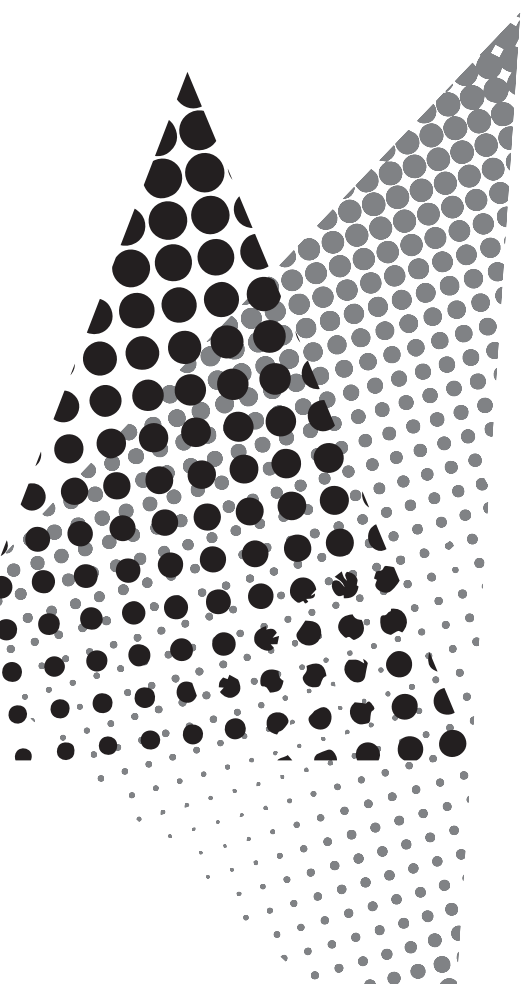


# Kartlegging av medisinskfaglig tilbud i sykehjem og heldøgns omsorgsboliger



Line Melby, Gudmund Ågotnes, Eliva Atieno Ambugo, Oddvar Førland

# **Kartlegging av medisinskfaglig tilbud i sykehjem og heldøgns omsorgsboliger**





Line Melby, Gudmund Ågotnes, Eliva Atieno Ambugo, Oddvar Førland

# **Kartlegging av medisinskfaglig tilbud i sykehjem og heldøgns omsorgsboliger**

Senter for omsorgsforskning, vest

2019



© Forfatterne/Senter for omsorgsforskning

Omslagsbilde: Dreamstime

Senter for omsorgsforskning, rapportserie nr. 03/2019

Tittel: Kartlegging av medisinskfaglig tilbud i sykehjem og heldøgns omsorgsboliger

Forfattere: Line Melby, Gudmund Ågotnes, Eliva Atieno Ambugo, Oddvar Førland

Satt med Adobe Caslon 10,5/12,5 (Helvetica)

ISBN (trykt utgave): 978-82-8340-089-2

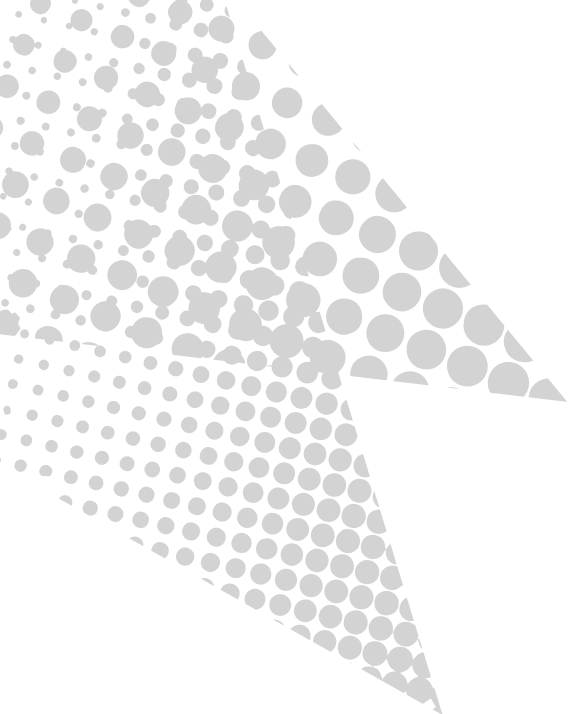
ISBN (digital utgave): 978-82-8340-090-8

ISSN (trykt utgave): 1894-4213

ISSN (digital utgave): 2464-4382

Se hele rapportserien til Senter for omsorgsforskning her:

[www.omsorgsforskning.no/rapportserie](http://www.omsorgsforskning.no/rapportserie)



## FORORD

Arbeidet med kartleggingen av det medisinskfaglige tilbudet i sykehjem og heldøgns omsorgsboliger i norske kommuner har blitt gjennomført av en forskergruppe ved Senter for omsorgsforskning Øst og Vest på oppdrag av Helsedirektoratet. Prosjektarbeidet har foregått i perioden oktober 2018 – februar 2019.

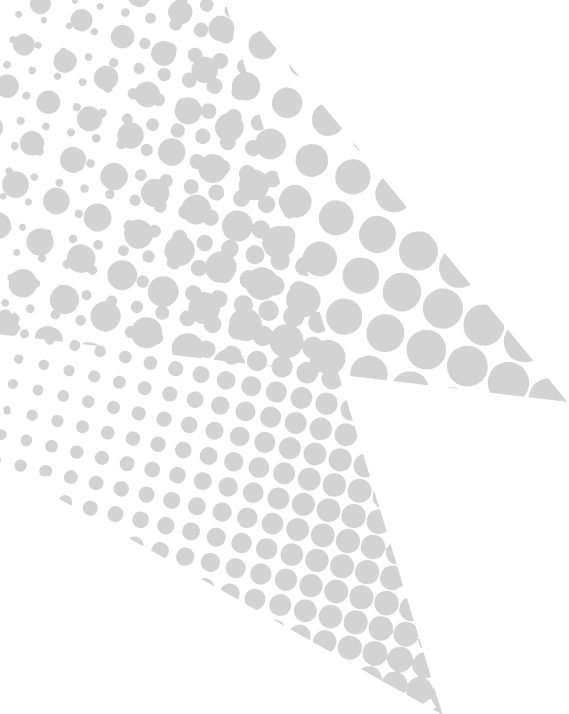
Vi vil takke for et godt og konstruktivt samarbeid med Helsedirektoratet ved Helga Katharina Haug, Kristin Refsdal og Michael Kaurin. Vi vil også takke KS ved Rune Soleng for tilgang til og tilrettelegging av data. Kjellaug Enoksen ved Norsk forening for alders- og sykehjemsmedisin har også bidratt med mye kunnskap, og gitt oss ny innsikt.

Videre har vi fått innspill fra kolleger ved NTNU og Høgskulen på Vestlandet, Aud Obstfelder, Frode Fadnes Jacobsen, Anette Fagertun samt Aslak Steinsbekk. Sist, men ikke minst, vil vi takke de som har bidratt til å tilrettelegge for intervjuer i kommunene, og informantene som stilte opp og delte sine erfaringer med det medisinskfaglige tilbudet med oss. Av anonymitetshensyn nevnes ikke kontaktpersonene i kommunene ved navn.

Gjøvik/Bergen, 6. februar 2019.

På vegne av prosjektgruppen  
Prosjektleder Line Melby





## SAMMENDRAG

### MÅL

Det overordnede målet med kartleggingen som presenteres i denne rapporten har vært å få mer kunnskap om hvordan det medisinskfaglige tilbudet til pasienter i sykehjem og i heldøgns omsorgsboliger er organisert i kommunene og erfaringene med denne organiseringen. Oppdraget har vært operasjonalisert i ti problemstillinger som dekker strukturelle, organisatoriske og teknologiske forhold som kan tenkes å påvirke kvaliteten på det medisinskfaglige tilbudet. Basert på funnene fra kartleggingen har vi gjort en vurdering av forhold som har betydning for at legetjenesten oppleves som en integrert del av sykehjemmets drift, og vi gir innspill til ytterligere tiltak for å fremskaffe mer kunnskap knyttet til det medisinskfaglige tilbudet på sykehjem og i omsorgsboliger.

### METODE

Data er hentet inn gjennom at vi har gjort en kunnskapsoppsummering av forskningslitteratur på feltet, med størst oppmerksomhet på forskning på norske forhold. Videre har vi innhentet data gjennom et dialogmøte med fagpersoner der problemstillingene i oppdraget ble diskutert. Vi har også analysert registerdata for perioden 2009-2017 fra Statistisk sentralbyrå og KS (PAI-registeret), samt at vi har gjort dybdeintervjuer i tre utvalgte kommuner. Intervjuene omfattet ledere, leger og pleiepersonale.

### RESULTATER

Legetjenester innen helse- og omsorgssektoren forstås generelt som nødvendige og vesentlige med tanke på pasientgruppenenes omfattende behov for medisinskfaglig oppfølging. En slik betydning vil øke i tiden fremover gitt fortsatt økende sykdomsbyrde og bistandsbehov hos pasientgruppen. Organisering og omfang av legetjenester innen sektoren beskrives som preget av betydelig variasjon, knyttet delvis til deres mulighetsbetingelser (for eksempel i forhold til kommunenes størrelse, geografi og ressurser), men også til deres strategiske valg. Regulering og normering av helse- og omsorgstjenestene generelt, og av legetjenester spesifikt, er relativt lite



detaljert i Norge sammenlignet med andre land. Dette er knyttet til et ønske om og vektlegging av lokal/kommunal autonomi og selvbestemmelse.

Tilgjengelig *statistikk* viser at det etter 2009 er blitt betydelig flere pasienter «innom» sykehjemmene (som følge av flere korttidsopphold, flere øyeblikkelig hjelp døgnopphold og kortere botid for langtidspasientene). Det er også noe økende bistandsbehov for både korttids- og langtidspasientene, og det er økende antall personer som dør i sykehjemmene nå. Det er rimelig å anta at alle disse forholdene har generert behov for betydelig mer medisinsk rettet arbeid i sykehjem etter 2009. Antall legeårsverk i sykehjem har da også økt (31% fra 2010-2016). Det var i 2017 0,55 legetimer per beboer per uke, mot 0,34 i 2009. Det var 70 pasienter per legeårsverk i 2017, mot 108 i 2009. Hvorvidt legekapasitetsøkningen samlet sett svarer til det økte behovet bør utredes videre. Uansett er det i dag lokale forskjeller mellom sykehjemmene både med hensyn til legebemanning og pasientenes sykdomsbyrde.

Legene i sykehjem er i stigende grad blitt kommunalt ansatte, mens det er blitt færre næringsdrivende fastleger som tilsynsleger der. Den «gjennomsnittlige sykehjemslegen» i 2017 var kvinne, 45 år og arbeidet 49% i sykehjem. I 2011 var det flest menn, de var litt eldre og hadde lavere stillingsprosent. Kun 24% av legene hadde fulltidsstilling i sykehjem i 2017, men andelen har vært økende. Dataene tyder på høy turnover og liten kontinuitet blant sykehjemslegene over år. Sykepleiere og fysioterapeuter samarbeider med leger om det medisinsk faglige tilbudet, og i perioden 2010-2016 tyder tallene på at det var en økning i sykepleieårsverk og fysioterapiårsverk i sykehjem på henholdsvis 17 og 22%. Kun 49% av beboerne (67 år og eldre) på langtidsopphold i institusjon hadde i 2017 hatt legemiddelgjennomgang i løpet av de siste 12 månedene, mens kun 38% av beboerne (50 og og eldre) var vurdert av tannhelsepersonell de siste 12 månedene. Tallene fra kapittel 5 må fortolkes med forsiktighet på grunn av mulige mangelfulle registreringer fra kommunene.

*Kunnskapsoppsummeringen* viser at betydelig større forskningsinnsats er rettet mot å studere organisering av sykehjem, inkludert legetjenester, enn organisering av omsorgsboliger. Særlig gjelder dette innen norsk forskning. *Kontinuitet* (i vid forstand) i legetjenester påpekes som viktig for å gi medisinsk faglige tjenester av god kvalitet. Likevel finnes det få større, vidt favnende studier som har undersøkt temaet i en norsk kontekst. Betydningen av kontinuitet, forstått både som *mengde/volum* (størrelse på stillingsprosent, ansettelsesforhold, kontormuligheter, etc.) og *tilgjengelighet* på kort og lengre sikt (gjennom døgn og uke, stabilitet over tid, etc.) er også sentralt for et godt samarbeid og kommunikasjon mellom lege, øvrige ansatte, pasienter, pårørende og øvrige tjenester.

Fagpersoner på *dialogmøtet* fremhevet store stillingsstørrelser for leger i sykehjem som viktig for kvalitet og kontinuitet i det medisinsk faglige tilbudet. Videre ble det trukket fram at legens tilgjengelighet for pasient, pårørende og pleiepersonalet er avgjørende for kontinuiteten og kvaliteten på det medisinsk faglige arbeidet. Dette samsvarer godt med hva forskningslitteraturen sier. Legens tilgjengelighet utover ordinær arbeidstid bør formaliseres i avtaler mellom legen og kommunen, var videre en anbefaling. Det var ulike syn på behovet for en lovfestet normering av legetjenester eller om kommunene skal basere legedekningen på egenvurderte behov som i dag.

Riktig kompetanse vurderes, ikke overraskende, som viktig for det medisinsk faglige tilbudet som gis. Det kan være stor variasjon i kompetanse mellom erfarne og nyutdannede leger og mellom sykehjemsleger i store og små stillingshjemler. Spesialistutdanning er viktig, men det kan være flere spesialiteter enn allmennmedisin som er relevante. Spesialiteter som geriatri og indremedisin ble nevnt, foruten at det framkom forslag om egen spesialistutdanning i sykehjemsmedisin. Videre er det nødvendig med kompetanseplaner, systematisk opplæring og gode arenaer

for læring for leger og sykepleiere i kommunene. Noe av dette er forskriftsfestet i dag gjennom Forskrift om kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

*Intervjuene* i tre case-kommuner nyanserte og utdypet temaer som også framkom gjennom andre data. Kontinuitet i det medisinskfaglige tilbudet og hvordan tilrettelegge for det, var hyppig tatt opp blant informantene. Det framkom flere forslag, inkludert at det må skapes gode arenaer for faglig erfaringsutveksling og sosialt fellesskap, både internt i sykehjemmet og på tvers av leger som jobber i sykehjem. Tilrettelegging for kompetanseheving er også et virkemiddel. Faste sykehjemsleger erfares videre som positivt og kontinuitetsskapende. Det ble også poengtert at legene i større grad enn i dag bør delta i planlegging og organisering av helsetjenestene i kommunen. På denne måten kan de få økt innflytelse over egen hverdag.

Når det gjelder bruken av legevakt, var det stor enighet både blant informantene og deltakerne på dialogmøtet om at det er en fordel både for pasienter, pleiepersonale og legene selv at sykehjemslegen er kontaktbar utenom ordinær arbeidstid. Sykehjemslegen kjenner pasienten best og tar raskere og mer velinformerte beslutninger enn det en legevakslege har mulighet til. Det øker dermed kvaliteten på oppfølgingen av pasienten om legen er tilgjengelig etter ordinær arbeidstid, men slike ordninger må formaliseres i avtaler mellom kommunen og legen. Intervjuene viste også at dersom legen legger gode planer og gir sykepleierne tillit til for eksempel å gi behovsmedisin, kan man også unngå (unødig) kontakt med lege.

