

# Legetjenester i sykehjem

**En nasjonal kartlegging 1999**

Et prosjekt gjennomført på oppdrag av  
Statens helsetilsyn og planlagt og finansiert av  
Nasjonalt geriatriprogram (kap 670 post 62)

Prosjektleder Hans Michael Waaler  
Prosjektmedarbeider Jill Nilsen



**Statens helsetilsyn**

**Utredningsserien 8-99  
IK-2698**

## Forord

Det er over 35.000 plasser i norske sykehjem. Sykehjemmene har gjennomgått store endringer i løpet av de siste 20 årene: først overgang til fylkeskommunal drift under Lov om sykehus i 1977 og overgang til kommunene under Lov om helsetjenester i kommunene i 1988.

Statens helsetilsyn og fylkeslegene har ansvar for tilsyn med helsetjenesten. Fylkeslegenes felles tilsyn med helsetjenester for eldre i kommunene i 1998 avdekket at mange pasienter ikke får dekket grunnleggende behov på en tilfredsstillende måte.

Det er gjennomgående mangelfull oversikt over hvordan legetjenesten i sykehjem fungerer, og det er uklart hvordan legens rolle i sykehjem vil bli påvirket av fastlegereformen.

Den foreliggende kartleggingen av legetjenester i sykehjem representerer ca  $\frac{3}{4}$ -deler av alle plassene i norske sykehjem. Det er innsamlet opplysninger fra sykehjemsledere og fra sykehjemsleger. I tillegg er det foretatt intervju med lege og avdelingssykepleier i et begrenset antall sykehjem i fire fylker.

Helsetilsynet håper kartleggingen kan være til nytte i arbeidet med å styrke tilbudet i norske sykehjem og øke interessen blant norske leger til å videreutvikle det medisinsk-faglige tilbudet til sykehjemspasientene.

Statens helsetilsyn vil takke kommunelege Hans Michael Waaler og sykepleier Jill Nilsen for stor og entusiastisk innsats i prosjektet innen en stram tidsplan.

Oslo desember 1999

Jørgen Holmboe  
fung. helsedirektør

## Innhold

<b>Forord .....</b>	<b>1</b>
<b>Innledning.....</b>	<b>4</b>
Bakgrunn.....	4
Prosjekt kartlegging av legetjenester i sykehjem 1999.....	5
<b>Statens helsetilsyns vurdering av rapporten.....</b>	<b>6</b>
Behovet for å spre gode erfaringer .....	6
Generelt om undersøkelsen.....	6
Dimensjonering av legetjenester i sykehjem .....	7
"Den gode sykehjemslegen".....	8
Suksessfaktorer.....	8
Kvalitetsindikatorer.....	10
Sentrale medisinsk-faglige oppgaver.....	10
<b>Kartlegging av legetjenester i norske sykehjem 1999 .....</b>	<b>13</b>
<b>Sammendrag.....</b>	<b>13</b>
<b>Bakgrunn for kartleggingen.....</b>	<b>14</b>
<b>Materiale og metode .....</b>	<b>14</b>
Tilgang til oversikt over norske sykehjem .....	14
Spørreundersøkelse .....	15
Intervjuundersøkelse.....	15
Dataanalyse .....	16
<b>Resultater.....</b>	<b>17</b>
<b>Spørreundersøkelse om legetjenester i sykehjem.....</b>	<b>17</b>
Sykehjemslegen.....	17
Dimensjonering.....	18
Organisering av legetjenesten på sykehjemmet.....	20
Legens kvalifikasjoner.....	24
Forbedringsforslag .....	28

Kommentarer på legeskjemaene .....	29
<b>Intervjuundersøkelse med sykehjemsleger og avdelingssykepleiere .....</b>	<b>30</b>
Struktur rundt legen.....	30
Min trivsel på sykehjemmet .....	34
Idebank fra sykehjem .....	34
<b>Diskusjon .....</b>	<b>36</b>
Vurdering av dagens legetjeneste i sykehjem .....	36
”Den gode sykehjemslegen” .....	38
Suksessfaktorer .....	39
Kvalitetsindikatorer.....	41
Sluttkommentar .....	42

# Innledning

## Bakgrunn

Da sykehjemmene ble lagt til fylkeskommunen under Lov om sykehus i 1970, var forutsetningen at sykehjemmene skulle avlaste en del av sykehusenes oppgaver. Da sykehjemmene ble overført til kommunene i 1988 (Ot.prp. nr. 48 (1995-96)), fikk sykehjemmene oppgaver både som helseinstitusjon, botilbud for sterkt pleietrengende og korttidsopphold for avlastning og rehabilitering. I 1998 var det 34.764 plasser i somatiske sykehjem i Norge. Dekningsgraden for sykehjemsplasser per 100 personer 80 år og over var i 1998 18,4 mot 20,4 ti år tidligere. I perioden 1994 til 1998 har det imidlertid vært en økning fra 28.695 til 41.898 plasser i boliger som kommunene disponerer til pleie- og omsorgsformål. Antall mottakere av hjemmehjelpstjenester var omtrent konstant i samme periode<sup>1</sup>.

Institusjonsdekningen i sykehjem har vært høy i Norge sammenliknet med andre europeiske land. En OECD-rapport viser at Norge bruker 2,7% av brutto nasjonalproduktet til offentlige utgifter til pleie- og omsorgsformål, og andelen er, i likhet med i Nederland, høyest blant OECD-landene<sup>2</sup>.

Andre undersøkelser har kartlagt hva som kjennetegner sykehjemspasientene. AIP-HUNT, Aldersinstitusjonsprogrammet – Helseundersøkelser i Nord-Trøndelag, har i perioden 1995-97 kartlagt sykehjemspasientene i 22 av fylkets 24 kommuner, og materialet omfatter 2/3-deler av pasientene i alders- og sykehjem i fylket. Denne undersøkelsen gir et godt bilde av pasientbelegget i norske sykehjem. Resultatene viser at gjennomsnittsalderen er 83 år, og ca 5% er under 70 år. Ca halvparten er innlagt fra hjemmet, og ved undersøkelsestidspunktet var oppholdstiden i gjennomsnitt 2,7 år. De vanligste hoveddiagnosene er aldersdemens (40%), hjerneslag (19%), kronisk hjertesykdom (5%), lårhalsbrudd (3%) og slitasjegikt (3%)<sup>3</sup>.

Presset på sykehussengene har ført til kortere liggetid i sykehus, og for gruppen 80 år og over er gjennomsnittlig liggetid i sykehus vel 8 dager. Helsetilsynets kartlegging av gamle i sykehus viser at 42% av pasientene i landets medisinske avdelinger er 75 år og over. I alt 14% av disse pasientene venter på plass i sykehjem<sup>4</sup>. Den intensiverte driften ved norske sykehus de senere årene har medført økt press på kommunehelsetjenesten og større oppgaver for sykehjemmene. Legetjenesten i sykehjem er ikke styrket i takt med denne endringen.

Kommunene har ansvar for sykehjem, kfr Lov om helsetjenesten i kommunene. Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns pleie og omsorg (sykehjemsforskriften) angir nærmere formål, oppgaver og krav til driften. Det er ikke fastsatt normer for dimensjonering av legetjenesten i sykehjem, men det er i sykehjemsforskriften krav om at lege skal ha ansvar for

den medisinske behandlingen. Kvalitetsforskriften gjelder for pleie- og omsorgstjenester både i og utenfor institusjon<sup>5</sup>.

I 1988 ble det etablert en egen referansegruppe for sykehjemsmedisin under Norsk selskap for allmennmedisin (NSAM). Håndbok i sykehjemsmedisin, som gruppen ga ut i 1994, gir en god oversikt over legens oppgaver i sykehjem<sup>6</sup>. Ved kommunelegekurset på Folkehelse i 1995 skrev seks kommuneleger en gruppeoppgave om medisinsk-faglige råd til bruk i planleggingen av kommunale helsetjenester for eldre. Rapporten behandler både dimensjonering av sykehjemstilbud i kommunene, utnyttelse av sengekapasiteten og kvalitetsindikatorer i sykehjem<sup>7</sup>.

Spørsmålet om dimensjonering av legetjenesten i sykehjem har lenge vært gjenstand for diskusjon. Ikke bare legene selv mener legetimetallet må øke. En norsk studie viser at avdelingssykepleiere i sykehjem stort sett er fornøyde med tilsynslegeordningen, men mener at for få legetimer og mangel på kontinuitet i legetjenesten gir grunn til misnøye<sup>8</sup>.

Statens helsetilsyn og fylkeslegene gjennomførte tilsyn med helsetjenesten for eldre i kommunene i 64 av landets kommuner i 1998<sup>9</sup>. Det ble avdekket betydelige mangler i dekning av pasientenes grunnleggende behov for tjenester. Fylkeslegenes tilsyn med kommunenes helsetjeneste for eldre ble gjennomført som systemrevisjoner. *Systemrevisjoner* tar utgangspunkt i internkontrollbestemmelsen i Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten. *Internkontroll* er å etablere systematiske tiltak som sikrer at virksomheten planlegges, organiseres, utføres og vedlikeholdes i samsvar med allment aksepterte faglige normer og krav gitt i eller i medhold av lov og forskrift. Gjennom særskilt kartlegging kan mer detaljerte forhold beskrives.

## **Prosjekt kartlegging av legetjenester i sykehjem 1999**

Denne publikasjonen gjelder en kartlegging som ble gjennomført våren 1999. Det ble en sendt spørreskjema til institusjonsleder og sykehjemsleger ved alle landets somatiske sykehjem. Resultatene viser situasjonen på nasjonalt nivå. I tillegg ble det gjennomført intervjuer med sykehjemsleger og avdelingssykepleiere ved seks sykehjem i fire fylker for å supplere spørreundersøkelsens kvantitative tilnærming.

Statens helsetilsyn har hatt ansvar for planlegging og oppfølging av undersøkelsen, og prosjektet er finansiert av Nasjonalt geriatriprogram (1994-99), Sosial- og helsedepartementets budsjett, kapittel 670 Tiltak for eldre, post 62 Styrking av fagfeltet geriatri.

Statens helsetilsyn inviterte en rekke enkeltpersoner fra kommuner, sykehjem, sykehus, universitet, Sosial- og helsedepartementet og egen etat til et idemøte tidlige under planlegging av undersøkelsen. Undersøkelsen ble organisert som et prosjekt med følgende styringsgruppe:

Avdelingsdirektør Jan Fredrik Andresen, Statens helsetilsyn, leder  
Fagsjef Hege Raastad Basmo, Statens helsetilsyn  
Prosjektleder Otto Christian Rø, Nasjonalt geriatriprogram, Statens helsetilsyn  
Assisterende fylkeslege Gunnar Andersen, Fylkeslegen i Telemark.

Det ble nedsatt en referansegruppe som har hatt to møter.

Kommunelege Hans Michael Waaler, Stjørdal, ble engasjert som prosjektleder. Han har mange års erfaring som kommunelege og sykehjemslege, et langvarig engasjement i NSAMs referansegruppe i geriatri og forskererfaring.

Intervjuene er foretatt av prosjektleder Hans Michael Waaler og avdelingssykepleier Jill Nilsen, Stovner sykehjem, Oslo, i fellesskap. Hans Michael Waaler har foretatt dataanalysen av spørreundersøkelsen og har hatt ansvar for å skrive rapporten fra selve kartleggingen.

Prosjektleder er faglig ansvarlig for innholdet i den delen av rapporten.

## Statens helsetilsyns vurdering av rapporten

### Behovet for å spre gode erfaringer

Rapporten fra kartleggingen har vært gjenstand for bred kommentarrunde i etaten.

Ved utvelgning av sykehjem til den kvalitative delen av kartleggingen ble det lagt vekt på å finne fram til aktive og gode sykehjem. Prosjektleder skriver at han ble

*"slått av hvor mange gode tiltak/ideer som kom frem gjennom samtalene".*

Statens helsetilsyn vil gjerne oppmuntre kommuner, sykehjemsledere og helsepersonell til å gjøre gode erfaringer og vellykkede tiltak kjent slik at de kan benyttes av andre kommuner og sykehjem.

Det kan skje ved at en selv skriver eller publiserer i relevante tidsskrifter, aviser eller sprer kunnskapen på annen måte. Det viser seg ofte at "gode rykter" øker interessen for å jobbe i sykehjem eller forsøke metoder som andre har hatt glede av.

### Generelt om undersøkelsen

Rapporten tar sikte på å kartlegge tre viktige forhold:

- Dimensjonering av legetjenester i sykehjem
- Organisering av tjenesten i den enkelte institusjon
- Kvalifikasjoner hos sykehjemslegen.

Resultatene bygger på spørreundersøkelsen som representerer ca ¾-deler av det totale antall sykehjemssenger i Norge. Det er ikke mulig å vurdere om det er noen skjevhet i utvalget. Resultatene viser at forholdene varierer fra sted til sted, men samlet gir undersøkelsen et uttrykk for situasjonen i landet som helhet.

Kartleggingen fokuserer på sykehjemslegene. Det er ikke mulig å analysere resultatene opp mot for eksempel pasientopplysninger eller forhold som kjennetegner de andre faggruppene i sykehjem.

Rapporten er en situasjonsbeskrivelse fra 1999. Den peker på enkelte konkrete tiltak for å bedre legetjenesten i sykehjem.

Helsetilsynet mener det ikke uten videre er riktig å anwise generelle løsninger for sykehjem fordi forholdene varierer fra kommune til kommune og fra institusjon til institusjon.

Helsetilsynet vil imidlertid gi en vurdering av noen av de løsningene som er foreslått i rapporten.

## Dimensjonering av legetjenester i sykehjem

Det er ikke fastsatt noen statlig norm for dimensjonering av legetjenester i sykehjem. Behovet for legetjenester er avhengig av mange forhold, blant annet hvilke tilbud sykehjemmet dekker, pasientbelegget, tilbudet i hjemmetjenestene og i spesialisthelsetjenesten.

