hjerte-karsykdom, vaskulær hjerneskade (hjerneslag), infeksjoner og kreft. Generelle symptomer uten mer presis medisinsk diagnose er oppgitt i 5% av pasientene.

Tabell 7 Grupper av hoveddiagnose for kvinner og menn, ordnet etter fallende forekomst totalt \*)

Hoveddiagnose	Kvinner N=1007		Menn N=733		Totalt N=1740	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Hjerte-karsykdom	246	24	189	26	443	25
Vaskulær hjerneskade	143	14	105	16	265	14
Infeksjon	109	11	95	13	207	12
Kreft	59	6	71	10	137	8
Mage-tarmsykdom	64	6	30	4	96	5
Generelle symptomer	56	6	35	5	92	5
Lungesykdom	39	4	46	6	86	5
Nyre-urinveislidelse	18	2	32	4	51	3
Psykisk lidelse/aldersdemens	31	3	5	1	38	2
Muskel/skjelett/leddsykdom	26	3	7	1	33	2
Endokrinologisk sykdom	22	2	5	1	28	2
CNS/nevrologisk lidelse	11	1	8	1	20	1
Annet	87	9	40	6	130	7

\*) Mangler opplysning om kjønn på 41 skjema og opplysning om hoveddiagnose på 165 skjema

De fire vanligste enkeltdiagnosene er gjengitt i tabell 8.

Tabell 8 De fire vanligste enkeltdiagnosene, N=1781

Enkeltdiagnose	Prosent
Hjerneslag	13
Hjertesvikt / lungeødem	9
Luftveisinfeksjon	7
Hjerteinfarkt	6

Diagnoser med forekomst 2-7% er: koronar hjertesykdom/angina, astma/kronisk obstruktiv lungesykdom, blodkreft, kreft i lunger/mediastinum, hjertearytmi og nyresvikt.

Andre tilstander med lavere forekomst enn 2%, er etter fallende forekomst: lårhalsbrudd/andre brudd eller traumer, anemi og høy senkning, mage-tarmblødning, urinveisinfeksjon, senil/vaskulær demens eller psykose, osteoporose/kompresjonsfraktur, akutt pleie/nedsett allmenntilstand eller funksjonssvikt, reumatisk lidelse/bindevevssykdom, kreft i mage-tarmsystemet, lungeemboli, dyp venetrombose, brystmerter, diabetes og synkope/nærsynkope.



### Aktuelle medisinske tilstander

I registreringsskjemaet er det oppgitt 12 aktuelle medisinske tilstander som er vanlig hos gamle pasienter i indremedisinsk avdeling. Det er krysset av for de tilstandene som er aktuelle, uansett hoveddiagnose eller årsak til innleggelsen. Se tabell 9.

Tabell 9 Forekomst av 12 oppgitte aktuelle medisinske tilstander, ordnet etter fallende forekomst totalt \*)

Aktuelle medisinske tilstander	Kvinner N=1007		Menn N=733		Totalt N=1740	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Kronisk hjerte-lungelidelse	586	58	474	65	1081	61
Infeksjon	334	33	260	36	622	35
Sansesvikt (syn/hørsel/tale)	222	22	206	28	437	25
Skade/sykdom i muskel/skjelett	275	27	131	18	418	24
Urinveislidelse	204	20	192	26	403	23
Følgetilstand etter hjerneslag	207	21	156	21	370	21
Mage-tarmlidelse	180	18	118	16	305	17
Psykisk lidelse/aldersdemens	186	19	92	13	287	16
Kreft	104	10	134	18	247	14
Forvirringstilstand	133	13	98	13	239	13
Annen sykdom i CNS	73	7	62	9	138	8
Insulintrengende diabetes	47	5	49	7	99	6

\*) Mangler opplysning om kjønn på 41 skjema. Antall personer omfatter de skjema der det er besvart *Ja*

Dette viser at

- 2 av 3 har kronisk hjerte-lungelidelse
- 1 av 3 har infeksjon
- 1 av 4 har sansesvikt
- 1 av 4 har skade/sykdom i muskel-skjelettsystemet
- 1 av 4 har urinveislidelse
- 1 av 5 har følgetilstand etter hjerneslag.

Menn har høyest forekomst for sju av tilstanden og kvinner høyest forekomst for tre av tilstandene. Sju av de 12 oppgitte tilstandene har en forekomst på over 20%.

### Sammensatte helseproblem

Det var mulig å krysse av for flere aktuelle medisinske tilstander for hver pasient, og resultatene framgår av tabell 10.

Tabell 10 Fordeling av antall avkryssede av 12 mulige aktuelle medisinske tilstander.  
N=1781

Antall av 12 mulige opplistede aktuelle medisinske tilstander	Prosent
0	3
1	24
2	28
3	21
4	12
5-9	12
Sum	100

Av 12 opplistede aktuelle medisinske tilstander er det registrert i gjennomsnitt 2,6 tilstander pr. pasient både for kvinner og menn. I alt 73% av pasientene har mer enn en av de opplistede medisinske tilstandene og hver fjerde pasient (24%) har minst fire av disse tilstandene.

Tabell 11 viser hoveddiagnose og aktuell medisinsk tilstand innen samme helseproblem.

Tabell 11 Hoveddiagnose og motsvarende aktuelle medisinske tilstand. Prosent. N=1781

	Hoveddiagnose	Aktuell medisinsk tilstand
Infeksjon	12	35
Kreft	8	14
Psykisk lidelse/aldersdemens	2	16
Vaskulær hjerneskade	14	-
Følgetilstand etter hjerneslag	-	21
Hjerte-karsykdom	25	-
Lungesykdom	5	-
Kronisk hjerte- lungelidelse	-	61
Endokrinologisk sykdom	2	-
Insulinkrevende diabetes	-	6
Skade/sykdom i muskel/skjelett/ledd	2	24
Mage-tarmlidelse	5	17
Nyre-urinveislidelse	3	-
Urinveislidelse	-	23

Tabellen viser at det er langt høyere forekomst av de aktuelle medisinske tilstandene enn hoveddiagnosen tilsier. Det kan tyde på at pasientene lider av langt mer enn det de innlegges for. Infeksjon forekommer ca. tre ganger så hyppig som infeksjon er hoveddiagnose. Kronisk hjerte- og lungelidelse forekommer omtrent dobbelt så hyppig som hjerte-karsykdom er hoveddiagnose. Selv om psykisk lidelse og aldersdemens, skade eller sykdom i muskel/skjelett/ledd, mage-tarmlidelse og nyre-urinveislidelse relativt sjelden er hoveddiagnose, er dette vanlige medisinske tilstander slik det framkommer av resultatene.

Hjerneslag

Den vanligste diagnosen er apoplexi og gjelder 13% av pasientene. I denne gruppen har 52% i tillegg sansesvikt, 49 hjerte-lungelidelse, 24 % skader eller sykdom i muskel-skjelettsystemet, 23% infeksjon, 17% forvirring og 5% kreft. I alt 13% har i tillegg både hjerte-lungelidelse og skade eller sykdom i muskel-skjelettsystemet.

Hjerte- og karsykdom

Hver fjerde pasient har hjerte-karsykdom som hoveddiagnose. I denne gruppen har 8% i tillegg følgetilstand etter hjerneslag og 6% kreft.

Infeksjon

Tolv prosent har en infeksjon som hoveddiagnose. I denne gruppen har 40% urinveislidelse, 8% insulinkrevende diabetes og 5% begge deler.

Hjertesvikt og lungeødem

Ni prosent har hoveddiagnosen hjertesvikt eller lungeødem, og i denne gruppen har 29% i tillegg infeksjon, 21% sansesvikt, 17% skade eller sykdom i muskel-skjelettsystemet, 9% insulinkrevende diabetes og 7% kreft.

Luftveisinfeksjon

Su prosent har hoveddiagnosen luftveisinfeksjon/pneumoni, og i denne gruppen har 52% i tillegg sansesvikt, 23% skade eller sykdom i muskel-skjelettsystemet, 13% kreft og 12% psykisk lidelse eller aldersdemens.

Skade eller sykdom i muskel-skjelettsystemet

Ca. hver fjerde pasient har skade eller sykdom i muskel-skjelettsystemet som aktuell medisinsk tilstand. De vanligste hoveddiagnosene for denne gruppen er apoplexi (12%), lårhalsbrudd/andre brudd eller traumer (7%), luftveisinfeksjon (6%), hjertesvikt/lungeødem (6%), osteoporose/kompresjonsfraktur (5%), hjerteinfarkt (4%) og reumatisk sykdom/bindevevssykdom (3%).

Urinveislidelse

Knapt hver fjerde pasient har urinveislidelse som aktuell medisinsk tilstand. De vanligste hoveddiagnosene for denne gruppen er apoplexi (12%), luftveisinfeksjon (7%), hjertesvikt/lungeødem (7%), nyresvikt (6%), urinveisinfeksjon (5%) og hjerteinfarkt (5%).

Kreft

Fjorten prosent har kreft som aktuell medisinsk tilstand. De vanligste kreftformene, som er oppført som hoveddiagnose, er blodkreft (17%), kreft i lunger og mediastinum (14%), kreft i mage-tarmsystemet (6%), prostatakreft (5%) og brystkreft (2%).

Forvirring

Forvirring opptrer ikke som hoveddiagnose, men er en aktuell medisinsk tilstand hos ca.13% av pasientene. Totalt 239 pasienter har forvirring og har i tillegg fått registrert hoveddiagnose. I alt 19% av disse har vaskulær hjerneskade, 18% hjerte-karsykdom, 14% infeksjon, 9% psykisk lidelse eller aldersdemens, 8% kreft og 6% mage-tarmlidelse som hoveddiagnose. De vanligste enkeltdiagnosene ved forvirring er apoplexi (16%), luftveisinfeksjon (5%), hjerteinfarkt (5%) og hjertesvikt/lungeødem (5%).

## Funksjonsforhold og risikofaktorer

Det er registrert funksjonsforhold og risikofaktorer innen følgende fire områder: mentale funksjoner, ernæring, inkontinens og bevegelighet. Se tabell 12.

Tabell 12 Funksjonsforhold og risikofaktorer (N=1781)

Funksjonssvikt / risikofaktor	Antall	Prosent
Nedsatt korttidsminne	401	23
Urolig / vandrende	1449	8
Trist / deprimert	347	20
Engstelig / angstpreget	302	17
Avmagret / underernært	313	18
Inkontinent for urin	406	23
Inkontinent for avføring	202	11
Kan ikke gå	241	14
Kan gå med følge	688	39
Balansesvikt/falltendens	501	28

Funksjon er evnen til å mestre. En tapt funksjon kan være en risikofaktor. Funksjon og risikofaktor er derfor beskrevet samlet. Resultatene viser liten forskjell på kvinner og menn, og tallene gjelder derfor begge kjønn samlet.

### *Mental funksjon*

Det er registrert fire delfunksjoner eller dimensjoner ved mental funksjon: nedsatt korttidsminne, urolig/vandrende adferd, tristhet/depresjon og engstelse/angstpreget sinnstilstand. I alt 59% har ingen utfall på disse mentale dimensjonene, mens 2% av pasientene har utfall på alle fire dimensjonene. Tjuetre prosent har utfall på bare en av dimensjonene, 18% på to og 7% på tre av dimensjonene. Førtien prosent har minst ett av disse symptomene på mental funksjonssvikt.

