

Får eldreomsorgen nok ressurser?

Sammendrag

Bakgrunn. Antallet behandlings- og omsorgstrengende gamle syke øker, noe som innebærer store utfordringer for prioriteringer og kvalitet i fremtidens norske helsevesen.

Materiale og metode. Spørreskjema som omhandlet helsehjelp til syke over 75 år, ble sendt ut til 2 103 leger og sykepleiere innenfor spesialist- og kommunehelsetjenesten. Etter puring ble svarprosenten 67.

Resultater. 92 % av sykepleierne og 79 % av legene svarte at ressursmangel og nedprioriteringer medfører betydelige belastninger for de ansatte. For lite personell i forhold til pleietyngde, mangel på tid og for trange budsjettammer var de tre hyppigste formene for ressursmangel. 29 % oppga at de støtte på redusert kvalitet på behandling ukentlig eller daglig, mens 25 % svarte at de ukentlig eller daglig møtte redusert kvalitet på utredning og diagnostikk til syke gamle. Ressursmangel førte oftere til dårlig hygiene og ernæring, og hyppigst til utsettelse og venting for pasienten, utilfredsstillende dekning av behov for sosial kontakt og fysisk aktivitet. Sykepleiere og sykehjemsleger oppga oftest at ressursmangel hadde alvorlige følger for helsehjelp til syke eldre.

Fortolkning. Medisinske kjerneområder som diagnostikk og vitale behandlingsbehov synes ikke å være tilstrekkelig dekket i helsetjenester til eldre. Særlig synes pleie- og omsorgsbehov og psykososiale behov å være nedprioritert. Tid synes å være et av de største knapphetsgoder, slik det beskrives av leger og sykepleiere. Mangelfull koordinering og organisering av helsehjelp til eldre synes også å være et gjennomgående problem.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

> Se også side 1892

Reidun Førde

reidun.forde@legeforeningen.no
Legeforeningens forskningsinstitutt
Postboks 1152 Sentrum
0107 Oslo
og
Seksjon for medisinsk etikk
Universitetet i Oslo

Reidar Pedersen

Per Nortvedt
Seksjon for medisinsk etikk
Universitetet i Oslo

Olaf G. Aasland

Legeforeningens forskningsinstitutt
og
Institutt for helseledelse og helseøkonomi
Universitetet i Oslo

Helsehjelp til eldre har vært høyt oppe på prioriteringslisten siden de to offentlige prioriteringsutvalgene (Lønning I og II) leverte sine innstillinger i 1987 og 1997 (1, 2). Til tross for dette fant Legeforeningen i en statusrapport i 2001 at mange eldre ikke får tilfredsstillende helsehjelp og omsorg (3). Her blir det sterkt anmodet om at kapasiteten i helsetjenesten til eldre syke må økes øyeblikkelig for å imøtekomme behovene. Rapporten fremhevet behovet for ekstra tid for eldre syke i møtet med helsetjenesten, sammen med behovet for en styrking av samhandlingen mellom de ulike nivåene i helsetjenesten. I denne rapporten ble det også trukket frem at personalmangel gir lavere trivsel og lavere kvalitet på tjenestene og at sykehjemmene må tilføres flere og mer utdannet personell. Status for helsetilbudet til syke gamle ble også løftet frem av Nasjonalt råd for prioritering i helsetjenesten i 2003 (4). Her ble mangelen på kunnskaper om hva som faktisk skjer i helsetjenesten med behandlingen av syke gamle trukket frem som et problem. Videre ble det pekt på at psykisk helse bør vektlegges sterkere i helsetjenestetilbudet til eldre og at livskvalitetsforbedrende tiltak for eldre syke både er underprioritert og dårlig dokumentert.

Til tross for disse forsøkene på å løfte frem behovene for en kraftig styrking av helsehjelp til eldre syke mennesker, har det ikke vært tatt store grep rent praktisk. Tallet på eldre over 75 år har økt i mange år, og dagens sykehjemspasienter har mange sykdommer med stort behov for medisinsk hjelp (3, 5, 6). Utgiftene til helsehjelp har økt de siste årene, slik at Norge i 2003 var det OECD-landet etter USA som brukte mest per capita på helsehjelp (7), men det

har særlig vært somatiske helsetjenester ved akutte tilstander som er blitt styrket. Det er imidlertid mye som tyder på at kortere liggetid og effektivitetskrav i sykehusene egner seg dårlig til eldre syke med mange og sammensatte kroniske lidelser (3, 4).