Sykehjemmene har de senere årene fått betydelig eldre og dårligere pasienter og hurtigere pasientsirkulasjon. Endringene må følges opp med en tilsvarende styrking av legetjenestene.

Helsetilsynet vil peke på at sykehjemmene har behov for medisinsk-faglig kompetanse både innen allmenntilleggsmedisin og samfunnsmedisin.

Sykehjemslegen bør delta aktivt i planlegging av driften i kommunens sykehjem. Legen bør være med i inntaksteamet, bistå i undervisning, kvalitets- og fagutviklingsarbeid og bidra i utvikling av gode samarbeidsrutiner med kommunens øvrige helsetjenester og spesialisthelsetjenesten, særlig geriatri og alderspsykiatri.

Kommunen må sikre at legetjenesten er faglig forsvarlig og utøves i henhold til lover og forskrifter. Det er den enkelte kommune som fastsetter hvor mye legeressurser det er behov for på sykehjemmene.

Kartleggingen viser at legene selv mener at det er behov for ca 25% økning av legetimetallet i norske sykehjem. Dette tilsvarer ca *50 flere legeårverk* til offentlig legearbeid i norske kommuner.

Det er tatt utgangspunkt i tall fra Statistisk sentralbyrå for 1998 som angir 217 legeårverk i sykehjem og boform for heldøgns pleie og omsorg. Dette må Sosial- og helsedepartementet ta med i vurderingen ved forberedelsene til innføring av fastlegereformen i 2001.

Ut fra sykehjemslegenes egen vurdering vil *fire sykehjemssenger per legetime per uke som gjennomsnittsbetraktning* være i samsvar med hva legene selv sier er medisinsk faglig forsvarlig. Dette tallet er *ikke* å forstå som en norm, med kan være et utgangspunkt for behovsvurderingen i hver enkelt kommune.

Legetjenesten kan ikke styrkes alene. Helsetilsynet legger vekt på at det er flere sykehjemsleger som mener det er viktig å øke sykepleierbemanningen enn leger som mener at det er viktig å øke antall legetimer. Dette kan bety at økning av legetimetallet ikke vil ha full effekt uten at det er tilstrekkelig sykepleierkompetanse tilgjengelig.

Fra de sentrale helsemyndigheter og kommunene blir det derfor viktig å understreke behovet for å styrke *både* sykepleiertjenesten og legetjenesten i sykehjem samtidig.



## "Den gode sykehjemslegen"

Når det gjelder spørsmålet om deltids- eller heltidsstilling, mener Helsetilsynet at det kan være hensiktsmessig med ulike stillingsbrøker for sykehjemsleger. Dersom det er lege med særskilt interesse for eller kvalifikasjoner innen helsetjenester for eldre og sykehjemsmedisin, kan enkelte leger ha heltidsstilling som sykehjemslege for ett eller flere sykehjem i kommunen.

Helsetilsynet mener at sykehjemmenes behov for medisinsk-faglig kompetanse er uavhengig av hvilken stillingsbrøk sykehjemslegene har. Dette er det kommunens ansvar å sikre.

Når det gjelder forholdet til fastlegereformen, innebærer planen at allmennlegene vil få listepasientoppgjør for sine pasienter, selv når pasienten er innlagt i sykehjem. Etter forslaget vil den enkelte pasient kunne velge å beholde sin faste lege, også etter innleggelse i sykehjem.

Kommunene som arbeidsgiver og de sentrale helsemyndighetene må følge nøye hvordan fastlegereformen vil bli praktisert i sykehjem, slik at det ikke blir en ansvarspulverisering av pasient-legeforholdet og en uhensiktsmessig organisasjonsform i strid med reformens intensjoner.

## Suksessfaktorer

Et mål for undersøkelsen har vært å bidra til en styrket faglig utvikling av legetjenester i sykehjem. Kartleggingen og intervjuene viser at det er flere nøkkelfaktorer i sykehjem som kan få legetjenesten til å lykkes. Sykehjemsmedisin som fagfelt omfatter kunnskap, ferdigheter, organisering og holdninger.

*Tilstrekkelig personale med tilstrekkelig kompetanse* er en grunnleggende faktor for faglig forsvarlige helsetjenester av god kvalitet. I sykehjem er dette kommunens ansvar. Det er et lederansvar å legge til rette for "gode sirkler" av fagutvikling og holdninger.

Kommunene har en gylden anledning til å ivareta sitt ansvar for å sikre både allmennmedisinsk og samfunnsmedisinsk kompetanse i sykehjem ved utforming av avtaler med legene ved innføringen av fastlegereformen.

Personalet er den viktigste innsatsfaktoren i et sykehjem. Personalets kompetanse må utnyttes og utvikles for å gi pasientene et best mulig tilbud.

For å styrke det medisinsk-faglige tilbudet i sykehjem, er struktur rundt legen en vesentlig suksessfaktor: en gjennomtenkt organisering av sykehjemslegens arbeidstid og oppgaver på sykehjemmet.

Her er det viktig å påpeke flere forhold:

### *Kontor, utstyr og elektronisk journalsystem*

Undersøkelsen viser at det er dårlig tilgang på egnet kontor og medisinsk utstyr. Dette kan redusere den faglige kvaliteten på legens pasientarbeid. Det er dårlig tilgang på elektronisk journalsystem, langt dårligere enn i allmennlegetjenesten for øvrig.

Helsetilsynet mener at kommunene må prioritere arbeidet med å sikre legen hensiktsmessig kontor, medisinsk utstyr og elektronisk journalsystem.

#### *Medisinsk virksomhet*

Kartleggingen viser at sykehjemslegen i altfor liten grad deltar i inntaksteamet og i tverrfaglig samarbeid.

Legens arbeidstid må organiseres slik at det er mulig å gi pasienter en medisinsk undersøkelse ved innkomst og når en stabil medisinsk tilstand endrer seg.

Årlige helsekontroller, som i seg selv ikke er noen kvalitetskriterium, kan ikke erstatte dette. Rutinene må tilpasses den enkelte sykehjemspasient og de mål som er satt for oppholdet. Videre må det avsettes tid til dokumentasjon, journalføring og annet skriftlig arbeid.

#### *Regelmessig kontortid og tilgjengelighet*

Undersøkelsen viser at storparten av legearbeidet i sykehjem foregår innenfor vanlig dagarbeidstid mens det øvrige personale også er til stede.

Helsetilsynet mener at legens arbeidstid bør være innenfor kontortid og til faste tider slik at oppgavene kan planlegges i forhold til andre medarbeidere og driftsoppgaver. Det bør inngås avtale slik at sykehjemslegen om mulig kan kontaktes utenom fast arbeidstid ved sykehjemmet for å redusere behovet for tilfeldige legevaktsleger.

#### *Kompetanseutvikling og kvalifikasjoner*

Undersøkelsen viser at det er stor variasjon i hvordan kommunene sikrer kompetanseutvikling blant legene.

Helsetilsynet vil påpeke at kompetanseutvikling er et arbeidsgiveransvar. Legen bør selv gis mulighet til innenfor arbeidstiden å delta i relevante kurs og tiltak for å styrke egen kompetanse.

Sykehjemslegen bør bistå med kvalitetsutvikling og fagutvikling for det medisinske innholdet i tjenesten i arbeidstiden. Legen bør medvirke til utarbeiding av en undervisningsplan for personalet og delta i gjennomføring av undervisningen. Opplæring kan også organiseres for pårørende, for eksempel i forhold til pasienter med aldersdemens eller hjerneslag.

Det er behov for en bedre avklaring av hvilke funksjoner og oppgaver sykehjemmet skal ha og ansvarsfordelingen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Sosial- og helsedepartementet har nettopp framlagt en rapport med analyse av sykehjemmets framtidige funksjoner<sup>10</sup>. Hvilken innretning framtidens sykehjem vil få, har konsekvenser for hvilken type kompetanse som vil kreves. Kritiske røster har påpekt at utviklingen i Sverige etter innføring av Ådelreformen i 1992 har ført til en "avmedikalisering" av eldreomsorgen, og at dette "har ført til at geriatrien har blitt dårligere i Sverige. De sykeste og svakeste har blitt frarøvet medisinsk kompetanse", sier professor i geriatri Barbro Beck-Friis. Professor Harald A Nygaard i Bergen er bekymret for at "Vi har også vært gjennom den samme avmedikaliseringen av eldreomsorgen som Sverige"<sup>11</sup>.

Statens helsetilsyn har i 1999 tatt initiativ overfor Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling for å be rådet vurdere om

- tjeneste som sykehjemslege kan merittere til spesialiteten allmenntidisin
- spesialiteten geriatri bør omgjøres til en hovedspesialitet.

Geriatri er i dag en grenspesialitet av indremedisin. I flere offentlige utredninger og fra Norsk pensjonistforbund er det foreslått at spesialiteten geriatri bør bli en hovedspesialitet.

Statens helsetilsyn mener at en hovedspesialitet i geriatri ikke bare bør bygge på indremedisin, men også på allmenntidisin.

Et utvalg er i gang med å harmonisere spesialistreglene for leger innen EØS-området, og dette arbeidet kan også få følger for spesialiteten geriatri.

### **Kvalitetsindikatorer**

Kvalitet i sykehjem er vanskelig å definere. Pasienter, pårørende og personale legger forskjellig innhold i begrepet<sup>12</sup>. Det er likevel gode eksempler på at kvalitet i sykehjem er mulig både å måle og å forbedre<sup>13,14</sup>.

Prosjektleder har i sin rapport antydnet noen mulige kvalitetsindikatorer. Utgangspunktet for disse er å belyse i hvilken grad legetjenesten er organisert på en gode måte, altså på systemnivå. Vi oppfatter flere av de foreslåtte indikatorene som nyttige redskap i arbeidet med kvalitetsutvikling i sykehjem. Indikatorene bør imidlertid vurderes nærmere, bl a i lys av de kunnskaper som gjelder for kvalitetsindikatorer i sykehjem. Det bør samtidig arbeides for å utarbeide indikatorer for prosess (f eks tverrfaglighet, stabilitet i nøkkelpersonellet) og for oppnådd resultat (f eks redusert bruk av tilfeldig legevaktslege).

### **Sentrale medisinsk-faglige oppgaver**

Sykehjemets framtidige oppgaver er under vurdering.

Helsetilsynet støtter forslaget om at framtidens sykehjem klarere bør skille mellom medisinsk-faglige oppgaver og bofunksjoner.

Dette må baseres på kunnskaper om hvilke medisinske årsaker som er vanlig for sykehjemspasienter. Noen av disse skal nevnes særskilt:

#### *Aldersdemens*

Ca 70% av sykehjemspasientene har aldersdemens, men bare 14% av sykehjemsplassene er tilrettelagt for denne pasientgruppen<sup>15</sup>. Det er gode erfaringer med bokollektiv og tilrettelagte boformer for aldersdemente utenfor institusjon. Aldersdemente med store tilleggsproblemer eller betydelige atferdsforstyrrelser og behov for tilsyn 24 timer i døgnet må ha mulighet for tilbud om skjermet enhet i institusjon.

Helsetilsynet vil påpeke at det brukes for lite medisinsk kompetanse til utredning av aldersdemens og planlegging av tilbudet, mens den langvarige omsorgen for mange aldersdemente kan tilrettelegges i mer hjemlige boformer.

*Pasienter med behov for omsorg i dødsfasen*

I dag dør ca 37% av befolkningen på sykehjem. I fylker med høy sykehusdekning er andelen som dør i sykehus ca 50% høyere enn gjennomsnittet for landet. Kommuner med høyest sykehjemsdekning har trolig høyere andel som dør i sykehjem i forhold til død i eget hjem.

Kommunen må styrke utbyggingen av tilbudet til mennesker som ønsker å dø i eget hjem, men også for som har behov for plass i sykehjem i livets slutfase.

*Pasienter med behov for korttidsplasser og akutt plasser*

Sykehjemmene bør ha egne korttidsplasser. Dette kan både gjelde rehabilitering, medisinsk etterbehandling og pleiemessig avlastning. Dette er i Sosial- og helsedepartementets analyse stipulert til 15%.

Helsetilsynet mener at dersom sykehjemmene får klarere medisinsk-faglige oppgaver i framtiden, blir det behov for at mer enn 15% av sengekapasiteten blir benyttet til korttidsopphold i sykehjem. Dette må sees i sammenheng med sykestuenes framtidige rolle.

Behovet for korttidsplass vil først og fremst gjelde:

- medisinsk behandling og pleie ved akutt sykdom
- utredning og observasjon
- medisinsk behandling og korttidspleie for kronisk syke og personer med komplekse og sammensatte behov
- etterbehandling etter sykehusopphold
- rehabilitering/opptrening
- pleie og omsorg ved livets slutt.

Andre korttidsopphold som avlastning for pårørende og trygghetsplasser (etter sosialtjenesteloven) kan gis utenfor sykehjem.

Helsetilsynet støtter ikke planer om akutt plass i sykehjem til pasienter som får raskt innsettende funksjonssvikt uten kjent årsak. Slike pasienter trenger oftest spesialisthelsetjenestens tilbud til rask diagnose og behandling.

En norsk undersøkelse viser at dette på sikt kan føre til flere, men kortere opphold i sykehus og over tid kan spare antall liggedager i sykehus<sup>16</sup>.

Mottak og oppfølging av medisinsk nødmelding er en medisinsk fagoppgave som skal utøves av helsepersonell<sup>17</sup>. Medisinsk nødmeldetjeneste er anbefalt lokalisert til legevaktssentral og med fast bemanning<sup>18</sup>.

Helsetilsynet er enig i at medisinsk nødmeldetjeneste ikke skal legges til sykehjemmet, men som foreslått i legevaktssentral.