### *Ernæringssvikt*

Det er registrert at 18% av pasientene har ernæringsvikt, vurdert ut fra legens og sykepleiers kliniske vurdering eller dokumentasjon i journalen. Andelen med ernæringsvikt er lavere (12%) for pasienter *uten* svikt på noen av de fire mentale dimensjonene. Blant dem med ernæringsvikt har 20% mye hjemmesykepleie sammenliknet med 13% i hele pasientgruppen.

Andelen med ulike sykdommer blant de 313 pasientene med ernæringssvikt er sammenliknet med andelen i hele pasientgruppen (parentes):

- andel med infeksjon 43% (35)
- andel med psykisk lidelse/aldersdemens 33% (17)
- andel med mage-tarmlidelse 27% (21)
- andel med kreft 20% (16)
- andel med følgetilstand etter hjerneslag 19% (23)

Pasienter med ernæringssvikt har etter disse funnene en betydelig oversykkelighet.

### *Inkontinens*

I alt 24% av pasientene har inkontinens enten for urin eller avføring eller for begge deler. I alt 76% er kontinente både for urin og avføring. I alt 10% er dobbeltinkontinente, og 14% er inkontinente enten for urin eller avføring. Andelen med ulike sykdommer blant de 424 pasientene med inkontinens for urin og/eller avføring er sammenliknet med andelen i hele pasientgruppen (parentes):

- andel med infeksjon 43% (35)
- andel med følgetilstand etter hjerneslag 39% (23)
- andel med urinveislidelse 37% (24)
- andel med psykisk lidelse/aldersdemens 32% (17)
- andel med insulintrengende diabetes 6% (8)

Inkontinente pasienter har etter disse funnene betydelig oversykkelighet. Blant de 406 pasientene som er inkontinente for urin, er det krysset av for urinveislidelse bare hos 37% under aktuell medisinsk tilstand. Det tyder på at urininkontinens underreporteres.

### *Bevegelighet*

I alt 14% kan ikke gå. De som ikke kan gå, kan være sengeliggende under akutt sykdom, uten at de normalt har bevegelsesvansker. I 38% er det registrert at pasientene er avhengig av teknisk hjelpemiddel ved gange. Mer enn hver fjerde pasient (28%) har balansesvikt eller falltendens. Bevegelsesvansker er registrert hyppigere blant kvinner enn menn. Mer enn halvparten, 53%, kan ikke gå eller trenger følge ved gange eller har falltendens og har dermed store bevegelsesvansker, i alle fall på registreringsdagen. Andelen med ulike sykdommer blant de 241 pasientene som ikke kan gå er sammenliknet med andelen i hele pasientgruppen (parentes):

- andel med kronisk hjerte-lungelidelse 52% (61)
- andel med følgetilstand etter hjerneslag 45% (23)
- andel med sansesvikt 37% (35)
- andel med skade/sykdom i muskel/skjelett 25% (25)

Det er en oversykkelighet av hjerneslag blant dem som ikke kan gå.

### *Funksjonssvikt og sykdom*

Resultatene viser at det er til dels betydelig oversykkelighet blant dem med funksjonssvikt. Funksjonssvikten er på noen områder hyppigere enn det de medisinske diagnosene tilsier. En

diagnose eller en dokumentert medisinsk tilstand gir bare begrenset informasjon om funksjonen.

Til eksempel har 78% av pasientene med følgetilstand etter hjerneslag og 53% av dem uten en slik tilstand store bevegelsesvansker. Tilsvarende har 55% av pasientene med kronisk hjerte- og lungelidelse og 67% av dem uten en slik tilstand store bevegelsesvansker

## Behov for geriatrisk vurdering

### *Sykehus med og uten geriatrisk spesialisthelsetjeneste*

Ett av målene for undersøkelsen var å få et uttrykk for behovet for geriatrisk vurdering blant indremedisinske pasienter i norske somatiske sykehus. Resultatene bygger på vurderingen til visittgående lege og sykepleier dersom forholdet ikke er dokumentert på annen måte. Det er ikke benyttet vitenskapelige kriterier, f.eks. Winograds inklusjonskriterier<sup>14</sup>, og resultatene gjenspeiler alminnelig klinisk skjønn i norske sykehus.

I undersøkelsen er det regnet med at visittgående lege og sykepleier har forskjellig oppfatning av pasientenes behov for geriatrisk vurdering, bl.a... avhengig av om sykehuset har erfaring innen geriatri. Pasienter under geriatrisk utredning, er inkludert i gruppen med behov.

I alt 61% av pasientene er innlagt i sykehus *med* og 39% i sykehus *uten* spesialisthelsetjeneste i geriatri, se tabell 13.

Tabell 13 Behov for geriatrisk vurdering i sykehus *med* og *uten* spesialisthelsetjeneste i geriatri

Geriatrisk vurdering	Sykehus <i>med</i> spesialisthelsetjeneste i geriatri		Sykehus <i>uten</i> spesialisthelsetjeneste i geriatri		Totalt	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Har behov	283	26	88	13	371	21
Har ikke behov	611	56	461	77	1072	60
Vet ikke	77	7	68	11	193	11
Ingen informasjon	114	11	79	11	193	11
Sum	1085	100	696	100	1781	100

Resultatene viser at ca. hver femte pasient (21%) har behov for geriatrisk vurdering. Andelen er dobbelt så høy i sykehus *med* (26%) som i sykehus *uten* (13%) spesialisthelsetjeneste i geriatri.

Gruppen på 371 pasienter som har behov for geriatrisk vurdering utgjør 21% av alle pasienter 75 år og over og 9% av alle 4234 pasienter som var innlagt i indremedisinsk avdeling på registreringsdagen. Det er naturlig å legge til grunn anslaget for behov for geriatrisk vurdering i sykehus som har spesialisthelsetjeneste i geriatri (26%), og dette representerer 11% av alle pasienter i indremedisinsk avdeling.

### Utvalgte bakgrunnsdata og tjenesteforbruk

*Gjennomsnittsalder* er bare noen få måneder høyere for dem som har behov for geriatrisk vurdering sammenliknet med hele pasientgruppen.

Andelen *aleneboende* er ca. 7% høyere (59%) for dem som har behov for geriatrisk vurdering sammenliknet med hele pasientgruppen.

*Tidligere sykehusforbruk* er ikke høyere for dem med behov for geriatrisk vurdering enn for hele pasientgruppen.

*Liggetiden* er i gjennomsnitt ca. 3,5 dager høyere for dem med behov for geriatrisk vurdering sammenliknet med hele pasientgruppen.

Andelen med *hjemmehjelp* er lavere, men andelen med *hjemmesykepleie* er 12% høyere (45%) og andelen med *mye hjemmesykepleie* (daglig og/eller om natten) dobbelt så høy (25%) for dem med behov for geriatrisk vurdering sammenliknet med hele pasientgruppen.

### Medisinske kjennetegn

Tabell 14 viser fordelingen av hoveddiagnose for pasienter *med* og *uten* behov for geriatrisk vurdering. Pasienter *med* behov for geriatrisk vurdering har høyere andel med vaskulær hjerneskade, psykisk lidelse eller aldersdemens og muskel-skjelett-leddsykdom. Pasienter *uten* behov for geriatrisk vurdering har høyere andel av hjerte-karsykdom, infeksjoner, lungesykdommer og nyre-urinveislidelser.

Tabell 14 Grupper av hoveddiagnose for pasienter *med* og *uten* behov for geriatrisk vurdering, ordnet etter fallende forekomst totalt. Prosent <sup>\*)</sup>

Hoveddiagnose	Pasienter med behov for geriatrisk vurdering N=371	Pasienter uten behov for geriatrisk vurdering N=1072
Hjerte-karsykdom	18	29
Vaskulær hjerneskade	23	9
Infeksjon	9	12
Kreft	2	10
Mage-tarmsykdom	4	6
Generelle symptomer	4	5
Lungesykdom	3	6
Psykisk lidelse/aldersdemens	5	1
Muskel/skjelett/leddsykdom	4	2
Nyre-urinveislidelse	1	4
Endokrinologisk sykdom	2	1
CNS/nevrologisk lidelse	2	1

\*) 338 mangler opplysninger om behov for geriatrisk vurdering og 121 opplysninger om hoveddiagnose



Blant pasienter med behov for geriatrisk vurdering er de vanligste enkeltdiagnosene apoplexi (22%), luftveisinfeksjon (6%), lårhalsbrudd, andre brudd og traumer (7%), hjerteinfarkt (5%) og aldersdemens/senil psykose (3%). Aktuelle medisinske tilstander framgår av tabell 15.

Tabell 15 Forekomst av 12 oppgitte aktuelle medisinske tilstander for pasienter *med* og *uten* behov for geriatrisk vurdering, ordnet etter fallende forekomst totalt. Prosent <sup>\*)</sup>

Aktuelle medisinske tilstander	Pasienter <i>med</i> behov for geriatrisk vurdering. N=371	Pasienter <i>uten</i> behov for geriatrisk vurdering. N=1072
Kronisk hjerte-lungelidelse	64	64
Infeksjon	32	34
Skade/sykdom i muskel/skjelett	38	20
Sansesvikt (syn/hørsel/tale)	37	20
Urinveislidelse	30	21
Følgetilstand etter hjerneslag	32	15
Psykisk lidelse/aldersdemens	34	11
Forvirringstilstand	29	8
Mage-tarmlidelse	16	18
Kreft	10	15
Annen sykdom i CNS	13	6
Insulintrengende diabetes	5	6

\*) For 338 pasienter er det ikke besvart ja/nei på spørsmål om behov for geriatrisk vurdering. Resultatene angir andel der det er kryssset av *Ja* for hver av de 12 medisinske tilstandene

Av de 12 opplistede aktuelle medisinske tilstandene er det i gjennomsnitt 3,4 medisinske tilstander for pasienter *med* og 2,4 for pasienter *uten* behov for geriatrisk vurdering.

Blant de 371 pasientene som har behov for geriatrisk vurdering, har det vært tverrfaglig møte i 58% og avtalt møte i 12%. Bare i 10% er det bedømt som uaktuelt. Bare 5% trenger legekontroll i avdelingens poliklinikk og 50% hos egen lege etter utskrivning, mot henholdsvis 11% og 41% i hele pasientgruppen.

#### *Funksjonsforhold og risikofaktorer*

Resultatene viser at det for alle de fire områdene, mentale symptomer, ernæring, inkontinens og bevegelighet, er funksjonssvikten betydelig større for pasienter *med* behov enn *uten* behov for geriatrisk vurdering. Se tabell 16.

Blant pasienter *med* behov geriatrisk vurdering har 67% mental funksjonssvikt og 34% har utfall i minst to av dimensjonene. Tilsvarende tall for pasienter *uten* behov for geriatrisk vurdering er 32% og 14%. Tristhet er mest framtrødende blant pasienter *uten* behov for geriatrisk vurdering.

Tabell 16 Funksjonsforhold og risikofaktorer for pasienter *med* og *uten* behov for geriatrisk vurdering. Prosent \*)

Funksjon/risikofaktor	Pasienter <i>med</i> behov for geriatrisk vurdering N=371	Pasienter <i>uten</i> behov for geriatrisk vurdering N=1072
Nedsatt korttidsminne	43	16
Urolig/vandrende	16	5
Trist/deprimert	34	16
Engstelig/angstpr.eget	27	15
Avmagret/underernært	25	16
Inkontinent for urin	38	17
Inkontinent for avføring	19	9
Kan ikke gå	16	13
Kan gå med følge	49	35
Balansesvikt/falltendens	53	20

\*) For 338 pasienter mangler opplysninger om behov for geriatrisk vurdering. Prosent som har krysset av *Ja* for hver av de funksjonene/risikofaktorene

I alt 40% av pasientene *med* behov for geriatrisk vurdering er inkontinente, 17% dobbeltinkontinente, mens tilsvarende tall for pasienter *uten* behov for geriatrisk vurdering er 18% og 9%.

