

# Sykehjemmets rolle i fremtidens helsevesen

Vi har arbeidet med spørsmål om hvilken funksjon sykehjemmet skal ha i den fremtidige kommunehelsetjenesten. Debatten om sykehjem er i full gang, men hvilken rolle sykehjemmene skal inneha er uklart. Ifølge Stortingsmelding nr. 25 (2005–06) ønsker man en dreining bort fra langtidsopphold til korttidsopphold i sykehjem. Har kommunehelsetjenesten reelle planer for sykehjemmene? Finnes det nok kunnskap om hvilket faglig nivå sykehjemmene må ha for å ivareta pasienter med behov for rehabilitering og behandling? Dette gjelder pasienter som skal utskrives fra sykehuset og pasienter i kommunehelsetjenesten.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

## Wivi-Ann Tingvoll

vat@hin.no

Høgskolen i Narvik

Institutt for sykepleie- og helsefag  
8500 Narvik

## Torill M. Sæterstrand

Høgskolen i Bodø

Institutt for sykepleie- og helsefag

Det finnes lite dokumentasjon om nivå og kvalitet på behandling i sykehjem i Norge. Forklaringen kan være at sykehjemmene har vært et botilbud så vel som et omsorgstilbud. I tillegg har presset på den kommunale helsetjenesten økt som følge av kortere liggetid i sykehus og stadig eldre pasienter med sammensatte sykdommer. En konsekvens av dette må bli at sykehjemmene vil flytte faglig fokus fra langtidsopphold til aktiv behandling og rehabilitering. Et helhetlig tilbud på øverste nivå bør være en selvfølge i tiltakskjeden for kommunene og sykehjem (1).

Kommunens definisjon av hvordan tilbudet inndeles er viktig. I tillegg må tilbudet være fleksibelt. Sykehjem med høy behandlings- og rehabiliteringskompetanse er vesentlig for å kunne avhjelpe Eldres behov for behandling av sammensatte lidelser.

Man må vurdere det faglige tilbudet, ikke bare omsorgs- og bo-situasjonen. Synet på eldreomsorgen har vært preget av en boligreform der det i hovedsak har dreid seg om ferdigstillelse av leiligheter. Det faglige innholdet har ikke vært belyst tilstrekkelig, kanskje på grunn av manglende politisk vilje til å prioritere (2). Tjenesten er ikke inndelt i nivåer etter pasients behov. Statens helsetilsyn tilrår at kommunen skal ha plikt til å legge til rette for et varig botilbud for

dem som trenger heldøgns pleie og omsorg eller tilsyn (3). I hovedsak gjelder dette følgende grupper: kronisk syke og funksjonshemmede med (store) behov for medisinsk behandling og pleie, pasienter med aldersdemens som ikke kan ta ansvar for seg selv og pasienter med alvorlige atferdsvansker.

Vi mener at sykehjemmene i fremtiden ikke bør ha funksjon som varig botilbud for enkeltgrupper. Vi støtter oss til Helsetilsynets tilråding om at sykehjemmet skal være kommunens tilbud til samtlige aldersgrupper som i et avgrenset tidsrom har behov for døgntilrettelegging tjenester som medisinsk behandling, rehabilitering/opp- trening og sykepleie. Oppbygging av et godt tilbud om terminalomsorg ved sykehjemmene er også et område som må vektlegges i større grad (4).

Sykehjemfunksjonen må styrkes, både ved (en betydelig) økning av tjenestens omfang og gjennom oppbygging av kompetanse. Sykehjemmene bør få en økt andel fagpersonell, og det bør bygges opp et tverrfaglig behandlingsmiljø. Ifølge Statens helsetilsyn (3) må legetjenesten og sykepleietjenesten i sykehjem forsterkes. Dette blir i tillegg fulgt opp av Stortingsmelding nr. 25 der det står at legeverk i sykehjem skal styrkes med 50 % innen 2010.

## Variasjoner og kompetanse i sykehjem

Statens helsetilsyn har i sin tilstandsrapport i 2005 (5) påpekt at eldre ikke får innfridd lovfestede rettigheter til pleie og omsorg av god kvalitet. I NOU 2005; 3 er det dokumentert svikt i samhandlingen mellom ulike instanser i helse- og omsorgstjenesten (6). Dette rammer særskilt pasienter som trenger sammensatte tjenester over tid,

blant annet syke eldre. Kværner påpekte i sin studie om fastlegers oppfatning av samhandlingen med sykehjem, at fire av fem var fornøyde, men at det lå an til forbedringer (7). Hun viste til at der det var faste legehjemler, fungerte resten av tjenesten på sykehjemmene bedre, f.eks. opp- trening, smertebehandling og medisinsk oppfølging. Sunnevågs undersøkelse viste stor variasjon i kompetansen i sykehjem (8). I hovedsak var tilsynsoppgaven pålagt av kommunene. Valen-Sensstad og medarbeideres studie av medisinsk rehabilitering i sykehjem slo fast at effekten av funksjon og forbruk av rehabilitering i sykehjem ga små, men signifikante utslag (9). Studien er basert på en undersøkelse i ett norsk sykehjem, men i tillegg viste de til funn fra en norsk, en nederlandsk og en amerikansk studie. De kom frem til at faglig kompetanse og arbeidsmetode varierer fra sykehjem til sykehjem. Paulsen og medarbeideres studie blant 29 langtids somatiske sykehjemsavdelinger understreket at 30 % av de sykehjemsansatte i deres utvalg sier at de ofte går hjem med dårlig samvittighet fordi de ikke rakk å gjøre det de hadde planlagt (10). Kvaliteten på tilbudet ble vurdert ut fra en rekke indikatorer, som ivaretagelse av grunnleggende medisinsk behandling og pleie, beboerens mulighet til selv å bestemme over døgnrytmen og muligheten til å ha et sosialt aktivt og selvstendig liv.