---

## Referanser

- <sup>1</sup> Sosial- og helsedepartementet. Sykehjemmenes rolle og funksjon i fremtidens pleie- og omsorgstjenester – analyse av alders- og sykehjemsfunksjoner. Rapport. Oslo 1999.
- <sup>2</sup> OECD. Maintaining Prosperity in an Ageing Society. Paris 1998.
- <sup>3</sup> Romøren TI. Pasienter og beboere i sykehjem og aldershjem i Nord- Trøndelag. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring. Notat. Oslo 1998.
- <sup>4</sup> Statens helsetilsyn. Gamle i sykehus. Utredningsserie 7-99. IK-2697. Oslo 1999.
- <sup>5</sup> Sosial- og helsedepartementet. Rundskriv om Kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten. Mars 1997, I-13/97.
- <sup>6</sup> Mediås IB (red.) Håndbok i sykehjemsmedisin. Allmennpraktikerserien. TANO. Oslo 1994.
- <sup>7</sup> Folkehelse. Medisinsk-faglige råd til bruk i planlegging av kommunale helsetjenester for eldre. Gruppeoppgave. Kommunelegekurset. Folkehelse. Notat. Oslo 1995.
- <sup>8</sup> Gjerberg E. God kvalitet i sykehjemstjenesten? En analyse av virksomheten basert på avdelingsledernes vurderinger. Tidsskr Nor Lægeforen 1996;116:1692-6.
- <sup>9</sup> Statens helsetilsyn. Tilsynsrapport 1998. Fylkeslegenes felles tilsyn med helsetjenesten for eldre. Oppsummeringsrapport. Statens helsetilsyn 4. mai 1999. Oslo 1999.
- <sup>10</sup> Sosial- og helsedepartementet. Sykehjemmenes rolle og funksjon i fremtidens pleie- og omsorgstjenester – analyse av alders- og sykehjemsfunksjoner. Rapport. Oslo 1999.
- <sup>11</sup> En Haloperidol i stedet for en hånd. Legemidler og samfunn 1999;nr 9-10:84-6. Oslo 1999.
- <sup>12</sup> Slagsvold B. Mål og mening. Om å sikre kvalitet i aldersinstitusjoner. Norsk gerontologisk institutt. Rapport nr. 1/1995. Oslo 1995.
- <sup>13</sup> Gjerberg E. Kvalitet i sykehjem? En analyse av virksomheten slik avdelingssykepleier ser det. Arbeidsrapport nr. 2/1995. Folkehelse. Oslo 1995.
- <sup>14</sup> Kvalitet i sykehjem. NGP Rapport nr 3/99. Nasjonalt formidlingscenter i geriatri. Bergen 1999.
- <sup>15</sup> Eeg A, Nygård AM. Innsyn og utsyn. INFO-banken 1999. Sem 1999.
- <sup>16</sup> Rø OC et al. Eldreomsorgen nye giv – et eksperiment med styrket innsats i perimærhelsetjenesten i Oslo. SIFFs Gruppe for helsetjenesteforskning. Rapport nr. 6-1983. Oslo 1983.
- <sup>17</sup> Sosial- og helsedepartementet. Forskrift om medisinsk nødmeldetjeneste (20.08.90 nr.720).
- <sup>18</sup> NOU 1998:9. Hvis det haster.... Faglige krav til akuttmedisinsk beredskap.

# Kartlegging av legetjenester i norske sykehjem 1999

Av Hans Michael Waaler

## Sammendrag

Det er foretatt en kartlegging av legetjenester i sykehjem gjennom en spørreundersøkelse supplert med intervjuer. I alt 624 skjemaer fra ledere i sykehjem og 782 skjemaer fra sykehjemsleger er analysert. Ved enkelte, utvalgte sykehjem er også leger og avdelingssykepleiere intervjuet for å oppnå mer utfyllende informasjon. Undersøkelsen representerer mer enn 75% av landets sykehjems plasser.

Halvparten av legene har hatt jobben på sykehjemmet i mer enn fem år. Den typiske sykehjemslege er en mannlig allmennpraktiker på 45 år. Legene har i gjennomsnitt en avtale som sykehjemslege på sju timer per uke og med ansvar for 40 senger. Mange av legene er tildelt et for lavt timetall til å kunne utføre viktige legeoppgaver. Undersøkelsen avdekker et behov for å øke timetallet med minst 25%.

Sykehjem anbefales å ansette leger i én av følgende stillingstyper:

1. *Endagslege* med en fast legedag i uken. Noen faste aktiviteter bør utføres på disse legedagene. Legen må ha tid til samtale med pårørende og ansatte. Det er viktig at legen kan kontaktes over telefon for rådgiving også andre ukedager. En legedag på sykehjemmet kan kombineres med allmennpraksis, også som fastlege.
2. *Sykehjemslege i hovedstilling* med minst 3/5 stilling knyttet enten til ett sykehjem eller delt mellom to sykehjem. Legen vil kunne delta i en mer variert og utvidet legetjeneste på sykehjemmet enn endagslegen. Eksempelvis kan legen delta i lederteamet på sykehjemmet. Legen bør være aktiv i kompetanseoppbygging på eget sykehjem og overfor kolleger i mindre stillinger.

Sykehjemsleger i hovedstilling bør finnes i alle fylker. Mellom 20-30 leger har en slik stilling i dag, men målsettingen bør være minst 50 leger i slike stillinger innen fem år. En rekke stimulerings tiltak er foreslått for å oppnå en slik målsetting, deriblant bedre lønnsvilkår, muligheter for spesialistutdanning i geriatri, adgang til å bruke en legedag per uke utenom sykehjemmet og fritak fra kommunal legevakt.

Undersøkelsen gir grunnlag for å foreslå mulige suksessfaktorer som vil kunne føre til en styrking og en faglig utvikling av legetjenesten i sykehjem:

1. Alle sykehjem med endagsleger bør organisere en *struktur rundt legen* hvor følgende bør inngå: fast legedag, tverrfaglig behandlingsmøte for grundig gjennomgang av noen beboere hver uke, legebok og muligheter til å ringe legen ved akutt sykdom.

2. Hvert tredje sykehjem sliter med ustabil og mye ufaglært pleiepersonale. Disse sykehjemmene har også problemer med å holde på legene og trenger *rekrutteringstiltak for pleiepersonell*.
3. Sykehjemslegene har et stort behov for å bedre sin *kompetanse*. Det bør finnes gode kursstilbud i alle helseregioner. Forum i geriatri anbefales etablert i alle fylker.
4. Sykehjem bør velge *satsningsområder* hvor de kan bli gode og hvor legene kan bidra. Aktive sykehjem driver allerede med *omsorg ved livets slutt, tiltak for aldersdemente og sykehjemmet som møteplass*.
5. Sykehjemsleger i hovedstilling bør gis mulighet til å bli *spesialist i geriatri med allmenmedisin som hovedspesialitet*.

Mange sykehjemsleger savner en *datajournal for medisinsk dokumentasjon* på sykehjemmet. Innføring av et standard datasystem vil gi muligheter for kvalitetsutvikling av legetjenesten.

## Bakgrunn for kartleggingen

Statens helsetilsyn ønsket å gjennomføre prosjektet ”Kartlegging av legetjenester i sykehjem” ut fra et behov for bedre dokumentert beskrivelse av denne delen av kommunehelsetjenesten.

Prosjektets mål:

1. Å få kartlagt legetjenesten i sykehjem, herunder å få oversikt over *dimensjonering* av legetjenester i sykehjem, *organisering* av tjenesten i den enkelte institusjon og *kvalifisering* av sykehjemslegene.
2. Å gi et bidrag til faglig utvikling av legetjenesten i sykehjem.

Prosjektet var organisert med styringsgruppe og referansegruppe. Det var et mål at resultater skulle presenteres som en rapport innen medio juli 1999. Prosjektet har derfor vært gjennomført på under fem måneder. Ambisjonen har ikke vært å behandle alle tema uttømmende. Hensikten var å få fram nøkkelinformasjon som det vil kunne være mulig å analysere innen den korte tidsrammen.

## Materiale og metode

Den korte tidsrammen har vært en begrensende faktor ved valg av metoder og for omfanget av prosjektet.

### Tilgang til oversikt over norske sykehjem

Det var ønskelig å sende spørreskjema til alle norske somatiske sykehjem. Statens helsetilsyn hadde ingen egen adresseliste over sykehjemmene, men fylkeslegene har relativt god oversikt over de kommunale aldersinstitusjonene. Det fantes adresselister i Statistisk sentralbyrå, Statens forvaltningstjeneste og Infobanken, Granli senter. Disse adresselistene er imidlertid ikke samordnet og benytter ulike oppdateringsrutiner. Vi valgte å bruke en adresseliste

utarbeidet av Infobanken, Granli senter. Etter denne adresselisten ble spørreskjemaene sendt til ca 850 institusjoner.

Vi fikk tilbake 70 blanke skjemaer. På 50 av disse var det kommentert hvorfor skjemaet ikke var utfyllt. De fleste av disse enhetene definerte seg ikke som sykehjem og var uten fast legetilsyn. Kommentarene viser at mange kommuner har etablert alternative boformer i tidligere aldershjem. Det finnes således flere bofellesskap for aldersdemente uten legetilsyn. Fire tidligere sykehjem var blitt omgjort til fylkeskommunale tilbud innen alderspsykiatri og var ikke lenger kommunale sykehjem. I enkelte store kommuner var det etablert rehabiliteringsavdelinger på over 30 senger med logoped og psykolog. Det er et spørsmål om en slik avdeling er å regne som sykehjem.

I denne undersøkelsen har vi valgt ikke å ta med fylkeskommunale institusjoner/sykehjem og kommunale rehabiliteringsavdelinger uten sykehjemsoppgaver.

## Spørreundersøkelse

Den kvantitative delen av prosjektet var en todelt spørreundersøkelse. Ett spørreskjema ble sendt til sykehjemsinstitusjon ved daglig leder. Det var vedlagt egne spørreskjema til sykehjemslegen som daglig leder skulle distribuere videre. Hvis det var flere sykehjemsleger på samme institusjon, har hver lege fylt ut hvert sitt spørreskjema. Institusjonens leder var ansvarlig for retur av alle spørreskjemaene.

### *Utvalg for spørreundersøkelsen*

#### *Institusjonsskjema*

Det kom inn **624** utfylte institusjonsskjemaer av 780 mulige. Dette gir en svarprosent på 80%. De aller fleste var fra sykehjem. Noen få kom fra kombinerte alders- og sykehjem. Enkelte aldershjem med tunge pleiepasienter og med eget legetilsyn og har også besvart og sendt inn spørreskjemaet. Disse er inkludert i analysen.

I alt 63 institusjoner ga ikke opplysning om antall senger. I alt 561 institusjoner oppga et samlet antall på **27114** sykehjemssenger. Legeskjemaene inneholder opplysning om hvor mange senger den enkelte lege har ansvar for. I alt 47 leger rapporterte å ha ansvar for til sammen 30381 senger. I Statistisk sentralbyrås helsestatistikk for 1997 har kommunene oppgitt til sammen 43000 senger for heldøgns pleie og omsorg. Av disse sengene er ca 35000 sykehjemsplasser. Undersøkelsen representerer dermed minst 75% av plassene i landets somatiske sykehjem.

#### *Legeskjema*

Det kom inn i alt **782** spørreskjema fra legene. Det er ingen samlet oversikt over antall sykehjemsleger i Norge, og det er ikke mulig å beregne bortfallsprosenten.

## Intervjuundersøkelse

Den kvalitative delen av prosjektet omfatter strukturerte intervjuer av avdelingssykepleier og sykehjemslege på samme institusjon for noen utvalgte sykehjem. Intervjuene har vært gjennomført av prosjektleder Hans Michael Waaler og sykepleier Jill Nilsen ved bruk av en stikkordsliste/intervjugal. Under intervjuene ble det gjort notater som ble renskrivet etterpå.



Bruk av båndopptaker ble vurdert som for tidkrevende og lite hensiktsmessig innenfor den korte tidsrammen.

#### *Utvalg for intervjuundersøkelsen*

Fylkeslegen i Oslo, Akershus, Buskerud, Sør-Trøndelag og Nord-Trøndelag ble bedt om å komme med forslag på fem sykehjem hver som kunne kontaktes for intervjudelen. Det ble valgt å gjøre intervjuene på sykehjem som hadde kapasitet til å bidra i intervjuundersøkelsen, og som hadde variert drift og aktiv legetjeneste. Vi ønsket primært å samle opplysninger fra godt drevne sykehjem som kunne tjene som gode eksempler for norske somatiske sykehjem.

I alt seks sykehjem i Oslo, Bærum og Trøndelag ble valgt ut. Intervjuene ble gjennomført i mai og juni 1999. Til sammen 11 leger og avdelingssykepleiere ble intervjuet, til dels samtidig og til dels hver for seg.

### **Dataanalyse**

De ca 1400 spørreskjemaene ble først lest optisk ved hjelp av applikasjonen Eyes and Hands. Svarene besto av tallverdier, avkryssninger og noen få merknader i egne felt. Den optiske lesing ga mange feil i rubrikkene for tallverdi. Alle skjemaenes tallverdier måtte derfor kontrolleres manuelt i de endelige datafilene.

Skjemaer fra 60 institusjoner var mangelfullt utfylt for antall senger eller antall årsverk. Spørreskjemaets spørsmål om årsverk var det mulig å misforstå.

Alle data fra spørreskjemaene ble lagt inn i SPSS og er analysert med statistikkprogrammet SPSS versjon 8.0.

Prosent er oppgitt som andel av antall avgitte svar. Manglende (missing) data er utelatt fra beregningene.

Det er ikke foretatt noen bortfallsanalyse av de sykehjem og leger som ikke har svart på spørreundersøkelsen.

## Resultater

### Spørreundersøkelse om legetjenester i sykehjem

#### Sykehjemslegen

I alt 782 leger har svart på spørreskjemaet. Et fåtall leger (4 leger) har fylt ut to skjemaer fordi de er knyttet til flere sykehjem. De fleste skjemaene er godt utfylt, men enkelte rubrikker kan mangle utfylling, slik at antall svar i de enkelte utregninger varierer.