I alt 65% av pasientene *med* behov og 48% av pasientene *uten* behov for geriatrisk vurdering kan ikke gå eller går med følge.

Pasienter med behov for geriatrisk vurdering er i denne undersøkelsen kjennetegnet ved at

- 67% har mental funksjonssvikt eller psykiske symptomer
- 40% er inkontinente
- 25% er avmagret
- 65% kan ikke gå eller går med følge eller har falltendens.

#### *Pasientansvarlig fagpersonell og kontakt med kommunen*

Blant de 371 pasientene *med* behov for geriatrisk vurdering har 48% primærsykepleier og pasientansvarlig lege til å gå dagens legevisitt, mot 39% i hele pasientgruppen. Blant pasientene *med* behov for geriatrisk vurdering er 19% meldt utskrivningklare og 13% venter på rehabilitering, mot henholdsvis 17% og 6% i hele pasientgruppen.

I alt 227 pasienter har behov for geriatrisk vurdering og har hjemmetjenester for innleggelse. Blant 42% av disse pasientene har sykepleier på post hatt kontakt med hjemmetjenestene i forbindelse med innleggelsen og 60% før utskrivning. De tilsvarende tall for alle pasienter med hjemmetjenester før innleggelse er henholdsvis 28% og 48%.

## **Pasientrettede samarbeidstiltak**

Det er valgt ut noen få områder som viser hvordan arbeidet er organisert rundt pasientene med henblikk samhandling med kommunene om felles pasienter, pasientansvarlig sykepleier (primærsykepleier) og lege, bruk av tverrfaglig møte som arbeidsredskap og oppfølging med poliklinisk kontroll etter utskrivning.

### *Kontakt med hjemmetjenestene*

I alt 867 pasienter hadde hjemmetjenester før innleggelse. I forbindelse med innleggelse av pasient med hjemmetjenester før innleggelse hadde sykepleier på post kontakt med hjemmetjenestene for å drøfte pasientens tilstand før innleggelse i 28% av tilfellene, men det var ingen kontakt i 59% av tilfellene. For resten av pasientene mangler det data. For de 243 pasientene hvor slik kontakt ble etablert, skjedde dette hos 12% i løpet de to første dagene og i 30% i løpet av de sju første dagene i sykehus. Storparten av kontakten var langt ut i forløpet, minst en uke.

I forbindelse med oppfølging etter utskrivning hadde sykepleier på post kontakt med hjemmetjenestene i 48% av disse pasientene, men det var ingen kontakt i 50% av tilfellene. For resten av pasientene mangler det opplysninger.

Resultatene viser at det er oftere unntaket enn regelen å ha kontakt med hjemmetjenestene når en av deres pasienter innlegges i sykehus. Den kontakten som etableres, skjer dessuten ganske sent i forløpet. Bare for 29 (3%) av de 867 pasientene som hadde hjemmetjenester før innleggelse var det kontakt med hjemmetjenestene i løpet av de to første dagene i sykehus, og bare i 8% i løpet av den første uken.

Kontaktmønsteret er betydelig bedre i forbindelse med planlegging av oppfølging fra hjemmetjenestene etter utskrivning.

### *Pasientansvarlig lege og sykepleier*

I alt 38% av pasientene har primærsykepleier. I 83% av tilfellene er dagens legevisitt gjennomført av en lege som har pasientansvaret. I 33% har pasienten både primærsykepleier og en pasientansvarlig lege til å gå dagens legevisitt.

Legevisitten er gjennomført av overlege i 50%, av underordnet lege i 63%, i 54% av assistentlege og i 13% av turnuslege. Hos 16% av pasientene har underordnet lege og overlege gått visitt sammen.

Hver tredje pasient (33%) har både primærsykepleier og pasientansvarlig lege til å gå dagens legevisitt, 52% av pasientene mangler en av delene og 9% begge deler.

### *Tverrfaglig vurdering*

Tverrfaglig møte er brukt som betegnelse på et planlagt pasientrettet møte med lege, sykepleier og minst en annen type fagperson. Det er avholdt tverrfaglig møte for 35% av pasientene, for 7% er det avtalt møtetidspunkt, for 10% er det ikke gjort avtale, og for 38% av pasientene anses det ikke aktuelt med tverrfaglig møte. For 10% av pasientene mangler det opplysninger.

### *Behov for legekontroll etter utskrivning*

To av tre (66%) trenger legekontroll etter utskrivning. Førtien prosent trenger kontroll etter utskrivning hos egen lege, 32% hos spesialist, 11% i avdelingens poliklinikk og 23% hos annen spesialist. Kjønn, alder (85 år og over), aleneboenhet, antall aktuelle medisinske tilstander og hjemmesykepleie før innleggelse påvirker ikke andelen som trenger etterkontroll hos lege. De som venter på rehabilitering og terminalpasientene tenderer mot lavere behov for etterkontroll hos lege, mens en litt høyere andel av pasienter med behov for geriatrisk vurdering i sykehuset (71%) har behov for kontroll hos lege etter utskrivning.

### Forlenget sykehusopphold og venting på utskrivning

Forlenget sykehusopphold er definert som utilsiktet forlengelse pga. forhold ved pasient og/eller pårørende, overflytting til annen institusjon eller mangelfullt tilbud i kommunen. Det er ikke registrert om det er intern venting på undersøkelser m.v. i sykehuset. Resultatene framgår av tabell 17.

Tabell 17 Pasienter med forlenget sykehusopphold og som venter på utskrivning. N=1781

Forlenget opphold pga.	Antall	Prosent
... forhold ved pasient og/eller pårørende	233	13
... overflytning til annet sykehus	40	2
... tilbud i kommunen	305	17
Meldt utskrivningsklar	301	17
Venter på rehabilitering	111	6

Blant de 305 som har forlenget sykehusopphold pga. mangelfullt tilbud i kommunen, mangler 111 pasienter (36%) tilbud fra hjemmetjenestene, 183 pasienter (60%) venter på sykehjemsplass, 20 pasienter (7%) venter på tilpasning av tekniske hjelpemidler og 41 pasienter (13%) venter på rehabilitering. Hele 117 personer (38%) er terminalpasienter.

Disse 305 pasientene har en gjennomsnittlig liggetid på 32 dager sammelignet med 17 dager for hele pasientgruppen. Dette representerer ca. 4 500 ekstra liggedager i forhold til gjennomsnittet.

Blant de 301 som er *meldt utskrivningsklar*, kfr senere forskrift, venter 136 pasienter (45%) på sykehjemsplass, 18 pasienter (6%) venter på hjemmetjenester, 11 pasienter (4%) venter på tilpasning av tekniske hjelpemidler og 44 pasienter (11%) venter på rehabilitering. Trettien personer (10%) er terminalpasienter.

De pasientene som er meldt utskrivningsklar er i gjennomsnitt 1,5 år eldre (83,4) enn resten og har i gjennomsnitt 0,4 flere av 12 mulige aktuelle medisinske tilstander enn resten. Andelen aleneboende er 6% høyere enn for resten, og andelen med mye hjemmesykepleie (daglig og/eller om natten) før innleggelse er 10% høyere (23%) enn for resten. De vanligste enkelt diagnosene for dem som er meldt utskrivningsklar er apoplexi (18%), hjertesvikt/lungeødem (8%), luftveisinfeksjon (7%), hjertearytmi (3%), astma/KOLS (3%), urinveisinfeksjon (3%), hjerteinfarkt (3%) og nyresvikt (2%). Hver syvende (16%) av dem som er meldt utskrivningsklar, venter på videre rehabilitering.

Disse 301 pasientene har en gjennomsnittlig liggetid på 25 dager sammeliknet med 17 dager for hele pasientgruppen. Dette representerer ca. 2 400 ekstra liggedager i forhold til gjennomsnittet.

De 111 pasientene som *venter på rehabilitering* er ca. ett år eldre enn resten (83 år). I alt 18% av dem *med* behov for geriatrik vurdering venter på rehabilitering. De vanligste enkelt diagnosene blant pasienter som venter på rehabilitering er apoplexi (32%), luftveisinfeksjon (6%), lårhalsbrudd, andre brudd eller traumer (5%), hjerteinfarkt (4%) og ACB/hjerteklaffoperert (4%).

Disse 111 pasientene har en gjennomsnittlig liggetid på 17 dager sammenliknet med 17 dager for hele pasientgruppen. Dette representerer ca. 1 300 ekstra liggedager i forhold til gjennomsnittet.

”*Ventepasienter*” i denne undersøkelsen omfatter pasienter med forlenget sykehusopphold pga.. forhold ved pasient og/eller pårørende, venting i forbindelse med overflytting til annet sykehus eller mangelfullt tilbud i kommunen, eller at pasienten er meldt utskrivningsklar eller venter på rehabilitering. Totalt utgjør dette 671 pasienter (38%), 42% av kvinnene og 32% av mennene.

De vanligste hoveddiagnosene for de 671 ”ventepasientene” er vaskulær hjerneskade (21%), hjerte-karsykdom (21%), infeksjon (12%) og kreft (8%). I alt 46% av dem *med* behov og 34% av dem *uten* behov for geriatrik vurdering er ”ventepasienter”. Det kan bety at mange av henvisningene til geriatrik vurdering gjelder assistanse med å få ”ventepasientene” utskrevet eller videre i systemet.

Disse 671 pasientene har en gjennomsnittlig liggetid på 23 dager sammenliknet med 17 dager for hele pasientgruppen. Dette representerer vel 4000 ekstra liggedager i forhold til gjennomsnittet.

## **Terminalpasienter**

Ettersom begrepet terminalpasient ikke er nærmere presisert i undersøkelsen, kan betegnelsen være brukt på pasienter som har en dødelig tilstand, men som likevel ikke er i terminalfasen. Totalt 269 pasienter (15%) er registrert som terminalpasienter. For denne gruppen er gjennomsnittsalderen nær ett år høyere (83 år) enn for resten av pasientene.

Seksti prosent av terminalpasientene har kronisk hjerte-lungelidelse, 26% følgetilstand etter hjerneslag og 18% kreft. Hoveddiagnosen for terminalpasientene fordeler seg med 24% vaskulær hjerneskade, 20% hjerte-karsykdom og 12% kreft. De vanligste enkeltdiagnosene til terminalpasientene er apoplexi (18%), hjertesvikt/lungeødem (12%), hjerteinfarkt (5%), blodkreft (3%), koronar hjertesykdom/angina (3%) og akutt pleie/nedsatt allmenntilstand eller funksjonssvikt (3%).

Terminalpasientene er overrepresentert av aleneboende kvinner over 85 år med mange medisinske tilstander, men gruppen har ikke vesentlig høyere andel med hjemmesykepleie før innleggelse enn andre pasienter.

De 269 terminalpasientene har en gjennomsnittlig liggetid på 26 dager sammenliknet med 17 dager for hele pasientgruppen. Dette representerer ca. 2 400 ekstra liggedager i forhold til gjennomsnittet.