I 2004 tok Sosial- og helsedirektoratet initiativ til å fremskaffe kunnskaper om prioritering av helsetjenester til syke eldre. Seksjon for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo fikk midler til å gjennomføre et forskningsprosjekt med en kvalitativ og en kvantitativ del. I denne artikkelen presenteres resultater fra en spørreskjemaundersøkelse som bl.a. søker å kartlegge hvordan helsepersonell i ulike deler av helsetjenesten i Norge opplever ressursituasjonen og helsetjenestetilbudet til syke eldre.

Materiale og metode

Legeforeningens forskningsinstitutt sendte høsten 2005 spørreskjema til 2 103 personer, hvorav 1 129 leger fordelt på 300 fastleger, 300 leger ansatt ved indremedisinske avdelinger, 300 leger ved kirurgiske avdelinger, 67 leger ved geriatriske avdelinger og 162 leger som var medlemmer av Forum for sykehjemsmedisin og som ikke var inkludert i noen av de andre kategoriene. Spørreskjemaene ble også sendt til 974 sykepleiere, 408 som var registrert i Norsk Sykepleierforbunds faggruppe for geriatri og demens, 284 som arbeidet ved sykehjem og 282 som arbeidet ved somatiske sykehusavdelinger.

Vi bad om erfaringer fra arbeidet med pasienter over 75 år, og at de som ikke arbeidet med denne pasientgruppen returnerte skjemaene ubesvart. Spørreskjemaene var anonyme. Det ble purret én gang.

Et spørsmål som gjaldt opplevelse av diskriminerende holdninger overfor syke gam-



Hovedbudskap

- Helse- og pleietilbudet til syke eldre er fortsatt for dårlig
- De vitale medisinske behov synes å bli prioritert, mens de psykososiale behovene og behovene for fysisk aktivitet dekkes for dårlig
- Dårlig organisering forsterker ressursmangelen
- Flere hender trengs i pleie- og omsorgstjenesten

Tabell 1 Opplevelse av områder med ressursmangel som fører til nedprioritering i helsehjelp til syke gamle blant leger og sykepleiere. Prosent som oppgir daglig/ukentlig forekomst på egen arbeidsplass. N = 811–837

	Sykepleiere	Leger	Alle	P-verdi ¹
<i>Bemanning/kompetanse</i>				
For lav bemanning i forhold til pleietyngde	67	41	55	< 0,001
Mangel på tid	64	33	49	< 0,001
For dårlig tilgang på annet helsepersonell (f.eks. fysioterapeut, ergoterapeut, ernæringsfysiolog)	46	32	39	< 0,001
Ventetid eller manglende tilgang på kommunehelse-tjenester	29	40	34	< 0,01
Ventetid eller manglende tilgang på spesialisthelsetjenester	20	21	21	0,73
Manglende kompetanse	36	14	25	< 0,001
For dårlig tilgang på legetjeneste	19	13	16	0,01
<i>Økonomi</i>				
For trange budsjetttrammer	58	28	44	< 0,001
Mangelfulle refusjonsordninger (f.eks. takster, blå resept)	5	10	8	0,01
Pasientens betalingsevne	3	2	2	0,75
<i>Styring/koordinering</i>				
Mangelfull samhandling og organisering av helsetjenesten	24	27	25	0,27
For dårlig tilgang på administrative støttefunksjoner	21	14	18	0,01
Mangel på juridisk rett til behandling	4	4	4	0,84

¹ Leger versus sykepleiere

le hadde fem svarkategorier: nei, ikke i det hele tatt; sjelden; ofte; ja, hele tiden; usikker.