#### Hovedstilling

I alt 560 leger har allmennpraksis som hovedstilling. I alt 63 leger er sykehjemslege i hovedstilling. Bare 29 leger er turnuskandidater. Blant andre hovedstillinger sykehjemslegene har er sykehuslege, privatpraktiserende spesialist, bedriftslege, forsker, legevaktslege og legekonsulent.

Hovedstilling	Antall	Prosent
Allmennpraksis	560	73
Sykehjemslege	63	8
Offentlig lege	74	10
Turnuskandidat	29	4
Sykehuslege	13	
Privatpraktiserende spesialist	10	
Bedriftslege	7	
Universitetsansatt/forsker	7	
Lege på annen institusjon	5	
Legevaktslege	3	
Lege i pleie- og omsorgstjenesten	2	
Trygdelege	2	
Eget legekonsulentfirma	1	
Siviltjeneste	1	

#### Kjønn og alder

Sykehjemslegene har en aldersspredning fra 26 til 79 år. Gjennomsnittsalderen er 45.5 år. I alt 18 leger er pensjonist. Kjønnfordelingen viser 163 (22%) kvinner og 605 (78%) menn.

<b>Aldersgruppe</b>	<b>Kvinne</b>	<b>Mann</b>
20 – 29	12	19
30 – 39	65	121
40 – 49	49	239
50 – 59	20	161
60 – 69	9	46
70 – 79	3	10
Ikke oppgitt	5	9
Total	163	605

## Dimensjonering

### *Legetimer per uke*

I alt 23 leger har ikke oppgitt hvor mange timer de har avtale om som sykehjemslege per uke. De fleste av disse legene arbeider i kommunale fastlønnsstillinger og har ingen egen avtale om antall timer per uke på sykehjemmet.

Legene har i gjennomsnitt 7,4 timer per uke som sykehjemslege. I alt 603 leger (77%) har 8 timer eller mindre per uke. Bare 20 leger (3%) har 29 timer eller mer per uke. I alt 35 leger, som er sykehjemslege i hovedstilling, har under 21 timer per uke i stillingen.

<b>Legetimer per uke</b>	<b>Antall leger</b>	<b>Prosent</b>
1 - 4	264	34
5 - 8	339	43
9 - 12	79	10
13 - 16	33	4
17 - 20	15	2
21 - 24	6	< 1
25 - 28	3	< 1
29 - 38	20	3

### *Antall senger legene har ansvar for*

I alt 490 leger ( 66%) oppga at de har ansvar for 40 senger eller mindre. Bare 25 leger oppga at de har ansvar for mer enn 100 senger. I alt 145 leger har ansvar for akuttsenger (observasjonssenger), 118 av dem (81%) med ansvar for 1-2 akuttsenger. I alt 388 leger har tilsyn med skjermet avsnitt for aldersdemente, 192 av dem (50%) med ansvar for opptil 8 senger for aldersdemente. I alt 206 leger har ansvar for senger for rehabilitering, de fleste (58%) bare for 1-4 senger, mens 41 leger har ansvar for mer enn 13 senger for rehabilitering.

Antall senger / type senger legen har ansvar for	Antall leger	Prosent
1-20	114	15
21- 40	376	50
41 - 60	158	21
61 - 80	54	7
81 - 100	20	3
101 - 150	20	3
150 - 200	5	< 1
Akuttsenger	145	19
Senger i skjermet enhet	388	50
Rehabiliteringssenger	206	26

#### *Antall leger på sykehjemmet*

Mer enn tre av fire sykehjemsleger er eneste lege på sykehjemmet. Ved 86 sykehjem er det to leger. To større sykehjem har til sammen seks leger som deler arbeidet.

Antall leger på samme sykehjem	Antall sykehjem	Prosent
1	446	77
2	86	15
3	34	6
4	6	1
5	2	< 1
6	2	< 1

#### *Behov for legetimer*

Legene oppga et samlet antall på 5626 timer som sykehjemslege per uke. I alt 266 leger oppga at de hadde behov for flere timer per uke. De foreslo en økning på til sammen 1445 timer per uke som tilsvarer ca **25%** økning.

Disse funnene passer godt med beregningene for antall senger per legetime som viser at hver fjerde lege har minst 8 senger per legetime per uke.

Senger per legetime	Antall	Prosent
<8	558	75
8 - 16	157	21
>16	26	4

#### *Sengetall på sykehjemmene*

De fleste sykehjem har under 60 senger (76%). Bare 73 sykehjem har oppgitt å ha mer enn 80 senger. Mange sykehjem er derfor åpenbart ikke store nok til å ha sykehjemslege i full stilling.

<b>Totalt antall senger</b>	<b>Antall sykehjem</b>	<b>Prosent</b>
1 – 20	88	16
21 – 40	215	38
41 – 60	122	22
61 – 80	63	11
81 – 100	29	5
101 –150	31	6
151 – 200	12	2
201 – 250	1	< 1

### *Pleiedekning*

Institusjonene er dimensjonert med i alt 6880 sykepleieårsverk, men 1506 av stillingene er ubesatte. Tilsvarende tall for hjelpepleiere er 13643 årsverk og 1196 ubesatte stillinger. Dette tilsvarer at **22%** av sykepleierstillingene og **9%** av hjelpepleierstillingene, omgjort til hele stillinger, er ubesatt.

Det ble oppgitt at 2758 sykepleiere eller hjelpepleiere hadde sluttet i løpet av 1998. Det tilsvarer **15%** av totalt antall besatte stillinger, omgjort til heltidsstillinger. Ubesatte stillinger og de mange pleiere som har sluttet i 1998 er særlig knyttet til ca 30% av sykehjemmene. De resterende sykehjemmene har en forholdsvis stabil bemanning.

På flere av legeskjemaene beskrives vansker med legetjenesten der sykepleietjeneste på sykehjemmet er ustabil.

## **Organisering av legetjenesten på sykehjemmet**

### *Arbeidstid og arbeidsforhold*

Av hensyn til samarbeid med pleiepersonalet er det viktig at legen er på sykehjemmet til faste tider (legedager). Nesten alle legene har fast ukedag på sykehjemmet, og storparten (92%) har arbeidstid på sykehjemmet mellom kl 8-16 på vanlig virkedag.

Bare hver tredje lege synes de har tilfredsstillende kontor for undersøkelse av pasientene. Mange av disse legene bruker eget legekantor i samme bygning. Hvis sykehjemmene skal få økt behandlingsansvar, må sykehjemmene ha velutstyrte legekontorer.

De fleste allmennpraktiserende leger har i mange år brukt elektronisk datajournal i sin legepraksis. Undersøkelsen viser at på sykehjemmene er det bare hver åttende lege som har en slik mulighet. Mange av disse legene bruker i stedet sitt eget elektroniske datasystem der de har egen legepraksis i samme bygg. Innføring av elektronisk datajournal er viktig for å bedre den medisinske dokumentasjonen i sykehjem.

	<b>Antall Ja-svar</b>	<b>Prosent</b>
Fast ukedag	748	96
Arbeidstid mellom 8-16	722	92
Egnet legekantor for undersøkelse	288	37
Elektronisk pasientjournal i sykehjem	99	13

### *Blodprøvetaking*

Dersom et sykehjem skal gjøre enkle utredninger eller behandle pasienter med intravenøs infusjon, er det nødvendig med mulighet for blodprøvetaking. To av tre leger svarte at enkle blodanalyser kan gjøres på sykehjemmet.

Kvaliteten av blodprøvesvarene krever at personalet er opplært til prøvetaking og tar slike prøver regelmessig. Sykepleiere har sjelden slik kompetanse. Bruk av legesekretær og bioingeniør vil kunne bedre kvaliteten på denne tjenesten. Resultatene fra denne undersøkelsen viser at hver fjerde sykehjemslege bruker legesekretær eller bioingeniør.

I alt 324 leger (41%) har elektrolyttsvar tilgjengelig innen ett døgn.

	<b>Antall Ja-svar</b>	<b>Prosent</b>
Gjøre enkle blodanalyser	531	68
Tilgang på legesekretær/bioingeniør	188	24
Får elektrolyttsvar innen ett døgn	324	41

### *Utstyr*

Legene ble spurt om tilgangen på medisinsk undersøkelsesutstyr på sykehjemmet. Utstyrmengden kan gi et visst bilde av det medisinske aktivitetsnivået på sykehjemmet.

- Tonometer er oftest tilgjengelig, ved 2/3-deler sykehjemmene.
- Rektoskop er derimot sjelden å finne på sykehjemmet.
- 339 leger (43%) har smertepumpe på sitt sykehjem. I tillegg har flere leger anført at smertepumpe kan lånes på lokalsykehuset ved behov.
- 339 leger (43%) har tilgang på 0-1 av de fem oppgitte mulighetene for medisinsk undersøkelsesutstyr på sykehjemmet.

	<b>Antall Ja-svar</b>	<b>Prosent</b>
EKG	352	45
Gynekologisk benk	184	24
Rektoskop	96	12
Smertepumpe	339	43
Tonometer	527	67

Undersøkelsen avdekker at utstyrmengden er beskjeden på ca halvparten av sykehjemmene. Dette kan tyde på at legene og personalet for øvrig ikke mener det er behov for slikt utstyr. Det kan også bety at innkjøp av medisinsk undersøkelsesutstyr ikke blir prioritert.

### *Legeoppgaver utført de siste 4 ukene*

De mest vanlige legeoppgaver som utføres av sykehjem er godt beskrevet i Håndbok i sykehjemsmedisin. Ved at legene har krysset av på hvilke oppgaver de har utført de siste 4 ukene, får vi et bilde av fortløpende arbeidsoppgaver som sykehjemslegene utfører.

<b>Arbeidsoppgaver utført siste 4 uker</b>	<b>Antall Ja-svar</b>	<b>Prosent</b>
Legevisitt til alle pasientene	306	39
Previsitt med sykepleier	748	96
Journalopptak av nye korttidspasienter	465	60
Klinisk undersøkelse utenom journalopptak og visitt	674	86
Samtale med pårørende	629	80
Epikrise ved utskrivelse	233	30
Henvist pasient	717	92
Tverrfaglig behandlingsmøte	388	50
Planlagt undervisning	75	10

Kommentarer:

- Nesten alle legene har gjennomført revisitt-/rapportmøte med sykepleier for pasientgjennomgang. Det er i dag enighet om at slike møter bør gjennomføres på alle sykehjem.
- Legevisitt til alle langtidspasienter anses ikke som en prioritert oppgave for flertallet av legene.
- I alt 92% leger har henvist pasienter til sykehus/spesialist.
- Beboere på sykehjem har mange sykdommer og blir ofte akutt syke. Behovet for klinisk undersøkelse utenom journalopptak og begrenset legevisitt er derfor stort. I alt 86% av legene har gjennomført slik klinisk undersøkelse i løpet av de siste fire ukene.
- Pårørende har et stort informasjonsbehov. Legen har en viktig rolle i dette. I alt 80% av legene har hatt samtale med pårørende.
- Legen er ansvarlig for at den medisinske dokumentasjon er forsvarlig. Det må derfor gjøres journalopptak av alle pasienter, også i korttidsplass. I alt 60% av legene har gjennomført slike journalopptak.
- Leger med ansvar for korttidsplasser eller rehabiliteringssenger gjør hyppigere enn andre sykehjemsleger journalopptak av nye pasienter (over 70%).
- Få leger (30%) skriver epikrise. Enkelte sykehjem har valgt enklere løsninger som kopi av inntaknotat og andre journalnotat.
- To av de nevnte oppgavene er mest relatert til ansatte på sykehjemmet. Bare 50% av legene har deltatt i tverrfaglig behandlingsmøte på sykehjemmet.
- Leger med ansvar for rehabiliteringssenger deltar oftere enn andre sykehjemsleger i tverrfaglig samarbeid (>70%) .
- Bare hver tiende sykehjemslege har gitt planlagt undervisning for ansatte på sykehjemmet. Flere leger gir imidlertid ved behov opplæring under faste møter med pleiepersonalet.

De fleste legene har utført 4–6 av de anførte legeoppgavene i løpet av de siste 4 ukene. Antall legeoppgaver utført siste fire uker fordeler seg slik:

<b>Antall utførte legeoppgaver siste 4 uker</b>	<b>Antall</b>	<b>Prosent</b>
1-3	75	10
4-6	461	61
7-9	223	29

Kommentarer:

- Flest leger (61%) har de siste 4 ukene utført 4-6 av de oppgitte oppgavene.
- Et fåtall leger (3%) har utført maksimum to av de oppførte legeoppgavene. 15 av disse 19 legene oppga at de har under 4 legetimer per uke på sykehjemmet.
- Nesten alle legene som har utført under maksimum 5 av de oppgitte oppgavene, har 8 legetimer eller mindre per uke.
- Hvis legen har mer enn 20 legetimer per uke, er vanligvis mer enn 5 legeoppgaver utført.

