

Alle skal kunne være trygge på å få god medisinsk behandling på et fritt valgt sykehjem – uavhengig av hvor man bor i landet. Rettigheter, kapasitet og kompetanse må styrkes i eldreomsorgen

## Sykehjem, omsorg og legehjelp

■ Sykehjemsbeboernes gjennomsnittsalder er 84 år og den øker. Mange kan ikke gå, de har flere sykdommer og over 70 % er demente. I snitt har sykehjemspasientene fire aktive diagnoser som krever oppfølging fra lege og annet helsepersonell. Liggetiden på sykehus går ned – noe som også øker behovet for god medisinsk kompetanse på sykehjemmet.

Våre eldste fortjener den verdighet og respekt som ligger i å sikre dem en trygghet for god behandling. Helsetjenesten til eldre må være like god som helsetjenesten forøvrig, og rettighetene må forankres mye bedre i lovverket enn det som er tilfelle i dag. På sykehjemmene trengs dyktige allmennleger – på sykehusene trengs en spesialisthelsetjeneste som er godt skolert i eldres særskilte behov innen alle fagområder og i geriatri. Det er viktig at også sykehjemsbeboere sikres en god primærhelsetjeneste som vil kunne dekke de aller fleste behov, med mulighet for henvisning til og samspill med spesialisthelsetjenesten.

Vi trenger en eldreomsorg med varierte gode tilbud tilpasset den enkeltes behov. Noen trenger hjelp i hjemmet, andre trenger gode dagtilbud eller omsorgsboliger. De sykeste eldre trenger sykehjemsplass. Det trengs velkvalifisert helsepersonell og andre bidragsytere.

Det er beregnet at 25 % av befolkningen over 80 har behov for en sykehjemsplass. Dekningen i 2006 var 17,8 % (1), noe som er dårligere enn for ti år siden. Det må skaffes en reell oversikt over hvor mange som venter på sykehjemsplass. De som er «feilplassert» i f.eks. en omsorgsbolig eller hjemme uten tilstrekkelig hjelp, må også telles med her. Fylkeslegene i Oslo, Hordaland og Sør-Trøndelag oppgir at det er blitt vanskeligere å få sykehjemsplass i de store byene. Det haster med en økt utbyggingstakt.

Vi vet fra SINTEF-undersøkelsen i 2004 og fra rapporter fra Statens helsetilsyn at den medisinske behandlingen ikke er god nok, og at legedekningen er for lav og svært varierende mellom de forskjellige sykehjemmene (2). God medisinsk behandling er grunnleggende for eldre på sykehjem, og det er god omsorg.

SINTEF-undersøkelsen viste en klar sammenheng mellom antall beboere som sykehjemslegen betjente per time hver uke, og hvor godt behovet for medisinsk undersøkelse og behandling, smertebehandling og opptrening ble ivarettatt. Legeforeningen foreslo bl.a. på bakgrunn av dette allerede i statusrapporten om eldre fra 2001, nasjonale normtall for legebemanning på sykehjem, differensiert etter plasstype og behov (3). Nasjonale normtall vil sikre utjevning av de store variasjonene vi nå har, og har vært støttet av mange. Myndighetene har likevel valgt å satse på lokale kommunale normer. Legeforeningen ønsker å medvirke til at den valgte løsning gir best mulig resultat, og håper flest mulig kommuner vil benytte våre anbefalinger som grunnlag. Til hjelp i arbeidet vil Legeforeningen sende informasjon til kommunene om bruk av bemanningsnormer.

Oslo legeforening gjennomførte våren 2007 en spørreundersøkelse blant sykehjemsleger hvor de kartla i hvilken grad legene opplevde å ha tid til å utføre oppgavene sine tilfredsstillende. Undersøkelsen viser at legene har for lite tid til det meste, men de prioriterer behandling og diagnostikk og deretter samtaler med pårørende etc. Viktige oppgaver som samarbeid med kommunale etater, kolleger og sykehus, smittevern, medisin håndtering, veiledning og faglig oppdatering er det liten tid til. I forbindelse med debatten som har vært omkring mulighet for turnustjeneste på sykehjem, er det verdt å merke seg at noe over 70 % av legene oppgir at de i svært liten grad får tid til veiledning av studenter, turnusleger og hospitanter innenfor dagens rammer. Legedekningen må derfor styrkes vesentlig. Det må bygges opp et godt fagmiljø med tilstrekkelige dimensjoner og kompetanse, før ytterligere utdanning kan skje på sykehjem.

Sykehjemsmedisin er et bredt fagområde og en naturlig del av spesialiteten allmennmedisin. I den enkelte kommune eller ev. interkommunalt vil det kunne bygges opp fagmiljøer som både kan sikre fagutvikling og gode tilbud for beboerne. Søbstad sykehjem i Trondheim er et undervisningssykehjem som har som målsetting å heve kvalitet og kompetanse i eldreomsorgen. Sykehjemmet har høyere legebemanning, flere sykepleiere, fysioterapeuter og annet personale og bedre medisinsk utstyr enn det som er snittet på norske sykehjem. Riktignok koster et døgn der mer enn på vanlige sykehjem, men det er tre ganger billigere enn et sykehusdøgn. De satser på opptrening og rehabilitering og har flotte resultater å vise til. Dødeligheten er halvert i forhold til andre steder. Antall reinnleggelser på sykehus er halvert. Sammenliknet med pasienter som blir sendt rett hjem fra sykehus klarer dobbelt så mange seg selv i hjemmet etter endt behandling. Dette viser at satsing på kvalitet i sykehjemstilbudet både gir de eldre god behandling og er ressursbesparende sett i et samfunnsøkonomisk perspektiv.

Legeforeningen er i oppstartfasen med et tverrfaglig gjennombruddsprosjekt i sykehjem – i samarbeid også med myndighetene. Gjennombruddsmodellen er en anerkjent forbedringsmetode som Legeforeningen tidligere har brukt på andre områder. Prosjektet innebærer en konkret satsing for å bidra til en kunnskapsbasert bedret helsetjeneste for sykehjemsbeboere. Det haster.

### Litteratur

1. Plassar i institusjonar for eldre og funksjonshemma 1. 1996–2006. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 2006.
2. Paulsen B, Harsvik T, Halvorsen T et al. Bemanning og tjenestetilbud i sykehjem. Trondheim: SINTEF, 2004.
3. Den norske lægeforening. Når du blir gammel og ingen vil ha deg. En statusrapport om situasjonen i helsetjenesten. Oslo: Den norske lægeforening, 2001.



Torunn Janbu

**Torunn Janbu**  
torunn.janbu@legeforeningen.no  
president