## Variasjoner mellom regionsykehus, sentralsykehus og fylkes- og lokalsykehus

### *Sykehustyper*

Inndeling i sykehustyper er basert på inndelingen til NIS/Samdata, og i denne undersøkelsen er det tre grupper: regionsykehus, sentralsykehus, fylkes-/lokalsykehus. Ullevål sykehus er inkludert med to avdelinger (Medisinsk klinikk og Klinikk for geriatri og rehabilitering) og Haukeland sykehus med tre avdelinger (Medisinsk avdeling, Hjerteravdelingen og Lungeavdelingen.). Sykehuset Østfold, avdeling Fredrikstad, Sarpsborg og Halden utgjorde i 1998 sentralsykehuset i Østfold, og disse avdelingene er klassifisert under sentralsykehus. Senere er alle Østfoldsykehusene del av sentralsykehuset. Slike sammenslåinger er siden gjennomført også i Oppland og i Vestfold. Sykehusoversikten fremgår av vedlegg 1.

### *Pasientsammensetning, alder og liggetid*

Tabell 18 viser utvalgte kjennetegn ved belegget og pasientene i de ulike sykehustypene.

Tabell 18      Antall avdelinger, pasienter og andre kjennetegn etter sykehustype

Sykehustype	Antall sykehus	Antall pasienter	Antall pasienter pr. sykehus (gjennomsnitt)	Liggetid Antall dager (gjennomsnitt)
Regionsykehus	4	381	95	23
Sentralsykehus	12	544	45	15
Fylkes- og lokalsykehus	38	856	23	15
Totalt	54	1781	33	17

Gjennomsnittsalderen for pasienter 75 år og over og gjennomsnittlig antall aktuelle medisinske tilstander av 12 mulige er lik for de tre sykehustypene. Andre kjennetegn framgår av tabell 19.

Andelen med følgetilstand etter hjerneslag, inkontinens eller mentale symptomer varierer ikke mellom sykehustypene. Det samme gjelder for andelen som har uavklart diagnose og behov for videre utredning og for andelen som er meldt utskrivningsklar.

Tabell 19      Andel med ulike kjennetegn i ulike sykhustyper. Prosent



Andel	Region- sykehus	Sentral- sykehus	Fylkes-og lokalsykehus	Totalt
Aleneboende	58	47	53	52
Med mye hjemmesykepleie	17	11	12	13
Psykisk lidelse / aldersdemens	22	15	15	18
Terminalpasient	12	16	16	16
Tverrfaglig møte	53	34	42	35
Behov for geriatrisk vurdering	30	17	19	23
Primærsykepleier	44	34	38	38
Pasientansvarlig lege går legevisitt	39	28	33	33
Kontakt med kommunen ved innkomst	27	17	18	19
Meldt utskrivningklar	18	16	17	17
Venter på rehabilitering	2	8	7	6
”Ventepasient”	34	37	40	38

Ut fra sosiale bakgrunnsvariable og hjelpetiltak i kommunen tyder det på at pasientbelegget er tyngst i regionsykehus. Også når det gjelder pasientansvarlig lege og sykepleier og når det gjelder kontakt med hjemmetjenestene der det er aktuelt ved innkomst, er resultatene best for pasienter i regioansykehus.

Når det gjelder forlenget liggetid i sykehus og ”ventepasienter” er det visse forskjeller, og regionsykehusene kommer ikke dårligere ut enn de andre sykehusene.

Sykehus med store og mindre nedslagsfelt slår noe forskjelleig ut når det gjelder ventepasienter i forbindelse med utskrivning fra sykehus, se tabell 20.

Tabell 20 ”Ventepasienter” i avdelinger med nedslagsfelt som lokalsykehus under og over 100 000 innbyggere. Andel i prosent. N=1781

Andel	Nedslagsfelt inntil 100 000 innbyggere	Nedslagsfelt over 100 000 innbyggere
Pasienter med forlenget sykehusopphold	20	14
Utskrivningsklare pasienter	19	15
”Ventepasienter”	43	32

Resultatene tyder på at venteproblemet ved utskrivning er størst i de sykehus som har middels stort eller mindre nedslagsfelt som lokalsykehus.

Tilsvarende analyser i forhold til antall innlagte pasienter i indremedisinske avdelinger på registreringsdagen framgår av tabell 21. Resultatene viser at de indremedisinske avdelingene med færrest innlagte pasienter har flest ”ventepasienter”. Små og mindre avdelinger med et lite lokalsykehusområde ser ut for å være mindre presset i forhold til gamle utskrivningklare pasienter og pasienter med forlenget sykehusoppholdet og som venter på utskrivning.

Tabell 21 "Ventepasienter" i avdelinger med få eller mange innlagte pasienter på registreringsdagen. N=4234

Andel	Antall innlagte pasienter		
	<50	50-99	100+
Pasienter med forlenget sykehusopphold	19	16	17
Utskrivningsklare pasienter	18	18	16
"Ventepasienter"	39	38	37

Gjennomsnittlig liggetid er 16 dager i avdelinger med få pasienter (<50), 14 dager i avdelinger med middels antall pasienter (50-99) og 21 i stor avdelinger med 1000 eller flere innlagte pasienter på registreringsdagen. De større avdelingene har altså lengre liggetid, men lavere andel "ventepasienter".

### Sykehus med og uten geriatrisk spesialisthelsetjeneste

Trettini prosent av pasientene er i sykehus uten spesialisthelsetjeneste i geriatri. Inndelingen bygger på om det er tilgang på spesialist i geriatri. Noen sykehus har geriatriske team under oppbygging og har enda ikke etablert geriatri fullt ut. Disse sykehusene er klassifisert *uten* geriatri. Fordelingen framgår av tabell 22.

Tabell 22 Pasienter *uten* tilgang på geriatrisk tilbud i sykehuset, fordelt etter sykehustype

Sykehustype	Antall	Andel av pasientene
Regionsykehus	92	24
Sentalsykehus	173	32
Fylkes- og lokalsykehus	431	50
Totalt	696	39

Kjennetegn ved pasientene og organisatoriske forhold i sykehuset varierer mellom sykehus *med* og *uten* spesialisthelsetjeneste i geriatri. Det samme gjelder antall "ventepasienter" i sykehuset slik det framgår av tabell 23.

Tabell 23 Ulikheter ved sykehus *med* og *uten* spesialisthelsetjeneste i geriatri. Prosent. N=1781

Andel	Med geriatri	Uten geriatri	Totalt
Aleneboende	56	47	52
Med mye hjemmesykepleie	14	11	13
Pasienter med psykisk lidelse / aldersdemens	18	13	18
Terminalpasient	14	17	16
Pasienter med gjennomført tverrfaglig møte	49	32	35
Behov for geriatrisk vurdering	26	13	23
Primærsykepleier	43	31	38
Pasientansvarlig lege som går dagens legevistt	84	81	33
Kontakt med hjemmetjeneste ved innkomst	24	12	19
Pasienter som venter på rehabilitering	5	8	6
"Ventepasient"	38	37	38

Resultatene tyder på at sykehus *med* spesialisthelsetjeneste i geriatri gjennomgående har tyngrer indremedisinske pasienter enn i sykehus *uten* geriatri. Andelen treminalpasienter er imidlertid lavere. I sykehus *med* geriatri tilbud er det større tendens til å ha tverrfaglige møter, og behovet for geriatrisk vurdering er betydelig høyere. En naturlig forklaring kan være at et tilbud skaper eller avdekker et behov. I sykehus *med* geriatri har de gamle pasientene i større grad primær sykepleie, og det er oftere kontakt med hjemmetjenestene for pasienter som har hjemmetjenester før innleggelse. I sykehus *med* geriatri er det færre som venter på rehabilitering, men like stor andel ”ventepasienter” som i sykehus *med* geriatri.

Ved sammenlikning av regionsykehus *med* og *uten* geriatri og sentralsykehus *med* og *uten* geriatri, får man et mer nyansert bilde. Se tabell 24.

Tabell 24 Utvalgte kjennetegn ved pasienter i region- og sentralsykehus *med* og *uten* geriatri. N=1781

Andel...	Regionsykehus		Sentralsykehus	
	Med geriatri	Uten geriatri	Med geriatri	Uten geriatri
Over 85 år	34	19	28	26
Aleneboende	61	49	48	46
Med mye hjemmesykepleie <sup>1)</sup>	19	9	11	9
Med tverrfaglig møte	63	23	36	32
Med behov for geriatrisk vurdering	37	8	18	15
Med pasientansvarlig sykepleier og lege	45	22	31	22
Med kontakt med hjemmetjenestene <sup>2)</sup>	24	10	13	7
Gjennomsnittlig...				
Liggetid	25	17	12	22
Antall av 12 medisinske tilstander	2,8	2,1	2,6	2,7

1) Hjemmesykepleie daglig og/eller om natten

2) Kontakt med hjemmetjenestene ved innleggelse av pasient som har hjemmetjenester før innleggelse

Resultatene viser at det er en betydelig forskjell mellom regionsykehus *med* og *uten* geriatri. I regionsykehus *med* geriatri er pasientbelegget gjennomgående preget av større hjelpebehov, og det er bedre organisering i forhold til tverrfaglighet, pasientansvarlig lege og sykepleier og samhandling med kommunen. Gjennomsnittlig liggetid er derimot lengre. I sentralsykehus framkommer det ingen forskjell av betydning.

## Diskusjon

### *Metodiske begrensinger*

Materialet omfatter bare indremedisinske avdelinger. Noen få avdelinger er utelatt fra analysen pga. undersøkelsens fokus på geriatri. Materialet hadde opprinnelig ni personer under 75 år, men disse er ekskludert. Det er ikke mulig å vite hvor mange indremedisinske pasienter som skulle ha vært inkludert men som av ulike grunner ikke er registrert. Teoretisk kan samme pasient ha vært registrert flere ganger ved flyttinger mellom sykehus, men det er ikke noe problem for disse analysene. Svarposenten er 100% når det gjelder antall avdelinger som ble invitert til å delta, og med ett unntak holdt sykehuset seg til de oppsatte registreringsdagene.

En dagsprevalensundersøkelse er følsom for sesongvariasjoner og svingninger fra dag til dag. Metoden gir et situasjonsbilde som ikke fanger opp vilkårlige variasjoner over tid.

Det er ikke benyttet vitenskapelige kriterier for variable som er gjenstand for vurdering, og undersøkelsen er et uttrykk for fagfolkenes kliniske skjønn når det gjelder medisinske forhold og funksjonssvikt. En del variable er ufullstendig utfylt, f.eks. 41 personer uten oppgitt kjønn og 14 personer uten oppgitt alder. Manglende opplysninger kan skyldes ufullstendig registrering, mangel på dokumentasjon om forholdet eller være uttrykk for at variabelen ikke har aktualitet.

Prosentberegningen er gjort på grunnlag av totalmaterialet der annet ikke er angitt og kan derfor være et lavt anslag. I rapporten er det ikke gjort beregninger av statistisk signifikans.

Dataregistreringen skjedde ved optisk lesning (applikasjonen Eyes & Hands). Metoden hadde betydelige mangler og ga mange feillesninger. En grunn er at noen registreringsskjema ble kopiert i ettertid og ga unøyaktig posisjon under optisk lesning. Prosjektgruppen gikk gjennom alle skjemaene manuelt og avklarte usikre tolkninger så langt det var mulig. I alt 54 ICD-koder for diagnose ga ulovlige tall- og bokstavverdier ved optisk lesning og måtte kontrolleres manuelt opp mot skjemaene. Omfanget av andre feilkodinger er ikke telt opp. Det er ikke mulig å si hvor pålitelige data er ettersom det ikke er foretatt noen kontroll mot andre relevante datakilder.