Intervjuene gir også indikasjoner på at det er gode erfaringer med å samle mange pasienter i én omsorgsbolig på én fastlegeliste. Det ser ut til å forbedre samarbeid og kommunikasjon mellom pasient/ansatte/lege, og synes også å føre til økt tilgjengelighet av legetjenester. Siden en slik ordning ikke er regulert på noen måte, må pasienter frivillig velge å bytte til fastlegen som er (uformelt) tilknyttet en omsorgsbolig. Videre kom det fram at en rekke fastleger har fulle lister, og dersom det er en lege med full liste som betjener omsorgsboligen, er det ikke mulig for beboere å bytte til denne.

Leger og personale i sykehjem har jevnlig behov for å samhandle med spesialisthelsetjenesten. For legers vedkommende ser samhandlingen ut til å fungere godt når det gjelder faglig rådgivning og drøfting, men er mer utfordrende når det gjelder utskrivning av pasienter. Dette var også funn som framkom på tvers av dialogmøtet og intervjuer. På dialogmøtet ble det videre foreslått å rette større oppmerksomhet mot intern samhandling i kommunen. Utvikling av helhetlige pasientforløp i kommunene ble foreslått som en løsning. Når det gjelder digitale løsninger, både for dokumentasjon og kommunikasjon og direkte rettet mot pasienten, viste intervjuene at velferdsteknologi var utbredt i casekommunene. Implementering av velferdsteknologi ses på som et nødvendig virkemiddel for å bli mer effektive i tjenestene. Journalsystemene i kommunen ble vurdert som dårlig egnet for å støtte medisinskfaglig arbeid.

## KONKLUSJON

Hvilke forhold har betydning for at legetjenesten oppleves som en integrert del av sykehjemmets drift? Spørsmålet i oppdraget har vi tolket ut ifra et premiss om at leger som er godt integrert i sykehjemmet, har økt sannsynlighet for å gi medisinskfaglige tjenester av høy kvalitet, sammenliknet med leger som har en mindre tett tilknytning til sykehjemmet. Basert på data innsamlet i kartleggingen, og supplert med innsikt fra kunnskapsoppsummeringen, synes en slik tolkning å være velberettiget: stabile, tilgjengelige legetjenester med høy kontinuitet er fordelaktig for både pasienter, pårørende, personale i sykehjemme og legene selv. Resultatene presentert i rapporten gir en pekepinn på hvordan en skal tilrettelegge for at det medisinskfaglige tilbudet skal bli nettopp slik.





# INNHOOLD

FORORD	V
SAMMENDRAG	VII
1. INNLEDNING	1
1.1 MÅL OG PROBLEMSTILLINGER	2
1.2 DISPOSISJON	2
2. METODE, MATERIALE OG GJENNOMFØRING	5
2.1 KUNNSKAPSOPPSUMMERING	5
2.2 DIALOGMØTE MED FAGPERSONER	6
2.3 REGISTERDATA OG STATISTISKE ANALYSER	7
2.4 DYBDEINTERVJUER I TRE KOMMUNER	8
3. KUNNSKAPSOPPSUMMERING	11
3.1 AVGRENSING OG DISPOSISJON	12
3.2 OVERORDNET OM LEGETJENESTER OG LEGETILKNYTNING I SYKEHJEM OG HELDØGNS OMSORGSBOLIGER	12
3.3 DET MEDISINSKFAGLIGE TILBUDET I NORGE	14
4. FAGPERSONERS INNSPILL OM LEGETJENESTENE: FUNN FRA DIALOGMØTET	21
4.1 TEMA 1: ORGANISERING	22

4.2 TEMA 2: KOMPETANSE	25
4.3 TEMA 3: SAMHANDLING OG DIGITAL STØTTE	29
<b>5. REGISTERDATA OG STATISTISKE ANALYSER</b>	<b>31</b>
5.1 INNLEDNING	32
5.2 GENERELLE UTVIKLINGSTREKK VED SYKEHJEMMENE	32
5.3 LEGETETTHET	36
5.4 KARAKTERISTIKA VED SYKEHJEMSLEGENE	39
5.5 SYKEPLEIETETTHET	43
5.6 FYSIOTERAPEUTTETTHET	44
5.7 LEGEMIDDELGJENNOMGANG HOS BEBOERNE	45
5.8 BEBOERE VURDERT AV TANNEHELSEPERSONELL	45
<b>6. ORGANISERING AV MEDISINSKE TJENESTER I TRE NORSKE KOMMUNER</b>	<b>47</b>
6.1 ORGANISERING AV LEGETJENESTENE I KOMMUNEN – OG LEGENES MEDVIRKNING I ORGANISERINGSARBEIDET	48
6.2 REKRUTTERING AV LEGER	49
6.3 LEGETJENESTER I SYKEHJEM	49
6.4 LEGETJENESTER I OMSORGSBOLIGER MED HELDØGNSBEMANNING	53
6.5 SENTRALE TREKK PÅ TVERS AV SYKEHJEM OG HELDØGNS OMSORGSBOLIGER	56
6.6 DIGITALE VERKTØY I SYKEHJEM OG HELDØGNS OMSORGSBOLIGER	62
<b>7. OPPSUMMERING OG DISKUSJON</b>	<b>65</b>
7.1.OPPDRAGETS SPØRSMÅL	65
7.2.LEGENE SOM EN INTEGRERT DEL AV SYKEHJEMMET	70
7.3 INNSPILL TIL YTTERLIGERE TILTAK FOR Å FREMSKAFTE MER KUNNSKAP PÅ OMRÅDET	72
<b>8. REFERANSER</b>	<b>75</b>

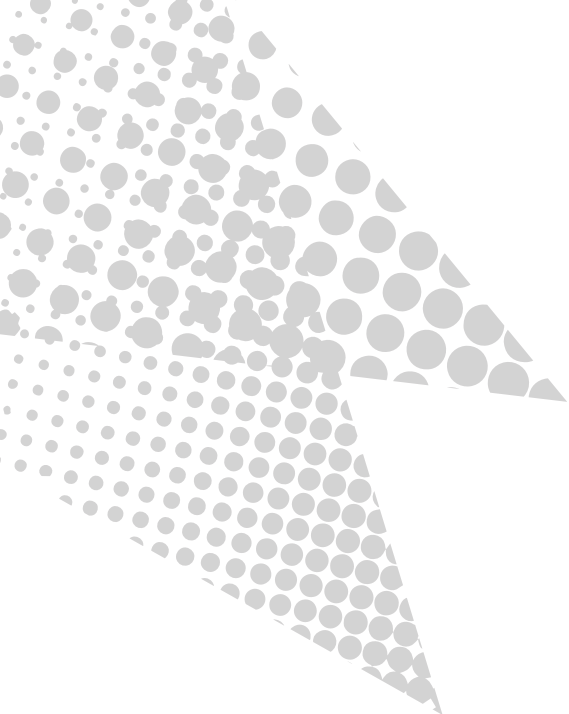
## FIGURLISTE

<i>Figur 1: Oppsummering av oppgave 1</i>	21
<i>Figur 2: Oppsummering av oppgave 2</i>	25
<i>Figur 3: Oppsummering av oppgave 3</i>	27
<i>Figur 4: Antall helse- og omsorgsinstitusjoner i kommunene (2009-2017)</i>	30
<i>Figur 5: Antall plasser i helse- og omsorgsinstitusjoner i kommunene (2009-2017)</i>	30
<i>Figur 6: Antall dødsfall i sykehjem (2005-2016)</i>	31
<i>Figur 7: Bistandsbehov ved langtidsplassene i sykehjem (2009-2017)</i>	32
<i>Figur 8: Bistandsbehov ved tidsavgrensede plasser (2009-2017)</i>	33
<i>Figur 9: Legeårsværk i institusjoner for eldre og funksjonshemmede (2009-2017)</i>	34
<i>Figur 10: Legetimer per beboer per uke i sykehjem</i>	36
<i>Figur 11: Kjønnfordeling blant legene</i>	38
<i>Figur 12: Stillingsstørrelse og kjønn blant legene.</i>	39
<i>Figur 13: Stillingsstørrelse og alder</i>	40
<i>Figur 14: Antall fysioterapi- og legeårsværk i institusjoner for eldre og funksjonshemmede</i>	42

## TABELLISTE

<i>Tabell 1: Informanter i casekommunene</i>	6
<i>Tabell 2: Legeårsværk og institusjonsplasser per legeårsværk (2009-2017)</i>	35
<i>Tabell 3: Kontinuitet: Andel leger ansatt på sykehjemmene over tid i perioden 2011-2017</i>	37
<i>Tabell 4: Alderssammensetning blant legene</i>	37
<i>Tabell 5: Stillingstitler for legene</i>	38
<i>Tabell 6: Stillingsstørrelse blant legene.</i>	39
<i>Tabell 7: Sykepleierårsværk og institusjonsplasser per sykepleierårsværk (2010-2016)</i>	41
<i>Tabell 8: Fysioterapiårsværk og institusjonsplasser per årsværk (2009-2017)</i>	42





## 1. INNLEDNING

En stor andel eldre personer lever livet sitt i heldøgns omsorgsbolig eller sykehjem, og en stor andel av befolkningen dør på sykehjem. Totalt mottok ca. 87 000 personer tjenester i sykehjem og heldøgns omsorgsboliger ved utgangen av 2015 (Helse- og omsorgsdepartementet 2017b). Beboere i sykehjem i dag er eldre, har flere sykdommer og er generelt sett mer skrøpelige enn tidligere. De har følgelig ofte store og sammensatte behov, noe som igjen stiller store krav til tjenestene for at de skal bli ivaretatt på en god måte. Videre ser vi en tendens til at eldre som er pleietrengende, men fortsatt har mulighet til å bo i egen bolig, bor i en form for heldøgns omsorgsbolig. Denne gruppen har også store behov for helse- og omsorgstjenester. Felles for begge gruppene er at de på jevnlig basis har behov for medisinskfaglige tjenester. Forskningslitteratur understreker betydningen av det medisinskfaglige tilbudet for slike pasientgrupper, og det er grunn til å tro at betydningen av tilbudet bare vil øke i tiden fremover, gitt blant annet demografiske utviklingstrekk (Banerjee et al. 2018). Målet med kartleggingen som presenteres i denne rapporten har derfor vært å få mer kunnskap om det medisinskfaglige tilbudet til pasienter i sykehjem og heldøgns omsorgsboliger. En mer detaljert beskrivelse av mål og problemstillinger følger under.

Det er innført – og innføres stadig – nye lover og forskrifter fra myndighetenes side som skal være med på å øke kvaliteten på det medisinskfaglige tilbudet i kommunene. Forskrift om kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten trådte i kraft 1. mars 2017 og skal bidra til å heve kvaliteten i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Forskriften sier at alle leger ansatt etter 1. mars 2017 skal være ferdig med spesialistgodkjenning eller under spesialisering i allmennmedisin.<sup>1</sup> Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten er et annet eksempel på tiltak for å styre mot faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, samt at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves.<sup>2</sup> Likevel er det fortsatt – og skal være – stor kommunal frihet i hvordan det medisinskfaglige tilbudet skal organiseres. Denne friheten, i kombinasjon med forskjellige rammebetingelser i kommunene, åpner imidlertid opp for muligheter for uønsket variasjon i det medisinskfaglige tilbudet. Det er dermed grunn til å undersøke nærmere hvordan legetjenestene er organisert på tvers av norske kommuner, og hva slags erfaringer ulike aktører har gjort seg med det.

---

<sup>1</sup> <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2017-02-17-192>.

<sup>2</sup> [https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-10-28-1250?q=forskrift om kvalitet og ledelse](https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-10-28-1250?q=forskrift%20om%20kvalitet%20og%20ledelse)



## 1.1 MÅL OG PROBLEMSTILLINGER

Det overordnede målet med oppdraget har altså vært å få mer kunnskap om hvordan det medisinskfaglige tilbudet til pasienter i sykehjem og i heldøgns omsorgsboliger er organisert i kommunene og erfaringene med denne organiseringen. En hovedproblemstilling i kartleggingen har dermed vært å undersøke: På hvilke måter formes kvaliteten på det medisinskfaglige tilbudet i sykehjem og heldøgns omsorgsboliger av strukturelle, organisatoriske og teknologiske forhold?

Mer konkret har oppdraget vært å belyse følgende problemstillinger:

- Hvordan organiserer kommunene det medisinskfaglige tilbudet til pasienter på korttids- og langtidsopphold, både med hensyn til tilstedetid av lege, muligheter for telefonkontakt på dagtid, kveldstid og i helger samt bruken av legevaktstjenester?
- I hvilken grad ivaretas legetjenesten av heltids sykehjemsleger eller andre, herunder hvor store stillingsbrøker har fastleger med deltidstillinger?
- Hvordan er fastlegetjenestene til beboere i omsorgsboliger organisert? Tjenestene skal beskrives og skal inkludere omfang og eventuelle tiltak kommunene har gjort for å samle tjenesten på færre fastleger.
- Hvordan ivaretar tilsynslegene ansvaret for opplæring, rutiner og endringer i oppgavefordeling mellom ulike yrkesgrupper over tid, herunder mellom leger, sykepleiere og helsefagarbeidere?
- Hva er årsaker til at kommuner velger heltids sykehjemsleger versus deltid arbeidsavtaler med fastleger?
- Hva slags kjennetegn finner vi ved sykehjem der legene deltar aktivt i kvalitetsarbeidet?
- Hva er kjennetegn ved faste sykehjemsleger og fastleger med deltidstillinger i sykehjem, når det gjelder spesialitet, stillingsbrøk, tilknytningsform (selvstendig næringsdrivende eller på fastlønn) og alder/kjønn? Og er det forskjeller mellom gruppene?
- Hvordan samhandler sykehjemmene med spesialisthelsetjenesten om den medisinske oppfølgingen av pasienter på kort – og langtidsopphold samt øyeblikkelig hjelp plasser?
- Hvordan fremmer/hemmer dagens IKT-systemer samhandlingen internt i kommunen og mot eksterne samarbeidspartnere?
- I hvilken grad er velferdsteknologiske løsninger tatt i bruk i det medisinskfaglige arbeidet i sykehjemmene?

Basert på kunnskapsgrunnlaget som framkommer ved å undersøke problemstillingene som beskrevet over, (i) gjør vi en vurdering av forhold som har betydning for at legetjenesten oppleves som en integrert del av sykehjemmets drift. I tillegg vil vi (ii) gi innspill til ytterligere tiltak for å fremskaffe mer kunnskap knyttet til det medisinskfaglige tilbudet på sykehjem og i omsorgsboliger.

## 1.2 DISPOSISJON

Videre i rapporten går vi først gjennom metode, materiale og hvordan vi har gjennomført prosjektet. Deretter presenteres resultatene fra kartleggingen. Disse presenteres i selvstendige deler, basert på datagrunnlag. Først tar vi for oss funn fra litteraturgjennomgangen, deretter

sammenfatter vi resultater fra et dialogmøte med fagfolk. Videre presenteres funn fra analyser av registerdata, før vi til sist tar for oss resultater fra dybdeintervjuer med en rekke aktører fra tre kommuner. Vi avslutter rapporten med en oppsummering og diskusjon av funnene på tvers av resultatdelene.





## 2. METODE, MATERIALE OG GJENNOMFØRING

I arbeidet med prosjektet har vi fordelt hovedansvaret for innhenting og analyse av materiale på følgende måte: Gudmund Ågotnes har gjennomført kunnskapsoppsummeringen, deltatt på dialogmøtet og gjort intervjuer i to kommuner. Oddvar Førland har jobbet med registerdataene fra Statistisk sentralbyrå. Eliva Ambugo har arbeidet med registerdataene fra PAI-registeret og deltatt på dialogmøtet. Line Melby har hatt ansvar for sammenfatning av resultater fra dialogmøtet, har utført intervjuer i to kommuner og har hatt prosjektlederansvaret. Sammenfatning av funn, analyse og konklusjoner har vi gjort i fellesskap.

