

Bemanningsnormer er et nødvendig, men ikke tilstrekkelig virkemiddel for å heve kvaliteten på norske sykehjem

## Sykehjemsmedisinen frem i lyset

Tidsskriftet starter i dette nummeret en artikkelserie om sykehjemsmedisin. Serien blir på hele 25 artikler, et gledelig vitnesbyrd om den fagutviklingen som blant annet noen av pionerene i norsk sykehjemsmedisin står for. Vi har lagt vekt på å få frem de gode eksemplene og håper serien kan bli til inspirasjon for alle som ønsker å bedre den kliniske kvaliteten i sykehjem. For trass i de gode eksemplene kan det neppe herske tvil om at norsk sykehjemsmedisin trenger et løft. Man skal ikke ha vært i kontakt med mange sykehjem, det være seg som lege eller som besøkende, for å se at kvaliteten er varierende og mange steder står tilbake å ønske. Flere tiltak er nødvendige for å bøte på dette.

Bemanningsnormer er et nødvendig, men ikke tilstrekkelig virkemiddel. Det er gledelig at Stortingets sosialkomité nå har foreslått slike normer for legetjenesten (1). Den konkrete utformingen av normene vil bli overlatt til Helse- og omsorgsdepartementet, og det gjenstår å se hvilket nivå som blir valgt. Legeforeningen foreslo i 2001 en minstebemanning av leger på en uketimer per tre langtidsplasser, 1,5 uketimer per korttidsplass, tre uketimer per plass for mer aktive utrednings-, behandlings- eller rehabiliteringsopphold, og fem uketimer per plass for palliasjon (2). Dette ville innebære omtrent en dobling av dagens legeårsværk i sykehjem og være en fornuftig start. Men, som Johannes Høie påpeker i seriens første artikkel (3), sykehjemslegen kan ikke utøve sitt arbeid i et faglig vakuum. Han eller hun må ha andre helsearbeidere å spille på lag med, fremfor alt sykepleiere, ergoterapeuter og fysioterapeuter. Prosjektet *Undervisningssykehjem* (4) ble blant annet utviklet for å sikre kvalitet og kompetanse på disse viktige områdene. Kravet om minstebemanning for slike yrkesgrupper har dessverre stilnet som følge av en rapport fra SINTEF Helse (5). Det er beklagelig, for rapporten har for alvorlige mangler til å kunne danne grunnlag for politiske konklusjoner (6).

Tidligere tiders sykehjem var lite hensiktsmessige som boliger, til det var institusjonsideologien for sterk. Det var derfor verken overraskende eller uberettiget at det i 1990-årene kom en motreaksjon – en boliggingjøring av eldreomsorgen. Mange av ideologene bak dette så imidlertid ikke betydningen av samtidig å ta vare på sykehjemmenes helsefaglige kompetanse. Enkelte synes fremdeles å mene at skal eldre bo godt, må de frigjøres fra helseprofesjonenes grep. Den reelle sykehjemsdekningen er blitt redusert, og en rekke omsorgsboliger er bygd. Samtidig har sykehusene fått færre plasser, med det resultat at hele den kommunale omsorgstjenesten har fått tyngre pasienter å ta seg av, slik Hans Michael Waaler dokumenterer (7). Følgen er at mange sykehjem mer og mer fremstår som feltsykehus uten tilstrekkelig helsefaglig bemanning. Skal kvaliteten heves, må man innse at mennesker som trenger døgkontinuerlig stell og tilsyn faktisk er syke. Og syke mennesker fortjener å behandles av helsepersonell. Sykehjemmenes boligmessige og helsefaglige kvaliteter må utvikles parallelt og ikke settes opp mot hverandre.

Kari J. Kværner viser at nesten ingen sykehjemsleger arbeider mer enn åtte timer per uke ved sykehjemmet (8). Med et så lavt timetall kan det være problematisk å utvikle den spesifikke sykehjemsmedisinske kompetansen og oppnå tilstrekkelig kontinuitet i behandlingen. Kombinasjon med annet legearbeid kan være berikende, men en stillingsandel for sykehjemsleger på minst 50 % bør tilstrebes. Tjenesten må, forutsatt tilfredsstillende supervisjon, merittere i spesialistutdan-

ningen i allmenmedisin og geriatri. Det er ønskelig at sykehjemslegene har noe av sin arbeidstid ubundet, slik at de kan kontaktes utenom ordinær arbeidstid når det er behov for det (3).