Inndeling av sykehus i tre kategorier gjør at man mister en del informasjon ved ikke å skille mellom fylkessykehus og lokalsykehus. Inndelingen er valgt bl.a. ut fra erfaringer fra Helsetilsynets kartlegging av korridorpasienter i 1998 og 1999.

### *De gamle trenger sykehus*

Undersøkelsen gjør det mulig å analysere på individnivå ved bruk av tilgjengelige opplysninger om medisinske forhold, funksjonssvikt og organisering av tilbudet rundt enkeltpasientene.

Studien viser at gamle mennesker i alderen 75 år og over utgjør en stor del av pasientene (42%) i landets indremedisinske avdelinger. Gjennomsnittsalderen er høy (82 år), over

halvparten (52%) bor alene, og 13% har hjemmesykepleie daglig og/eller om natten. Dette tilsier at det er en utsatt gruppe når sykdom rammer. I alt 72% har ligget i sykehuset tidligere, 41% tidligere i registreringsåret 1998. På registreringsdagen har pasientene allerede en liggetid på 17 dager i gjennomsnitt.

### *Sammensatte helseproblem og stor funksjonssvikt*

Gamle pasienter i indremedisinske avdelinger har mange sykdommer. Ca. to tredeler har kronisk hjerte-lungelidelse, ca. hver tredje pasient infeksjon, hver fjerde pasient sansesvikt og like mange skade eller sykdom i muskel-skjelettsystemet som som aktuell medisinsk tilstand. Ca. hver sjettede pasient har psykisk lidelse eller aldersdemens.

At pasientene har mange helseproblemer er illustrert ved at 12% har infeksjon som hoveddiagnose og 35% har infeksjon som en aktuell medisinsk tilstand. Og det er ca. dobbelt så mange som har kronisk hjerte-lungelidelse som en aktuell medisinsk tilstand som antall pasienter med hjerte-karsykdom eller lungesykdom som hoveddiagnose.

Gamle i sykehus har betydelig funksjonssvikt. Dette kommer til uttrykk ved at ca. halvparten (49%) har hjemmetjenester fra kommunen før innleggelse og 6% er innlagt fra sykehjem. Funksjonssvikten lar seg observere i sykehuset. I alt 41% har symptom på mental funksjonssvikt, 24% er inkontinente og 53% kan ikke gå eller trenger følge ved gange.

### *Behov for bedre organisering*

Under halvparten av pasientene (39%) har en pasientansvarlig sykepleier (primærsykepleier) og en pasientansvarlig lege som går dagens legevistitt. Her er det et stort forbedringspotensial i forhold til krav til sykehusets ledelse og organisering<sup>13</sup>.

Mer enn hver tredje av de 59 indremedisinske avdelingene (37%) har ingen fast rutine med å melde fra skriftlig eller pr. telefon til hjemmetjenestene når det innlegges en pasient som har hjemmetjenester før innleggelse. I Helsetilsynets undersøkelse av korridorpasienter i sykehus i 1999 vises det til at mange sykehus har etablert gode rutiner og samarbeidsformer med kommunehelsetjenesten<sup>7</sup>. Denne undersøkelsen viser imidlertid at for 59% av pasientene med hjemmetjenester før innleggelse har sykepleier på post *ikke* hatt kontakt med kommunen for å utveksle informasjon om pasientens tilstand før innleggelse. Bare for 8% av de aktuelle pasientene er slik kontakt etablert innen en uke etter innleggelse. Før utskrivning er det *ikke* tatt kontakt med kommunen for slike pasienter i 40% av tilfellene.

Når de to kartleggingene spriker på dette punktet, kan det være fordi denne undersøkelsen har analysert hav som skjer med enkeltpasienter, mens Helsetilsynets kartlegging av korridorpasientene bygger på ledelsens utsagn på aggregert nivå.

I følge lov om kommunehelsetjeneste er det kommunen der pasienten bor eller oppholder seg som har ansvar for å gi pasienten nødvendig helsehjelp. Pasienter som mottar hjemmetjenester er ofte godt kjent av det kommunale hjelpeapparatet. Når sykehuset ofte ikke har kontakt med hjemmetjenestene når slike pasienter innlegges, kan det være uttrykk for at sykehuset ikke tar kommunen tilstrekkelig på alvor. Varsling før utskrivning er derimot viktig for sykehuset for å sikre at kommunen raskest mulig kan ta pasienten tilbake. Funnet kan

tolkes slik at sykehuset ikke i tilstrekkelig grad utnytter eller verdsetter av de kunnskapene kommunen har om de pasientene som innlegges.

#### *Aktiv utredning eller unødig ventetid*

For over halvparten av pasientene er diagnosen kjent ved innleggelsen, og det er ikke behov for videre utredning. Mer enn hver tredje pasient kan klassifiseres som "ventepasient", og for denne pasientgruppen tilsvarer det 4000 ekstra liggedager fordi gjennomsnittlig liggetid for denne gruppen er 6 dager mer enn for hele pasientgruppen. De 671 "ventepasientene" utgjør 16% av de 4234 innlagte pasientene i indremedisinsk avdeling på registreringsdagen.

Da den studien ble gjennomført i oktober 1998, var det to måneder til forskrift om kommunal betalingssplikt for ferdigbehandlede pasienter ble innført<sup>11</sup>. På undersøkelsestidspunktet var 17% av de 1781 gamle pasientene meldt utskrivningsklar. Helsetilsynets undersøkelse i juni 1999 viser at 26% av sykehusene hadde 6 eller flere utskrivningsklare pasienter<sup>9</sup>. De 301 utskrivningsklare pasientene representerer 7% av de 4234 pasientene i alle aldre som den dagen var innlagt i indremedisinske avdelinger.

Resultatene reiser spørsmål om hvor effektivt liggetiden for gamle i sykehus blir utnyttet. Funnene må ses i sammenheng med de analysene som viser at det er betydelig ovebelegg ved landets indremedisinske avdelinger.

I 1998/99 forekom korridorpasienter regelmessig eller ofte ved 83% av de indremedisinske avdelingene. Mer enn hver tredje indremedisinske avdeling (37%) hadde en gjennomsnittlig beleggspersent på minst 100 i 1998, mens tallet var 28% i 1997<sup>7</sup>. I Helsetilsynets undersøkelse om korridorpasienter i 1999 peker flere sykehus på økt press på sykehussengene pga. økningen i antallet innen de høyeste aldersgruppene. I perioden 1992-1997 økte antall øyeblikkelig-hjelp opphold ved landets somatiske sykehus med 10,7%<sup>3</sup>. En stor del av økningen kan tilskrives økt antall innleggelser hos pasienter på 80 år og over. Fra 1991-1997 har det vært en nedgang i antall indremedisinske senger i norske sykehus<sup>3</sup>.

Presset på sykehussengene må ses i sammenheng med plikten til å motta øyeblikkelig-hjelp. En studie av 800 øyeblikkelig-hjelp innleggelser ved et sentralsykehus viser at ca. en firedel av pasientene ikke trenger å legges inn på sengepost, men kan tas hånd på andre måter, bl.a. i observasjonspost i akuttmottaket<sup>15</sup>. En norsk studie av pasienter 70 år og over som primærlegen har henvist til innleggelse for akutt pleie eller pga. rask funksjonssvikt med behov for innleggelse i løpet av en uke, viser at "pre admission home visit" og geriatrikisk intervensjon kan redusere antall innleggelser med 29%<sup>16</sup>. Det er mange som venter på å komme til behandling i spesialisthelsetjenesten. Ved årsskiftet 1999 var det ca. 290 000 på venteliste, vel 25 000 av disse med behandlingsgaranti på tre måneder, og vel 5 000 garantibrudd. Samtidig er det "ventelister" for utskrivning fra sykehus. Denne kartleggingen viser at "ventepasientene" utgjør kanskje hver sjettede pasient i indremedisinske avdelinger.

Kjøproblemet inn i og ut av sykehus må ses i sammenheng. Forpliktende avtaler om nye samarbeidsformer og bedre kommunikasjon i pasienthåndteringen mellom kommunalt og fylkesskommunalt nivå tvinger seg fram.

#### *Fokus på geriatri*

Ett av målene for undersøkelsen var å kartlegge behovet for geriatrike tjenester i somatisk sykehus. Undersøkelsen viser at hver femte pasient 75 år og over i indremedisinsk avdeling trenger geriatrik vurdering: Aandelen i de indremedisinske avdelinger som har geriatri er noe høyere, 26%. Dette tallet bør legges til grunn, og det tilsvarer at 11% av alle pasienter i alle aldre innlagt i indremedisinske avdelinger på registreringstidspunktet har behov for geriatri. Dette stemmer godt med internasjonale studier som viser at 8-15% av indremedisinske pasienter har behov for geriatrik utredning<sup>17</sup>. En forutsetning for at det geriatrike tilbudet skal virke, er at egnede pasienter velges ut for geriatrik intervensjon<sup>14</sup>.

I denne undersøkelsen har indremedisinske pasienter med behov for geriatrik vurdering følgende kjennetegn:

- Aleneboende med mye hjemmesykepleie, ofte med hjerneslag, aldersdemens og muskelskjelettlidelser, særlig lårhalsbrudd, eller luftveisinfeksjon som diagnos,
- Funksjonssvikt på det mentale området, urininkontinens, avmagring og bevegelsesvansker med falltendens.

Trettini prosent av pasientene i undersøkelsen er innlagt i sykehus uten tilgang på geriatrik spesialisthelsetjeneste. En firedel (24%) av dem som har behov for geriatrik vurdering, har likevel ikke tilgang på dette i sykehuset, særlig pasienter i fylkes- og lokalsykehus.

Fem års statlig satsning gjennom Nasjonalt geriatriprogram har bidratt til å få etablert spesialisthelsetjeneste i geriatri i nesten alle landet fylker. Det er fortsatt eksempler på at geriatriutbyggingen har stanset opp pga. legemangel, og mange sykehus har fortsatt ikke geriatribud. To regionsykehus (Rikshospitalet og Haukeland sykehus), flere sentralsykehus og flertallet av fylkes- og lokalsykehusene har ikke spesialisthelsetjeneste i geriatri.

Høsten 1999 sendte Statens helsetilsyn brev til Nasjonalt råd for spesialistutanning av leger og legestillinger med forslag om at geriatri bør være en egen hovedspesialitet, ikke bare en grenspesialitet under indremedisin. En slik endring vil etter Helsetilsynets vurdering gi et bredere rekrutteringsgrunnlag for spesialiteten geriatri og bidra til at geriatrik kompetanse kan fylle flere oppgaver, ikke bare i akuttisykehus, men også i samarbeidsfeltet mellom fylkeskommunale og kommunale helsetjenester for eldre. Dette er i tråd med forutsetningen for sykehjemsreformen i 1988<sup>18</sup>. Denne type samarbeid er i samsvar med lov om spesialisthelsetjeneste og de verdier som legger til grunn for norsk helsetjeneste<sup>19</sup>.