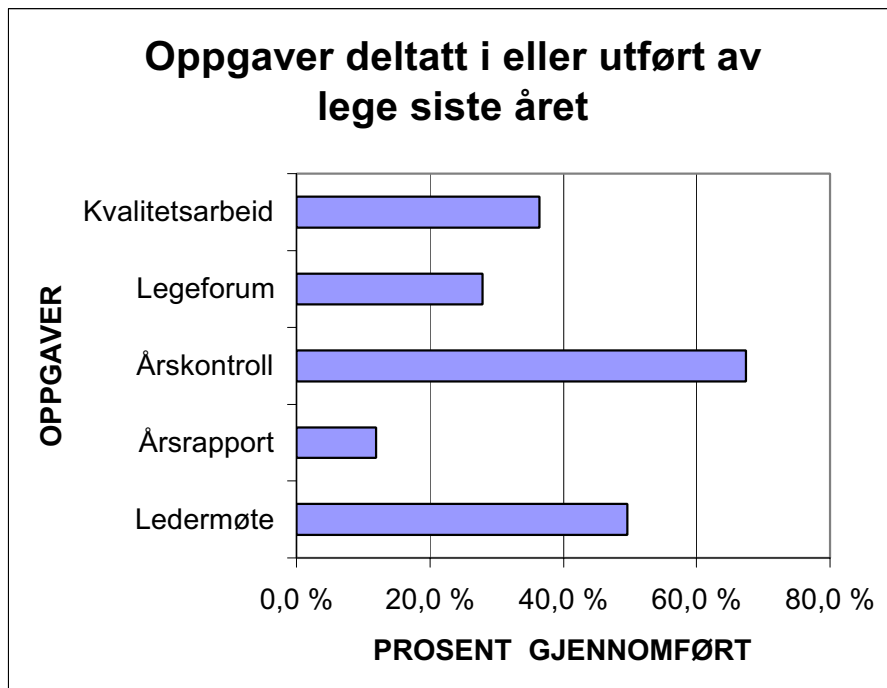
Det synes derfor å være en klar sammenheng mellom antall legetimer per uke og hvor mange legeoppgaver som utføres på sykehjemmet.

#### *Opgaver legen har utført eller deltatt i løpet av det siste året*

Det er ønskelig at legen har tid og interesse til å delta i viktige fellesaktiviteter på sykehjemmet og sammen med andre kolleger (legeforum). Disse oppgaver er beskrevet i Håndbok i sykehjemsmedisin.

I henhold til journalforskriften skal alle sykehjems pasienter ha en årlig rutineundersøkelse ved langtidsopphold. I tillegg forutsettes det at sykehjemslegen følger opp pasientene når det er endringer i den medisinske tilstanden.

Utover det pasientrettede arbeidet deltar legen i ulike administrative funksjoner. Figuren viser i hvilken grad det i praksis finner sted.





Kommentarer:

- To av tre leger har gjennomført årskontroll av langtidspasienter. Det finnes i dag ingen god dokumentasjon på hva en slik årskontroll må inneholde. Flere leger skriver som kommentar til dette spørsmålet at de tviler på nytteverdien av årskontrollene.
- Halvparten av legene deltar på ledermøter på sykehjemmet. De fleste av disse legene har mer enn 8 timer per uke på sykehjemmet .
- Vel en tredel av legene har deltatt i systematisk kvalitetsutviklingsarbeid (rutiner mv).
- Ca en tredel av legene har deltatt i fellesmøte med andre sykehjemsleger. Slike legefora har i perioder fungert i flere store byer og betydd mye for sykehjemslegene.
- Ca hver niende lege har skrevet egen årsrapport for legetjenesten i 1998. Det er mulig at legetjenesten i sykehjem blir omtalt i årsrapporten for legetjenesten i kommunen.
- Bortsett fra deltagelsen i ledermøter finnes det ingen sammenheng mellom antall legetimer per uke og legens deltagelse i de oppgitte aktiviteter i løpet året.

## Legens kvalifikasjoner

### *Spesialistgodkjenning*

Det ble registrert hvilken medisinsk spesialitet den enkelte sykehjemslege eventuelt har. Legene har krysset av for aktuell spesialistgodkjenning. Den optiske lesingen registrerte ikke svaret der det var krysset av for flere spesialiteter. Skjemaene ble derfor gjennomgått manuelt. Mange leger er spesialist både i allmenntmedisin og samfunnsmedisin. Leger som har krysset av for begge disse spesialiteter er registrert med allmenntmedisin.

<b>Spesialistgodkjenning</b>	<b>Antall leger</b>	<b>Prosent</b>
Ingen spesialitet	325	42
Allmenntmedisin	374	48
Samfunnsmedisin	9	1
Indremedisin	24	3
Geriatrici	9	1
Kirurgi	6	<1
Psykiatri	6	<1
Anestesi	3	<1
Øre-nese-halslege	3	<1
Klinisk kjemi/mikrobiologi	3	<1
Arbeidsmedisin	2	<1
Onkologi	2	<1
Kardiologi / lungesykdommer	2	<1
Andre spesialiteter	6	<1

- Ca halvparten av legene er spesialist i allmenntmedisin og ca 50 leger er i tillegg spesialist i samfunnsmedisin
- I alt 42% av legene har ingen spesialistgodkjenning. De aller fleste av disse arbeider i allmenntmedisin
- 24 leger er spesialist i indremedisin, 9 (1%) er geriatricer og 2 er kardiolog eller lungelege
- 6 leger er spesialist i psykiatri

### Opplæring

Det er viktig med legenes interesse for å ta kurs som er relevant for legetjenesten på sykehjem. Emnekurs i geriatri har eksistert i mer enn 15 år. Det er derfor litt overraskende at ikke flere enn halvparten av sykehjemslegene har gjennomført et slikt kurs.

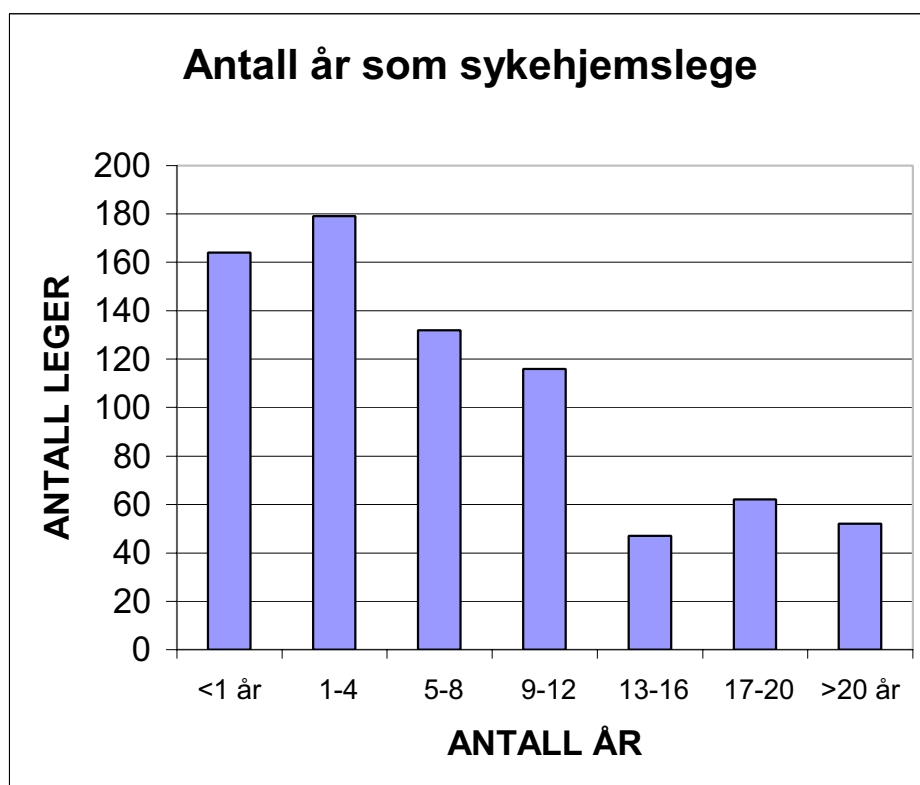
De siste fem år har det vært holdt mange kurs om aldersdemens. Det er derfor gledelig at denne kursaktiviteten også har blitt benyttet av legene. Andelen leger som har gjennomført kurs i aldersdemens er litt høyere enn for emnekurs i geriatri.

I overkant av hver fjerde lege har ikke gjennomført noen av disse kursene.

Gjennomførte kurs	Antall Ja-svar	Prosent
Kurs om aldersdemens	463	59
Emnekurs i geriatri	401	51
Ikke gjennomført kurs	222	28

### Antall år som sykehjemslege

Det er registrert antall år legene har arbeidet som sykehjemslege.



Resultatene viser at mange leger har arbeidet lenge på sykehjem. Vel halvparten av legene (56%) har arbeidet minst 5 år som sykehjemslege. Disse legene har opparbeidet seg en stor erfaring. Med dagens organisering blir det i liten grad trukket veksler på disse legers erfaring. De erfarne sykehjemslegene blir ikke utnyttet i forhold til kolleger som nettopp har begynt i sykehjem, for eksempel i klinisk veiledning eller gjennom legefora for sykehjemsleger.

Ca hver femte lege (21%) har arbeidet på sykehjemmet mindre enn 1 år. Resultatene viser ingen sammenheng mellom antall år som sykehjemslege og hvor stor stilling legen har på sykehjemmet. De fleste erfarne leger finner vi ved mindre eller mellomstore sykehjem spredt over hele landet.

#### *Egen vurdering av legetjenesten*

Legene er spurt om hvordan de er rekruttert inn i stillingen, og hvordan de i ettertid ser på dette valget.

<b>Hvordan fikk du oppgaven som sykehjemslege?</b>	<b>Antall leger</b>	<b>Prosent</b>
Ikke svart	53	7
Jeg ønsket det selv	262	34
Valgt oppgaven ved kollegial arbeidsdeling	187	24
Ble pålagt oppgaven	276	35

Over halvparten (58%) leger har enten ønsket å bli sykehjemslege eller har valgt oppgaven gjennom en kollegial arbeidsdeling. Ca hver tredje lege er blitt pålagt oppgaven av overordnede.

<b>Ville du valgt legetjenesten på sykehjem i dag?</b>	<b>Antall leger</b>	<b>Prosent</b>
Ikke svart	54	7
Ja	559	72
Nei	164	21

Av de ulike kommunale legeoppgaver er det gledelig at 3/4-deler av legene ville valgt legetjeneste på sykehjem om igjen. Halvparten av disse legene ble i sin tid pålagt oppgaven.

I spørreundersøkelsen er legene bedt om å gi sin vurdering av hvordan legetjenesten fungerer på sykehjemmet.

<b>Hvordan fungerer legetjenesten på sykehjemmet?</b>	<b>Antall leger</b>	<b>Prosent</b>
Ikke svart	31	4
Svært bra	138	18
Brukbart	483	62
Svært varierende	85	11
For dårlig	36	5
Vet ikke	7	< 1

Over halvparten av legene (62%) syns legetjenesten på sykehjem fungerer brukbart og 80% syns det fungerer svært bra eller brukbart. Bare 16% av legene syns legetjenesten fungerer svært varierende eller for dårlig.

Disse resultatene bekreftes gjennom kommentarer fra de institusjonslederne som har fylt ut spørreskjema.

En grundig vurdering av kvaliteten på legetjenesten vil imidlertid kreve en langt mer omfattende undersøkelse hvor både brukere, pårørende og ansatte må delta.

Institusjonsledelsen har gitt opplysning om hyppigheten av tilkalling av legevakslege.

<b>Antall tilkallinger av legevakslege siste 4 uker</b>	<b>Antall sykehjem</b>	<b>Prosent</b>
0	49	9
1-4	265	49
5-8	118	22
9-12	49	9
13-16	27	5
>16	31	6

Ca hvert tiende sykehjem hadde ikke benyttet legevakslege siste 4 uker, og ca halvparten 1-4 ganger. Ca hvert femte sykehjem (20%) har benyttet legevakslege mer enn 8 ganger siste 4 uker.

Stort forbruk av legevakslege kan tyde på utilstrekkelig legetjeneste på sykehjemmet. Mange beboere har kroniske sykdommer hvor man kan planlegge/forutsi utvikling og sette opp nye tiltak ved behov (ofte medisinerings). Hvis den faste sykehjemslegen kan være tilgjengelig på telefon også utenom legedagen, kan mange tiltak igangsettes uten bruk av legevakt.

Hyppigst bruk av legevakslege er ikke ved de største sykehjemmene. De store sykehjemmene har ofte legetilsyn hver dag. Behov for mange besøk fra legevakslege oppstår ved mellomstore sykehjem hvor man ikke har avtale om å kunne ringe legen utenom legedagene. Der det ikke er avtale om at sykehjemmet kan ringe legen utenom legedagen, kan derfor lavt bruk av legevakslege representere et reelt underforbruk av legetjenester.

Legen har en viktig rolle ved inntak i sykehjem og kan bidra med en medisinsk vurdering av pasientens behov for sykehjem. Det er derfor betenkelig at over 1/3-del av sykehjemmene ikke har lege med i vurdering av inntak i sykehjem.

<b>Lege deltar i vurdering av inntak på sykehjem</b>	<b>Antall sykehjem</b>	<b>Prosent</b>
Ja	384	62
Nei	223	36
Ikke svart	16	3

## Forbedringsforslag

Legene ble spurt om forslag til forbedringer ved å krysse av på spørreskjemaet og ved å skrive egne forslag i et eget merknadsfelt.

Forbedringsforslag	Foreslått av antall leger	Prosent
Bedre romforhold og utstyr for legetjenesten	381	32
Flere sykepleiere	312	26
Flere legetimer	252	21
Flere leger å dele jobben med	89	7
Andre forslag	165	14

Hver tredje lege knytter forbedringsforslaget til legekantoret og journalsystemet eller til medisinsk undersøkelsesutstyr. Vel halvparten knytter det til behov for flere personalressurser.

### *Bedre romforhold og utstyr*

Mange leger ønsker et bedre medisinsk journalsystem. I alt 37 har i kommentarfeltet skrevet at de ønsker seg et system med elektronisk pasientjournal. Flere leger har nevnt muligheten til tilkobling til Internett.

Hvis ikke elektronisk databehandling kan innføres, ønsker flere leger sekretærhjelp til skriving etter diktat.

Mange av sykehjemslegene mener det er behov for en diskusjon om nødvendig medisinsk utstyr for å bedre kvaliteten på legearbeidet. For eksempel savnes EKG-apparat flere steder.

### *Flere sykepleiere*

Det er verdt å merke seg at legene tror det er viktigere å styrke sykepleiertjenesten enn legetjenesten. Legene mener det er behov for flere sykepleierstillinger og for tiltak som kan skape større stabilitet blant pleiepersonalet.