### 2.1 KUNNSKAPSOPPSUMMERING

Kildene som ligger til grunn for kunnskapsoppsummeringen er valgt delvis basert på bidrags- ternes kjennskap til relevant litteratur, i særlig grad forskningslitteratur og offentlige meldinger, delvis basert på søk primært gjennom google og google scholar. Det har blitt gjennomført flere søk med ulike kombinasjoner av relevante søkeord knyttet for eksempel til «lege», «medisin», «sykehjem» og «omsorgsboliger», på norsk og engelsk. Heller enn å benytte en såkalt «systematic literature review», har det blitt benyttet en «ancestry approach» (Polit & Beck 2012:98), hvor nyere, relevante kilder er brukt for å finne andre relevante kilder.

Kunnskapsoppsummeringen omhandler primært forskningslitteratur, rapporter, offentlige meldinger og notater rettet mot legetjenester innen de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Både forskningslitteraturen og offentlige dokumenter utgjør en nærmest utømmelig kilde til kunnskap som kan være relevant for medisinskfaglige tilbud innen de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Vi har derfor begrenset inkludert materiale til litteratur som mer eksplisitt omhandler legetjenester, først og fremst kilder som a) direkte omhandler organisering av legetjenester, som b) omhandler overordnede, sentrale temaer som styring/regulering av tjenestene, som c) omhandler den generelle betydningen av det medisinfaglige tilbudet og som d) omhandler

variasjon i tilbud og behov i og mellom kommuner. I tillegg har vi valgt å fremheve enkelte mer avgrensede temaer som fremstår som særlig relevante i dagens nasjonale kontekst og som har blitt viet betydelig oppmerksomhet i ulike kilder: a) livets siste fase og b) medikamentbruk.

## 2.2 DIALOGMØTE MED FAGPERSONER

19 november 2018 gjennomførte vi et dialogmøte på Gardermoen med personer som har stor kjennskap og erfaring innen feltet sykehjem og heldøgns omsorgsboliger. 24 personer deltok, foruten forskere fra Senter for omsorgsforskning (SOF) Øst og Vest, en professor fra Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie ved NTNU, samt to personer fra Helsedirektoratet. Deltakerne inkluderte personer fra fagorganisasjoner som Norsk forening for alders- og sykehjemsmedisin, Allmennlegeforeningen og NSF, fra frivillige organisasjoner som Pensjonistforbundet og Nasjonalforeningen for folkehelsen samt kommunalt ansatte (sykehjemsleger, enhetsledere på sykehjem m.fl.) og representanter for statlig virksomhet (Helsetilsynet og fylkesmannen). For fullstendig oversikt over deltakere, se vedlegg 1.

Møtet var lagt opp slik at Helsedirektoratet først presenterte bakgrunn og formål med oppdraget. Deretter presenterte SOF opplegget for kartleggingsoppdraget. Videre hadde vi tre omganger med gruppearbeid, der noen definerte hovedtemaer skulle diskuteres i gruppene før en kort oppsummering ble presentert i plenum. Deltakerne var delt inn i fire grupper, som alle var sammensatt av personer med varierende bakgrunn. Hver gruppe ble moderert av en person fra Helsedirektoratet eller fra Senter for omsorgsforskning. Gruppediskusjonene kan sammenliknes med en form for fokusgruppeintervju der temaer ble presentert av moderator og alle i gruppen sa sine meninger om temaet etter tur (Stewart & Shamdasani 2014). Hovedvekten av gruppearbeidet var imidlertid nettopp diskusjon og erfaringsutveksling på tvers av profesjoner, organisasjoner og arbeidsplasser. På denne måten fikk vi fram en lang rekke synspunkter på hva som karakteriserer legetjenestene i kommunene i dag, og hva som kan gjøres for å forbedre dem.

Følgende tema med tilhørende spørsmål ble drøftet gjennom dagen:

- Tema 1: Organisering av legetjenesten i sykehjem
- Tema 2: Kompetanse, opplæring og kvalitet
- Tema 3: Samhandling og digital støtte

Gruppediskusjonene på dialogmøtet foregikk i litt ulik form og struktur i de forskjellige gruppene. Ved gjennomgang av alle innspill, moderatorenes notater og tekstlig materiale fra flipovers, ser vi likevel at alle har tatt opp utfordringer på feltet, og de har drøftet mulige løsninger. Dette er systematisert og presenteres i resultatdelen. Det er viktig å presisere at ikke alle deltakerne er enige i alle løsningene eller legger like stor vekt på dem. Vi presenterer dem likevel alle, slik at leserne kan se mangfoldet av løsninger/tiltak som ble diskutert. De forslagene som var vurdert som viktigst i tilbakemeldingene er uthevet i lista over forslag.

Et utkast av sammenfatningen av dialogmøtet ble sendt ut til alle deltakerne 16. januar. Deltakerne fikk tilbud om å kommentere på tekst og prioritere blant forslag som var lansert for å styrke tjenestene. Fem av deltakerne ga tilbakemelding innen fristen. Tre av dem prioriterte mellom tiltakene, og tre kom med mer omfattende innspill. Innspillene er bakt inn i teksten etter beste evne. Siden det var så få som prioriterte mellom tiltakene, har vi imidlertid ikke vist det i

teksten, men vi har uthevet noen av punktene som flere enn én mente var viktigst. Materialet som presenteres i kapittel 4 om dialogmøtet må forstås som ethvert annet kvalitativt datamateriale; det representerer de forskjellige deltakernes erfaringer, meninger og synspunkter, og det vil derfor være divergerende oppfatninger. Vi bruker det for å belyse problemstillingene i kombinasjon med de andre mer konvensjonelle datakildene.

## 2.3 REGISTERDATA OG STATISTISKE ANALYSER

I denne rapporten har vi brukt to hovedkilder av registerdata i de statistiske analysene: (1) data fra Statistisk sentralbyrå (SSB) og (2) data fra PAI-registeret til KS.

Dataene fra SSB er basert på kommunenes årlige KOSTRA<sup>3</sup> innrapporteringer. I vår kartlegging har vi tatt med data om antall helse- og omsorgsinstitusjoner, antall plasser, bistandsbehov, lege- og fysioterapiårsverk, angivelser av antall beboere som er vurdert av lege og tannlege i løpet av de siste 12 måneder og antall legemiddelgjennomganger. Dette har vi supplert med tall fra Folkehelseinstituttet om antall dødsfall i sykehjem. Tabellene og grafene viser et tids- og endringsperspektiv, hovedsakelig for perioden 2009 til 2017. Analysene ble utført i januar 2019. Året 2017 er det siste det foreligger tall på ved dette analysetidspunktet. 15. mars 2019 foreligger de første foreløpige KOSTRA-tall for 2018 mens endelige tall offentliggjøres 15. juni 2019.

Dataene fra PAI-registeret bygger på opplysninger innhentet fra kommunesektoren av KS. Vi har her analysert data om karakteristika ved sykehjemslegene, som alder, kjønn, stillingstitler og stillingsstørrelser. Også disse analysene er gjort i et endrings- og tidsperspektiv; fra 2011-2017.

Registerdata av denne type er beheftet med en viss usikkerhet. Både SSB og PAI har rutiner for kvalitetssikring av dataene, de opererer med detaljerte veiledere for kommunene og har definisjoner av variablene som blir innrapportert. Likevel kan feilrapportering forekomme som følge av ulike forståelser av begrepene og variablene og ulike lokale rapporteringsrutiner. Det kan således være en risiko for både under- og overrapportering av data. Opplysninger kan for eksempel være dokumentert i lokale journaler i kommuner uten at de blir rapportert videre. Det kan også være at kommuner samarbeider om tjenester, for eksempel legetjenester i sykehjem, som kan medføre at en av kommunene kommer ut med få timer legetjenester pr. innbygger, mens den andre får et for høyt legedekningstall. Gitt slike mulige feilkilder må tallene tolkes med forsiktighet. De gir ikke nødvendigvis et fullstendig og komplett bilde av tjenesten i kommunene. Spesielt bør man være oppmerksom på mulige feilkilder når enkeltkommuner sammenlignes.

I rapportens statistikkdel analyseres tall om helse- og omsorgsinstitusjoner i kommunene (KOSTRA-funksjon 253). Dette er institusjoner som gir heldøgnstjenester i institusjon. Et kjennetegn ved disse er at beboerne ikke eier eller leier boligen og ikke betaler husleie. Institusjonen kan ha kommunal, interkommunal, privat eller annen eierform. Institusjoner for eldre og funksjonshemmede var den tidligere betegnelsen på det som nå inngår i helse- og omsorgsinstitusjoner. I rapporten bruker vi betegnelsen sykehjem eller sykehjemlignende institusjoner ut fra en vurdering av at det er slike institusjoner det i hovedsak dreier seg om. Det

<sup>3</sup> KOSTRA (KOMmune-STat-RApportering) er et rapporteringssystem der alle norske kommuner må rapportere på om lag 90 forskjellige funksjonsområder til staten ved Statistisk sentralbyrå. To eksempler på funksjonsområder er helse og pleie og omsorg. Foreløpige tall offentliggjøres 15. mars og endelige tall 15. juni hvert år. KOSTRA-tall vises i Statistikkbanken: <https://www.ssb.no/statbank>.

dreier seg her om heldøgns helse- og omsorgs-tjenestetilbud i institusjon. Likevel skal vi være oppmerksomme på at også under funksjonskode 253 kan kommunene ha rapportert noe ulikt basert på ulik lokal forståelse av begrepene. Hva som er heldøgns helse- og omsorgstjenestetilbud i institusjon til forskjell fra i omsorgsbolig kan forstås ulikt mellom kommuner. Se for øvrig notatet fra KS og Helse- og omsorgsdepartementet om bruken av begrepet «heldøgns helse- og omsorgstjenester» i statistikk, forskning og tilskuddsforvaltning (Helse- og omsorgsdepartementet 2017b) og vår fotnote under kapittelet «Generelle utviklingstrekk ved sykehjemmene».

## 2.4 DYBDEINTERVJUER I TRE KOMMUNER

For å få mer detaljert innsikt i problemstillingene, gjorde vi intervjuer i tre casekommuner. Kommunene ble valgt ut på bakgrunn av at de skulle representere forskjellig grad av legedekning (høy, medium, lav etter SSBs klassifisering). De ble også valgt ut av strategiske hensyn fordi de representerte noe ulike måter å organisere legetjenestene på, først og fremst med tanke på ansettelsesforhold for sykehjemsleger, men også, viste det seg senere, organisering av legetjenester til omsorgsboliger. Kommunene ligger i tre forskjellige regioner og er tilknyttet tre forskjellige regionale helseforetak. Av størrelse har kommune 1 ca. 25.000 innbyggere, kommune 2 ca. 30.000 og kommune 3 ca. 3000 innbyggere.

**Tabell 1** Informanter i casekommunene

	Informanter	Antall
<b>Kommune 1</b>	1 fastlege som jobber som sykehjemslege 2 fast ansatte sykehjemsleger 2 avdelingssykepleiere 1 fagutviklingssykepleier 1 helsefagarbeider	7
<b>Kommune 2</b>	1 kommunalsjef helse- og omsorg 1 tjenesteleder sykehjem 1 kommuneoverlege 2 sykehjemsleger 1 fastlege som jobbet i tilknytning til heldøgns omsorgsbolig 1 virksomhetsleder sykehjem 1 virksomhetsleder omsorgsbolig 1 medlem av Eldrerådet	9
<b>Kommune 3</b>	1 helse- og sosialsjef 1 virksomhetsleder sykehjem 1 fastlege	3
	<i>Totalt antall</i>	19

Vi utformet en intervjuguide som var basert på de ti problemstillingene som skulle utforskes i oppdraget. Ikke alle problemstillingene var egnet for utforsking gjennom intervju, men informantene har likevel vært innom de fleste av temaene, riktignok i noe varierende grad avhengig av deres rolle og stilling. Intervjuene ble gjort på arbeidsplassen til informanten eller på telefon. Ett intervju ble gjort over e-post. Vi gjorde lydopptak av alle intervjuene, og transkriberte dem i etterkant.

Prosjektet ble meldt og tilrådd av personvernombudet for forskning, Norsk senter for forskningsdata (NSD). Alle informantene ble gitt en innledende forklaring om prosjektets form, innhold og fokus, og informert om anonymisering og videre behandling av data.

Gitt at intervjumaterialet er begrenset, gir det oss kun et innblikk i de tre casekommunenes organisering av de medisinskfaglige tjenestene. Hadde vi vært i flere kommuner ville vi fått et enda rikere bilde av organiseringsformer og erfaringer. Intervjuene gir oss likevel mye kunnskap om hvordan legetjenesten er organisert og erfaringer med den spesifikke organiseringen, sett fra perspektivet til informantene. Når vi ser dette i sammenheng med andre data og litteratur, kan vi peke på mer generelle elementer som vurderes som fremmende eller hemmende for at for eksempel legen oppleves som en integrert del av sykehjemmet eller omsorgsboligen.

På generelt grunnlag fungerer intervjuene i de tre casekommunene til å skaffe dybdekunnskap om relevante temaer som ikke er mulig å oppnå via de andre valgte tilnæringsmåtene. Temaene som har blitt utforsket i de øvrige delene – strukturering/styring av medisinske tjenester, deres betingelser, deres intenderte funksjon og formål samt kvanitative/statistiske oversikter – manifesterer seg som ulike måter å organisere og praktisere et medisinskfaglig tilbud på i norske kommuner. Casekommunene er eksempler på slike måter, som i mer eller mindre grad vil kunne vise til felles utfordringer, styrker, problemstillinger og forhold.







### 3. KUNNSKAPSOPPSUMMERING

#### SENTRALE FUNN:

- Betydelig mer forskningsinnsats er rettet mot organisering av sykehjem, inkludert legetjenester, enn for omsorgsboliger (og tilsvarende enheter), særlig i en nasjonal kontekst.
- Legetjenester innen helse- og omsorgssektoren beskrives generelt som nødvendig og vesentlig, først og fremst med tanke på pasientgruppenenes behov for medisinskfaglig oppfølging. En slik betydning vil øke i tiden fremover gitt fortsatt økende sykdomsbyrde og bistandsbehov hos pasientgruppen.
- Kontinuitet (i vid forstand) i og av legetjenester påpekes som særlig vesentlig i deler av forskningslitteraturen. Likevel finnes det få større, vidtfavnende studier som har undersøkt temaet i en norsk kontekst.
- Betydningen av kontinuitet, forstått både som mengde/volum (størrelse på stillingsprosent, ansettelsesforhold, kontormuligheter, etc.) og tilgjengelighet på kort og lengre sikt (gjennom en uke, stabilitet over tid, etc.) vises til som sentralt, ikke bare med tanke på medisinskfaglig kvalitet, men også for samarbeid og kommunikasjon mellom lege, øvrige ansatte, pasienter, pårørende og øvrige tjenester.
- Regulering og normering av helse- og omsorgstjenestene generelt, og av legetjenester spesifikt, beskrives som relativt lite detaljert i Norge sammenlignet med andre land. Dette er knyttet til et ønske om og vektlegging av lokal/kommunal autonomi og selvbestemmelse.
- Organisering og omfang av legetjenester innen sektoren beskrives generelt som preget av betydelig variasjon, knyttet delvis til deres mulighetsbetingelser (for eksempel kommunal størrelse), delvis til strategiske valg.