Av og til kan man få inntrykk av at sykehjemmenes viktigste rolle er å løse sykehusenes problemer. Det er naturligvis ikke tilfellet. Sykehjemmene har sin rolle i behandling og pleie av personer med funksjonsbegrensende kroniske sykdommer. Deres suksess må vurderes etter hvorvidt de ivaretar dette ansvaret på en for beboerne god måte, og ikke for eksempel etter hvor raskt de tar over pasienter fra sykehusene. Det er også grunn til å minne om at sykehjemsbeboere har samme rett som andre til å bli lagt inn i sykehus dersom deres tilstand tilsier at de er best tjent med en slik løsning.

De fleste norske sykehjemsleger er og vil også i fremtiden være allmennleger. Sykehusenes geriatriiske miljøer har imidlertid en forpliktelse til å bidra til den faglige utviklingen av sykehjemmene i sitt nærområde. Ikke alle sykehuseiere og geriatriiske miljøer har oppfylt denne forpliktelsen. Men gode forbilder finnes, for eksempel det områdegeriatriiske teamet i Namsos, som også beskrives i dette nummer av Tidsskriftet (9).

Pasienter i sykehjem har meget komplekse helseproblemer. Å være lege for pasienter i sykehjem er derfor krevende. Vi håper artikkelserien vil bidra til at enda flere dyktige kolleger lar seg fascinere av dette utfordrende fagfeltet.

### Torgeir Bruun Wyller

t.b.wyller@medisin.uio.no

### Harald A. Nygaard

harald.nygaard@ist.uib.no

*Torgeir Bruun Wyller (f. 1960) er dr.med. og spesialist i indremedisin og geriatri. Han er professor i geriatri ved Universitetet i Oslo, overlege ved Medisinsk divisjon, Ullevål universitetssykehus og medisinsk redaktør i Tidsskriftet. I fire år var han overlege ved spesialisert sykehjemmet Conrad Svendsen Senter.*

*Harald A. Nygaard (f. 1938) er dr.med. og spesialist i indremedisin og geriatri. Han er professor (emeritus) i geriatri ved Universitetet i Bergen og Haraldsplass diakonale sykehus og tilsynslege ved Olaviken alderspsykiatriske sykehus. I 14 år var han overlege ved Fyllingsdalen sykehjem.*

*Bruun Wyller og Nygaard har sammen redigert artikkelserien om sykehjemsmedisin.*

*Oppgitte interessekonflikter: Ingen*

### Litteratur

1. Innst. S. nr. 122 (2004–2005). Innstilling fra sosialkomiteen om forslag fra stortingsrepresentantene Sigbjørn Molvik og Olav Gunnar Ballo om utarbeidelse av kriterier for en minstenorm for legedekningen ved norske sykehjem.
2. Når du blir gammel og ingen vil ha deg. Oslo: Den norske lægeforening, 2001.
3. Høie J. Sykehjemmenes oppgaver og legens rolle. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 1009–10.
4. Kirkevold M. Etablering av undervisningssykehjem. I: Gjengedal E, Jakobsen R, red. Sykepleie: praksis og utvikling. Oslo: Cappelen Akademisk, 2001: 994–1007.
5. Paulsen B, Harsvik T, Halvorsen T et al. Bemanning og tjenestetilbud i sykehjem. Trondheim: SINTEF Helse, 2004.
6. Wyller TB, Laake P. Sykehjemsrapport uten verdi. Aftenposten (morgenutgave) 7.3.2005.
7. Waaler HM. Pleiebehov blant mottakere av kommunale omsorgstjenester. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 1012–4.
8. Kværner KJ. Fastlegers oppfatning av samarbeidet med sykehjem. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 1016–7.
9. Sellæg WF. Områdegeriatriiske team – en modell for forpliktende samhandling mellom sykehjem og sykehus. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 1019–21.