Respondentene ble bedt om å ta stilling til fem påstander:

- Helsehjelp til syke gamle er ikke av like høy kvalitet som helsehjelp til yngre pasienter
- Kliniske nedprioriteringer av helsehjelp til syke gamle skjer oftere i dag enn for ti år siden

- Begrensede ressurser og kliniske nedprioriteringer er en stor belastning for de ansatte
- Begrensede ressurser fører til overbehandling eller behandling på et for høyt nivå (f.eks. gjennom unødvendige innleggelse)
- Nedprioriteringer av helsehjelp til syke gamle skyldes i større grad feil prioriteringer i helsetjenesten enn mangel på ressurser (denne problemstillingen blir ikke nærmere omtalt i denne artikkelen)

Tabell 2 Sykehus-, sykehjems- og fastlegers opplevelse av områder med ressursmangel i helsehjelp til syke gamle. Fastleger som også er sykehjemsleger, er registrert som sykehjemsleger. Prosent som oppgir daglig/ukentlig forekomst på egen arbeidsplass. N = 378–387

	Sykehusleger	Sykehjemsleger	Fastleger	P-verdi ¹
<i>Bemanning/kompetanse</i>				
Ventetid eller manglende tilgang på spesialisthelsetjenester	19	21	32	0,06
Ventetid eller manglende tilgang på kommunehelse-tjenester	50	26	28	< 0,001
For lav bemanning i forhold til pleietyngde	37	59	25	< 0,001
For dårlig tilgang på annet helsepersonell (f.eks. fysioterapeut, ergoterapeut, ernæringsfysiolog)	25	52	23	< 0,001
Mangel på tid	31	45	22	0,01
For dårlig tilgang på legetjeneste	13	19	6	0,06
Manglende kompetanse	13	21	3	< 0,01
<i>Økonomi</i>				
For trange budsjetttrammer	28	38	14	< 0,01
Mangelfulle refusjonsordninger (f.eks. takster, blå resept)	7	15	14	< 0,05
Pasientens betalingsevne	5	2	6	0,01
<i>Styring/koordinering</i>				
Mangelfull samhandling og organisering av helsetjenesten	30	24	22	0,38
For dårlig tilgang på administrative støttefunksjoner	13	18	13	0,41
Mangel på juridisk rett til behandling	4	3	6	0,55

¹ For 2 × 3 tabellen med tre legekategorier

Svarkategorier var: helt uenig; litt uenig; litt enig; helt enig; usikker. I analysene ble kategoriene «helt uenig» og «litt uenig» slått sammen til «uenig» og tilsvarende «litt enig» og «helt enig» til «enig».

Respondentene ble også bedt om å angi hvor ofte de sto overfor kliniske nedprioriteringer som følge av ressursmangel på 13 ulike områder (tab 1). Videre inneholdt skjemaet 18 spørsmål om konsekvenser av ressursbegrensninger for pasientene og hvor ofte de støtte på disse konsekvensene (tab 2). Frekvensangivelsene for alle disse spørsmålene var aldri; sjelden; månedlig; ukentlig; daglig. I analysene ble svarkategoriene «aldri», «sjelden» og «månedlig» slått sammen til «sjelden», og tilsvarende «ukentlig» og «daglig» til «hyppig».

Sammenlikninger av svarfordelinger er gjort dels mellom sykepleiere og leger, dels mellom tre kategorier av leger: sykehjemsleger, sykehusleger og fastleger. Fastleger som er ansatt som sykehjemsleger, er klassifisert som sykehjemsleger uavhengig av stillingsbrøk. Khikvadrattest er benyttet for å teste ev. signifikante forskjeller mellom kategorier.

Resultater

Etter en purring hadde 1 178 returnert skjema (svarprosent 55). Av disse oppga 316 at de for tiden ikke arbeidet med pasienter over 75 år. Dermed er den reelle svarprosenten 66 (1 178 av 1 787).

På spørsmål om diskriminerende holdninger overfor syke gamle svarte 84 % at de sjelden eller aldri opplevde det. Sykepleierne oppga oftere enn legene at de møtte diskriminerende holdninger (p < 0,01).

92 % av sykepleierne og 79 % av legene sa seg enig i at ressursmangel og kliniske nedprioriteringer av tjenester til syke eldre mennesker er en stor belastning for de ansatte i helsevesenet (p < 0,01). Det var ingen forskjeller mellom legekategoriene.

Påstanden om at helsehjelp til syke gamle ikke er av like høy kvalitet som helsehjelp til yngre pasienter, var det også flere sykepleiere (75 %) enn leger (54 %) som sa seg enig i. Blant sykehjemslegene var det 70 % som var enig i dette, mot 50 % av sykehuslegene og 45 % av fastlegene.