### 3.1 AVGRENSING OG DISPOSISJON

Kunnskapsoppsummeringen er inndelt i to hoveddeler: en overordnet/generell del, som primært viser til internasjonal forskningslitteratur, og en del som mer eksplisitt omhandler ulike aspekter av legetjenester i Norge, basert primært på norsk forsknings- og faglitteratur, offentlige dokumenter, rapporter og notater.

En klar overvekt av litteratur som eksplisitt adresserer organisering av legetjenester innen helse- og omsorgstjenestene handler om sykehjem (og tilsvarende institusjoner), et klart mindretall om omsorgsboliger (og tilsvarende boliger). Kunnskapsoppsummeringen bærer preg av dette, og demonstrerer samtidig et behov for mer oppdatert kunnskap om medisinskfaglige tilbud innen omsorgsboliger, i særlig grad fra nasjonal forskning. Vi har derfor vektlagt kunnskap om og litteratur som omhandler omsorgsboliger i et eget underkapittel, og har samtidig valgt en mer inngående, detaljert og grunnleggende beskrivelse av omsorgsboliger enn sykehjem.

### 3.2 OVERORDNET OM LEGETJENESTER OG LEGETILKNYTNING I SYKEHJEM OG HELDØGNS OMSORGSBOLIGER

I det følgende har vi først og fremst vektlagt informasjon og kilder relatert til en norsk kontekst. Enkelte temaer, i særlig grad i forskningslitteraturen, er imidlertid lite belyst i en norsk kontekst. Dette gjelder først og fremst, men ikke utelukkende, betraktninger rundt den overordnede funksjonen til leger og legetjenester innen helse- og omsorgssektoren, kunnskap om samarbeid og kommunikasjon mellom leger og andre yrkesgrupper (og tjenestenivåer), og kunnskap om betydningen av *kontinuitet* for legetjenestene, inkludert hvordan legetjenester samvirker med andre profesjoner og roller. Internasjonal forskningslitteratur har derfor blitt anvendt for å belyse disse temaene. Videre vurderer vi temaene behandlet i dette underkapittelet som relevante uavhengig av nasjonal kontekst da de omhandler flere generaliserbare problemstillinger.

#### FORSKNING OM OG PÅ LEGETJENESTER

Forskning rettet eksplisitt mot organisering av legetjenester innen helse- og omsorgstjenestene er av begrenset omfang, både i et nasjonalt og internasjonalt perspektiv. Dette gjelder både sammenlignet med a) andre yrkes-/profesjonsgrupper innen sektoren (og da i særlig grad sykepleiere) og b) legetjenester innen spesialisthelsetjenestene. Litteratur som omhandler «omsorg ved livets slutt», «lindrende behandling» og/eller «palliasjon» er derimot mer substansiell, spesielt i en norsk sammenheng, dog ofte med et mer implisitt fokus rettet mot legetjenester.

Innen forskningslitteraturen som eksplisitt omhandler legetilknytning til sykehjem og tilsvarende institusjoner (som i en internasjonal kontekst kan ha ulike benevnelser) skilles det på et generelt nivå mellom to overordnede modeller for organisering av tjenestene: «Åpen» og «lukket modell» (Shield et al. 2014). Disse modellene kan være nyttige «redskaper» også når det gjelder det å forstå og å forklare norske forhold, både for sykehjem og omsorgsboliger med heldøgnsbemanning. «Åpen modell» viser til ordninger hvor legetjenester velges av pasient/beboer/bruker<sup>4</sup> og hvor alle autoriserte leger kan tilby sine tjenester til pasienter. I mange tilfeller innebærer dette i praksis at fastlege (og tilsvarende) vil «følge» en pasient gjennom de ulike tjenestenivåene, også inn på et sykehjem. «Lukket modell» viser til ordninger hvor legetjenester

<sup>4</sup> Heretter omtalt som «pasient»

tilbys/gis/tilrettelegges av institusjonene, gjennom avtaler med utvalgte leger. I praksis innebærer denne ordningen at pasient selv ikke kan velge legetilknytning (eller kan velge fra et mindre utvalg tilrettelagt av tjenesteyter), og at tjenestene selv skal organisere og tilby dette. En sentral forskjell mellom de to modellene omhandler med andre ord ansvarlighetsnivå: innen en «åpen modell» er pasient (eller pårørende) selv ansvarlig for å sikre en legetilknytning, i en «lukket modell» er tjenestene (uavhengig om disse er offentlige eller private) ansvarlige. Forskningslitteraturen antyder at lukkede modeller gir en annen form for stabilitet av det medisinskfaglige tilbudet enn en åpen modell, spesielt ved at samarbeid, kommunikasjon og tilstedeværelse mellom lege-øvrige ansatte-pasient-pårørende, er enklere å tilrettelegge for innen en lukket modell (Ågotnes et al. 2018). På den andre siden kan kontinuiteten av selve pasient-lege relasjonen minskes innen en slik modell, ved at pasienten ikke beholder sin «gamle» fastlege.

## DEN GENERELLE BETYDNINGEN AV LEGETJENESTER INNEN SEKTOREN

I internasjonal forskningslitteratur fremheves først og fremst legetjenester innen sykehjem og tilsvarende institusjoner som betydningsfullt i seg selv: det medisinskfaglige tilbudet er svært viktig, gitt tilstanden til pasientpopulasjonene (Shield et al. 2014, Lima et al. 2012, Katz et al. 2011). Sykehjemspopulasjonen beskrives som aldrende, skrøpelig og multi-morbid. Videre vises det til at gode, effektive og hensiktsmessige medisinskfaglige tilbud generelt, og legetjenester spesifikt, er temaer som vil øke i betydning i tiden fremover, gitt blant annet demografiske utviklingstrekk (Banerjee et al. 2018).

Når det gjelder den konkrete legegjerningen i tjenestene, vises det særlig til betydningen av *tilgjengelighet* av leger. Tilgjengelighet til leger, forstått både som total tilgjengelig tid og hvor enkelt og effektivt det er å kontakte leger, blir fremhevet som sentralt for konkrete utfall for pasienter, knyttet for eksempel til omsorg ved livets slutt og sykehusinnleggelse, og som svært varierende imellom institusjoner, lokalgeografiske områder og landegrenser (Lima et al. 2012, Shield et al. 2005, Jablonski et al. 2007, McCloskey 2011, Phillips et al. 2006).

Betydningen av *kontinuitet*, både i form av tilstrekkelig legetid totalt sett og tilgjengelighet for eksempel utenom visitt-tid, fremheves i deler av den internasjonale forskningslitteraturen. Det vises blant annet til viktigheten av å ha færre heller enn flere tilbydere av legetjenester ved en gitt institusjon (Lima et al. 2012) (beskrevet over som en «lukket modell»). Flere studier viser til at økt kontinuitet, for eksempel gjennom et mindretall av ansatte leger med større stillingshjemler ansatt ved institusjonene, bidrar til økt kvalitet i tjenester til pasienter, blant annet gjennom bedre og raskere tilstedeværelse ved akutte medisinske situasjoner (McGregor et al. 2010, McGregor et al. 2014). Leger med større stillingshjemler fremviser også en høyere grad av «commitment» til institusjonene og tjenestene som tilbys der (Katz & Karuza 2015, Katz et al. 2009), noe som kan føre til tettere og hyppigere oppfølging mellom lege og pasient, og til bedre samarbeid mellom lege og øvrige ansatte.

Betydningen av høy grad av kontinuitet i og av legetjenester kan derfor sies å omhandle flere relaterte aspekter, utover selve relasjonen lege/pasient. Å anskueliggjøre legevirkene innen slike tjenester som mer enn den konkrete medisinskfaglige oppfølgingen mellom lege og pasient, blir altså fremhevet. For legegjerningen innen slike tjenester er kjennskap til og samarbeid med andre ansatte (Shield et al. 2005) og relasjonen mellom lege/øvrige ansatte og pårørende (Ågotnes 2017) sentralt. Interessant nok vises det til at slike relasjonelle aspekter har avgjørende betydning for mer konkrete sider ved det medisinskfaglige tilbudet, noe som også har blitt påpekt i en norsk kontekst, for eksempel knyttet til ernæringspraksiser (Kuven & Giske 2017) og tilnærminger til depresjon (knyttet blant annet til bruk av anti-depressiva) (Iden 2015).

## STYRING/REGULERING AV LEGETJENESTER

I en internasjonal sammenheng finner vi betydelig variasjon på tvers av landegrensener når det gjelder lovverk og reguleringer knyttet til legetjenester ved sykehjem og tilsvarende institusjoner (Ågotnes et al. 2018), både når det gjelder omfang, grad av spesifisitet og plassering av ansvar (nasjonalt, regionalt, lokalt). Denne variasjonen er imidlertid lite studert i forskningssammenheng. Det vises til at lovverk og reguleringer som spesifikt omtaler medisinskfaglig tilbud og legetjenester innen sykehjem og tilsvarende institusjoner er mer omfangsrik og detaljert i enkelte andre land (eks. USA, Canada og Tyskland) (Ågotnes et al. 2018) (se også «styring/regulering av tjenester i Norge»).

I et internasjonalt perspektiv varierer organisering knyttet til legetjenester betydelig, noe som gir ulike utslag i forekomst/andel av legetjenester tilbudt av leger ansatt ved institusjoner (ofte omtalt som sykehjemsleger i en norsk kontekst), eller av privatpraktiserende leger (oftest omtalt som «General Practitioners», i en internasjonal kontekst). En gjennomgang av slike ordninger ses på som mindre relevant i denne sammenheng. Et moment som kort kan nevnes, og som i internasjonal forskningslitteratur vies oppmerksomhet, er alternative yrkesprofesjonelle grupper som delvis har erstattet, delvis skal supplere funksjonen tiltenkt en sykehjemslege, som for eksempel «nurse practitioners» (NPs), «clinical nurse specialists» (CNSs) og «physician assistants» (PAs) (Bakerjian & Harrington 2012). Innen flere slike ordninger vil en sykehjemsoverlege (ofte omtalt som «Medical Director») ha et overordnet administrativt ansvar for det medisinskfaglige tilbudet, men ha begrenset eller ingen praktisk oppfølging av pasienter. Disse utviklingstrekkene er interessante, og utviklingen av slike roller er verdt å følge med på også i Norge.

## 3.3 DET MEDISINSKFAGLIGE TILBUDET I NORGE

### INNLEDNING OM TJENESTENE I NORGE

I 2015 mottok 275 000 personer omsorgstjenester i Norge, hvorav om lag 87 000 mottok tjenester i sykehjem (eller tilsvarende institusjoner) og omsorgsboliger (Helse- og omsorgsdepartementet 2017b). I 2017 hadde 7,6% av befolkningen mellom 80-89 år langtidsopphold på sykehjem og 24% av dem var over 90 år. Til sammen 17% av dem mellom 80-89 år hadde korttidsopphold, mens dette gjaldt for 32% av dem over 90 år (Statistisk sentralbyrå 2019). Se for øvrig kapittelet «Registerdata og statistiske analyser».

Veksten i de kommunale omsorgstjenestene har vært betydelig gjennom de siste 20 årene, både når det gjelder antall tjenestemottakere, antall årsverk og utgifter (Otnes 2015, se også kapittel 5). Sentrale utviklingstrekk knyttes til at tjenestemottagere i økende grad bor i egen bolig (se også «Omsorgsboliger») og færre i institusjon, at utgiftsveksten innen hjemmetjenestene er større enn for institusjon, og at det er stadig flere yngre tjenestemottagere (Otnes 2015, Gautun & Hermansen 2011).

Til tross for denne dreiningen i retning av tjenester i egen bolig og andre tilrettelagte omsorgsboliger, skjer omtrent halvparten av alle dødsfall i Norge i «pleie- og omsorgsinstitusjoner» (se kapittelet «Registerdata og statistiske analyser»), mens cirka 30 prosent skjer på sykehus (Helse- og omsorgsdepartementet 2017b, NOU 2017). Antall dødsfall i sykehjem er høyere i Norge enn andre sammenlignbare land (Hansen 2018). Som i andre sammenlignbare land, har en høy andel av sykehjemsbeboere i Norge en demensdiagnose: rundt 80 prosent, avhengig av kilde (Helvik

et al. 2015, Selbæk et al. 2007). Denne (riktignok sammensatte og varierende) grupperingen mottar en relativ høy andel legemidler (Forsetlund et al. 2010) (se også avsnitt «Medisinering/legemiddelbruk»).

### STYRING/REGULERING AV LEGETJENESTER I NORGE

Legetjenester i sykehjem og omsorgsboliger med heldøgnsbemanning tilhører i Norge de kommunale helse- og omsorgstjenestene (se også avsnitt «Kommunal variasjon»). Legetjenestene er med andre ord i liten grad regulert av sentrale myndigheter, sammenlignet med andre land (Ågotnes et al. 2018). Det forekommer, for eksempel, ingen overordnede, nasjonale normer for legebemanning innen disse tjenestene, eller føringer for typer av ansettelsesforhold for leger (fast ansatte leger ved institusjon eller fastleger med driftsavtale, for eksempel), som i en rapport fra daværende Sosial- og Helsedirektoratet blir begrunnet med behovet for *lokale* tilpasninger og behov (Sosial- og Helsedirektoratet 2005). Ifølge sykehjemsforskriften § 3-2 skal alle sykehjem ha tilknyttet lege og sykepleier, og de skal ha en «organisert legetjeneste» (Sykehjemsforskriften 1989). De skal ha forsvarlige, skriftlige rutiner for å sikre medisinske behov for den enkelte beboer/pasient (Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene). Omsorgsboliger har lavere grad av lovregulering enn sykehjem, og dekkes av lover og forskrifter for hjemmeboende generelt (Martens 2014). For beboere i omsorgsboliger skal tjenestetilbud bestemmes basert på individuelt fattede vedtak, som blant annet innebærer individets valg om egen fastlege (Martens 2014).

Generelt beskrives statlige reguleringer knyttet til sykehjemsdrift i Norge som et «rammeverk» (Vabø et al. 2013), altså reguleringer som ikke nødvendigvis er utydelige eller tvetydige, men som inneholder et betydelig handlingsrom. Ellers har den overordnede reguleringen av tjenestene blitt beskrevet som at kommunene har liten råderett over *hvem* som har rett på å motta helse- og omsorgstjenester, men betydelig råderett over *hvordan* disse skal utformes (Gautun & Hermansen 2011).

I 2007 opprettet riktignok Helse- og omsorgsdepartementet et rundskriv for normering av legetjenester, med fokus på lokale (kommunale) normer for legetjenester i sykehjem, hvor kommunene selv ble pålagt å «foreta en lokal bemanningsvurdering og fastsette en lokal norm for legedekning i sykehjem» (Regjeringen 2017). Det vises til at lokale behov må ivaretas: «Hva som er forsvarlig antall legetimer i sykehjem vil variere etter pasientenes behov, hvilke oppgaver sykehjemmet skal dekke og hvordan tjenestetilbudet i kommunen for øvrig er organisert og dimensjonert» (www.regjeringen.no).