### *Flere legetimer*

Rapporten avdekker at det er ønske om flere legetimer på hvert fjerde sykehjem. Enkelte leger opplever at den totale arbeidsmengden blir for stor. Problemet kan best løses ved tilføring av flere legeårsverk i de kommunene som står svakest

### *Ikke nødvendigvis flere leger å dele jobben med*

Til tross for at de fleste legene arbeider alene på sykehjemmet, er det få som ønsker flere leger å dele jobben med. På mange sykehjem er legeoppgavene ikke mer omfattende enn at én lege kan dekke dem alene. Dermed blir det tilstrekkelig tid ved sykehjemmet til sykehjemslegens ulike oppgaver.

*Andre forbedringstiltak*

- Mer opplæring gjennom kurs, fellesmøter med kolleger, hospitering og/eller prosjektarbeid som kan sikres ved budsjettmidler på sykehjemmet.
- Tid til mer og bedre samarbeid både på sykehjemmet og med eksterne samarbeidspartnere både i kommunehelsetjenesten og sykehus.
- Klarere målsetting og bedre rutiner.
- Bedre lønnsvilkårene, spesielt for sykehjemsleger i hovedstilling.

**Kommentarer på legeskjemaene**

På ca 1/3 av legeskjemaene er det kommentarer både i de tre kommentarfeltene og utenfor flere av spørsmålene på skjemaet. Disse kommentarer vitner om en stor interesse og entusiasme blant sykehjemslegene. Dette må utnyttes for å sikre ønskede forbedringer av legetjenesten i sykehjem.

## **Intervjuundersøkelse med sykehjemsleger og avdelingssykepleiere**

Intervjuene er foretatt av prosjektleder og prosjektmedarbeider i seks ulike sykehjem og omfatter 11 personer. De utvalgte sykehjemmene på Østlandet og i Midt-Norge representerer gode sykehjem som har noe å bidra med av erfaringer som kan være til nytte for andre.

Intervjuene var en strukturert samtale. Intervjuene varte ca en time, og det ble gjort notater av informantenes viktigste opplysninger / utsagn. Ved gjennomgang av disse var det visse elementer som gjentok seg hos de fleste informantene. Disse elementer er forsøkt systematisert i fire grupper:

- struktur rundt legen
- den gode legen
- min trivsel på sykehjemmet
- idebank fra sykehjem.

Sitater fra informantene er satt i anførselstegn.

### **Struktur rundt legen**

Samtalene avdekker flere forhold som angår strukturen på legetjenesten i sykehjem. Strukturen gjelder behov som kan være definert av sykepleiere eller av pårørende. Dette forklarer bruken av begrepet ”rundt legen”.

#### *Legedag*

Under intervjuet bekrev legene hvordan flere timers sammenhengende arbeid ved sykehjemmet forløper. De fleste legene har et fast/avtalt program for store deler av dagen. Det er vanlig å starte dagen med lesing av post, fortsette med pasientrettede aktiviteter og avslutte med journalarbeid.

Ett av sykehjemmene har vansker med å få fast lege. De siste to årene har de hatt samme lege og fått en ”struktur på legedagene”.

Avdelingssykepleierne fortalte at faste legedager gjør det lettere for de ansatte å forholde seg til legen.

*Vi bruker legen bare "når beboere er syke"*

Det forventes at legen skal vurdere syke beboere, og at "de skal behandles som andre pasienter i allmennpraksis". Oppfatningen blant leger og sykepleiere er at beboerene ikke bør sykkeliggjøres unødige. Når en beboer er syk og trenger legetjenester, har han/hun status som pasient som i befolkningen for øvrig. Nye problemer for beboerene, som det ikke haster å få løst, samles opp til legedagen og blir formidlet til legen gjennom previsitt eller annen rapportering.

*Grundig gjennomgang av beboere hver 3.-5.uke*

På ett av sykehjemmene holdes behandlingsmøte for den enkelte beboer hver femte uke, mens et annet sykehjem har slike møter hver fjerde uke. Avdelingssykepleier leder møtet. Man har ofte en sakliste. Det er vanlig å ta for seg alle beboerne i en boenhet eller i en pleiegruppe. På ett av sykehjemmene utføres årskontroll av 1-2 beboere etter møtet. Denne ordningen fungerer godt, særlig på store sykehjem med lege på heltid. Regelmessig og grundig medisinsk gjennomgang av beboerne medfører at det blir færre uløste medisinske problemer for øvrig.

*Avslutte dagen med diktering/journalarbeid*

Alle legene avslutter legedagen med diktering. Diktatene skrives av sekretær i de pasientens medisinske journal. Legen leser gjennom journalnotatene på neste legedag. Det virker noe påfallende at denne kostnadskrevenne ordning er så utbredt når det har eksistert gode systemer for elektronisk datajournal til bruk i allmennpraksis i mer enn 20 år.

*Ventetid ved henvisninger til sykehus*

Ved henvisning til spesialist må mange beboere vente lenge fordi det er lange ventelister for tilstander som egentlig haster. Det ble referert til en dame med sterke smerter i bena som skyldtes dårlig blodsirkulasjon. Smerteklinikken hadde ca 6 måneders ventetid. Ventetiden ble beskrevet som kort i enkelte andre spesialiteter. Både leger og avdelingssykepleiere uttrykte frustrasjon over den lange ventetiden for sykehjempasienter som henvises til sykehus. Sykehusene på sin side presser på for at utskrivningsklare pasienter skal tilbakeføres raskt til sykehjem.

*Legebok*

De fleste sykehjem har lege bare enkelte ukedager. Sykepleiere som er på vakt om natta, treffer sjelden legen. Begge forhold krever et godt rapporteringssystem hvor legen varsles om medisinske problemstillinger som bør vurderes. Mange sykehjem samler slike rapporter i en egen bok som leses av legen ved starten av legedagen. Det er vanlig at den som melder en problemstilling signerer i boken. Slik signering gjør meldesystemet mer forpliktende, og legen har dermed bedre mulighet til å følge opp meldingen.

*Telefonkontakt med legen ved akutt sykdom utenom legedagene*

Alle sykepleierne beskrev hvor ofte akutt sykdom eller forverring oppstår hos beboerne på sykehjem. Legens vurdering er ofte nødvendig. Sykehjemslegen kjenner pasientene godt og kan gi nødvendige råd og sette i gang tiltak over telefon. Det er derfor viktig at ansvarlig sykepleier kan kontakte sykehjemslegen ved behov. Sykehjem som praktiserer en slik ordning tilkaller sjelden legevaktslege.



### *Den gode legen*

En rekke sider ved en godt fungerende legetjeneste i sykehjem ble drøftet under intervjuene. Mye dreier seg om legens evne til å fungere i sykehjemsmiljøet som "den sosiale legen".

### *Klinisk dyktighet*

Alle sykepleierne som ble intervjuet, nevnte hvor viktig det er å ha en lege som kan gjøre gode kliniske vurderinger av beboerne på sykehjem. Når legen skal se på en beboer, har vedkommende gjerne en plage eller symptomer på sykdom. Ofte kan det være en ny beboer på sykehjemmet. Beboeren skal da behandles som en pasient av legen. De fleste legene ønsker å gjøre den kliniske vurderingen på pasientens rom. Legene velger derved å gjøre "et hjemmebesøk med lite medisinsk utstyr". Legekontoret blir derfor sjelden brukt til pasientkonsultasjoner. Det kan diskuteres hvor hensiktsmessig dette er. Legen benytter av og til kontoret til samtale med pårørende.

### *Tverrfaglig samarbeid*

Nesten alle sykehjem har organisert et tverrfaglig samarbeid. Samarbeidet blir ofte gjennomført som faste møter hvor sykepleiere, annet pleiepersonale, ergoterapeut og fysioterapeut deltar. Legenes deltagelse er langt mer vekslende. En lege uttalte: "Møter er sjelden medisinsk faglig nødvendig, og derfor deltar jeg ikke". Legens deltagelse savnes av de andre faggruppene.

De legene som deltar aktivt på slike tverrfaglige møter, mener at møtene er viktige for diskusjon av felles problemstillinger og holdninger i faggruppene. Hvis legene først deltar, medfører dette ofte en bedre arbeidsdeling mellom legene og annet fagpersonell. Det kan bidra til riktigere nivå på innsatsen til rett tid fra alle faggruppene. Et eksempel på fruktbart samarbeid er bruk av sjekklister ved årskontroll hvor lege, sykepleier og ergo-/fysioterapeut har sine faste oppgaver i forberedelsen.

Flere leger viser manglende forståelse for nytten av tverrfaglig samarbeid. Det er viktig å øke legenes motivasjon og interesse på dette felt gjennom opplæring.

### *Informasjon til pårørende*

Alle informantene nevnte de pårørendes behov for informasjon. Slik informasjon er særlig viktig i forhold til nye beboere, de som blir alvorlig syke eller er døende personer. Pleiepersonalet tar et hovedansvar for denne informasjonen. Mange sykehjem har egne informasjonsmøter og deler ut informasjonsmateriell.

Legen brukes i de vanskeligste samtale. Sykepleieren, den som er primærkontakt, og legen er ofte sammen om slike samtaler. Samtaler med pårørende til aldersdemente oppleves som spesielt krevende.

### *Observasjonsevne og undervisning*

De fleste sykehjem har legetilsyn bare en dag i uken. De gamle beboerne har mange sykdommer, og nye symptomer og plager dukker opp nesten daglig. Det er derfor viktig at pleiepersonalet, som er sammen med beboerne hver dag, kan merke seg nye utviklingstrekk. Viktige observasjoner må samles og rapporteres til legen. Både lege og sykepleier poengterte under intervjuene hvor viktighet det er å gjøre gode observasjoner. Legene beskrev at evnen

til observasjon blant pleiepersonalet varierte sterkt. Mange leger underviser personalet i forbindelse med previsitt. Undervisning ved lege er viktig for at observasjonsevnen skal bedres på det enkelte sykehjem.

#### *Flink med døende*

Ethvert sykehjem vil i perioder oppleve mange dødsfall. Dødsfallene kan være en stor belastning for personalet. Alle sykehjem som deltok i intervjuene beskrev omsorg ved livets slutt som en viktig oppgave for sykehjemmet. Oppgaven bør prioriteres. Legen har i denne sammenheng flere oppgaver. Det gjelder kontroll og justering av smertebehandling, intravenøs væskebehandling, antibiotikabehandling og avgjørelsen av når aktiv behandling skal innstilles. Både leger og sykepleiere sa med stolthet at deres sykehjem har fått til et godt opplegg på dette feltet. To av sykehjemmene har utformet handlingsplaner og gjennomført prosjekt for døende. Slike gode ideer blir dessverre sjelden spredt til andre sykehjem.

#### *Lege som "vaktbikkje" ved inntak*

Vurdering av inntak i sykehjem er ofte en vanskelig oppgave. Legen har en sentral rolle i denne vurderingen. Medisinske opplysninger må vurderes. Enkelte pasienter bør søkes til sykehus og ikke til sykehjem, og noen er best tjent med andre støttetiltak. Medisinsk behandling kan bedre tilstanden for mange og dermed redusere pleiebehovet. Legen har et ansvar for å få rett person på rett plass. En lege beskrev seg selv som "gate keeper". Det er et faktum at sykehjem ofte må forsvare seg mot å bli pådyttet oppgaver som de ikke har ressurser til å løse.

#### *Forum for leger/nettverk*

"Jeg tørker inn faglig", sa en av legene. Sykehjemslegen er vanligvis eneste lege på sykehjemmet og kan derfor føle seg ensom. I større kommuner og byer har legene ofte hatt tilbud om deltagelse i forum for sykehjemsleger eller geriatri. Slike fora har vært en viktig inspirasjonskilde for de deltagende legene.

En sykehjemslege beskrev nytten av hospitering ved annet sykehjem, og det kan gi inspirasjon og gode ideer fra andre kolleger.

På flere av sykehjemmene finns meget erfarne leger. Yngre kolleger mener det er stort utbytte av å spørre erfarne leger.

#### *Samtalepartner*

Avdelingssykepleierne har krevende oppgaver både som ledere og faglige rådgivere. Den gode legen må ha tid og evner til å være en samtalepartner for avdelingssykepleier. Hensikten er at de kan gi hverandre hjelp til å løse situasjoner som oppstår på sykehjemmet. Det kan dreie seg om ledelse, faglig utvikling, undervisningsbehov og andre forhold. Det er viktig at legen tar seg tid til å samtale og bistå også utenom de nødvendige, pålagte oppgavene. Dette vil også kunne motvirke en følelse av å stå alene om ansvaret, både for lege og sykepleier. Noe av støtten som legen kan savne fra kolleger, kan hentes hos avdelingssykepleier som verdsetter legens arbeid og omtanke.

## Min trivsel på sykehjemmet

Hvorfor trives de fleste legene som sykehjemslege? Dette er et vanskelig å besvare, men legenes uttalelser gir noen holdepunkter som skal gjengis.

### *Selvstendig og fri rolle*

På sykehjemmet føler mange leger at de har en stor innflytelse over egen arbeidsdag. Arbeidstiden er gunstig: dagtid, fri hver natt og helg. Leger beskriver ofte legedagen på sykehjemmet som ”et pustehull i hverdagen”. En lege sa at ”denne jobben gir meg mulighet til et bedre liv”.

### *Faglig utfordrende / aktivt sykehjem*

”Jeg var skeptisk til å begynne på sykehjemmet, men stillingen har vært faglig utfordrende og har gitt verdifull læring”. Flere leger understreket hvor viktig det er at sykehjemmet er aktivt. Et aktivt sykehjem setter i gang nye prosjekter og utviklingsarbeid. Det kjennetegnes blant annet av ledere som er flinke til å trekke legen med i livet på sykehjemmet, blant annet i kvalitetsutvikling. Prosjektarbeid fører til at legen må samarbeide med resten av personalet og bli kjent med andre ansatte.