## Vedlegg 1 Sykehusene som var med og inndeling i tre sykehustyper

### Regionsykehus

Ullevål sykehus  
Haukeland sykehus  
Regionsykehuset i Trondheim  
Regionsykehuset i Tromsø

### Sentralsykehus

Sentralsykehuset i Akershus  
Sykehuset Østfold avd Fredrikstad/  
Sarpsborg/Halden  
Hedmark sentralsykehus  
Buskerud sentralsykehus  
Vestfold sentralsykehus avd Tønsberg/Horten  
Aust-Agder sentralsykehus  
Vest-Agder sentralsykehus  
Sentralsykehuset i Rogaland  
Sentralsjukehuset i Sogn og Fjordane  
Sentralsjukehuset i Møre og Romsdal  
Nordland sentralsykehus

### Fylkes-/lokalsykehus

Aker sykehus  
Diakonhjemmets sykehus  
Lovisenberg diakonale sykehus  
Bærum sykehus  
Sykehuset Østfold avdeling Moss  
Sykehuset Østfold avdeling Askim  
Kongsvinger sjukehus  
Tynset sjukehus

Oppland sentralsykehus avdeling Gjøvik  
Oppland sentralsykehus avdeling Lillehammer  
Kongsberg sykehus  
Ringerike sykehus  
Vestfold sentralsykehus avdeling Larvik  
Vestfold sentralsykehus avdeling Sandefjord  
Notodden sykehus  
Rjukan sykehus  
Fylkessjukehuset i Haugesund  
Diakonissehjemmets sykehus Haraldsplass  
Fylkessjukehuset på Odda  
Fylkessjukehuset på Stord  
Fylkessjukehuset på Voss  
Fylkessjukehuset i Lærdal  
Fylkessjukehuset i Nordfjordeid  
Fylkessjukehuset i Kristiansund  
Fylkessjukehuset i Molde  
Fylkessjukehuset i Volda  
Orkdal Sanitetsforenings Sjukehus  
Innherred sykehus  
Namdal sykehus  
Lofoten sykehus  
Narvik sykehus  
Rana sykehus  
Sandessjøen sykehus  
Stokmarknes sykehus  
Vefsn sykehus  
Harstad sykehus  
Hammerfest sykehus  
Kirkenes sykehus

## Vedlegg 2 Spørreskjema til avdelingsledelsen

Utfylles av avdelingsleder

Sykehus

Skjema

- 
- 1 **Antall pasienter innlagt i medisinsk avdeling på registreringsdagen** (døgn- og dagpasienter)
- 2 **Har avdelingen fast rutine for å melde fra til kommunen når en pasient med hjemmetjenester innlegges i avdelingen?**
- |  | Ja                    | Nei                   |
|--|-----------------------|-----------------------|
| Skriftlig melding                        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Sykepleier tar telefonkontakt første dag | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Gjelder alle aktuelle poster             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
- 3 **Har avdelingen fast rutine for å melde til kommunen om planlagt utskrivning av pasient som trenger oppfølging av hjemmetjenestene?**
- |  | Ja                    | Nei                   |
|--|-----------------------|-----------------------|
| Skriftlig melding                                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Sykepleier tar telefonkontakt i god tid            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Sykepleier tar telefonkontakt rett for utskrivning | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Gjelder alle aktuelle                              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
- 4 **Har avdelingen en formalisert ordning med eventuelt å fastsette hvilken dag pasienten er utskrivningsklar / ferdigbehandlet i sykehuset, slik at skriftlig melding sendes kommunen?**
- |                         | Ja                    | Nei                   |
|-------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Har slik meldingsrutine | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
- 5 **Har medisinsk avdeling tilgang på**
- |                                    | Ja                    | Nei                   |
|------------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| ..ergoterapeut ansatt i sykehuset? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ..sosionom ansatt i sykehuset?     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
- 6 **Er tverrfaglige møter** (med lege, syke(hjelpe-)pleier pluss minst en annen fagperson) **innarbeidet i avdelingens rutiner?**
- |  | Ja                    | Nei                   |
|--|-----------------------|-----------------------|
|  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Dato

\_\_\_\_\_

Sign

\_\_\_\_\_

*Returneres sammen med registreringskjemaene for pasienter 75 år og over til Statens helsetilsyn*

**Vedlegg 3 Registreringskjema for pasienter 75 år og over**
**75 år+ i Medisinsk avdeling oktober 1998**

Nasjonalt geriatriprogram er vedtatt av Stortinget som en femårig plan 1994-99 for å styrke spesialisthelsetjenesten i geriatri. Denne registreringen omfatter gamle pasienter 75 år+ innlagt i landets medisinske avdelinger. På previsitten 20.,21. eller 22.10. fylles det ut ett skjema pr pasient.

Sykehus nr

**Bakgrunnsdata:**

**Kjønn:** 1  Kvinne  
2  Mann

**Alder:**  år

**Morsmål:** 1  Norsk  
2  Samisk  
3  Annet \_\_\_\_\_

*Hvis ikke i institusjon:*

<b>Hjemmesituasjon:</b>	Ja	Nei	?	<b>Bor sammen med ektefelle/samboer?</b>	Ja	Nei	?
Bor alene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har hjemmehjelp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
Har hjemmesykepleie dagtid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Antall besøk pr uke:</b>	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>
Har hjemmesykepleie natten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Antall besøk pr uke:</b>	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>
Yter selv stor omsorg hjemme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

**Medisinsk tilstand, funksjon og risikofaktorer:**
**Diagnostisk avklaring:**

- 1  Diagnose kjent ved innleggelsen  
2  Diagnose avklaret under oppholdet  
3  Diagnose ikke helt avklare

**Hvilken hoveddiagnose?**

\_\_\_\_\_

<b>Aktuelle medisinske tilstander</b>	Ja	Nei	?	<b>Funksjon/risikofaktor</b>	Ja	Nei	?
Infeksjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nedsatt korttidsminne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kreft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Urolig/vandrende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykisk lidelse/aldersdemens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trist/deprimert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følgetilstand etter hjerneslag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Engstelig/angstpreget	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annen sykdom i CNS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avmagret/underernært	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kronisk hjerte-/lungelidelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inkontinent for urin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insulintrengende diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inkontinent for avføring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skade/sykdom muskel/skjelett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kan ikke gå	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mage-tarmlidelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kan gå med følge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urinveislidelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Går alene m/ hj.midler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sansesvikt (syn/hørsel/tale)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Balansesvikt/faller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forvirringstilstand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Geriatrisk vurdering aktuelt?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Trenger videre utredning?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

**Tidligere opphold i sykehuset:**

**Tidligere innlagt i sykehuset** Ja Nei ?  
(inkl.alle sykehusenheter med fellesjournal)

**Hoveddiagnose sist (ICD,3 siffer)**

**Dato for siste utskrivning**

**Antall opphold siste 12 mnd**

**Dette sykehusoppholdet:**

**Innlagt fra**

**Innleggelsesdato**

- 1  Hjemmet  
 2  Sykehjem  
 3  Annet sykehus  
 4  Andre muligheter

(omfatter via andre sykehusenheter)

Type post / enhet / gruppe:

grenspesialisering / overvåking / obs.post m.v

**Har sykepleier hatt kontakt med hjemmetjenestene for å drøfte**

Ja Nei ?  
 ..tilstanden før innleggelse?     
 ..oppfølging etter utskrivning?

**Har pasienten primærsykepleier?**

Ja Nei

**Hvem går/gikk legevisitt i dag?**

Ja Nei  
 Ingen  
 Turnuslege  
 Assistentlege  
 Overlege

**Visittgående lege har/får**

Ja Nei  
**daglig ansvar for pasienten:**    
 (minst én av legene)

**Tverrfaglig vurdering av pasienten:** (lege, syke (-hjelpe)pleier og minst én annen faggruppe (fysio, ergo mv))

- 1  Har drøftet pasienten i felles tverrfaglig møte  
 2  Har ikke drøftet pasienten i felles tverrfaglig møte, møtetidspunkt er avtalt  
 3  Ikke avklart, møtetidspunkt er ikke avtalt  
 4  Ikke aktuelt

**Vedrørende utskrivning:**

**Oppholdet er forlenget p.g.a**

Ja Nei ?  
 ..forhold ved pasient/pårørende     
 ..overflytning til annet sykehus     
 ..tilbud i kommunen

Hva? \_\_\_\_\_

**og venter på**

Ja Nei ?  
 ..hjemmetjenester     
 ..sykehjemsplass     
 ..tilpasning hj.m/bolig

**Meldt utskrivningsklar/ Ja ferdigbehandlet?**

Nei ?  
 For tidlig å avgjøre

**Trenger kontroll etter utskrivning?**

Ja Nei ?  
 ..hos oss     
 ..hos annen spesialist     
 ..hos egen lege     
 For tidlig å avgjøre

**Venter på videre rehabilitering?**

Ja Nei ?

**Terminal pleiepasient?**

Ja Nei

**Signatur og datering:**

Sign \_\_\_\_\_ initialer

Dato:

	10	98
--	----	----

**Vedlegg 4 Resultater fra hver enkelt sykehusavdeling nummerert 1-59**

I vedlegg 4 gjengis utvalgte kjennetegn ved enkeltpasientene og organisering i avdelingen som prosentandeler av totalt antall pasienter som er registrert i prevalensundersøkelsen.

Vedlegg 4a inneholder totalt antall pasienter, antall innlagte 75 år og ver og andelen gamle.

Vedlegg 4b inneholder gjennomsnittsdata for de tre sykehustypene.

Vedlegg 4c inneholder data for den enkelte sykehusavdeling nummerert fra 1-59.

Fylkeskommunen og det enkelte sykehus og har fått oversendt *sin egen kode* for sykehusavdelingene 1 til 59. Data fra det enkelte sykehus (4c) kan dermed sammenliknes med gjennomsnittet for vedkommende sykehustype (4b).

**Vedlegg 4a Totalt antall innlagte pasienter, antall og andel 75 år og over**

<b>Sykehus nummer</b>	<b>Totalt antall innlagte pasienter</b>	<b>Pasienter 75år+</b>	<b>Andel 75år+</b>
1	84	26	31
2	81	32	40
3	103	36	35
4	41	19	46
5	60	20	33
6	25	10	40
7	26	8	31
8	83	44	53
9	24	6	25
10	17	6	35
11	88	28	32
12	67	26	39
13	92	34	37
14	93	34	37
15	245	102	42
16	97	65	67
17	16	8	50
18	48	20	42
19	28	17	61
20	132	47	36
21	56	26	46
22	68	19	28
23	21	10	48
24	19	13	68
25	63	19	30
26	37	18	49
27	57	25	44
28	38	18	47
29	104	53	51
30	35	17	49
31	244	78	32
32	68	27	40
33	49	20	41
34	23	8	35
35	44	18	41
36	82	36	44
37	44	23	52
38	23	10	44
39	32	15	47

40	7	7	100
41	53	20	38
42	143	46	32
43	33	5	15
44	28	11	39
45	140	56	40
46	27	19	70
47	69	31	45
48	24	18	75
49	34	11	32
50	192	75	39
51	101	73	72
52	116	71	61
53	222	77	35
54	115	88	77
55	103	38	37
56	139	36	26
57	92	37	40
58	28	17	61
59	11	10	91
<b>Sum</b>	<b>4234</b>	<b>1781</b>	<b>42</b>