Nasjonal kvoteregulering av legestillinger generelt ble avvirket i 2013, noe som innebærer at kommuner og regionale helseforetak nå oppretter legestillinger selv (Helsedirektoratet 2018). Legetjenester i sykehjem tilbys primært av leger ansatt ved/av institusjoner (sykehjemsleger) eller fastleger som gjennom driftsavtaler med de respektive kommunene utfører «offentlig allmennmedisinske oppgaver» ved sykehjem (i stillinger som skal tilsvare 20 prosent arbeidsinnsats) (Lovdata 2018). I en studie fra Bergen, for eksempel, vises det til at omtrent 50 prosent av legetjenester ved sykehjem gis av leger ansatt direkte av sykehjem, 50 prosent av fastleger (Krüger et al. 2011). Både i en nasjonal og internasjonal sammenheng vises det til at leger ansatt ved institusjoner tenderer til å ha betydelig større stillingshjemler enn leger ansatt som fastlege (eller tilsvarende) (Ågotnes 2017, Katz & Karuza 2015, Katz et al. 2009).

Når det gjelder avgjørelser knyttet til omsorg ved livets slutt (se også «livets siste fase») viser lovgivning til at pasienter som er samtykkekompetente, har selvbestemmelse over livsforlengende medisinsk behandling (Lov om pasient- og brukerrettigheter 1999). Ved frafall av samtykkekompetanse, skal nærmeste pårørende konsulteres og behandling iverksettes i tråd med

pasient/beboers antatte eller uttrykte ønske. Hvis beslutningsgrunnlaget for pasientens ønsker er uklart (og pasient ikke kan uttrykke dette selv), skal behandling iverksettes (Helsedirektoratet 2013). Behandlende lege har den formelle og endelige beslutningsmyndighet over medisinsk behandling (Lov om helsepersonell 1999, Dreyer et al. 2009), og plikter seg til å forsikre seg at positiv virkning av eventuell behandling overveier eventuelle negative konsekvenser av den (Helsedirektoratet 2013).

## OMSORGSBOLIGER

«Omsorgsboliger» er et mangefasettert begrep som rommer ulike former for bolig- og pleietilbud til tjenestemottagere. Selve begrepet er ment å dekke ulike former for botilbud, som «bokollektiv», «bofellesskap» og «selvstendige boliger» (Daatland & Slagsvold 2014, Martens 2014), men samtidig er den lokale anvendelsen av begrepet (og grenseoppgangen til disse nevnte variantene) varierende, noe som har blitt forsterket av nyere modeller (eller nyere begreper) som «Omsorg +» og «trygghetsboliger» (Daatland & Slagsvold 2014). Av denne grunn, og fordi det finnes langt færre skriftlige kilder som omhandler omsorgsboliger sammenlignet med sykehjem, noe som kan peke på generelt mindre oppmerksomhet rundt og kunnskap om dem (Daatland & Slagsvold 2014), behandles temaet her som et eget underkapittel.

Omsorgsboliger kan ha døgkontinuerlig pleiepersonale tilknyttet seg, pleiepersonale kun på dagtid, eller få tjenester levert av hjemmetjenester/hjemmesykepleie. Uavhengig av nivå og omfang på tjenestetilbudet, er internkommunal organisering av omsorgsboligene relativ lik: under hjemmetjenesten eller tilsvarende (se også «Dybdeintervjuer i tre kommuner»). Bruk av begrepet «omsorgsbolig», synes å omfatte alle slike løsninger, mens andre begreper enkelte ganger brukes i stedet for omsorgsbolig. Felles for disse ulike løsningene er at bruker, eller leietager, betaler husleie for leilighet, og at pleie- og omsorgstjenester, uavhengig av form og grad, er inkludert i denne. «Omsorgsboliger med heldøgnsbemanning» dekker med dette ikke alle former for omsorgsboliger. Anslagsvis har 40 prosent av boliger definert som «omsorgsboliger» heldøgnsbemanning, 15 prosent har delvis bemanning, mens 43 prosent er uten bemanning (Daatland & Otnes 2014). Det er relativt flere yngre tjenestemottagere i boliger med heldøgnsbemanning og relativt flere eldre i boliger uten bemanning (Daatland & Otnes 2014).

I enkelte sammenhenger anvendes begrepet «heldøgns helse- og omsorgstjenester» (Helse- og omsorgsdepartementet 2017), som da vil inkludere sykehjem og omsorgsboliger med heldøgnsbemanning, og ekskludere andre former for omsorgsboliger. Det vises til at «heldøgnsomsorg» er et begrep som dekker ulike former for tjenester, uten en klar felles forståelse for hva det bør/skal inneholde (Helse- og omsorgsdepartementet 2017). Dette kan være problematisk både i juridisk, statistisk og økonomisk sammenheng (Helse- og omsorgsdepartementet 2017, Daatland & Otnes 2014).

De siste 20 årene har antall beboere i omsorgsboliger økt (Otnes 2015), både regnet i totalt antall og relativt sammenlignet med beboere i institusjon (Gautun & Hermansen 2011). Samlet har antall beboere i omsorgsboliger økt med cirka 50 prosent fra 1994 til 2013, i særlig grad i første halvdel av denne perioden (Otnes 2015). Dreiningen beskrives ett sted som en «bevegelse mot boliggingjoring» heller enn en overtagelse, hvor omsorgsboliger i høy grad har erstattet aldershjem, mens sykehjem stort sett har «holdt stand» (Daatland & Otnes 2014).

I en rapport vises det til at kommunene har klare incentiver for en slik dreining fra sykehjem til omsorgsboliger, delvis fordi dette medfører større fleksibilitet i tildelingen av tjenester, delvis fordi enkelte utgifter kan «overføres» til staten (for eksempel knyttet til støtte til husleie) (Gautun & Hermansen 2011, Martens 2014, Daatland & Otnes 2014).

Beboere i omsorgsboliger beskrives som en sammensatt gruppe med ulike og varierende helse- og omsorgsbehov. Mange beboere har betydelelige pleiebehov, som forutsetter god medisinsk akuttkompetanse, spesielt for beboere som nylig har blitt utskrevet fra sykehus (Karlsen et al. 2018). Følgelig beskrives grenseoppgangen mellom enkelte omsorgsboliger og sykehjem som svak, og som institusjonstyper som i den senere tid har nærmet seg hverandre, både når det gjelder fysisk utforming og bemanning (Martens 2014). Antall beboere i omsorgsboliger med «omfattende omsorgsbehov» beskrives som høyt, men likevel som lavere enn for sykehjem (Daatland & Otnes 2014).

Legetjenester innen omsorgsboliger har det vært forsket og skrevet lite om i en norsk kontekst, særlig sammenlignet med legetjenester ved sykehjem. I en internasjonal sammenheng er forskningslitteraturen noe mer robust, og viser blant annet til lav dekning av legetjenester sammenlignet med Norge (Sloane et al. 2011). Ulike kontekstuelle betingelser og ulike former for organisering av tjenestene gjør likevel dette segmentet av litteraturen mindre relevant i en norsk kontekst, også sammenlignet med «sykehjemsforskning».

I en noe eldre rapport fra Sosial- og helsedirektoratet vises det til at det er lite systematikk i hvordan legetjenester organiseres innen slike tjenester (2006). I enkelte tilfeller vil omsorgsboligen inngå samarbeidsavtaler med fastleger for å bedre samhandling, i andre tilfeller er det etablert en egen «fastlegeordning» for å sikre færre fastleger for beboerne (med egen kontortid), mens det i andre tilfeller er ansatt egne kommuneleger. Til tross for dette vises det til at få kommuner har egne tilsynsleger for omsorgsboliger, at de fleste legetjenester tilbys av fastleger (og at legevakt anvendes når fastlege er utilgjengelig), og at det er lite kjent hvor utbredt «alternative» ordninger er (Sosial- og helsedirektoratet 2006). Interessant nok viser rapporten til at kommuneleger overrapporterer forekomst av tilsynsleger, mens «omsorgstjenestene» selv viser til lav forekomst av tilsynsleger. Det argumenteres for at mange kommuneleger har mangelfull kunnskap om organisering av slike tjenester i sine kommuner (Sosial- og helsedirektoratet 2006). Manglende og/eller uavklarte legetjenester fremheves som problematisk, da tjenestemottagere innen omsorgsboliger og andre tilsvarende tjenester har omfattende omsorgsbehov, og i sjelden grad evner å oppsøke eget fastlegekontor (Sosial- og helsedirektoratet 2006). Dette kan være særlig problematisk i større byer, som har lengre responstid for fastlegenes «utrykning til hjemmeboende» (Sosial- og helsedirektoratet 2006).

## LIVETS SISTE FASE

Livets siste fase/palliasjon/omsorg ved livets slutt har fått stadig mer oppmerksomhet de seneste årene og bør være et fortsatt satsingsområde, ifølge myndighetene (Helse- og Omsorgsdepartementet 2017). Det vises til at helsepersonell som behandler døende pasienter bør ha spesialisert kompetanse innen palliasjon, og at det er et behov for et formalisert kompetanseløft innen palliativ medisin (Helse- og Omsorgsdepartementet 2017). Leger har en sentral rolle innen omsorg og behandling ved livets slutt. I særlig grad har det blitt vist til et behov for å øke oppmerksomhet rundt livsforlengende medisinsk behandling som ikke nødvendigvis er til pasientens beste (Helsedirektoratet 2013).

Fra forskningslitteraturen vises det imidlertid til at legeutdanningen legger lite vekt på refleksjoner rundt døden (Fosse 2018). Bemanningssituasjonen for leger er en av faktorene som fremheves for hvorvidt døende pasienter kan få en god omsorg og behandling (Dreyer et al. 2011). Leger uttrykker selv varierende holdninger og viser til ulike praksiser knyttet til behandling og pasientrelasjoner ved livets siste fase (Romøren et al. 2016). En studie indikerer at i krevende situasjoner, som ofte kan oppstå, blir pårørendes ønsker og holdninger ilagt større betydning



enn pasientens/beboerens (Romøren et al. 2016). Samtidig er det i mange tilfeller nødvendig å involvere pårørende i slike prosesser da mange pasienter/beboere mangler samtykkekompetanse, en involvering som er komplisert og vanskelig (Dreyer et al. 2009). Blant annet basert på disse erfaringene, argumenteres det for at legers tilnærminger til døende sykehjemsbeboere bør være pasient- og ikke prosedyreorienterte (Fosse 2018).

Forhåndssamtaler/forberedende samtaler (Friis & Førde 2017) trekkes frem som en særlig godt egnet fremgangsmåte for å sikre pasienters/beboeres rettigheter og ønsker i livets siste fase (Hansen 2018), og er også en fremgangsmåte hvor leger er/skal være involverte, ofte i samarbeid med andre ansatte ved tjenestene (Fosse 2018), og med pårørende (Dreyer et al. 2009). Likevel vises det til variasjon i bruk av dette (Gjerberg et al. 2015, Helsedirektoratet 2013), til at pasienter for sjelden blir involvert (Helse- og omsorgsdepartementet 2017) og til betydelig forbedringspotensial ved innsats rettet mot temaet (Isaksen et al. 2018). Forhåndssamtaler kan være særlig godt egnet til å redusere overbehandling, men forutsettes av gode rutiner/veiledere (se for eksempel: Senter for medisinsk etikk 2017) og opplæring (Helse- og omsorgsdepartementet 2017).

### MEDISINERING/LEGEMIDDELBRUK

Et annet sentralt tema knyttet til medisinsk faglig oppfølging av beboere i sykehjem og heldøgns omsorgsboliger er legemiddelbruk. Mangelfull/dårlig kommunikasjon ulike aktører imellom kan føre til feil legemiddelbruk innen primærhelsetjenesten som helhet, i særlig grad ved endring av omsorgsnivå (Bakken et al. 2007). Beboere ved sykehjem og omsorgsboliger med heldøgnsbehandling kan være en særlig sårbar gruppe på grunn av høy forekomst av demens. I en sykehjemsstudie vises det til at 75 prosent av beboere med demens fikk psykofarmaka og at 72 prosent av beboere med demens hadde kliniske og atferdsmessige symptomer (Selbæk et al. 2007). I en annen norsk studie vises det til at sykehjemsbeboere i gjennomsnitt var diagnostisert med 3,1 medisinske tilstander og mottok 5,0 legemidler (Ruths et al. 2003). Psykofarmaka ble gitt daglig til 59 prosent av beboerne, hvorav 56 prosent brukte to eller flere slike legemidler samtidig (Ruths et al. 2001). En nyere norsk doktorgradsstudie bekreftet disse funnene: 71 prosent av sykehjemsbeboere (av et utvalg på 4993 beboere) mottok medisiner mot psykisk sykdom og 41 prosent brukte minst to samtidig (Gulla 2018). Legemidler mot depresjon og søvnløshet var særlig hyppig brukt, særlig mot kvinner, mobile pasienter og yngre (Gulla 2018).

Generelt vises det til en tendens om at flere eldre bruker flere legemidler samtidig (Forsetlund et al. 2010), med fare for uønskede og uoppdagede interaksjoner mellom legemidler (Field et al. 2001). Et sentralt virkemiddel for å unngå dette kan være legemiddelgjennomgang i flerfaglig team hvor både farmasøyt og sykehjemslege er involvert (Forsetlund et al. 2010).

### KOMMUNAL VARIASJON

Som vist til over har norske kommuner, i et komparativt perspektiv, betydelig lokal autonomi, og kan, basert på kommunehelsetjenesteloven, selv velge hvordan kommunale helse- og omsorgstjenester skal organiseres, gitt at nødvendige helse- og omsorgstjenester tilbys kommunens innbyggere. En manglende presisering av hva «nødvendighet» innebærer kan bidra til kommunal variasjon (Martens 2014). Uavhengig av kausalsammenheng, eller mangel på sådan, kan vi si at det i en norsk kontekst er et iboende potensial for variasjon (forstått i vid forstand) mellom kommuner når det gjelder omfang av og innhold i helse- og omsorgstjenester generelt, og organisering av legetjenester spesifikt. Deler av forskningslitteraturen viser også til variasjon i generelt omfang av helse- og omsorgstjenester mellom norske kommuner, blant annet knyttet til kommunestørrelse (Daatland 2014, Gautun & Hermansen 2011, Huseby & Paulsen 2009). I det følgende

vil vi kort berøre noen forskjellige konkrete aspekter knyttet til «variasjon», som fremhevet av faglitteraturen. Temaet er stort og vidtfnvendende, så denne oversikten dekker ikke alle relevante aspekter innen «variasjon av kommunale helse- og omsorgstjenester», og er relativt kortfattet.

I tillegg til den nevnte kommunale variasjonen når det gjelder totalt omfang av helse- og omsorgstjenester, vises det til variasjon når det gjelder vektlegging av sykehjem, på den ene siden, og omsorgsboliger, på den andre, i norske kommuner (Daatland 2014). Mer presist vises det til en «negativ samvariasjon» mellom de to modellene: en vektlegging av den ene fører til færre plasser av den andre modellen (Daatland 2014). Uavhengig av «valgt» modell, har mindre kommuner i gjennomsnitt bedre utbyggede helse- og omsorgstjenester målt i omfang, noe som først og fremst har en sammenheng med bedre økonomiske betingelser for mindre kommuner (Daatland 2014).

En slik generell variasjon i omfang og vektlegging av helse- og omsorgstjenester gir også konkrete utslag i omfang av og form på legetjenester innen kommunene. Norske kommuner varierer betydelig når det gjelder legetimer per beboer per uke, en variasjon som, avhengig av tolkning av datagrunnlaget, kan sies å være tredobbel fra topp til bunn (Huseby & Paulsen 2009). Interessant nok viser den samme, riktignok ikke helt ferske rapporten, til at det samlede behovet for medisinskfaglig oppfølging for de respektive aldrende befolkningsgruppene er større i områder med lavere dekning av legetjenester, i særlig grad i større byer (ibid.). Ellers vises det til at større byer generelt har lavere dekningsgrad av ansatte med fagbakgrunn generelt, og spesielt i helger, ferier og høytider (Gautun & Hermansen 2011), mens mindre kommuner er dårligere på å dekke inn fravær med personal med tilsvarende kompetansenivå (Gautun & Bratt 2014). I sistnevnte rapport vises det til at variasjon når det gjelder «faglige hensyn i oppsetting av turnus» (som både omhandler total og sammensetning av bemanning) innen sektoren henger sammen med tilknytning til helseforetak (Gautun & Bratt 2014), altså er regional heller enn/i tillegg til en kommunal variasjon.