Signifikant flere leger enn sykepleiere sa seg enig i at begrensede ressurser gir seg utslag i overbehandling eller behandling på et for høyt nivå. 72 % av sykehuslegene, 71 % av fastlegene og 65 % av sykehjemslegene mente at overbehandling eller behandling på et for høyt nivå som følge av ressursmangel er et problem.

75 % av sykepleiere og 54 % av legene var enig i påstanden om at helsehjelp til gamle ikke er av like høy kvalitet som helsehjelp til yngre pasienter (p < 0,01). Likeledes var det flere sykepleiere enn leger som var enige i påstanden om at nedprioritering av helsehjelp til syke eldre skjer oftere i dag enn for ti år siden (52 % versus 23 %, p < 0,01).

Områder med ressursmangler

Tabell 1 viser forekomsten av områder med ressursmangel og hvordan svarene fordelte seg mellom sykepleiere og leger. For lav bemanning i forhold til pleietyngde, mangel på tid og for trange budsjettammer er de tre hyppigst angitte områdene der ressursene er knappe. Disse tre områdene ble beskrevet som et daglig/ukentlig problem av om lag halvparten av respondentene. Sykepleierne oppga gjennomgående at de oftere møter ressursmangel med følger for helsehjelp til syke eldre enn legene. Et unntak var at legene oftere enn sykepleierne beskrev at ventetid på kommunehelsetjenester var et problem. Manglende juridiske rettigheter og pasientenes betalingsevne ble ansett som små problemer.

Sykehjemslegene beskrev oftere for lav bemanning i forhold til pleietyngde, for dårlig tilgang på annet helsepersonell, mangel på tid, mangel på kompetanse og for trange budsjettammer som årsak til nedprioriteringer av helsehjelp til syke eldre (tab 2). Legene som arbeider i sykehus, beskrev derimot oftere mangel på kommunale helsetjenester som et daglig eller ukentlig problem.

Konsekvenser

Konsekvensene som hyppigst ble oppgitt som et problem, var at pasientenes behov for fysisk aktivitet, sosial kontakt samt psykisk helsehjelp ble mangelfullt ivaretatt og at pasientene måtte vente på helsehjelp (tab 3). Redusert kvalitet på utredning og diagnostikk ble oppgitt av 25 %, og redusert kvalitet på behandling av 29 %. 9 % av alle mente at pasientens vitale medisinske behov ble mangelfullt ivaretatt daglig eller ukentlig. Derimot ble ressursmangel som fører til for tidlig død beskrevet av svært få, 91 % oppga at dette skjer sjeldnere enn én gang i måneden eller aldri, og her var det ingen forskjeller mellom gruppene. Sykepleierne beskrev konsekvensene av ressursmangel gjennomgående som mer alvorlig enn legene. De anga også udekkede pleiebehov som et hyppigere problem enn legene.

Sykehjemslegene beskrev mangelfull dekning av behovet for sosial kontakt og fysisk aktivitet som et større problem enn sykehusleger, likeledes redusert kvalitet på utredning og diagnostikk (tab 4). Derimot oppga flere sykehusleger at redusert kommunikasjon med pasient og pårørende, sårstell og mangelfull ernæring er problemer som de ofte støter på.

Diskusjon

Dette er en av de første norske undersøkelser som avdekker hvordan leger og sykepleiere opplever ressursituasjonen i arbeidet med syke eldre. Vi har sendt spørreskjemaer til noen av dem som har medisinsk og pleiemessig ansvar for syke eldre pasienter, og det er deres subjektive vurderinger vi registrerer, ikke objektive mål på kvalitet. En svakhet ved alle spørreskjemaundersø-

Tabell 3 Forekomsten av konsekvenser av ressursbegrensninger for eldre syke pasienter som leger og sykepleiere opplever daglig/ukentlig på egen arbeidsplass. I prosent. N = 808–842