## Vedlegg 4b. Andel med ulike kjennetegn etter sykehustype

	Sykehustype			
	Region	Sentral	Fylkes	Totalt
<i>Andel (%) med ulike kjennetegn...</i>	<i>N=381</i>	<i>N=544</i>	<i>N=856</i>	<i>N=1781</i>
Har hjemmesykepleie	38	33	34	33
Kjent diagnose og ikke behov for videre utredning	56	54	50	52
Behov for geriatrisk vurdering	30	17	19	21
Mental funksjonssvikt	44	42	39	41
Mobilitetsvansker	60	58	58	58
Inkontinens	25	22	24	24
Kontakt med hjemmetjenestene ved innkomst *)	37	24	26	28
Har primærsykepleier	44	33	38	38
Felles visitt overlege/ass.lege	12	13	20	16
Pasientansvarlig lege og sykepleier	39	28	33	33
Hatt eller avtalt tid for tverrfaglig møte	53	34	42	42
Meldt utskrivningsklar	18	16	17	17
Forlenget opphold - venter på utskrivning	34	37	40	38
Etterkontroll ved egen poliklinikk	12	11	11	11
<i>Gjennomsnittverdi for ....</i>				
Alder (år)	82	82	82	82
Andel i gruppen 75år+ av totalt innlagte (%)	39	41	44	42
Liggetid inntil registreringsdag (dager)	23	15	15	17
Antall av 12 aktuelle medisinske tilstander (antall)	2,7	2,6	2,5	2,6



**Vedlegg 4c. Andel med ulike kjennetegn for medisinsk avdeling nr. 1-6**

<i>Andel (%) med ulike kjennetegn...</i>	Medisinsk avdeling nr.					
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
Har hjemmesykepleie	77	25	11	21	30	40
Kjent diagnose og ikke behov for videre utredning	58	47	58	42	70	40
Behov for geriatrisk vurdering	19	3	28	16	10	10
Mental funksjonssvikt	42	31	56	26	25	30
Mobilitetsvansker	81	56	61	63	50	50
Inkontinens	27	25	36	32	15	10
Kontakt med hjemmetjenestene ved innkomst *)	15	9	3	5	10	10
Har primærsykepleier	15	84	19	37	85	40
Felles visitt overlege/ass.lege	15	0	0	0	0	0
Pasientansvarlig lege og sykepleier	15	78	19	32	65	40
Hatt eller avtalt tid for tverrfaglig møte	19	44	17	26	20	100
Meldt utskrivningsklar	19	13	25	5	30	20
Forlenget opphold - venter på utskrivning	46	31	39	26	40	30
Etterkontroll ved egen poliklinikk	15	13	8	21	15	10
<b><i>Gjennomsnittverdi for ....</i></b>						
Alder (år)	82	82	82	83	81	82
Andel i gruppen 75år+ av totalt innlagte (%)	31	40	35	46	33	40
Liggetid inntil registreringsdag (dager)	5	10	15	9	4	7
Antall av 12 aktuelle medisinske tilstander (antall)	2,8	2,3	3,2	2,1	2,1	2,1

**Vedlegg 4c. Andel med ulike kjennetegn for medisinsk avdeling nr. 7-12**

<i>Andel (%) med ulike kjennetegn...</i>	Medisinsk avdeling nr.					
	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>12</b>
Har hjemmesykepleie	25	30	17	0	43	39
Kjent diagnose og ikke behov for videre utredning	63	46	50	100	54	62
Behov for geriatrisk vurdering	25	25	17	0	18	27
Mental funksjonssvikt	50	46	33	50	46	50
Mobilitetsvansker	50	61	17	17	50	42
Inkontinens	0	18	17	0	32	19
Kontakt med hjemmetjenestene ved innkommst *)	13	21	0	0	0	12
Har primærsykepleier	50	18	0	0	14	92
Felles visitt overlege/ass.lege	50	27	0	100	32	15
Pasientansvarlig lege og sykepleier	50	14	0	0	14	89
Hatt eller avtalt tid for tverrfaglig møte	38	66	50	100	57	0
Meldt utskrivningsklar	50	23	17	0	7	15
Forlenget opphold - venter på utskrivning	63	32	17	0	29	23
Etterkontroll ved egen poliklinikk	13	32	33	33	4	33
<b><i>Gjennomsnittverdi for ....</i></b>						
Alder (år)	81	82	80	81	82	81
Andel i gruppen 75år+ av totalt innlagte (%)	31	53	25	35	32	39
Liggetid inntil registreringsdag (dager)	31	8	7	3	7	5
Antall av 12 aktuelle medisinske tilstander (antall)	2,1	2,8	2,7	1,7	3,1	1,9

**Vedlegg 4c. Andel med ulike kjennetegn for medisinsk avdeling nr. 13-18**

<i>Andel (%) med ulike kjennetegn...</i>	Medisinsk avdeling nr.					
	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>15</b>	<b>16</b>	<b>17</b>	<b>18</b>
Har hjemmesykepleie	27	32	33	37	25	25
Kjent diagnose og ikke behov for videre utredning	71	44	54	52	38	35
Behov for geriatrisk vurdering	3	12	27	25	25	15
Mental funksjonssvikt	21	38	47	39	38	30
Mobilitetsvansker	50	68	69	46	75	30
Inkontinens	15	27	16	20	50	15
Kontakt med hjemmetjenestene ved innkomst *)	0	9	19	22	13	0
Har primærsykepleier	27	3	42	22	25	50
Felles visitt overlege/ass.lege	9	3	7	28	50	0
Pasientansvarlig lege og sykepleier	27	0	40	19	13	45
Hatt eller avtalt tid for tverrfaglig møte	15	38	44	55	13	35
Meldt utskrivningsklar	12	18	13	29	0	10
Forlenget opphold - venter på utskrivning	32	29	28	48	63	45
Etterkontroll ved egen poliklinikk	6	18	9	6	13	5
<b><i>Gjennomsnittverdi for ....</i></b>						
Alder (år)	80	83	82	83	84	81
Andel i gruppen 75år+ av totalt innlagte (%)	37	37	42	67	50	42
Liggetid inntil registreringsdag (dager)	10	7	16	8	10	9
Antall av 12 aktuelle medisinske tilstander (antall)	2,1	2,6	2,5	2,7	3,1	3,3

**Vedlegg 4c. Andel med ulike kjennetegn for medisinsk avdeling nr. 19-24**

<i>Andel (%) med ulike kjennetegn...</i>	Medisinsk avdeling nr.					
	<b>19</b>	<b>20</b>	<b>21</b>	<b>22</b>	<b>23</b>	<b>24</b>
Har hjemmesykepleie	41	47	31	32	0	23
Kjent diagnose og ikke behov for videre utredning	47	40	69	42	10	8
Behov for geriatrisk vurdering	6	9	0	16	10	15
Mental funksjonssvikt	29	30	15	42	30	39
Mobilitetsvansker	65	55	65	47	100	92
Inkontinens	41	23	4	0	20	39
Kontakt med hjemmetjenestene ved innkomst *)	6	15	0	11	0	15
Har primærsykepleier	0	34	8	42	100	23
Felles visitt overlege/ass.lege	88	0	0	11	100	0
Pasientansvarlig lege og sykepleier	0	23	8	37	100	0
Hatt eller avtalt tid for tverrfaglig møte	29	30	31	11	90	77
Meldt utskrivningsklar	6	13	4	5	0	0
Forlenget opphold - venter på utskrivning	35	30	15	11	20	15
Etterkontroll ved egen poliklinikk	6	13	9	26	10	8
<b><i>Gjennomsnittverdi for ....</i></b>						
Alder (år)	83	82	80	79	82	84
Andel i gruppen 75år+ av totalt innlagte (%)	61	36	36	46	28	48
Liggetid inntil registreringsdag (dager)	6	9	35	11	10	7
Antall av 12 aktuelle medisinske tilstander (antall)	2,6	2,4	1,8	2,2	1,4	2,6

**Vedlegg 4c. Andel med ulike kjennetegn for medisinsk avdeling nr. 25-30**

<i>Andel (%) med ulike kjennetegn...</i>	Medisinsk avdeling nr.					
	<b>25</b>	<b>26</b>	<b>27</b>	<b>28</b>	<b>29</b>	<b>30</b>
Har hjemmesykepleie	36	33	28	39	27	0
Kjent diagnose og ikke behov for videre utredning	61	56	52	44	48	35
Behov for geriatrisk vurdering	11	56	24	28	18	6
Mental funksjonssvikt	32	44	52	39	48	29
Mobilitetsvansker	50	72	100	44	52	65
Inkontinens	43	28	32	22	16	6
Kontakt med hjemmetjenestene ved innkommst *)	21	0	0	6	16	0
Har primærsykepleier	4	0	60	94	18	18
Felles visitt overlege/ass.lege	21	0	20	72	30	12
Pasientansvarlig lege og sykepleier	4	0	48	83	9	18
Hatt eller avtalt tid for tverrfaglig møte	32	39	40	28	50	82
Meldt utskrivningsklar	4	11	16	28	14	29
Forlenget opphold - venter på utskrivning	50	22	36	33	34	53
Etterkontroll ved egen poliklinikk	16	6	0	6	8	6
<b><i>Gjennomsnittverdi for ....</i></b>						
Alder (år)	80	80	82	81	81	83
Andel i gruppen 75år+ av totalt innlagte (%)	44	49	44	47	42	49
Liggetid inntil registreringsdag (dager)	7	85	11	34	28	7
Antall av 12 aktuelle medisinske tilstander (antall)	2,4	3	2,4	7,0	2,8	2,7

**Vedlegg 4c. Andel med ulike kjennetegn for medisinsk avdeling nr. 31-36**

<i>Andel (%) med ulike kjennetegn...</i>	Medisinsk avdeling nr.					
	<b>31</b>	<b>32</b>	<b>33</b>	<b>34</b>	<b>35</b>	<b>36</b>
Har hjemmesykepleie	33	48	55	0	28	31
Kjent diagnose og ikke behov for videre utredning	60	52	65	63	56	75
Behov for geriatrisk vurdering	21	11	25	0	33	14
Mental funksjonssvikt	40	30	40	50	22	28
Mobilitetsvansker	63	74	75	75	67	83
Inkontinens	32	19	45	13	17	25
Kontakt med hjemmetjenestene ved innkomst *)	18	11	0	0	0	8
Har primærsykepleier	28	22	5	13	17	47
Felles visitt overlege/ass.lege	9	11	30	50	33	8
Pasientansvarlig lege og sykepleier	26	22	5	13	17	39
Hatt eller avtalt tid for tverrfaglig møte	46	26	10	25	39	42
Meldt utskrivningsklar	31	4	55	25	28	28
Forlenget opphold - venter på utskrivning	41	26	70	50	39	61
Etterkontroll ved egen poliklinikk	12	22	5	38	17	17
<b><i>Gjennomsnittverdi for ....</i></b>						
Alder (år)	82	83	84	82	80	83
Andel i gruppen 75år+ av totalt innlagte (%)	32	40	41	35	41	44
Liggetid inntil registreringsdag (dager)	26	10	24	7,6	5,8	11
Antall av 12 aktuelle medisinske tilstander (antall)	2,7	2,1	2,6	2,4	3,0	2,8