### *Bemanning av sykepleiere*

En lege uttalte: ”Jeg vurderte å slutte for ett år siden pga dårlig bemanning blant sykepleierne. Nå har vi fått en ny giv med ny ledelse som satser stort på rekruttering av sykepleiere. Denne satsingen gir allerede resultater på hele sykehjemmet”.

### *Holdninger til sykehjem*

Sykehjemslegene blir hyppig møtt med nedverdiggende holdninger fra kolleger både på sykehus og i allmennpraksis. ”Jobber du bare på sykehjem!” Denne holdningen er med på å gjøre det vanskelig å rekruttere nye kolleger til å arbeide på sykehjem. Negativ omtale i media bidrar ikke til positive holdninger til sykehjem. Det styrker iallfall ikke rekrutteringen, hverken av pleiepersonale eller av leger.

Det er mulig å skape positive holdningsendringer ved å oppmuntre de som får til noe. Faglige fora som opprettes kan bidra til styrke de positive holdningene og gi anerkjennelse.

## Idebank fra sykehjem

Selv om det er gjennomført intervju bare ved et fåtall sykehjem, kom det fram mange gode tiltak / ideer. Slike gode ideer må taes vare på og spres til andre sykehjem som kan hjelpes til å løse egne problemer. Forsøksvis er derfor tiltakene og ideene samlet i en liten ”idebank for sykehjem”:

- *Kompetansegruppe* – opplæringstiltak for alle ansatte i sykehjemmet kan utvikles og samordnes i denne gruppen. Legen vil ha utbytte både av å undervise andre og av å delta i annen undervisning f eks av pårørende til aldersdemente.
- *Bofellesskap for aldersdemente* – alle demente bør få bo i en liten enhet med egen stue og kjøkken.
- *Sjekkliste for årskontroll* – kan gi god arbeidsdeling mellom de ulike typer fagpersonell.

- *Frivillighetsleder* – sørger for å engasjere pårørende og andre interesserte i sykehjemmets allsidige aktivitetsprogram i kommunen/bydelen.
- ”*Omsorg ved livets slutt*” – en perm er tilgjengelig til bruk i opplæring av personalet.
- *Ekstrahjelp til døende* – blir satt inn for å gi mulighet for en verdig død med bedre kontakt både med pasient og pårørende.
- *Sekretær for avdelingsleder* – kan avlaste sykepleier i flere rutinemessige daglige gjøremål.
- *Miljøarbeider på sykehjem* – en aktivtør på avdelingen vil ha som hovedoppgave å sette i gang aktiviteter sammen med beboerne.
- *Sykehjem som kultursenter* – har medført store aktiviteter som samler både beboere, pårørende og andre personer i nærmiljøet rundt sykehjemmet .
- *Barnerom på sykehjemmet* – er etablert for å bedre tilbudet til multihandikappede barn og deres familier uten annen mulighet for plassering i kommunen.

## Diskusjon

### Vurdering av dagens legetjeneste i sykehjem

Det er funnet en betydelig grad av trivsel og stabilitet i legetjenesten ved sykehjem. Et flertall av legene angir at de trives i arbeidet på sykehjemmet. Til tross for at 60% av legene ble pålagt oppgaven som sykehjemslege av overordnede, ville det store flertall leger valgt jobben som sykehjemslege på ny i dag.

Det er stor variasjon i sykehjemslegenes bakgrunn og tilknytningsform. De aller fleste sykehjemsleger er allmennpraktikere. Hvis man definerer hovedstilling som sykehjemslege som minst tre arbeidsdager i uken, har bare 4% av legene en slik stilling i dag. Ca 8% av legene oppgir sykehjemsarbeid som hovedstilling. Det er få turnuskandidater som er overlatt ansvaret som sykehjemslege. Flere pensjonister gjør en god innsats som sykehjemsleger.

Undersøkelsen viser stor grad av variasjon i omfanget av legenes arbeid ved sykehjemmene. De fleste sykehjemslegene er tildelt 7-8 timer per uke og har innenfor denne tidsrammen ansvar for i underkant av 40 sykehjemssenger. En fjerdedel av legene har ansvar for mer enn 8 senger per legetime. Disse legene har et klart behov for flere timer per uke for å kunne utføre nødvendige legeoppgaver. Legene melder selv et behov for en 25% økning av timetallet.

Mange leger har ansvar for skjermet enhet for aldersdemente, rehabiliteringssenger og/eller akutt plasser (observasjonssenger). Resultatene viser ingen sammenheng mellom antall senger per legetime og ansvar for spesialiserte senger for aldersdemente eller for rehabilitering.

Muligheter for blodprøvetaking er langt dårligere på sykehjem enn på legekontor i kommunen. Legekantorene er knyttet til NOKLUS (Norsk senter for kvalitetssikring av laboratorievirksomhet utenfor sykehus) som sikrer både kvalitet på taking og analyse av blodprøvene. En kraftig opprusting eller omorganisering av laboratorietjenesten er nødvendig hvis sykehjem i rimelig grad skal kunne drive utredning, aktiv behandling og medisinsk oppfølging.

Den medisinske utstyrsmengden er så beskjeden på flertallet av sykehjemmene at legene enten må låne utstyr på eget legekantor eller henvise pasientene videre for enkle undersøkelser som oftest blir utført i allmennpraksis. Det er nødvendig med mer og bedre medisinsk utstyr for å unngå unødvendige henvisninger til spesialist.

Journal skriving blir gjort av en sekretær etter diktering fra legen på de fleste sykehjemmene. Denne arbeidsprosessen er svært ressurskrevende. Mange leger nevner innføring elektronisk

datajournal som det høyest prioriterte forbedringsforslaget for legetjenesten på sykehjem. Ca med dette. Dette tilsier at også sykehjemslegene bør få innført bruk av datajournal.

Det er vanlig å ha legetimene på sykehjemmet samlet på egne legedager, og det er hensiktsmessig. På disse dagene prioriterer legene oppgaver som er direkte relatert til pasientene: rapportmøte, klinisk vurdering av pasienter, henvisning til sykehus og samtale med pårørende. Med den begrensede tid som er til disposisjon blir det ofte små muligheter for annen legeinnsats på sykehjemmet.

Bare halvparten av legene deltar fast i tverrfaglige behandlingsmøter. På sykehjem som har slike møter, er det vanlig at hver beboer blir grundig vurdert hver 3.-5. uke. En slik gjennomgang gjør den tradisjonelle årskontrollen overflødig, og denne praksis bør følges ved flere sykehjem.

Et mindretall av legene deltar aktivt i fellesaktiviteter på sykehjemmet, slik som ledermøter driftsplanlegging og kvalitetsutvikling. Et fåtall leger gir planlagt undervisning til de ansatte i sykehjemmet. Legens nærvær savnes av andre ansatte. En bedring her er ønskelig, men det forutsetter økt interesse hos legene og flere legetimer per uke.

På hvert tredje sykehjem deltar legen ikke i vurderingen ved inntak i sykehjem. Legens rolle i denne prosessen er viktig for å vurdere de medisinske opplysninger og for å unngå unødvendige innleggelser. Legene bør ha sin faste plass i inntaksteamet.

Mange sykehjem har lege bare 1 dag per uke. Legen er derfor avhengig av gode observasjons- og rapporteringsrutiner blant pleiepersonalet. En legebok hvor observasjoner skrives ned og signeres av vedkommende er en god løsning. Et slikt meldesystem fungerer imidlertid ikke tilfredsstillende med mindre legen gir god tilbakemelding og deltar i opplæring av personalet.

Når plager eller symptomer hos en beboer er rapportert til legen, foretar legen en vurdering av pasienten. Den kliniske vurdering blir nesten alltid gjort på pasientens eget rom. Legekantoret blir sjelden brukt til pasientkonsultasjoner, men brukes mest til administrative oppgaver og pårørendesamtaler. Det praktiske opplegget her bør vurderes nærmere på hver enkelt institusjon.

Hvert femte sykehjem har tilkalt legevakslege mer enn 8 ganger siste 4 uker. Ingen av de største sykehjemmene har så mange besøk fra legevakslege. I motsetning til sykehjemmens egen lege kjenner ikke den tilkalt legevakslegen pasienten på forhånd og kan sjelden gi sykehjemmet samme optimale service. Faste avtaler med sykehjemslegen om at vedkommende kan kontaktes for rådgiving utenom legedagene kan redusere behovet for å tilkalle legevakslege. Slike avtaler kan ordnes ved at legen får betalt for 1-2 timer per uke for å være tilgjengelig på telefon.

Allmenntidmedisin er den vanligste spesialiteten blant sykehjemslegene. Nesten halvparten av dem er spesialist i allmenntidmedisin, mens bare 1% er spesialist i geriatri. Geriatrik er vesentlig for sykehjemslegene, men bare halvparten av legene har gjennomført emnekurs i geriatri. Mange av legene har ikke gjennomført noe kurs rettet mot arbeidet på sykehjemmet. Det er følgelig et stort behov for at sykehjemslegene deltar i relevante kurs.

Over halvparten av legene har arbeidet mer enn 5 år på sykehjem og representerer derfor stabilitet og lang erfaring. Disse legene bør utnyttes i veiledning av nye kolleger på sykehjem.

Arbeidet som sykehjemslege gir liten prestisje. Mange opplever at kolleger viser en nedverdiggende holdning til oppgaven som sykehjemslege. Holdninger som dette er med på å vanskeliggjøre rekruttering av nye leger. Samtidig opplever sykehjemslegene selv arbeidet som faglig utfordrende og meningsfylt.

Dette kommer fram at det er for lite gjensidig smidighet mellom sykehjem og sykehus. Ventelistene er ofte meget lange ved behov for henvisning av sykehjemspasienter til sykehus. Samtidig opplever sykehjemmene et stort press for å ta imot utskrivningsklare pasienter fra samme sykehus, kfr kommunal betalingsplikt. Det er viktig med et godt samarbeid mellom sykehus og sykehjem hvor man respekterer hverandre og yter like god service begge veier. Det bør derfor utvikles serviceavtaler mellom sykehus og sykehjem, evt mellom forvaltningsnivåene.

## **”Den gode sykehjemslegen”**

Når man skal forsøke å beskrive den gode sykehjemslegen, kan man hente noen viktige fakta om sykehjemmene og legetjenesten i sykehjem fra denne kartleggingen:

- Et vanlig sykehjem har 40-50 senger og kan få dekket sitt legebehov gjennom 1-2 ukentlige legedager.
- Den typiske sykehjemslegen er en 46 år gammel mannlig allmennpraktiker og har allmennpraksis som sin hovedstilling.
- Bare 4% av legene har 21 timer eller mer per uke som sykehjemslege.

### *Endagslegen*

Det går an å gjøre en god innsats som sykehjemslege med bare én legedag i uken. Denne dagen bør i sin helhet disponeres på sykehjemmet. Dagen bør ha en fast struktur hvor følgende aktiviteter bør inngå:

- rapportmøte med sykepleier
- klinisk vurdering av pasienter med symptomer og/eller plager
- tverrfaglig behandlingsmøte for et begrenset antall pasienter/beboere
- journalarbeid og henvisninger.

Legen må disponere tid til samtaler med pårørende og ansatte. Legen bør spise lunsj sammen med andre ansatte, og i løpet av året bør legen ha tid til å delta i noen viktige fellesaktiviteter. En fast legedag kan greit kombineres med allmennpraksis. Arbeidet på sykehjemmet kan oppleves som et pustehull i en travel allmennpraksis.

Hvis sykehjemmet bare har én dag per uke med lege, er det viktig at den faste legen kan kontaktes per telefon for rådgiving utenom arbeidstiden på sykehjemmet. En slik avtale kan etableres ved at legen får tildelt 1-2 timer per uke som ikke krever tilstedeværelse på sykehjemmet.

### *Sykehjemslege i hovedstilling*

Større sykehjem bør ha mulighet til å tilsette en lege i hovedstilling. Det finnes også de som er sykehjemslege i hovedstilling med ansvar for to mindre sykehjem. Dette må da være minst 3/5-stilling.

En sykehjemslege i hovedstilling har mulighet til å utvikle en mer variert legetjeneste enn éndagslegen. Sykehjemmet bør f.eks. ha korttidsplasser for rehabilitering. Legen i hovedstilling bør være til stede minst 3 dager per uke og gå inn i sykehjemmets indre liv bl.a. ved å delta i ledermøter og planlegging av sykehjemsdriften. Legen vil ha mulighet til å arbeide for å styrke kompetanse på sykehjemmet ved planlagt undervisning av ansatte og ved veiledning av kolleger i mindre stillinger.

Hvis man ønsker å gi legetjenesten i sykehjem et løft, er det viktig å ha sykehjemsleger i hovedstilling i alle fylker. Disse leger bør sammen med sykehusenes geriatriksk avdelinger og poliklinikker skape et faglig geriatriksk nettverk som kan støtte éndagslegene. Det vil være nødvendig med flere tiltak for å oppnå en slik målsetting. Leger i hovedstilling ved sykehjem må sikres:

- lønnsvilkår som overleger på sykehus
- muligheter til spesialistgodkjenning i geriatri med allmennmedisin som hovedutdanning
- 1 dag per uke til arbeid utenfor sykehjemmet
- fritak for legevakt hvis mer enn halv stilling på sykehjem.

Kartleggingen viser at mange leger har arbeidet lenge på sykehjem og trives godt med det. Flere av dem er interessert i å satse på legetjeneste i sykehjem som hovedstilling.

## Suksessfaktorer

En av målsettingene for prosjektet har vært å komme med konstruktive forslag som kan bidra til en faglig videreutvikling av legetjenesten i sykehjem. Noen momenter skal trekkes fram.