En mulig forklaring på en slik kommunal variasjon når det gjelder legetimer per beboer, er utfordringer knyttet til rekruttering av leger. I en undersøkelse utført av KS, for eksempel, viser over 50 prosent av alle kommuner til at det enten er «meget» eller «ganske utfordrende» å rekruttere leger til kommunale helse- og omsorgstjenester (Helsedirektoratet 2018). Utfordringer knyttet til rekruttering synes å være sammenhengende med kommunestørrelse og/eller nærhet til utdanningsinstitusjoner/sykehus (se også «Dybdeintervjuer i tre kommuner»). Dette er et tema som kunne/burde vært undersøkt ytterligere, med et spesifikt fokus på en norsk kontekst og potensielle regionale variasjoner.

Bruk av det vi kan kalle «institusjonseksterne legetjenester», som for eksempel legevakt og/eller sykehus, synes også å variere betydelig mellom kommuner, men også innenfor mindre geografiske områder (med lik tilgang og tilsvarende lik reiseavstand til legevakt og sykehus) (Ågotnes 2017). Bruk av legevakt henger delvis sammen med en mer generell tematikk knyttet til samarbeid mellom tjenestenivåene, spesielt mellom primær- og spesialisthelsetjenestene. Et slikt samarbeid, og kommunikasjonen knyttet til den, har blitt beskrevet som problematisk for eksempel knyttet til innleggelses fra sykehjem til sykehus (Von Hofacker et al. 2010). Knyttet mer eksplisitt til bruk av legevaktstjenester, vises det, i en tidligere omtalt rapport, til betydelig variasjon mellom kommuner, primært basert på kommunestørrelse (Sosial- og helsedirektoratet 2006). I mindre og mellomstore kommuner vil interkommunal legevakt være operativ på kveld- og nattetid, mens fastleger gjerne har utrykningsansvar på dagtid. Større kommuner og storbyer har døgnkontinuerlig interkommunal eller kommunal legevakt (Sosial- og helsedirektoratet 2006). Det vises videre til at det synes å være en «en gråson mellom fastlegenes oppfølgingsansvar for egne

pasienter og bruk av legevaktslege», spesielt i enkelte kommuner (Sosial- og helsedirektoratet 2006). Dette er temaer som kunne/burde vært undersøkt ytterligere, med et spesifikt fokus på a) bruk av legevaktstjenester og b) generelt samarbeid mellom tjenestenivåene i en norsk kontekst.

## BRUKERPERSPEKTIVER OG -INVOLVERING

Når det gjelder pasienter/brukeres oppfatninger og synspunkter på tjenestene har vi i denne kartleggingen ikke hatt rom for å gå dypt inn i forskningslitteraturen, men trekker fram noen hovedpunkter. En studie av Bergland og Kirkevold (2005) viser til at pasienter og brukere er en sammensatt og variert populasjon. Sykehjemsbeboere har ulike oppfatninger og forståelser, og tilnærminger til dem bør være deretter. I en lignende studie (Nakrem et al. 2011), også med fokus på pasienters erfaringer, vises det også til behovet for å ivareta pasientenes individuelle behov. Forfatterne fant et uttrykt ønske om å inkludere psykososiale behov, i tillegg til medisinske, for eksempel knyttet til det å kunne ivareta sosiale nettverk. Et lignende argument er fremmet i en annen forskningsartikkel, hvor det vises til at pasienter og pårørende opplever «etiske utfordringer» knyttet til hverdagssituasjoner (ikke nødvendigvis knyttet til livets siste fase), og først og fremst relatert til grunnleggende behov (Bollig et al. 2016).

Å være pårørende, spesielt for en sykehjemsbeboer, er svært krevende på flere måter. Det gjelder både i en personlig og etisk forstand, men også fordi selve rollen kan være vanskelig å forholde seg til, for en selv og for ansatte (se også underkapitlene «Livets siste fase» og «Medisinering/ legemiddelbruk»). Dreyer et al. (2009) viser i en forskningsartikkel blant annet at pårørende har en krevende rolle knyttet til avgjørelser rundt livets slutt, inkludert at det er vanskelig for dem å forholde seg til forståelsen av pasientautonomi, og at det er stort forbedringspotensial når det gjelder rutiner for involvering av pårørende/avgjørelser rundt livets slutt. I en annen studie, med fokus på pårørende og pasienters perspektiver rundt tilnærminger til livets siste fase, understrekes det et ønske om å bli involvert i diskusjoner med ansatte/lege i høyere grad, særlig fra pårørendes side (Gjerberg et al. 2015). Videre vises det til at pårørende og pasienter i liten grad blir involvert, og at ansatte må være oppmerksom på ulike behov, ønsker og tilnærminger blant både pasienter og pårørende (ibid.). Fra perspektivet til sykehjemsleger, vises det til at pårørende og pasienter i varierende grad blir involvert i prosesser rundt livets siste fase, og at leger primært forholder seg til pårørende heller enn pasienter (Romøren et al. 2016, Gjerberg et al. 2011).



## 4. FAGPERSONERS INNSPILL OM LEGETJENESTENE: FUNN FRA DIALOGMØTET

### SENTRALE FUNN:

- Store stillingsstørrelser for leger i sykehjem vurderes som positivt for kvalitet og kontinuitet i det medisinskfaglige tilbudet.
- Legens tilgjengelighet for pasient, pårørende og sykepleierne er viktig for kontinuiteten og kvaliteten av det medisinskfaglige arbeidet. Legens tilgjengelighet utover ordinær arbeidstid bør formaliseres i avtaler mellom legen og kommunen.
- Det kan være stor variasjon i kompetanse mellom erfarne og nyutdannede leger og mellom sykehjemsleger i store og små stillingshjemler.
- Spesialistutdanning er viktig, men det kan være flere spesialiteter enn allmennmedisin som er relevante.
- Det er nødvendig å sørge for kompetanseplaner, systematisk opplæring og gode arenaer for læring for leger i kommunene.
- Det er ulike oppfatninger om det er behov for en lovfestet normering av legetjenester eller om kommunene skal basere legedekningen på egenvurderte behov som i dag.
- Utvikling av helhetlige pasientforløp i kommunene og større fokus på overganger er viktig.
- Pleie- og omsorgstjenestens journalsystem er dårlig egnet for leger.

I dette kapitlet presenterer vi resultater fra gruppearbeid og diskusjoner på dialogmøtet. Følgende tema med tilhørende spørsmål ble drøftet gjennom dagen:

### TEMA 1: ORGANISERING AV LEGETJENESTEN I SYKEHJEM

Hva er utfordringer og hva finnes av gode eksempler på hvordan kommunene organiserer det medisinskfaglige tilbudet til pasienter på korttids- og langtidsopphold, samt beboere i omsorgsbolig? For eksempel knyttet til:

- tilstedetid av lege
- muligheter for telefonkontakt på dagtid og kveldstid, samt i helger
- bruken av legevaktstjenester
- heltids sykehjemsleger versus deltids arbeidsavtaler med fastleger
- organisering av fastlegetjenesten for beboere i omsorgsbolig

## TEMA 2: KOMPETANTANSE, OPPLÆRING OG KVALITET

Hvordan kan vi styrke kompetanse, opplæring og kvalitet innen det medisinskfaglige området?

- Hvordan kan man tilrettelegge for kompetanseheving og opplæring av personell i sykehjem og omsorgsboliger?
- Hva er viktige tema for å heve kvaliteten?
- Eksempler på godt organisert kvalitetsarbeid.

## TEMA 3: SAMHANDLING OG DIGITAL STØTTE

Hva er utfordringer i samhandlingen om felles pasienter mellom sykehjem (korttid/langtids og ø-hjelp) og spesialisthelsetjenesten?

- Hvordan kan samhandlingen styrkes? Hva er viktigste forbedringsområder?
- Eksempler på rutiner/tiltak som gjør at samhandlingen fungerer godt.

HVA FINNES AV DIGITAL STØTTE I SYKEHJEM OG OMSORGSBOLIGER?

- Hvordan fremmer/hemmer dagens IKT-systemer samhandlingen internt i kommunen og mot eksterne samarbeidspartnere?
- I hvilken grad er velferdsteknologiske løsninger tatt i bruk i det medisinskfaglige arbeidet i sykehjemmene?

## 4.1 TEMA 1: ORGANISERING

### PROBLEMFORSTÅELSE

Når det gjelder organisering av det medisinskfaglige tilbudet trakk én gruppe fram at kontinuitet – eller rettere sagt *mangelen på kontinuitet* – innen legetjenestene er en sentral overordnet tematikk.

Videre påpekte alle at det er stor variasjon mellom kommuner og sykehjem, og innad i fastlegekorpset. Flere tok opp at det er et problem med leger på sykehjem som jobber i små stillinger. Lege til stede 4-7 timer i uka utfordrer den kvaliteten og kontinuiteten man ønsker.

Mange av møtedeltakerne påpekte at det er utfordrende når det er *fastleger* som står for store deler av den medisinskfaglige oppfølgingen. Disse gir en helt annen oppfølging enn fast ansatte (Oslo/gruppe 4). Dette temaet ble tatt opp i alle gruppene, selv om alle også understreker at det er stor variasjon blant fastlegene. Knyttet til fastlegens oppfølging var forholdet mellom *ubundet og bundet tid* (arbeid på dagtid og beredskap utenom ordinær arbeidstid) et tema. Mange av

<sup>5</sup> <https://www.bergen.kommune.no/omkommunen/avdelinger/sykehjemslegevakten>

deltakerne fremhevet behovet for at leger må ha en del ubundet tid, slik at de er tilgjengelige på telefon på kveldstid. Men det ble også argumentert med at fra institusjonsleders perspektiv kan det være et ønske om å ha lege mest mulig tilstede på dagtid, og at dersom journalen er god, kan man bruke legevakt på kveldstid/helger.

Det var stor enighet om at det er positivt med fast ansatte *leger på sykehjem*, men samtidig er det ikke nok å ha fast ansatte sykehjemsleger, stillingshjemlene må være store nok. Mange sykehjemsleger har for knapt antall timer, og da blir det veldig vanskelig å gjøre annet arbeid enn akkurat det pasientrettede. Det ble også tatt opp at selv om antall legeårsverk øker, betyr det ikke nødvendigvis at tjenestene blir bedre, fordi beboerne/pasientene samtidig er sykere enn tidligere. Særlig har leger som jobber på sykehjem med korttidsplasser krevende oppgaver, fordi utredningen og oppfølgingen av disse pasientene er utfordrende, legen kjenner dem ofte ikke, og legen kommer ofte på etterskudd. Andre utfordringer knyttet til det å jobbe som sykehjemslege ble knyttet til manglende ledelse og for mye alene-arbeid. For eksempel ble det vist til at det er alt for lite samarbeid mellom sykehjemslegene, de ser ikke hverandre, og de kjenner ikke nødvendigvis til hverandre.

I gruppearbeidet ble det påpekt at det er *strukturelle forhold* man må ta hensyn til når man planlegger oppfølgingen av sykehjemspasienter/beboere. For eksempel ble det trukket fram at på korttidsplasser kommer det flest pasienter på kveldstid, og særlig mange pasienter kommer fredag ettermiddag. Dette må man ta høyde for når man planlegger legedekning. Feriedekning ble beskrevet som svært utfordrende av mange. Det var eksempler på sykehjem som har vært uten lege i to måneder. Flere av deltakerne som jobber i kommuner fortalte at de er avhengige av å bruke leger fra vikarbyråer for å dekke opp under ferieavvikling. Dette utfordrer kontinuiteten. Det ble forøvrig trukket fram fra noen deltakere at i visse tilfeller er kompetanse viktigere enn kontinuitet, særlig ved livets slutt (men best om man får til begge deler).

Noen særlige utfordringer ble beskrevet med hensyn til beboere i *omsorgsboliger*. Kommunen (og beboeren selv) kan ha et ønske om at en skal få bo lengst mulig i eget hjem. Fastlegen har det medisinske ansvaret for denne gruppen, men det ble vist til eksempler der fastleger har lite forståelse for at personer med store og komplekse behov bor hjemme. Deltakerne på møtet fremhevet viktigheten av å være bevisst på at beboere i omsorgsbolig i dag er svært skrøpelige, de kan sammenliknes med slik sykehjemsbeboere var tidligere. Derfor er det svært viktig med gode legetjenester til denne gruppen.

Flere kommuner har gjort forsøk med å knytte til seg en lege (en slags omsorgsbolig-lege) til alle beboerne i en omsorgsbolig. Pasientene beholder fastlegen, men bruker likevel legen som er tilknyttet omsorgsboligen (blant annet Os). Dette er kommunalt ansatte leger som har en fastlegehjemmel. Omsorgsboligen blir omtrent som et sykehjem. Dette erfarer som veldig gunstig for sykepleiernes arbeid med å skape kontinuitet i beboernes oppfølging.

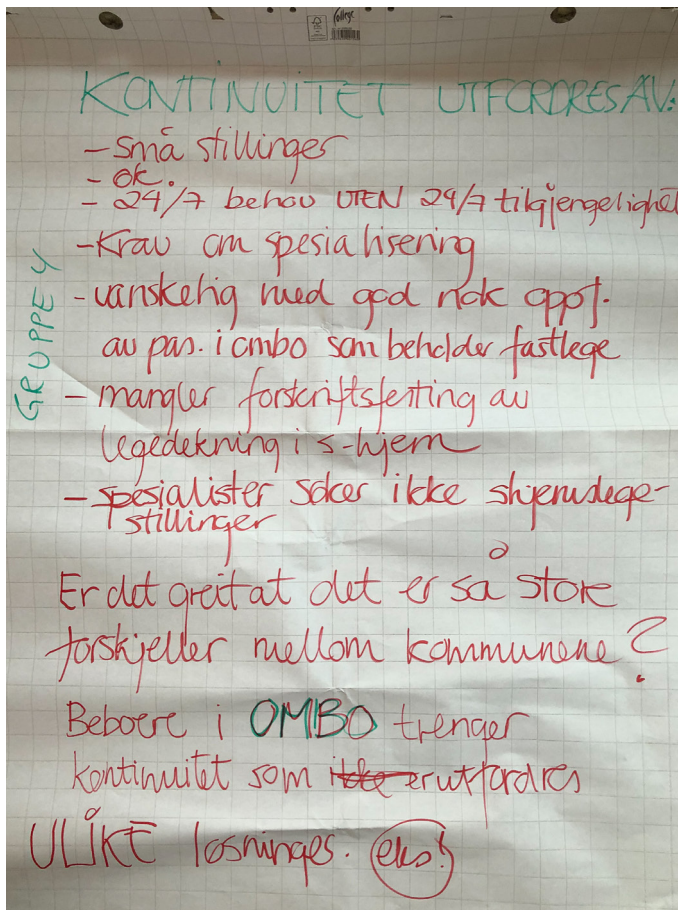
Utover tilbud som sykehjem og omsorgsbolig, ble det påpekt i møtet at det i dag er en *jungel av tilbud* som ikke er definert som sykehjem, men som er aktuelt for den samme pasientgruppen. Det skaper dårlig oversikt og et potensielt fragmentert tilbud. Særlig ble tilbudet Omsorg Pluss tatt opp. Tilbudet beskrives som samlokaliserte utleieboliger som er fysisk tilrettelagt for eldre og samlokalisert med aktivitetssenter, kantine og bemannet resepsjon. Tilbudet skal være døgnbemannet med kvalifisert personell. Videre er øyeblikkelig hjelp døgntilbud/KAD et tilbud som flere av målgruppen (pasienter) var innom. Og ikke minst er legevakt og samhandlingen med legevakta et utfordrende område. Det ble understreket at legevakttjenesten må bemannes

<sup>6</sup> <https://www.bergen.kommune.no/hvaskjer/tema/smart-omsorg/11592/article-149150>

<sup>7</sup> <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/endringer-i-spesialistforskriften/id2623614/>

av kompetente leger for sykehjemspasienter. Det ble også tatt opp eksempler på legevakter der legen ikke rykker ut til sykehjem, hvilket betyr behandling over telefonen, eller pasientene kjøres til legevakta i ambulanse.

