

Den mangel på kvalitet på helsetjenestene i sykehjem som nå beskrives, er alvorlig. Langt mer alvorlig er det at dette har vært kjent lenge uten at man har maktet å bedre situasjonen i nevneverdig grad.

Helsetjeneste for eldre: Kvalitet og bemanning – to sider av samme sak

Mange kommuner yter god helsetjeneste til syke eldre, men variasjonene er store. Regjeringen har nylig lagt frem sin kvalitetsmelding (1) for helsetjenesten for eldre i kommunene. Legeforeningen er sterkt tvilende til om de tiltak som foreslås i denne meldingen vil bidra vesentlig til å heve kvaliteten når man ikke samtidig er villig til å etablere normer for kompetent bemanning.

Dagens sykehjemsbeboere er som gruppe karakterisert av både alvorlig funksjonshemming og dårlig helse med høy forekomst av aktiv sykdom. I gjennomsnitt er de 84 år gamle, har kompliserte sykdomsbilder, med i snitt fire aktive diagnoser hver. 70 % er demente. Samtidig som dette kanskje er den pasientgruppen som har størst behov for helsetjenester, er de også blant de pasienter som har størst vansker med å uttrykke egne behov og ønsker.

Pasientenes tilstand og behov for helsetjenester står i sterk kontrast til at Sosialdepartementet i kvalitetsmeldingen beskriver sykehjemmene mer som en boform. Når all annen helsetjeneste, nå sist også helsetjeneste for rusmisbrukere, er lagt til Helsedepartementet, burde det være helt naturlig at også forvaltningsansvaret for helsetjenesten til de eldste og svakeste legges til Helsedepartementet.

Forslagene fra regjeringen om brukerundersøkelser og kvalitetsindikatorer kan sikkert bidra til å heve kvaliteten på tjenestene, men denne pasientgruppen er neppe den som i størst grad vil evne å nyttiggjøre seg resultatene når de legges ut på nettet.

Det kan videre bidra til å styrke pasientenes rettigheter når det foreslås at det skal fattes enkeltvedtak knyttet til det tjenestetilbudet pasientene skal få. Dette er i kvalitetsmeldingen beskrevet å skulle *erstatte* dagens ordning med enkeltvedtak knyttet til tildeling av sykehjems plass, men departementet har klokkelig nok i ettertid presisert at tildeling av institusjonsplass fortsatt skal gjøres som enkeltvedtak.

Den mangel på kvalitet på helsetjenestene i sykehjem som nå beskrives, er alvorlig. Langt mer alvorlig er det at dette har vært kjent lenge uten at man har maktet å bedre situasjonen i nevneverdig grad. For to år siden kom Legeforeningen med en statusrapport om helsetjenesten for eldre i kommunene (2), hvor vi ropte et varsku. Vårt varsku baserte seg på forskningsrapporter (3), og meldinger fra fylkeslegene og Helsetilsynet (4). Nyere undersøkelser viser at det dessverre fortsatt er mye ugjørt (5).

Statens helsetilsyns kartlegging av legedekningen ved sykehjemmene i 1999 viste at legetjenesten er underdimensjonert og at flere sentrale oppgaver ikke blir utført av alle sykehjemsleger. Dagens legedekning i sykehjem er kun ca. ett årsverk per 170 pasienter. I vår statusrapport tok vi til orde for etablering av normtall for legedekning i sykehjem. Videre mente vi at det ikke er nok å styrke legetjenesten alene. Skulle man få glede av en økning i legetimetallet, måtte også annen kompetanse sikres, for eksempel sykepleiere og hjelpepleiere.

Vi foreslo at normene måtte ta høyde for varierende behov etter type sykehjems plass. Dersom man skulle ta høyde for dagens behov

for mer aktive legetjenester på sykehjem og ikke bare sette legene i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, mente vi at det var behov for en økning av legeressursene med ca. 100 %, eller tilsvarende en lege for 80 sykehjemspasienter. Til sammenlikning har Nederland i dag en legestilling for 40 sykehjemspasienter.

Pasienter har forskjellig behov for helsehjelp, og mengden hjelp som ytes må selvfølgelig tilpasses den enkelte. Dette er hverdagen for dem som arbeider innenfor denne sektoren og vil ikke endres med innføring av en statlig norm. Poenget med bemanningsnormer er at de skal sikre en viss grunnbemanning og kompetanse i sykehjem, for på den måten å sette dem som arbeider der i stand til å dekke pasientenes individuelle behov i større grad enn de har mulighet til i dag. Dersom man enkelte steder samlet sett har et større behov for personell og kompetanse enn det en bemanningsnorm måtte evne å oppfylle, er det selvfølgelig opp til kommunen ved hjelp av kvalitetsstandarder å legge grunnlag for bemanning utover de normene som måtte etableres.

Dette handler om både kommunal økonomi, kommunale prioriteringer og vansker med å rekruttere personell. Når det gjelder legetjenesten, er vi kjent med at kommunene i snitt kun har pålagt allmennlegene ca. 4 timer offentlig allmennmedisinsk arbeid per uke. De har således ikke engang utnyttet muligheten til å kunne pålegge inntil 7,5 timer. Her er det en reserve som kommunene har hatt mulighet til å trekke på, en mulighet de ikke har benyttet til tross for pasientenes behov. Dette viser også at det er nødvendig med en norm.

Målet er bedre kvalitet på helsetjenesten for de sykeste eldre i kommunene. Bemanningsnormer er kun ett av flere virkemidler. Systematisk og sterk satsing blant annet med kvalitetskrav har ført til en god tjeneste mange steder. Det ene tiltak kan og bør ikke på noen måte utelukke det andre. Uten tilstrekkelig bemanning og kompetanse har vi imidlertid liten tro på at andre tiltak vil føre til hevet kvalitet.

Litteratur

1. St.meld. nr. 45 (2002–03): Betre kvalitet i dei kommunale pleie- og omsorgstjenestene.
2. Den norske lægeforening. Når du blir gammel og ingen vil ha deg. En statusrapport om situasjonen i helsetjenesten. Oslo: Den norske lægeforening, 2001.
3. Ness S, Wærness K. Bedre omsorg? Kommunal eldreomsorg 1980–95. Bergen: SEFOS, 1996.
4. Statens helsetilsyn: Legetjenester i sykehjem. En nasjonal kartlegging. Oslo: Statens helsetilsyn, 1999.
5. SINTEF. Kommunehelsetjenesten – gamle og nye utfordringer. En studie av sykepleiertjenesten i sykehjem og hjemmesykepleie. Trondheim: SINTEF Unimed, 2003.



Hans Kristian Bakke

Hans Kristian Bakke
hans.kristian.bakke@legeforeningen.no
president