	Sykepleiere	Leger	Alle	P-verdi ¹
<i>Medisinske behov</i>				
Redusert kvalitet på behandlingen	38	20	29	< 0,001
Redusert kvalitet på utredning og diagnostikk	30	19	25	< 0,001
Unødvendig forverring eller forlengelse av pasientens plager	21	13	17	< 0,01
Ukritisk bruk av medikamenter	19	15	17	0,07
Pasientens vitale medisinske behov (f.eks. behandling av feber, blodtrykksfall, pulsending eller pusteproblem) blir mangelfullt ivaretatt	11	7	9	0,05
Pasienten dør for tidlig	1	2	2	0,20
<i>Pleie</i>				
Pasientens pleie- og omsorgsbehov blir mangelfullt ivaretatt	35	26	30	0,01
Pasientens ernæringsbehov blir mangelfullt ivaretatt	29	22	26	< 0,05
Pasientens behov for hygiene og tannstell blir mangelfullt ivaretatt	33	15	25	< 0,001
Sårstell blir mangelfullt ivaretatt	13	7	10	< 0,01
<i>Psykososiale behov og fysisk aktivitet</i>				
Pasientens behov for fysisk aktivitet blir mangelfullt ivaretatt	72	49	61	< 0,001
Pasientens behov for sosial kontakt blir mangelfullt ivaretatt	64	45	55	< 0,001
Pasientens behov for psykisk helsehjelp blir mangelfullt ivaretatt	41	27	34	< 0,001
Mangelfull kommunikasjon med pasient og/eller pårørende	31	22	27	< 0,01
<i>Organisering</i>				
Utsettelse eller venting for pasienten	67	47	57	< 0,001
For tidlig utskrivning etter sykehusinnleggelse	31	32	31	0,71
Mangelfull koordinering, kontinuitet, planlegging av pasientens helsehjelp	29	31	30	0,53

¹ Leger versus sykepleiere

Tabell 4 Konsekvenser av ressursbegrensninger for eldre syke pasienter som sykehus-, sykehjems- og fastleger opplever daglig/ukentlig på egen arbeidsplass. I prosent. N = 374–387

	Sykehus	Sykehjem	Fastleger	P-verdi ¹
<i>Medisinske behov</i>				
Redusert kvalitet på behandling	16	28	17	0,06
Redusert kvalitet på utredning og diagnostikk	17	28	14	< 0,05
Unødvendig forverring eller forlengelse av pasientens plager	15	9	13	0,31
Ukritisk bruk av medikamenter	17	14	12	0,63
Pasientens vitale medisinske behov (eks. behandling av feber, BT-fall, pulsending eller pusteproblem) blir mangelfullt ivaretatt	8	6	5	0,51
Pasienten dør for tidlig	3	0	2	0,22
<i>Pleie</i>				
Pasientens pleie- og omsorgsbehov blir mangelfullt ivaretatt	22	32	29	0,16
Pasientens behov for hygiene og tannstell blir mangelfullt ivaretatt	17	9	18	0,13
Pasientens ernæringsbehov blir mangelfullt ivaretatt	29	14	12	< 0,01
Sårstell blir mangelfullt ivaretatt	10	1	6	0,01
<i>Psykososiale behov</i>				
Pasientens behov for fysisk aktivitet blir mangelfullt ivaretatt	43	71	40	< 0,001
Pasientens behov for sosial kontakt blir mangelfullt ivaretatt	42	56	39	< 0,05
Pasientens behov for psykisk helsehjelp blir mangelfullt ivaretatt	29	27	19	0,25
Mangelfull kommunikasjon med pasient og/eller pårørende	27	16	13	< 0,05
<i>Organisering</i>				
Utsettelse eller venting for pasienten	50	47	41	0,41
Mangelfull koordinering, kontinuitet og planlegging av pasientens helsehjelp	32	27	36	0,43
For tidlig utskrivning etter sykehusinnleggelse	33	30	34	0,80

¹ For 2 × 3 tabellen med tre legekategorier

kelser er at man må forsøke å dekke svar på kompliserte spørsmål med kortfattede og kategoriske svaralternativer. En annen svakhet er at en tredel av dem som mottok spørreskjemaet, ikke har returnert det. Det er all grunn til å tro at disse kan ha en annen oppfatning enn de som svarte. En annen seleksjonsskjevhet er at vi har inkludert medlemmer av Forum for sykehjemsmedisin og geriater for å få synspunkter fra dem som står nær pasientgruppen og er engasjert i feltet. Disse er selvsagt ikke representative for legene som gruppe. Til tross for disse svakhetene må vi kunne slå fast at et betydelig antall leger og sykepleiere opplever en personlig belastning pga. for få ressurser til å dekke behovene til syke og gamle. Dette er én god forklaring på at rekruttering av kvalifisert helsepersonell er et problem i sykehjemmene (3, 6). Manglende ressurser til å gjøre en faglig meningsfull og etisk forsvarlig jobb er både personlig belastende og faglig utilfredsstillende, særlig når dette rammer de svakeste pasientgruppene med størst hjelpebehov. I en undersøkelse fra 1998 i 61 kommuner avdekket Helsetilsynet utilfredsstillende forhold både medisinsk og pleiemessig (8). Det er tankevekkende at sju år senere rapporteres omfattende mangler.