Det var en oppfordring fra deltakere om at myndighetene må stille strengere krav til legedekning i kommunene. Normering vil gjelde både norm for legedekning i sykehjem og norm for fastlegenes listelengde. Det mangler en forskriftsfesting av legedekningen, men det er vanskelig å normere, fordi normeringen skal gå ut ifra behovet i kommunen. Legeforeningen foreslo tidlig på 2000-tallet at myndighetene etablerte en nasjonal legebemanningsnorm, men fikk ikke gjennomslag for dette. I stedet ble kommunene pålagt å sette lokale normer basert på kommunens lokale behov. Legeforeningen har i et policynotat fra 2012 på nytt kommet med forslag til norm for legetjenesten i sykehjem. Videre er det flere lover og forskrifter som omhandler krav til kommunen når det gjelder legetjenester i sykehjem, blant annet rundskriv I-4/2007 Nasjonal standard for legetjenester i sykehjem.



**Figur 1** Oppsummering av oppgave 1

## FORSLAG TIL ORGANISERING SOM GIR ET BEDRE MEDISINSKFAGLIG TILBUD

- **Store sykehjemslegestillinger er positivt – når stillingene blir små får de karakteristikk av å gi avgrensede tilsyn heller enn å være en stabil medisinsk ressurs. Med stabil legedekning er det lettere å få til en god behandling**
- Positivt med én/få leger som har ansvar for sykehjemmet (men det kan også være sårbart)
- **Legenorm – det må være lovfestet antall legeårverk en kommune skal ha** (varierende oppfatninger om dette punktet)
- Sykehjemslegen må selv definere seg inn i teamet. Større stillinger gjør dette lettere. Det blir også lettere å delta i kvalitetsarbeidet på sykehjemmet
- **Det er store fordeler med hensyn til kvalitet og kontinuitet å kunne ringe til legen som kjenner pasientene framfor å ringe til legevakta.** Det hindrer innleggelse i sykehus. Erfaringen er at telefon ikke blir misbrukt og at det er ressursbesparende.
- Legearbeid utover ordinær arbeidstid bør formaliseres i avtalen mellom legen og kommunen. Dette er legeberedskap, og det må klart gå fram av avtalen hvordan dette skal honoreres og kompenseres.
- Det burde være en overgripende lederfunksjon for alle sykehjem i kommunene. Man opplever å jobbe isolert, på hver sin tue.
- Man trenger en overlegefunksjon, denne kan ivaretas av kommunelegen. Kommuneoverlegen har en viktig lederfunksjon, per i dag har de for lite innflytelse.
- Det er nødvendig at institusjonslederne har god oversikt over legetjeneste.
- Innføring av en egen sykehjemslegevakt (Bergen) der de har en legevakttjeneste for syke-hjemmene og hjemmeboende med spesielle behov. Tjenesten er knyttet til Bergen legevakt.<sup>5</sup>

## 4.2 TEMA 2: KOMPETANSE

### PROBLEMFORSTÅELSE

Gjennom dialogmøtet ble det tegnet et bilde av beboere/pasienter med *større og mer sammensatte behov* enn tidligere, og følgelig at det må stilles større krav til kompetansen i tjenestene. Demens og tvang ble nevnt flere ganger som vanskelige områder: ”Personer med demens er den store utfordringen”. Ivaretagelse av pasienter i livets siste fase nevnes av mange deltakere som et krevende område der det er mangelfull kompetanse. Noen områder blir dårlig ivaretatt, som munnhelse. Problemstillingen med at det forekommer at beboere får for mye medisiner ble også tatt opp. Det ble også nevnt at det i dag finnes mye mer avansert medisinsk teknologi enn tidligere, og at legene må ha kompetanse for å mestre denne.

Som tidligere påpekt, er det store variasjoner når det gjelder det medisinskfaglige tilbudet, og det gjelder også internt blant sykehjemslegene. Det er *variasjon i kompetanse* mellom erfarne og nyutdannede leger, mellom sykehjemsleger i store stillingshjemler og fastleger som jobber en dag i uka på sykehjem etc. Som også nevnt over, tok flere av deltakerne opp at det ikke er rom for å sette av tid til å diskutere pasientene på tvers av sykehjemslegene fordi det er så liten tid. Det ble også løftet fram at det kan være krevende for sykehjemslegene å samarbeide om det medisinske når man er usikker på den medisinske kompetansen i hjemmetjenesten. Og det ble nevnt at det for mange yngre nyutdannede leger kan være en så stor utfordring å jobbe på dette feltet at noen



“går på en smell”. Dette fører igjen til høy turnover og stadig utskifting av leger. Slike trekk forhindrer at erfaring og kompetanse på feltet øker.

Når det gjelder kompetansen på legetjenestene i omsorgsboligene, henger dette sammen med hva vi har nevnt over om varierende kompetanse hos fastlegene, som er de som hovedsakelig har det medisinskfaglige ansvaret for beboerne i omsorgsboligene. Flere av møtedeltakerne tok opp at man i omsorgsboliger er prisgitt fastlegens kompetanse på feltet, såfremt man ikke har organisert seg med en form for institusjonslege. Det gir varierende kvalitet på den medisinske oppfølgingen av beboerne.

Behov for forskjellige former for kompetanse og ferdigheter ble tatt opp i gruppene. Blant annet ble det diskutert at pårørende i dag har større forventninger enn tidligere. Det er derfor av betydning at sykehjemslegene har (god) kontakt med de pårørende. Videre var mange opptatt av at interesse for sykehjemsmedisin, personlig egnethet og gode samarbeidsevner er viktig! En av deltakerne omtalte kvalitetsarbeid slik: ”det er brukerinnretning på individnivå, og kompetanse i å lytte.” Gode norskferdigheter er videre en viktig kompetanse, og leger som ikke har norsk som morsmål kan være en utfordring. Det ble også understreket at hva slags type sykehjem/omsorgsbolig det er vil ha mye å si for kompetansebehovet.

Når det gjelder styrking av kompetanse og opplæring, ble det mye diskutert i den ene gruppa at det i dag eksisterer veldig mange strukturer, systemer og tilbud. Utfordringen er imidlertid å få oversikt over dem, og klare å benytte seg av dem. Gruppa listet opp en mengde med muligheter, og de fleste av disse er presentert punktvis under.

På spørsmålet om hvordan legene kan involveres i *kvalitetsarbeid i sykehjem*, var det flere som mente at man generelt er for dårlige til å drive med kvalitetsarbeid i sykehjem. Dette ble (i den ene gruppa) forklart med at tiden ikke strekker til. Det er ingen som gjør oppgaver med å måle kvalitet av arbeidet, slik at det er mulig å sette inn forbedringsarbeid på de områdene det trengs mest. Kvalitetsarbeidet og kompetanse innenfor dette er også viktig med tanke på å integrere legene i et arbeidsfellesskap, hevdet noen. Det ble imidlertid også vist til flere eksempler på kommuner som jobber godt med kvalitetsarbeid, samt den private aktøren Norlandia som har et eget ledelses- og kvalitetsakademi. Videre ble det diskutert i én gruppe at å sikre at legene deltar i kvalitetsarbeid er en lederoppgave. Manglende ledelse og manglende lederopplæring bidrar til at legene i for liten grad blir trukket inn i kvalitetsarbeid.

GBD (Geriatrisk Basis Datasett) er integrert i kommunens journalsystem (Profil), og fremheves som lovende. Det er et helsefaglig beslutningsstøttesystem til bruk i sykehjem.<sup>6</sup>

I hvilken grad er legene en del av det tverrfaglige arbeidsfellesskapet i sykehjem? Her kom det fram at hvis legene opplever at de ikke har tid/kapasitet til dette, er det i utgangspunktet for få legerressurser i kommunen. Det ble også stilt spørsmål ved hvor interesserte legene er i å være en del av et tverrfaglig fellesskap. Også her opplevde møtedeltakerne at det er det variasjon.

Når det gjelder *rekruttering* av leger med erfaring og kompetanse, ble det beskrevet som en generell utfordring. Erfaringen var at det er enklere i store byer, men veldig vanskelig andre steder. Det trengs mer kunnskap om rekrutteringsutfordringer nasjonalt sett, mente deltakerne. Og det er særlig vanskelig å rekruttere leger med (riktig) spesialisering: allmennmedisin. Det ble trukket fram at det er mange nyutdannede søkere til legestillinger på sykehjem, men at de ikke alltid vet hva arbeid på et sykehjem i dag innebærer.

Temaet *krav om spesialisering* for leger ansatt i den kommunale helse- og omsorgstjenesten var en del diskutert på møtet. På det tidspunktet dialogmøtet ble avholdt, var forskriften fortsatt ute på høring, men 19.12.18 ble endringene i Forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger (spesialistforskriften) vedtatt. Endringene innebærer blant

annet krav om veiledning gjennom hele utdanningsløpet, fortløpende tilbakemeldinger i det daglige arbeidet (supervisjon) og krav om å oppnå læringsmål.<sup>7</sup> Da temaet om hvordan man som kommune skal klare å imøtekomme lovkravet kom opp, var det flere av deltakerne som mente at det blir krevende å ivareta kravet. Deltakerne stilte spørsmål ved hvordan det skal organiseres og hvem som skal stå for det. Forslag og synspunkter rundt hvordan dette skal organiseres finner vi blant annet i “Spesialistutdanningen i allmennmedisin, samfunnsmedisin og arbeidsmedisin. Utredning om organisering og gjennomføring” (Helsedirektoratet 2017). I en kommentar til teksten i etterkant av møtet, fremhevet en deltaker at det er positivt dersom forskriftsendringene på sikt medfører at det blir flere spesialister i allmennmedisin på sykehjem. Samtidig ble det uttrykt en bekymring for at mange sykehjemsleger må ut av sykehjemmet for å ha fastlegepraksis i en periode for at kommunen skal møte kravet i forskrift om kompetansekrav for leger. I forskriften heter det at “minst to år av spesialistutdanningen i allmennmedisin skal gjennomføres i åpen uselektert allmennpraksis.”

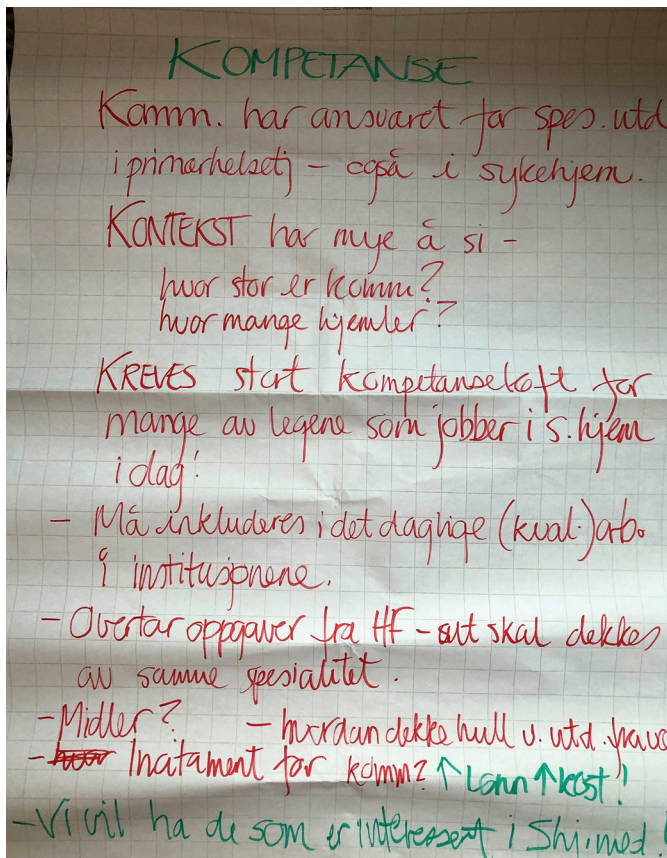
Blant deltakerne på møtet var det flere som mente at kommunene forholdt seg (for) lite til den nye spesialistordningen, og at det var lite initiativ til å imøtekomme nye krav (her vil det helt sikkert være variasjoner). På den annen side ble det argumentert for at økt kompetanse blant kommunalt ansatte leger er viktig å tilrettelegge for og prioritere økonomisk. Det er imidlertid viktig å presisere, som bemerket fra en annen av deltakerne, at lovkrav ikke er valgfrie å følge. Det er imidlertid et faktum at det er svært krevende å implementere nye forskriftsendringer som får økonomiske konsekvenser uten at det later til at det følger med økonomiske midler. Alt i alt er det riktig å oppsummere deltakernes synspunkt på kravet om spesialisering med at dette er en god tanke, men at man stiller seg spørsmål om hvordan det skal implementeres i praksis.

Når det gjelder oppdatering gjennom kurs og videreutdanning ble det også stilt spørsmål ved hvordan man best kan få det til. Hvem skal vikariere for legen når vedkommende er på kurs osv.? Spørsmålet ble tatt opp i flere grupper, men det var en erkjennelse at dette er noe man bare må få til, for eksempel ved å holde det samme kurset flere ganger.

#### FORSLAG TIL HVORDAN KOMPETANSEN KAN ØKES:

- **Spesialistutdanning er viktig**, men det er flere spesialiteter som er relevante for arbeidet i sykehjem/omsorgsboliger. Spesialist i allmennmedisin, geriatri, indremedisin og alderspsykiatri kan være relevante spesialiteter.
- Det bør være et krav fra kommunen til fastleger som jobber i sykehjem om systematisk opplæring (jf. Forskrift om kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten).
- Legene må få en kompetanseplan (dette er pålagt for leger i spesialisering, jf. ny spesialistforskrift).
- Det er mange yngre leger som jobber i sykehjem mens de venter på LIS1. Det må stilles krav om at leger som jobber i vikariat på sykehjem i påvente av oppstart i LIS1-stilling må ha strukturert veiledning, og en erfaren lege må være tilgjengelig for å gi supervisjon daglig. Det bør også legges til rette for at de kan delta i smågrupper og andre læringsaktiviteter.
- Noe av sykehjemslegens oppgave skal være å lære opp andre. Dette må formaliseres, det vil si at arbeidsoppgaver må inn i arbeidsbeskrivelser.
- Spesialisthelsetjenesten bør bidra med personell for å gjennomføre LIS1. Styrket kompetanse i kommunen vil også komme spesialisthelsetjenesten til gode.
- Det er behov for maler som kan brukes i arbeidet på sykehjem.