Hauge på sin side påpekte i sin doktorgradsavhandling at sykehjemmet fullstendig svikter som hjem (11). Verken stue, korridor, kjøkken eller pasientens rom er tydelige offentlige eller private arenaer. En bedre tilrettelegging av innhold i hverdagen på sykehjem krever en tydeliggjøring fra ledelsens side (12). Stensen understreket mangelen på medisinsk faglig ekspertise, lav legedekningen og ofte en eneste sykepleier på jobb på et sykehjem med kanskje hundre pasienter (13). I Granbo & Helbo- stads (14) forskningsprosjekter om sykehjem i Norge la de vekt på at diagnostikk og tilbud må individualiseres. Dette i motsetning til at sykehjemmets beboere tradisjonelt oppfattes som en homogen gruppe. De fremhevet at både sykehjem og hjemmebasert omsorg lider under mangelen på faglig kompetanse og ressurser, slik at individuelle hensyn til den enkelte ofte ikke blir ivare tatt. Ifølge Husebø kan det stilles spørsmål ved om det er tilstrekkelig bemanning på sykehjem (15). For lav bemanning

vil påvirke aktivitetsnivået og situasjonen i hverdagen for pasientene.

I USA fant Leveille og medarbeidere at økt kompetanse blant ansatte og iverksettelsen av tilrettelagte rehabiliteringsprogrammer for syke eldre ga lavere frekvens av innleggelse i sykehus (16). Sæterstrand & Tingvoll's resultater fra studiene av sykehjem og endringsprosesser viste at forandringer skaper usikkerhet både for ledelse, ansatte, pasienter og pårørende, samt for omgivelsene (17). Forskning viser store sprik mellom hva man legger i innhold og kompetanse ved sykehjemmene. De refererte studiene illustrerer behovet for økte ressurser og kompetanse samt behovet for en tydeliggjøring av sykehjemmets rolle i det fremtidige helsevesenet.

### Hva kan vi gjøre?

Ut fra en samlet vurdering mener vi at det er riktig å holde fast ved et skille mellom en sykehjemsfunksjon og et varig botilbud. Ved å styrke sykehjemmenes faglig kompetanse vil behandlingsnivået i kommunehelsetjenesten høynes. Det er viktig å løfte frem betydningen av rehabilitering i sykehjemmene. Rehabiliteringsplasser med et

faglig innhold bør defineres. Sykehjemmene må etablere rehabiliterings- og behandlingstilbud og sørge for god dekning av medisinsk personell. Dette vil medføre et høyere kostnadsnivå. Presset om raske utskrivningsprosesser fra sykehusene vil tvinge frem nye løsninger i sykehjemmene. Når man i Stortingsmelding nr. 25 anfører at man skal øke legeandelen i sykehjem med 50 %, betyr det en stor satsing i kommunehelsetjenesten. Politisk og økonomisk vilje vil være «enten-eller» hvis man skal få innfridd denne forpliktelsen.

### Litteratur

1. St.meld. nr. 25 (2005–06). Mestring, mulighet og mening. Framtidas omsorgsutfordringer.
2. St.meld. nr. 31 (2001–02). Avslutning av handlingsplan for eldreomsorgen: «Fra hus til hender».
3. Når du blir gammel og ingen vil ha deg. Statusrapport om situasjonen i helsetjenesten. Oslo: Den norske lægeforening, 2001.
4. St.prp. nr. 61 (1997–98). Om nasjonal kreftplan og plan for utstyrsinvesteringer ved norske sykehus.
5. Tilstandsrapport 2005. Oslo: Statens Helsetilsyn, 2005.
6. Norges offentlige utredninger. Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste. NOU 2005: 3.
7. Kværner K. Fastlegers oppfatning av samarbeidet med sykehjem. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 1016–7.

8. Sunnevåg KJ. Rapportering fra pilotstudier. Arbeidsnotat nr. 47/05. Bergen: Samfunns- og næringslivsforskning, 2005.
9. Valen-Sendstad A, Bø OC, Laake K. Medisinsk rehabilitering i sykehjem – effekt på funksjon og forbruk av tjenester. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 678–81.
10. Paulsen B, Harsvik T, Halvorsen T et al. Bemannings- og kvalitetsstudie i sykehjem. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 2954–5.
11. Hauge S. Jo mere vi er sammen, jo gladere vi blir? Doktoravhandling. Oslo: Institutt for sykepleievitenskap, Universitetet i Oslo, 2004.
12. Sæterstrand T, Tingvoll WA. Omstilling i eldreomsorgen, en krevende prosess. Nordisk tidsskrift for helseforskning 2007; 5: 1.
13. Stensen S. Hjem eller oppbevaring? Dagbladet 7.10.2006.
14. Granbo R, Helbostad JL. Hvordan ivareta sykehjemsbeboernes behov for bevegelse? Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 1934–6.
15. Husebø S. En verdig alderdom. Omsorg 2001; 18: 3–4.
16. Leveille SG, Wagner EH, Davis C et al. Preventing disability and managing chronic illness in frail older adults: a randomized trial of a community-based partnership with primary care. J Am Geriatr Soc 1998; 46: 1191–8.
17. Sæterstrand T, Tingvoll WA. Sykehjem i endring. Vård i Norden 2007; 27: 54–6.

*Manuskriptet ble mottatt 12.3.2007 og godkjent 20.6.2007. Medisinsk redaktør Åslaug Helland.*