

*Skal sykehjemmene utnyttet optimalt i behandling og rehabilitering, må legetjenestens omfang og kvalitet oppgraderes*

# Bedre legetjeneste i sykehjem!

Å etablere og drive sykehjem hører med til kommunehelsetjenestens kjerneoppgaver. Sykehjemsbeboere er mennesker med behov for døgnkontinuerlig tilsyn og pleie, og som gruppe betraktet er de karakterisert ved alvorlig funksjonshemming og dårlig helse med høy forekomst av aktiv sykdom. De har derfor stort behov for god legetjeneste – et behov som en del kommuner dessverre neglisjerer.

Sykehjemmene forventes å være mer enn et bo- og pleietilbud. Økende antall eldre med behandlingskrevende sykdom, nye behandlingsmuligheter og kortere liggetid i sykehusene har ført til at det ved sykehjemmene drives stadig mer aktiv utredning og behandling, både overfor faste beboere og overfor eldre som har fått innvilget korttidsopphold. Denne utviklingen kommer til å fortsette, hvilket også er anbefalt i Sosial- og helsedepartementets rapport om sykehjemmenes rolle og funksjoner (1). Kanskje kan vi se for oss at sykehjemmene fungerer som «kommunehospitaler», som kommer til å overta en del av sykehusenes oppgaver når det gjelder utredning og behandling av eldre og pleietrengende? En slik utvikling har åpenbare fordeler, dersom vi unngår å falle i den grøften at gamle blir fratatt muligheten for adekvat sykehusbehandling når dette er indisert.

Samtidig som sykehjemmene står overfor nye medisinske oppgaver og utfordringer, sliter mange av dem med kvalitetsproblemer nettopp på dette området. Manglende oppfylging av myndighetenes krav til legetjeneste er blitt en gjenganger i Fylkeslegenes tilsynsrapporter (2). I Fylkeslegenes felles tilsyn med helsetjenesten for eldre i 1998 fremkommer mangler ved legearbeidet (2), og i Statens helsetilsyns «Nasjonal kartlegging av legetjenester i sykehjem» fremgår at flere sentrale oppgaver ikke blir utført av alle sykehjemslegene (3). I Gjerbergs analyse av kvalitet i sykehjemstjenesten basert på avdelingsleders vurderinger, var bare to av fem svært tilfreds med legetjenesten slik den fungerte (4). For få legetimer og mangel på kontinuitet var begrunnelsen hos dem som var direkte misfornøyd (riktignok ikke mer enn 11%).

Legetjenesten ved sykehjem er ikke inkludert i fastlegeordningen, men ansvaret for legetjeneste blir overført til institusjonen i den tid pasienten oppholder seg der. Ifølge forskriftene skal sykehjem ha knyttet til seg en lege som har ansvar for medisinsk behandling (5). I 1998 hadde sykehjemmene 217 årsverk, for det meste små deltidstillinger på sju-åtte timer per uke (6). Det var – og er – også stor variasjon i antall legetimer per

uke for avdelinger av samme størrelse (4). Bare de største sykehjemmene har ansatt lege på full tid, ellers er bistilling som «tilsynslege» ved sykehjem som regel knyttet til avtale om allmennpraksis i kommunen.

I all hovedsak er omfanget av sykehjemmenes legetjenester underdimensjonert. Sykehjemsbeboerne har store og legitime behov: Kronisk sykdom skal behandles og følges opp i henhold til gjeldende retningslinjer. Nye symptomer må avklares. Sykehjemslegen utreder selv så langt kompetanse, personell og utstyr rekker, og henviser utover dette til riktig instans. Deretter må spesialistvurderinger følges opp og koordineres. Legen må også ivareta sykehjemsbeboernes rett til å slippe belastende utredning og behandling for tilstander hvor gevinsten ved dette er liten. Slike vurderinger vil ofte kreve nær samhandling med pasientens pårørende. Og i en institusjon for beboere i livets slutfase vil legen alltid være sentral som lytter, trøster og lindrer.

De såkalte korttidsplassene er spesielt ressurskrevende hva legetjenester angår. En korttidsplass er definert ved at oppholdet ved sykehjemmet er *avtalt* å være av begrenset varighet. Hovedmålsettingen ved korttidsopphold er å gjøre pasienten best mulig i stand til å fungere i eget hjem etter avsluttet opphold, noe som gir en helt annen aktiv tilnærming til behandling og rehabilitering enn for beboere med varig plass. Medisinsk rehabilitering i sykehjem er vist å gi små, men signifikante effekter på mobilitet og behov for hjemmehjelp etter utskrivning (7). Dette forutsetter imidlertid seleksjon av pasienter, en god tverrfaglig bemanning og drift som er innrettet mot rehabilitering, og lar seg ikke uten videre kombinere med oppgaver knyttet til langtidspleie og omsorg for andre, kanskje demente, sykehjemsbeboere (7). For å unngå at korttidsplassene blir belagt med faste beboere, er det derfor viktig at man tar inn pasienter ikke ut fra et «størst nød»-kriterium, men heller ut fra et «størst nytte»-kriterium. Sykehjemslegen er en viktig deltaker i slike vurderinger og beslutninger.