Et slående, men ikke uventet funn i vår undersøkelse er at problemene ser noe forskjellig ut avhengig av hvor man er i systemet. De som står nærmest pasientene, sykepleierne og legene som arbeider i sykehjem, opplever problemene oftest. Våre tall indikerer at ressursmangel sjelden eller aldri fører til at pasienten dør for tidlig. Likevel er ikke de medisinske kjerneområdene som diagnostikk og behandling dekket tilfredsstillende hos syke eldre mennesker i dagens Norge. Om dette ikke fører til for tidlig død, kan det gi unødige lidelse. Mer alvorlig er det etter vårt syn at en tredel av sykepleierne og en firedel av legene mener at pleie- og omsorgsbehovene synes å være mangelfullt ivarettatt. God pleie, hygiene og ernæring er basalbehov som alle mennesker bør ha tilgang til. Det mest iøynefallende med vår undersøkelse er imidlertid at norsk helsepersonell i så stor grad beskriver at ressursmangel fører til utilstrekkelig dekning av de grunnleggende behovene for psykisk helsehjelp, sosial kontakt og fysisk aktivitet, og at dette er mest uttalt i sykehjem. Dette bekrefter Prioriteringsrådets konklusjon om at livskvalitetsforbedrende tiltak burde prioriteres i omsorgen for syke eldre.

Våre funn støtter opp om Legeforeningens rapport og Prioriteringsrådets arbeid, som begge har påpekt behov for bedre ivaretagelse av psykisk helsehjelp til eldre. Senter for metodevurdering fant i 2003 at psykisk lidelse hos eldre er underbehandlet (9). Ved mangel på tid, for lite medisinsk kvalifisert personell og for trange budsjettammer prioriteres de medisinske kjerneoppgavene, mens pleie og ernæring kommer i annen rekke. Enda lenger ut kommer dekning av de

mer menneskelige psykososiale behovene og fysisk aktivitet. Noen av disse behovene bør kunne dekkes av andre enn medisinsk kompetent personell, f.eks. miljøpersonale. Her blir behovet for flere hender i eldreomsorgen tydelig dokumentert. Angsten for ikke å få tilfredsstillende basale og dagligdage menneskelige behov som å få bevege seg og få komme ut i frisk luft, tilfredsstillende hygiene eller et minimum av sosial kontakt, er kanskje en av årsakene til at de fleste frykter sykehjemstilværelsen. Også gamle skrøpelige mennesker har nytte av tiltak som bedrer trivsel og helse. Et flertall av respondentene har beskrevet fysisk aktivitet som et ikke-dekket behov. Jo nærmere syke eldre de står, jo flere svarer dette. Fysisk aktivitet har gunstig effekt på helsen, også hos eldre mennesker (10, 11).

Knapphet på tid ble beskrevet som et av de største problemene både av sykepleiere og leger (tab 1). Sykehuslegene opplever at kommunikasjon med pasient og pårørende lider. Dette kan forklares med at tempoet i sykehus er lite innstilt på tidkrevende tiltak som samtale, et funn som er urovekkende i seg selv. Sykehuslegene beskriver også oftere dårlig ernæring som et problem som de hyppig møter. Dette er også beskrevet andre steder. At eldre mennesker som kommer inn i sykehus fra hjemmet eller sykehjemmet har en mangelfull ernæringstilstand, kan bety at det er for lite tid til å hjelpe til under måltidene både på sykehjemmene og i hjemmesykepleien. En studie fra England viser at ernæringsstatus ofte ikke engang blir dokumentert (12).