### *Struktur rundt legen*

I de fleste kommuner er være éndagsleger ved sykehjemmene. Slike leger har ikke tid til å utføre alle ønskelig legeoppgaver like grundig. Legen må derfor prioritere de viktigste oppgavene. I tillegg må personalet få mulighet til å utnytte og å samarbeide med legen best mulig. Det er viktig at erfaring og kunnskap om legefunksjonen på sykehjem samles, vurderes og gjøres tilgjengelig for leger og sykehjem. Det kan bli aktuelt å stille krav om en fast struktur rundt legen på grunnlag denne kunnskapen. Noen stikkord kan være:

- legedag
- tverrfaglig behandlingsmøte for den enkelte beboer hver fjerde uke
- legebok for melding av symptomer/plager hos pasienter
- avtale om å ringe lege utenom legedager ved akutt sykdom.

### *Stabilt personale*

Hver tredje sykehjem sliter med en ustabil bemanning på pleiesiden. Mangel på sykepleiere og hyppig skifte av personale fører til dårlig trivsel for beboere, legen og annet personale. God rekrutteringsstrategi fra ledelsens side er viktig for å få et stabilt personale på sykehjemmet. Ved siden av lønn og bolig er det viktig å satse på fagutvikling og kompetanseoppbygging (som for legene).

### *Satsningsområder for sykehjem*

Selv om arbeidsområdene på et sykehjem skal være fleksible og omfattende, kan det være viktig for en institusjon å utvikle spesiell faglig dyktighet på ett eller flere områder i den



kommunale eldreomsorgen. Fokusering på slike utvalgte områder kan skape økt interesse for å arbeide på sykehjemmet. Noen slike satsingsområder syns allerede å være etablert i aktive sykehjem, slik som f eks:

- *Omsorg ved livets slutt* – både overfor gamle beboere og kreftpasienter.
- *Bofellesskap for aldersdemente* – mer enn halvparten av de aktuelle plassene bygges om til bofellesskap, et tiltak som av fagfolk oppleves som viktigere enn enerom.
- *Sykehjemmet som møteplass i lokalsamfunnet* – det finnes mange gode eksempler på hvordan man har aktivisert lokalmiljøet og pårørende rundt sykehjemmet.

Etablering av *universitetssykehjem* for studier og kompetanseutvikling kan bli et viktig bidrag til god utvikling av eldreomsorgen, kfr Prosjekt undervisningssykehjem som mottar tilskudd fra Sosial- og helsedepartementets budsjett.

Sosial- og helsedepartementets analyse av sykehjemmenes framtidige oppgaver (Kvaase-utvalgets rapport 1999) peker på en rekke muligheter for bedre bruk av sykehjemmet til medisinsk behandling. Noen av departementets forslag kan kommenteres på bakgrunn av kartleggingen av legetjenester i sykehjem:

#### *Korttidssenger for avlasting*

Slike tilbud har vist seg å være til stor nytte for både pasienter, pårørende og hjemmetjenesten og kan utsette behovet for langtids plass i sykehjem. I denne undersøkelsen er det sett at mange sykehjemsleger ikke tar nok ansvar for korttidspasientene (f eks manglende journalopptak av slike pasienter), og dermed svekker avlastingseffekten. Sykehjemsleger bør i fremtiden prioritere klinisk vurdering av disse pasientene.

#### *Rehabiliteringssenger*

Dette tilbudet bør finnes på de fleste sykehjem. Sykehjemmene har i dag svært lite ressurser til rehabiliteringspersonell, noe som vanskeliggjør effektiv utnyttelse av disse sengene. Undersøkelsen har avdekket legers manglende interesse for tverrfaglig samarbeid. Slikt samarbeid er svært viktig i all rehabilitering. Det finnes noe forskning som viser at enkle målrettede tiltak i hjemmet kan ha mer effekt enn rehabilitering på en institusjon. Det er derfor behov for en grundig diskusjon av hva slags rehabilitering man kan og bør gjennomføre på sykehjem.

#### *Akutt plass / observasjonssenger*

Dette kan redusere antall innleggelse i sykehus. Kartleggingen har vist at de fleste sykehjem mangler utstyr, kontor og personell for å drive medisinsk utredning og behandling. Slike senger kan eventuelt etableres som et tiltak innenfor annenlinjetjenesten, i sykestuer eller i felles akutt mottak (FAM). Det vil i så fall forutsette nødvendig ressurstilførsel. Den medisinsk nødmeldetjeneste bør imidlertid ikke kobles til sykehjem hvor slik tjeneste ville gå utover andre og viktigere oppgaver i sykehjemmet.

#### *Behandlingstilbud for kronisk syke personer med komplekse behov*

Dette har vist seg vellykket i noen kommuner, men bør neppe primært knyttes til sykehjem. Slike tilbud forutsetter i hvert enkelt tilfelle klare samarbeidsavtaler med sykehuset for opplæring av kommunalt helsepersonell og pårørende og med gode muligheter til faglig støtte fra sykehuset.

### *Kompetanseoppbygging*

Det er et stort behov for opplæring og kurs for sykehjemsleger. Gode kurstilbud, spesielt rettet mot leger i sykehjem, bør finnes i alle helseregioner. Det bør vurderes om gjennomført opplæring skal gi økt lønn.

Bruk av "audit" har vist seg vellykket i allmennpraksis og kan være egnet også for kvalitetsutvikling av legetjenesten i sykehjem. Det er ofte en ensom posisjon å være sykehjemslege. Legen trenger støtte både fra annet fagpersonell og fra kolleger for å dyktiggjøre seg i stillingen. I flere byer har etablering av forum for sykehjemsleger vært et verdifullt tiltak. Legene møtes 4-6 ganger i året og diskuterer tema av felles interesse. Slike fora bør etableres i alle fylker. Ansvaret for opplegget kan for eksempel legges til fylkeslegene eller til geriatrisk team i sykehus. Sykehjemsleger i hovedstilling bør også ha en aktiv rolle i slike fora.

### *Sykehjemslegen som geriater*

Flere allmennpraktikere har de siste årene ønsket å utdanne seg til spesialist i geriatri med allmennmedisin som hovedspesialitet. Slik spesialistutdanning er mulig i andre land i Europa. I dag er det bare mulig å bli geriater i Norge med indremedisin som hovedspesialitet. Det bør åpnes for mulighet for interesserte sykehjemsleger i hovedstilling til å bli spesialist i geriatri ved å gjennomføre spesialistutdannelse i allmennmedisin, to år klinisk tjeneste med strukturert veiledning ved geriater og ett år tjeneste på sykehusenhet som er godkjent utdanningsinstitusjon i geriatri. Dette spørsmålet er nå reist som egen sak fra Statens helsetilsyn overfor Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefördeling.

## **Kvalitetsindikatorer**

Utvikling av gode kvalitetsindikatorer er et omfattende arbeid men ligger utenfor rammen av dette prosjektet. På bakgrunn av egen erfaring i utvikling av kvalitetsindikatorer i allmennpraksis, kan noen mulige kvalitetsindikatorer antydes:

### *Legens timetall*

Det finnes ingen krav eller generell norm for antall senger per legetime. I noen kommuner har normen vært 8 senger per legetime. Dette tallet virker svært høyt hvis legen f.eks skal ha ansvar for rehabiliteringssenger. Ingen sykehjemslege bør ha mer enn 8 senger per legetime.

Denne kartleggingen tyder på at **4 senger per legetime** vil være nødvendig hvis legen skal kunne utføre alle de ønskede legeoppavene.

Det bør også vurderes om sykehjemslegen bør ha minimum 4-5 timer per uke, selv om sykehjemmet er lite. Noen av legeoppavene krever en tilgjengelighet et visst antall timer hver uke.

### *Bruk av legevaksle*

Både gjennom intervjuene og spørreskjemaene er det kommet frem at mange legevaktbesøk tyder på at legetjenesten på sykehjemmet kan være dårlig organisert. Det er vanskelig for sykepleier hyppig å måtte forholde seg til ukjente leger. Unødvendige behandlinger og

innleggelsler blir ofte en konsekvens. Mer enn 8 legevaktsbesøk på 4 uker bør føre til en vurdering av situasjonen i vedkommende sykehjem.

#### *Lege i tverrfaglige møter/samarbeid*

Undersøkelsen har vist hvor viktig det er for sykehjemmet at legen deltar i strukturert tverrfaglig samarbeid. En mulig kvalitetsindikator kan derfor være om og i hvilket omfang legen deltar i slikt samarbeid.

#### *Elektronisk databehandling i medisinsk dokumentasjon*

Innføring av et standardisert elektronisk datasystem for medisinsk dokumentasjon vil ha mange fordeler:

- Det vil kunne gi store muligheter for kvalitetsutvikling av legetjenesten .
- Fra slike datajournaler kan man lett hente ut opplysninger, for eksempel om bruk av medisiner som er et viktig ansvarsområde for sykehjemslegen.
- Datajournal vil gjøre det lettere for sykehjemslegen å oppfylle kravene til medisinsk dokumentasjon.
- Legene vil kunne begynne å skrive journalen selv slik de gjør i allmennpraksis.

### **Sluttkommentar**

De som arbeider i feltet, ønsker ikke å gjøre sykehjemmene til B-sykehus. Denne undersøkelsen har imidlertid vist at mange av kommunene er i full gang med å skape framtidens sykehjem. Sykehjemmet kan bli et rehabiliterings- og bosenter i lokalmiljøet som aktiviserer beboere, ansatte, pårørende og naboer. Legetjenesten i sykehjem bør derfor bygge på de gode prinsipper i allmennpraksis:

**nærhet, medisinsk faglig trygghet og tilgjengelighet.**

## LITTERATUR FRA NASJONALT GERIATRIPROGRAM

### Rapporter fra Nasjonalt geriatriprogram 1994-99, utgitt av Nasjonalt formidlingscenter i geriatri, Bergen:

Bestilles: Tlf 55979198. Faks 55979201. E-post: [nfg@uib.no](mailto:nfg@uib.no)

#### Publiserte rapporter:

Rapport nr 1/98	Geriatrici på god vei
Rapport nr 1/99	Undervisningssykehjem
Rapport nr 2/99	Kvalitet i sykehjem
Rapport nr 3/99	Eldre – sykdom, behandling og egen mestring
Rapport nr 4/99	Variert kompetanse I. Sosionomens arbeid med eldre

#### Rapporter som publiseres i 2000:

Variert kompetanse II. Ergoterapeutens og fysioterapeutens arbeid med eldre  
Variert kompetanse III. Ernæringsfysiologens og logopedens arbeid med eldre  
Variert kompetanse IV. Tverrfaglig samarbeid i geriatri  
Evaluering av områdegeriatri  
Videreutdanning i aldring og eldreomsorg  
RAI i Norge, Resident assessment instrument  
Dokumentasjonsrutiner i spesialisthelsetjenesten i geriatri  
Herfra til 2030  
Geriatriciens ABC (fra INFO-banken, Granli senter, Vestfold)

#### Fra Helsetilsynets utredningsserie, utgitt under Nasjonalt geriatriprogram:

Utredningsserie 7-99 Gamle i sykehus. Innlagte 75 år og over i medisinsk avdeling 1998  
Utredningsserie 8-99 Legetjenester i sykehjem. En nasjonal kartlegging 1999

#### Sluttrapport fra fylkesprosjektene (bestilles fra fylkeskommunen):

Oppland	Geriatriciprojektet i Oppland. August 1996-juni 1999. Prosjektrapport.
Hedmark	Geriatriciprojektet i Hedmark 1997-1999.
Østfold	Geriatricien på bedringens vei i Østfold: Rapport nr 1/1999 Ulike delprosjekter. Rapport nr 2/1999 Kompetanseutvikling. Rapport nr 3/1999 Organisering og utvikling av tilbud og behandling til slagpasienter. Rapport nr 4/1999 Slagmanual – en veileder i behandling av slagpasienter. Rapport nr. 5/1999 Studieplan. Tverrfaglig studie i slagbehandling Og slagrehabilitering. 5 vektball i regionalt høgskolesystem.
Buskerud	Geriatriciprojektet i Buskerud 1998-1999.
Vestfold	Geriatriciprojektet i Vestfold. Den gamle i fokus. Rapport 1/99
Telemark	Sluttrapport. Geriatriciprojektet, Telemark 1996-1998.
Aust-Agder	Geriatriciprojektet i Aust-Agder. 15.04.98-30.06.99.
Rogaland	Geriatriciprojektet i Sør-Rogaland. Sluttrapport Geriatriciprojektet i Nord- Rogaland. Sluttrapport
Sogn og Fjordane	Rapport. Geriatriciprojektet i Sogn og Fjordane 01.09.97-31.08.99.
Nordland	Geriatrici i Nordland. Prosjektrapport Juli 1999.
Finnmark	Geriatriciprojektet i Finnmark 1997-1999.

### **Nasjonalt geriatriprogram**

Stortinget har vedtatt å styrke fagfeltet geriatri. Statens helsetilsyn hadde ansvar for Nasjonalt geriatriprogram i perioden 1994-99 innenfor et budsjett på knapt 50 millioner kroner. Målene har vært å styrke geriatri i alle deler av landet ved å bidra til å bedre rekruttering av nøkkelpersonell, øke den tverrfaglige kompetansen og styrke samarbeidet mellom geriatrisk første- og annenlinjetjeneste. Programmets satsning videreføres med statlige midler, og Nasjonalt formidlingscenter i geriatri, Bergen, har som oppgave å formidle kunnskaper i geriatri til helsepersonell, bl a ved litteraturtjeneste og rapporter.

### **Scenario 2030**

#### **Sykdomsutviklingen for eldre frem til 2030**

Framskrivning av folkemengden viser at nesten all økning i Norges befolkning i de neste 30 årene er blant eldre i gruppen 65 år og over. Antall eldre i befolkningen øker ikke de nærmeste 10 årene, men antall svært gamle øker i hele perioden. De store sykdomsgruppene som dominerer i høy alder vil øke 40-60% i perioden frem til 2030. Det blir ingen økning av antall pleiere de neste 30 år dersom pleieryrkene vil rekruttere kvinner i samme grad som i dag. Helsetjenester for eldre er som følge av dette gapet en av samfunnets store utfordringer de neste tiårene.