

Vil doble legedekningen i sykehjem

Nasjonale standarder for minimumsbemanning ved sykehjem er ett av Legeforeningens tiltak for å gjøre helsetjenesten bedre for de eldre.

I rapporten *Når du blir gammel og ingen vil ha deg...* (1) dokumenterer Legeforeningen behovet for en ny eldrepolitikk, inkludert et 15-punktsprogram for å øke kapasitet og kvalitet på eldreomsorgen.

– Aldersutviklingen fører til at behovet for helsetjenester vil øke. Rapporten samler erfaringskompetanse og bidrar med en realistisk drøftelse av de faktiske forhold. De er langt fra tilfredsstillende, sa Legeforeningens president, Hans Petter Aarseth, da rapporten ble lagt frem.

– Dokumentet vil bli brukt internt for å synliggjøre hvordan vi kan heve geriatriens status. Rekrutteringsproblemene oppstår fordi dagens rammer hindrer personalet i å gjøre en forsvarlig jobb. Å øke andelen av det faste personalet, også på sykepleiersiden, vil gjøre slike stillinger mer attraktive, supplerte visepresident Hans Kristian Bakke.

– Det er ille at en fastlege kan legge pasienten inn i sykehus til 30 000 kroner døgnet, mens jeg ikke kan rekvirere pleie- og omsorgstjenester til mine eldre pasienter. Vi må derfor få politisk gjennomslag for endring av finansieringsordningene, sa Bakke.

Lovpålegg nødvendig

I dag er det 217 legeårsverk for ca. 35 000 beboere i syke- og pleiehjem, dvs. 167 pasienter per lege. Sykehjemslegene mener



selv det er behov for 25 % økning av legetimetallet, som tilsvarer 50 flere legeårsverk til offentlig legearbeid i norske kommuner. Til sammenlikning har Nederland ca. én legestilling for 40 sykehjems pasienter.

Nå ønsker Legeforeningen å doble ressursene i Norge, til én lege for 80 sykehjems pasienter. I den forbindelse har man laget en modell for nye normtall, som differensierer krav til kommunene avhengig av korttids- og langtids plasser, utrednings- og rehabiliteringsopphold samt behovet ved terminal omsorg.

– Standardsvaret fra kommunene er at de knappe budsjettene bare gir rom for lovpålagte oppgaver. Da må vi innføre nasjonale minimumskrav, slik at det medfører lovbrudd dersom bemanningskravet ikke innfris, sa sykehjemslege Trond Egil Hansen.

Sammen med Wenche Frogn Sellæg, geriatrer og tidligere rikspolitiker, har han deltatt i utformingen av rapporten.

Feilplassert i eget hjem

En av undersøkelsene som presenteres, viser at 70 % av sykehjemsbeboerne lider av demens, men at bare 14 % av plassene er tilrettelagt for denne gruppen.

– Altfor mange eldre er feilplassert i eget hjem. Mens vi i dag er vitne til at sykehjemsplasser legges ned, er behovet anslagsvis 45 000 nye plasser ettersom 25 % av innbyggerne over 80 år trenger heldøgnsomsorg. Det vil derfor ta tid å snu utviklingen, innrømmet Hans Petter Aarseth.

Legeforeningens dokument følger opp med flere utfordringer: Det må bygges sykestuer og 500 sykehussenger bør øremerkes generell indremedisin istedenfor ensidig satsing på poliklinisk behandling og superspesialisering. Men også å øke konsultasjonstiden med 15 minutter hos fastlegen og styrke kompetanse hos allmennlegene. Øremerking av midler er nødvendig. Deriblant at en fast andel av finansieringen til helsevesenet, mellom 5 % og 10 %, skal gå til forskning og utdanning.

– Kari Ronge, *Tidsskriftet*
kari.ronge@legeforening.no

Litteratur

1. www.legeforening.no/index.db2?id=5178 (9.10.2001).

Effekt av geriatrisk intervensjon

Utredning og oppfølging ved geriater, sykepleier og sosialarbeider har i en undersøkelse redusert behovet for hjemmetjenester, og ført til bibeholdt funksjonsnivå og færre tilfeller av depresjon.

Kan tiltak i helsetjenestens regi bidra til bedret funksjonsevne hos skrøpelige gamle mennesker? I en amerikansk undersøkelse (1) målte man effekten av en poliklinisk geriatrisk utredning etterfulgt av målrettede oppfølgingstiltak rettet mot de helseproblemmene som ble avdekket.

Et team av geriater, sykepleier og sosialarbeider stod for både utredningen og oppfølgingen. Utredningen omfattet ett hjemmebesøk og to polikliniske konsultasjoner der teamet vurderte medisinske, psykososiale og ernæringsmessige forhold, alkoholbruk, sosialt nettverk, ulykkesrisiko i hjemmet, legemiddelbruk, hørsel, syn, og funk-

sjonsevne med hensyn til daglige gjøremål, gange, balanse og kognisjon. I oppfølgingsfasen, som pågikk i gjennomsnitt seks måneder, fikk pasientene én poliklinisk konsultasjon i måneden. Teamet diagnostiserte og behandlet relevante medisinske problemer, justerte medikasjonen, gav helseopplysning og henviste til andre instanser innen helse- og sosialtjenesten etter behov.

568 personer over 70 år ble randomisert. De var utvalgt fordi de hadde høy risiko (estimert over 40 %) for å bli innlagt i sykehus. Sammenliknet med kontrollgruppen, oppnådde gruppen som hadde gjennomgått utrednings- og behandlingsprogrammet en betydelig og statistisk signifikant lavere risiko for å få redusert sin funksjonsevne (oddsforhold 0,67), for å oppleve begrens-



ninger i dagliglivets aktiviteter (oddsforhold 0,60), for depresjon (oddsforhold 0,44) og for å bli brukere av hjemmetjenester (oddsforhold 0,60) i løpet av de første 12–18 månedene etter randomiseringen. Forfatterne konkluderer med at målrettet geriatrisk utredning og oppfølging kan bremse aldersbetinget funksjonstap.

– Torgeir Bruun Wyller,
Medisinsk avdeling, Aker sykehus

Litteratur

1. Boulton C, Boulton LB, Morishita L, Dowd B, Kane RL, Urdangarin CF. A randomized clinical trial of outpatient geriatric evaluation and management. *J Am Geriatr Soc* 2001; 49: 351–9.