Det er hevdet at polyfarmasi er et stort problem hos eldre med mange lidelser (4, 13). Overbehandling med medikamenter blir ikke opplevd som et hyppig problem av mer enn 17% av våre respondenter. Hvor grensene går for hva som er korrekt og hva som er overbehandling, er ikke alltid enkelt å si. Det er ikke utenkelig at mangel på kompetanse gjør helsepersonell mindre kritisk til polyfarmasi. Unødig medisinerer kan skade den enkelte pasient, og behandling på et for høyt nivå pga. manglende ressurser er også kostnadsdrivende. Det er tankevekkende at to tredeler rapporterer at dette er et hyppig problem. Det er ikke overraskende at sykehusleger ofte registrerer behandling på et for høyt nivå, fordi disse ser pasienter som er ferdigbehandlet uten at de har et sted å reise. Statens helsetilsyn fant i 2000 at et stort antall eldre pasienter fikk forlenget opphold i sykehus uten at det var medisinske årsaker til det (14). Det er imidlertid også verdt å merke seg at en tredel av legene beskriver for tidlig utskrivning som noe de møter ukjentlig eller daglig og som er en følge av ressursknapphet.

Nesten en av tre beskriver mangelfull koordinering og organisering av hjelpen til eldre som et hyppig problem. Dårlig organisering fører til at ressursene ikke utnyttes maksimalt. Derfor er medisinsk og helsefag-

lig kompetanse på riktig nivå for denne pasientgruppen ikke bare nødvendig for å gi god helsehjelp, men også for å hindre unødvendig bruk av knappe ressurser.

Manuskriptet ble godkjent 24.5. 2006. Medisinsk redaktør Erlend Hem.

Takk til Sosial- og helsedirektoratet som har finansiert studien. Vi takker også prosjektets referansegruppe: Berit Støre Brinchmann, Marit Kirkevold, Marita Nordhaug, Anette Høyen Ranhoff, Bodvar Vandvik, Jan Bjørnson, Åshild Slettebø, Berit Andersen og Kristin Grøthe for nyttige innspill ved utforming av spørreskjema.

Litteratur

1. Norges offentlige utredninger. Retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste. NOU 1987: 23. Oslo: Universitetsforlaget, 1987.
2. Norges offentlige utredninger. Prioritering på ny: gjennomgang av retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste. NOU 1997: 18. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, 1997. <http://odin.dep.no/hod/norsk/publ/utredninger/NOU/030005-020011/index-dok000-b-n-a.html> (25.4.2006).
3. Når du blir gammel og ingen vil ha deg. Oslo: Den norske lægeforening, 2001. www.legeforeningen.no/index.gan?id=5178 (25.4.2006).
4. Protokoll fra Prioriteringsrådsmøte 1.–2.12.2003. www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00001/Protokoll_1_des_1988a.doc (25.4.2006).
5. Husebø BS, Husebø S. Etliske avgjørelser ved livets slutt i sykehjem. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 2926–7.
6. Nygård HA. Sykehjemmet som medisinsk institusjon – et fatamorgana? Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 823–5.
7. Total health expenditure per capita. www.oecd.org/dataoecd/60/27/35529803.xls (25.4.2006).
8. www.helsetilsynet.no/templates/ArticleWithLinks_5463.aspx (22.5.2006).
9. Helsetjenester og gamle – hva er kunnskapsgrunnlaget? SMM-rapport nr. 11/ 2003. Oslo: Senter for medisinsk metodevurdering, 2003. www.kunnskapscenteret.no/filer/Rapport11-03.pdf (25.4.2006).
10. Hjort PF. Fysisk aktivitet og eldres helse – gå på! Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 2915–8.
11. Helbostad J. Fysisk trening av sykehjemsbeboere – har det noen hensikt? Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 1195–7.
12. McWhirter JP, Pennington CR. Incidence and recognition of malnutrition in hospital. BMJ 1994; 308: 945–8.
13. Wyllyer TB, Sletvold O. Å være lege for gamle. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 468.
14. Gamle i sykehus: innlagte 75 år og over i medisinsk avdeling 1998. Statens helsetilsyns utredningsserie 7-1999. Oslo: Statens helsetilsyn, 1999. www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/utredningsserien/Gamle_i_sykehus_medisinsk_avdeling_1998_ik-2697-2.pdf (25.4.2006).