For å ivareta alle disse oppgavene må sykehjem inngå avtaler om legetjenester i tilstrekkelig omfang med erfarne allmennleger. I dag er det vanlig å beregne én times legearbeid per fem senger per uke uavhengig av kort- eller langtidsplass, hvilket etter vår vurdering langt fra er nok. En faktor på henholdsvis én legetime per fire langtidssenger og én legetime per korttidseng per uke, vil gi legen en mer realistisk mulighet til å ivareta sykehjemsbeboernes behov på en forsvarlig måte. Dessuten bør det legges betydelige midler i å kjøpe legens beredskap for hen-

velser utenom den tiden hun/han vanligvis er til stede på sykehjemmet, for at sykehjemslegen som kjenner pasientene, kan foreta vurderinger ved akutt sykdom eller forverring av kronisk sykdom. I praksis kan dette gjøres ved at en del av legens arbeidstid blir såkalt ubundet, hvilket innebærer telefontilgjengelighet uken igjennom innen vanlig arbeidstid. Utenom vanlig arbeidstid vil selvsagt også sykehjemsbeboere bruke den kommunale legevaktordning ved akutt sykdom.

Skal kvaliteten heves, er det også viktig at sykehjemslegen har mulighet for faglig veiledning og oppdatering. Ved behov bør det være enkel tilgang til råd fra spesialisthelsetjenesten. Geriateren vil ha mye å bidra med, men geriatri er likevel en indremedisinsk subspecialitet, ikke en spesialitet i sykehjemsmedisin. Sykehjemsleger trenger veiledning i sykehjemsmedisin, og bør kunne få dette fra mer erfarne allmennleger/sykehjemsleger. Vi bør derfor bestrebe oss på å gi rom for faglig vekst og utvikling innen denne viktige delen av allmennmedisinen.

*Trond Egil Hansen*  
Nesttun Allmennpraksis  
Østre Nesttunvei 10  
5221 Nesttun

*Mette Brekke*  
St. Hanshaugen legesenter  
Pilestredet 56  
0167 Oslo

*Trond Egil Hansen (f. 1959) og Mette Brekke (f. 1953) er spesialister i allmennmedisin. Begge har erfaring som sykehjemslege, og begge er medlemmer av Fagutvalget i Aplf.*

## Litteratur

1. Sosial- og helsedepartementet. Rapport. Sykehjemmenes rolle og funksjoner i fremtidens pleie- og omsorgstjenester – analyse av alders- og sykehjemsfunksjoner. [www.odin.dep.no/shd/norsk/publ/veiledninger/030005-994008/indexdok000-b-n-a.html](http://www.odin.dep.no/shd/norsk/publ/veiledninger/030005-994008/indexdok000-b-n-a.html) (18.6.2001).
2. Statens helsetilsyn. Tilsynsrapport 1998. Fylkeslegenes felles tilsyn med helsetjenesten for eldre. [www.helsetilsynet.no/fleger/oppsummering/elderapp99.htm](http://www.helsetilsynet.no/fleger/oppsummering/elderapp99.htm) (18.6.2001).
3. Statens helsetilsyn. Legetjenester i sykehjem. En nasjonal kartlegging. Utredningsserien 8-99 IK-2698. [www.helsetilsynet.no/trykksak/ik-2698/ik-2698-1.htm](http://www.helsetilsynet.no/trykksak/ik-2698/ik-2698-1.htm) (18.6.2001).
4. Gjerberg E. God kvalitet i sykehjemstjenesten? Tidsskr Nor Lægeforen 1996; 116: 1692–6.
5. Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie. 14.11.1988 nr. 932. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 1988. [www.helsetilsynet.no/regelver/forskrif/f88-932.htm](http://www.helsetilsynet.no/regelver/forskrif/f88-932.htm) (18.6.2001).
6. Aarseth HP. Sykehjemmenes plass i helsetjenesten. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 633.
7. Valen-Sendstad A, Rø OC, Laake K. Medisinsk rehabilitering i sykehjem – effekt på funksjon og forbruk av tjenester. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 678–81.