**Vedlegg 4c. Andel med ulike kjennetegn for medisinsk avdeling nr. 37-42**

<i>Andel (%) med ulike kjennetegn...</i>	Medisinsk avdeling nr.					
	<b>37</b>	<b>38</b>	<b>39</b>	<b>40</b>	<b>41</b>	<b>42</b>
Har hjemmesykepleie	26	30	47	57	45	33
Kjent diagnose og ikke behov for videre utredning	44	60	47	43	55	48
Behov for geriatrisk vurdering	17	20	0	14	5	24
Mental funksjonssvikt	39	50	27	57	30	22
Mobilitetsvansker	52	30	53	43	55	44
Inkontinens	26	10	20	43	25	4
Kontakt med hjemmetjenestene ved innkomst *)	4	0	13	0	15	13
Har primærsykepleier	4	0	20	86	30	15
Felles visitt overlege/ass.lege	0	0	0	0	10	24
Pasientansvarlig lege og sykepleier	4	0	20	86	30	13
Hatt eller avtalt tid for tverrfaglig møte	48	50	7	71	20	41
Meldt utskrivningsklar	26	20	27	57	30	24
Forlenget opphold - venter på utskrivning	48	60	27	71	50	39
Etterkontroll ved egen poliklinikk	13	50	13	14	25	15
<b><i>Gjennomsnittverdi for ....</i></b>						
Alder (år)	82	81	81	83	82	81
Andel i gruppen 75år+ av totalt innlagte (%)	52	44	47	100	38	32
Liggetid inntil registreringsdag (dager)	8	7	15	17	12	30
Antall av 12 aktuelle medisinske tilstander (antall)	2,8	2,7	2,5	1,3	1,9	2,3

**Vedlegg 4c. Andel med ulike kjennetegn for medisinsk avdeling nr. 43-48**

<i>Andel (%) med ulike kjennetegn...</i>	Medisinsk avdeling nr.					
	<b>43</b>	<b>44</b>	<b>45</b>	<b>46</b>	<b>47</b>	<b>48</b>
Har hjemmesykepleie	40	18	36	63	29	22
Kjent diagnose og ikke behov for videre utredning	40	64	50	37	26	72
Behov for geriatrisk vurdering	0	18	2	37	3	6
Mental funksjonssvikt	40	36	34	42	36	50
Mobilitetsvansker	80	64	36	84	32	61
Inkontinens	20	27	20	42	39	11
Kontakt med hjemmetjenestene ved innkommst *)	0	0	14	16	13	11
Har primærsykepleier	20	0	7	95	52	72
Felles visitt overlege/ass.lege	40	0	4	0	29	0
Pasientansvarlig lege og sykepleier	20	0	5	68	45	61
Hatt eller avtalt tid for tverrfaglig møte	40	82	13	32	23	72
Meldt utskrivningsklar	20	18	11	11	23	17
Forlenget opphold - venter på utskrivning	40	46	29	42	58	50
Etterkontroll ved egen poliklinikk	40	18	2	5	10	17
<b><i>Gjennomsnittverdi for ....</i></b>						
Alder (år)	84	79	83	82	82	83
Andel i gruppen 75år+ av totalt innlagte (%)	15	39	40	70	45	75
Liggetid inntil registreringsdag (dager)	10	8	5	17	8	17
Antall av 12 aktuelle medisinske tilstander (antall)	4,0	3,0	2,6	2,5	2,7	3,1



**Vedlegg 4c. Andel med ulike kjennetegn for medisinsk avdeling nr. 49-54**

<i>Andel (%) med ulike kjennetegn...</i>	Medisinsk avdeling nr.					
	<b>49</b>	<b>50</b>	<b>51</b>	<b>52</b>	<b>53</b>	<b>54</b>
Har hjemmesykepleie	9	30	26	41	42	42
Kjent diagnose og ikke behov for videre utredning	36	44	53	52	66	56
Behov for geriatrisk vurdering	9	29	27	31	23	69
Mental funksjonssvikt	55	35	58	49	52	67
Mobilitetsvansker	64	39	70	62	49	78
Inkontinens	46	17	27	24	30	39
Kontakt med hjemmetjenestene ved innkommst *)	0	16	16	34	26	34
Har primærsykepleier	0	32	81	80	40	93
Felles visitt overlege/ass.lege	27	33	23	0	25	8
Pasientansvarlig lege og sykepleier	0	29	34	63	38	85
Hatt eller avtalt tid for tverrfaglig møte	0	36	69	75	57	99
Meldt utskrivningsklar	0	6	8	24	12	17
Forlenget opphold - venter på utskrivning	64	28	51	49	34	38
Etterkontroll ved egen poliklinikk	36	15	10	10	10	8
<b><i>Gjennomsnittverdi for ....</i></b>						
Alder (år)	80	81	83	84	83	83
Andel i gruppen 75år+ av totalt innlagte (%)	32	39	72	61	35	77
Liggetid inntil registreringsdag (dager)	13	8	28	40	16	29
Antall av 12 aktuelle medisinske tilstander (antall)	2,8	1,8	2,6	1,3	2,6	3,6

**Vedlegg 4c. Andel med ulike kjennetegn for medisinsk avdeling nr. 55-59**

<i>Andel (%) med ulike kjennetegn...</i>	Medisinsk avdeling nr.				
	<b>55</b>	<b>56</b>	<b>57</b>	<b>58</b>	<b>59</b>
Har hjemmesykepleie	32	25	41	35	60
Kjent diagnose og ikke behov for videre utredning	53	44	41	41	50
Behov for geriatrisk vurdering	16	11	8	6	40
Mental funksjonssvikt	24	31	51	29	60
Mobilitetsvansker	40	50	57	35	70
Inkontinens	18	8	35	29	20
Kontakt med hjemmetjenestene ved innkomst *)	8	14	0	6	.
Har primærsykepleier	13	25	46	18	.
Felles visitt overlege/ass.lege	8	25	14	18	.
Pasientansvarlig lege og sykepleier	11	14	30	18	.
Hatt eller avtalt tid for tverrfaglig møte	50	43	27	18	.
Meldt utskrivningsklar	11	11	30	0	.
Forlenget opphold - venter på utskrivning	34	31	41	12	.
Etterkontroll ved egen poliklinikk	13	22	19	6	.
<b><i>Gjennomsnittverdi for ....</i></b>					
Alder (år)	80	81	82	80	82
Andel i gruppen 75år+ av totalt innlagte (%)	37	26	40	61	91
Liggetid inntil registreringsdag (dager)	9	4	54	6	.
Antall av 12 aktuelle medisinske tilstander (antall)	2,3	1,9	3,2	2,3	3,2

## Referanser

---

- <sup>1</sup> Nygaard,HA;Rø,OC. Prosjekt geriatrisk poliklinikk. Tidsskr Nor Lægeforen 1997;117:3828-30
- <sup>2</sup> Statens helsetilsyn. Nasjonalt geriatriprogram. Rapport 1/98. Geriatri på god vei. Nasjonalt Formidlingssenter i geriatri, Bergen 1998
- <sup>3</sup> SINTEF Unimed. Norsk institutt for sykehusforskning. Samdata sykehus. Sammenligningsdata for somatisk fylkeshelsetjeneste 19976-NIS-rapport 6/97. Trondheim 1997
- <sup>4</sup> Statens helsetilsyn. Scenario 2030. Sykdomsutviklingen for eldre fram til 2030. Utredningsserie 6-99. Oslo 1999
- <sup>5</sup> Paulsen,B; Kalseth,B; Karstensen,A. 16 prosent av befolkningen-halvparten av sykehusforbruket. Eldres sykehusbruk på 90-tallet. SINTEF Unimed. Norsk institutt for sykehusforskning Helsetjenesteforskning. Samdata sykehus. Analyse. Oslo 1999
- <sup>6</sup> SINTEF Unimed. Norsk institutt for sykehusforskning. Samdata sykehus. NIS-rapport 1/98. Trondheim 1998
- <sup>7</sup> Statens helsetilsyn. Sak 97/6832, brev av 15. januar 1998, 2 RAA/-
- <sup>8</sup> Statens helsetilsyn: Gjennomgang av landets sykehus, del I. Kartlegging av beleggspersent og korridorpasienter ved indremedisinske, kirurgiske og ortopediske avdelinger, oktober 1998
- <sup>9</sup> Statens helsetilsyn. Korridorpasienter i norske sykehus, 1999. Fremdeles regelen, eller unntaket? Desember 1999
- <sup>10</sup> HELTEF Rapport nr. 2-1998. Stiftelse for helsetjenesteforskning. Evaluering av innsatsstyrt finansiering i sykehus. Tidlige erfaringer i forhold til geriatri og rehabilitering. Borghild Svorken. Akershus 1998
- <sup>11</sup> Sosial- og helsedepartementet. Kommunal betaling for ferdigbehandlede pasienter. Rundskriv I-48/98
- <sup>12</sup> Eek,A; Nygård,AM. Innsyn og utsyn. Tilbud til personer med demens i norske kommuner. Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens, INFO-banken 1999
- <sup>13</sup> NOU 1997:2 om ledelse og organisering i sykehus
- <sup>14</sup> Winograd,CH; Gerety,MB;Goldstein,MK;Dominiques,F;Vallone,R. Screening for frailty: Criteria and predictors of outcome. J Am Ger Soc 1991;39:778-84
- <sup>15</sup> Melsom,R;Mellesmo,S. Nødvendighet av innleggelse, belyst ved en undersøkelse av øyeblikkelig hjelp ved Sentralsykehuset i Akershus. Rapport: Senter for helseadministrasjon, Universitetet i Oslo. Oslo 1999
- <sup>16</sup> Hummelvoll Olsen,T; Gudem,K;Bjørnson,LJ. Oppsøkende geriatri-et bedre alternativ: En brukerundersøkelse utført ved Menighetssøsterhjemmets sykehus i Oslo. SIFF Avdeling for helsetjenesteforskning. Rapport nr 6-1988, Oslo 1988
- <sup>17</sup> Den norske lægeforening. Geriatrisk utredning i Norden. Nordiske retningslinjer for spesialisthelsetjenesten i geriatri. Skriftserie for leger: utdanning og kvalitetssikring. Oslo 1997
- <sup>18</sup> Ot.pr.p. Nr 48 (1985-86) Om sykehjemsreformen
- <sup>19</sup> St.meld. nr 26 (1999-2000) Verdier i norsk helseteneste

### **Nasjonalt geriatriprogram**

Stortinget har vedtatt å styrke fagfeltet geriatri. Statens helsetilsyn hadde ansvar for Nasjonalt geriatriprogram i perioden 1994-99 innenfor et budsjett på knapt 50 millioner kroner. Målene har vært å styrke geriatri i alle deler av landet ved å bidra til å bedre rekruttering av nøkkelpersonell, øke den tverrfaglige kompetansen og styrke samarbeidet mellom geriatrisk første- og annenlinjetjeneste. Programmets satsning videreføres med statlige midler, og Nasjonalt formidlings-senter i geriatri, Bergen, har som oppgave å formidle kunnskaper i geriatri til helsepersonell, bl.a. ved litteraturtjeneste og rapporter.

### **Gamle i sykehus**

#### **Innlagte 75 år og over i medisinsk avdeling 1998**

Rapporten gjelder en landsdekkende kartlegging ved 54 somatiske sykehus i oktober 1998. Ved de indremedisinske avdelingene var 42% av pasientene 75 år og over. Undersøkelsen viser at pasientene har mange og sammensatte sykdommer og stor funksjonssvikt. Bare 39% har pasientansvarlig lege og sykepleier på registreringsdagen. Det er mangelfull kontakt mellom sykehus og kommunehelsetjeneste om felles pasienter. Hver femte pasient har behov for geriatrisk vurdering, men hver fjerde av disse har ingen tilgang på eget sykehus. Hver sjettede pasient er meldt utskrivningsklar, og 38% er «ventepasient» med forlenget sykehusopphold og venter på utskrivning



## **Statens helsetilsyn**

Trykksaksbestilling:

Tlf.: 22 24 88 86 Faks: 22 24 95 90

E-post: [trykksak@helsetilsynet.dep.telemax.no](mailto:trykksak@helsetilsynet.dep.telemax.no)

Internett: <http://www.helsetilsynet.no>