- Det er mange områder der man kan og bør heve kompetansen: demens, smerte og palliasjon nevnes hyppig.
- Det bør være fokus på læringskulturer, heller enn entydig fokus på å avdekke feil/avvik.
- Legene må delta i et tverrfaglig arbeidsfellesskap.
- Det er behov for opplæring knyttet til felles pasienter, på tvers av sykehjem og hjemmetjeneste, det vil si en felles læringsarena for både leger i sykehjem og fastleger.
- Praksiskonsulentordning er en nyttig ordning.
- Kompetansehevingen bør ta utgangspunkt i Pasientsikkerhetsprogrammet.
- Det er behov for mer internundervisning, for eksempel "matpakkekurs".
- Kvalitetsarbeid bør integreres som en del av driften av sykehjem (jf. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten).
- Det bør utarbeides kvalitetshåndbøker.
- Læringsnettverk og sykehjemslegenettverk. Gjensidig læring i nettverk. Dette kan også fungere som veiledning fra de erfarne til de unge.
- Samarbeide med fylkesmannen om kursrekker.
- Samarbeide med Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT).



**Figur 2** Oppsummering av oppgave 2

## 4.3 TEMA 3: SAMHANDLING OG DIGITAL STØTTE

### PROBLEMFORSTÅELSE

Å få til god samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten beskrives som en generell utfordring av deltakerne. Selv om det er satt i gang en rekke tiltak for å styrke samhandlingen, er det likevel mye å gå på, mente alle. God samhandling styrker kvaliteten på tjenestene, og derfor er det viktig å etterstrebe best mulig samhandling. Et poeng som ble trukket fram var at overføring av pasienter skjer mer på et administrativt nivå enn et faglig nivå. En annen gruppe mente noe tilsvarende, at samhandling for ofte foregår på toppnivå og ikke mellom fagfolk som ser pasienten. Det skjer "aldri" at en lege på sykehus kontakter en lege på sykehjem, var tema i en gruppe. Det er behov for mer kommunikasjon mellom sykehus og sykehjem. Og det er særlig behov for mer kommunikasjon mellom legene, for eksempel for diskusjon av behandlingsopplegg. Legene kan også ha nytte av å utveksle informasjon seg imellom omkring pasienter.

En gruppe trakk også fram at det er et problem at det er manglende samhandling mellom fastlegen og bestillerkontor. Fastlegene vet ofte ikke om de vedtakene som gjøres på bestillerkontoret. Videre ble det tatt opp at det gjerne er forskjell på samhandling i små og store kommuner. I store kommuner er det vanskelig å holde oversikt, og man trenger en struktur som ikke finnes i dag, mente en gruppe.

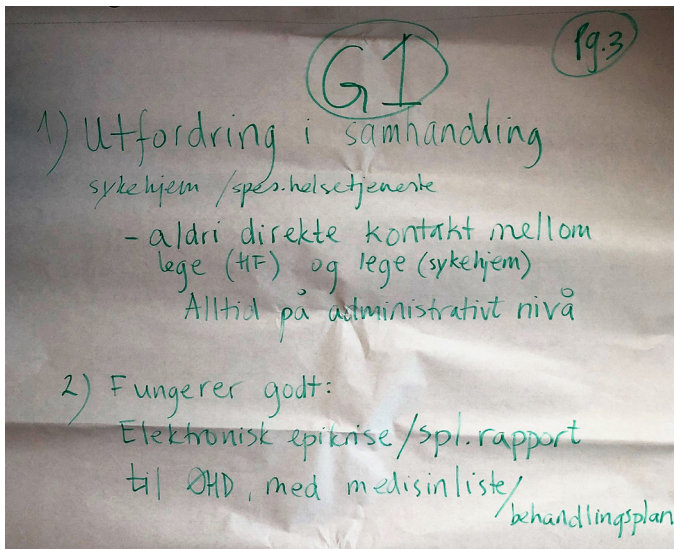
Et mye diskutert tema når det gjaldt samhandling var IKT-systemene i sektoren. Det er mange samhandlingsutfordringer som utløses av for dårlige IKT-systemer, etter deltakernes mening. Av mer konkrete analyser av problemet, mente flere at det er en utfordring at det ikke er et felles IKT-system i kommunen (innenfor helse og omsorg). Videre var det flere som argumenterte for at EPJ-systemene ikke er tilpasset sykehjemslegens behov, og følgelig er "for dårlige", med hovedvekt på at de har for dårlig funksjonalitet. Sykehjemsleger er for eksempel ikke inne i reseptmodulen på e-resept, hvilket representerer en risiko for oppfølging av pasientens legemidler. Sykehjemsleger kan heller ikke sende elektronisk henvisning. Men pleie- og omsorgsmeldinger (PLO-meldinger) blir sagt å fungere godt. PLO er imidlertid ikke en åpen kanal til sykehuset når pasienten er skrevet ut. Kvalitet og tid før sykehjemslegen har epikrisen fra sykehuset var også et tema. Det var varierende oppfatninger omkring dette. Noen mente at epikrisen kommer for sent, mens andre mente at tidene nå var akseptable. Uansett pekte mange på problemer med overføring av legemiddelinformasjon når pasienten skifter omsorgsnivå.

Avslutningsvis nevner vi et annet tema som ble skissert som viktig å ta tak i videre. Det var knyttet til muligheten for å få råd og veiledning per telefon fra spesialisthelsetjenesten. Et slikt tilbud ble beskrevet som bra, men at det da er nødvendig at man får erfarne leger/spesialister på tråden, og ikke nyutdannede.

Temaet "velferdsteknologi" ble det lite tid til å ta opp, og det ble ingen skikkelig diskusjon rundt det.

## FORSLAG FOR Å STYRKE SAMHANDLINGEN

- Gode samhandlingsavtaler er viktig!
- Skriv avvik når samhandlingsavtalene ikke overholdes.
- **Det er viktig med helhetlige pasientforløp i kommunene og større fokus på overganger.**  
Det må settes av ressurser for å jobbe med overganger. Det må lages brobyggerfunksjoner.
- **Innføring av et felles dokumentasjonssystem**
- Man må få elektronisk epikrise samme dag som pasienten skrives ut av sykehus.  
Denne må sendes både til fastlege og til lege i sykehjem når pasienten trenger snarlig oppfølging. Epikrisen bør være mottatt før avreise fra sykehus.
- For leger i sykehjem bør det være enklere tilgang til spesialister, for eksempel i sykehus.
- Leger i sykehus og sykehjemsleger må snakke sammen når en pasient skrives ut av sykehus til sykehjem. Dette må forskriftsfestes!
- Medisinlister må overføres på en stabil måte.
- Beslutningsstøttesystemer, varsling ved interaksjoner mellom medikamenter og feilmedisinering bør være integrert i journalen på sykehjem.
- En rutine der pasienten alltid får time hos fastlegen for eksempel ca. 2 uker etter korttidsopphold – dette må gjøres fra sykehjemmet.



**Figur 3** Oppsummering av oppgave 3

## 5. REGISTERDATA OG STATISTISKE ANALYSER

### SENTRALE RESULTATER:

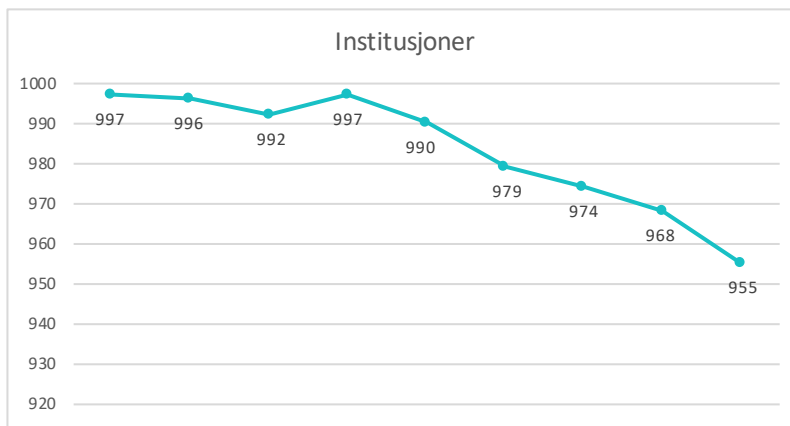
- Til tross for nedgang i antall sykehjemsplasser har antall pasientopphold økt som følge av flere korttidsopphold (særlig knyttet til utredning og rehabilitering) og kortere levetid for dem på langtidsopphold. Det var i 2017 om lag 20 opphold per korttids plass, hvilket tilsier en gjennomsnittlig liggetid på om lag 19 døgn. Liggetiden er blitt noe kortere, flere pasienter er «innom».
- Det er en tendens til økende bistandsbehov for de innlagte både ved korttids- og langtids plassene i sykehjem.
- En rekke sykehjem har fått ansvar for akuttmedisinsk beredskap, og det har vært en økning i antall øyeblikkelig hjelp døgnopphold.
- Antall dødsfall i sykehjem har økt.
- *Det er rimelig å anta at disse fire forholdene har generert behov for betydelig mer medisinsk rettet arbeid i sykehjem de siste årene.*
- Antall legeårsverk i sykehjem har økt betydelig i samme periode. Det er nå 0,55 legetimer per beboer per uke, mot 0,34 i 2009. Det er om lag 70 pasienter per årsverk, mot 108 i 2009. Økningen i legeårsverk mellom 2010-2016 var på 31%.
- Legene i sykehjem er i stigende grad blitt kommunalt ansatte, mens det er blitt færre næringsdrivende fastleger.
- Den «gjennomsnittlige legen» i sykehjem i 2017 var kvinne, 45 år og arbeidet 49% i sykehjem. I 2011 var det flest menn, de var litt eldre og hadde lavere stillingsprosent. Kun 24% av legene hadde i 2017 fulltidsstilling, men andelen har vært økende.
- Dataene om sykehjemslegene tyder på høy turnover og liten kontinuitet. Kun 10% av legene arbeidet på sykehjem både i 2011, 2014 og 2017.
- Sykepleiere og fysioterapeuter samarbeider med leger om det medisinskfaglige tilbudet. I perioden 2010-2016, var det en økning i sykepleieårsverk og fysioterapiårsverk i sykehjem på henholdsvis 17 og 22%.
- Kun 49% av beboere (67 år og eldre) på langtidsopphold i institusjon hadde i 2017 hatt legemiddelgjennomgang i løpet av de siste 12 måneder, mens kun 38% av beboerne (50 år og eldre) var vurdert av tannhelsepersonell i løpet av de siste 12 måneder.
- Disse tallene er basert på innrapporterte data fra alle norske kommuner. Slike registerdata er beheftet med en viss usikkerhet på grunn av potensielle feilregistreringer og ulikhet i forståelsen av begrepene og variablene. De må derfor tolkes med forsiktighet.

## 5.1 INNLEDNING

Basert på statistiske data, skal vi i dette kapittelet se nærmere på utviklingstrekk ved sykehjemmene i Norge generelt og den medisinske fagkompetansen der spesielt. Innledningsvis vises utviklingen av antall institusjoner og institusjonsplasser i kommunene fra 2009-2017 samt utviklingen av antall dødsfall mellom 2005-2017. Dernest vises data om legetettheten ved sykehjemmene og data om legene som arbeider der. Sykepleiere og fysioterapeuter er to andre sentrale aktører knyttet til det medisinskfaglige tilbudet, og vi skal derfor se nærmere på tilstedeværelsen til disse to yrkesgruppene i sykehjem. Til slutt viser vi tall om antall legemiddelgjennomganger og beboere som er vurdert av tannhelsepersonell i løpet av de siste 12 måneder.

## 5.2 GENERELLE UTVIKLINGSTREKK VED SYKEHJEMMENE

*Antall helse- og omsorgsinstitusjoner i kommunene*<sup>8</sup> lå stabilt på rundt 997 mellom 2009 til 2012 og ble deretter gradvis redusert fram til 2017, da det var 955 igjen (Figur 4). Den prosentvise nedgangen de siste fem årene er på 4,2%. Størst reduksjon foregikk fra 2016-2017. I 2017 var det 38 ideelle institusjoner og 36 kommersielle, alle privat drevet. De resterende 881 var kommunale.

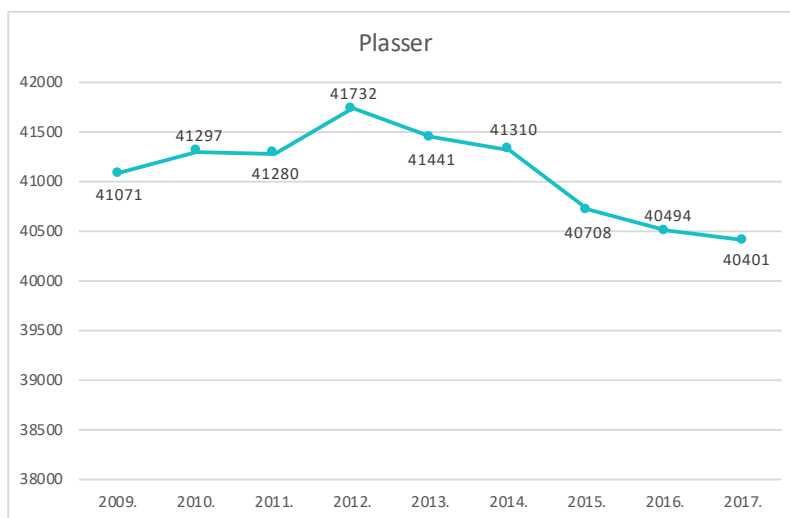


**Figur 4:** Antall helse- og omsorgsinstitusjoner i kommunene (2009-2017)

Kilde: Statistisk sentralbyrå: <https://www.ssb.no/statbank/table/09929>

Også når det gjelder antall plasser totalt i disse institusjonene, har det skjedd en reduksjon fra 2012. Figur 2 viser at det mellom 2009-2012 ble 661 flere plasser i disse institusjonene, mens det i perioden 2012-2017 ble 1331 færre plasser. Dette utgjør en kapasitetsreduksjon på 3,2% etter 2012. I 2017 var 89% av plassene kommunalt drevne, mens 6% var privat kommersielt drevne og 5% privat ideelle.

<sup>8</sup> Med helse- og omsorgsinstitusjoner i kommunene (KOSTRA-funksjon 253) menes primært sykehjem eller sykehjemlignende institusjon som rapporteres i KOSTRA-skjema 5. Et kjennetegn er at beboerne ikke eier eller leier boligen og ikke betaler husleie. Heldøgns omsorgsboliger regnes i utgangspunktet ikke med her. Beboere i omsorgsboliger mm. rapporteres i KOSTRA-skjema 4, og skilles dermed fra plasser i helse- og omsorgsinstitusjoner. Det er imidlertid kommunene som selv klassifiserer dette, og det er ingen garanti for at dette gjøres helt likt. Se for øvrig rapportens metodedel.



**Figur 5:** Antall plasser i helse- og omsorgsinstitusjoner<sup>9</sup> i kommunene (2009-2017)

Kilde: Statistisk sentralbyrå: <https://www.ssb.no/statbank/table/09929> og <https://www.ssb.no/helse/statistikker/pleie>

Det er antall langtidsopphold som er blitt redusert, mens antall korttidsopphold har økt (særlig knyttet til utredning og rehabilitering). Mellom 2013-2017 ble antall langtidsopphold redusert med 3,6%, mens antallet tidsavgrensede opphold ifølge SSB økte med 3,1%<sup>10</sup>. Det var i 2017 til sammen 19,6 opphold per korttids plass/tidsavgrenset plass i løpet av et år, hvilket tilsier en gjennomsnittlig liggetid på 2,7 uker, eller om lag 19 døgn. Dette er en svak økning fra 2015<sup>11</sup>. Det er tidsavgrensa opphold til utredning/behandling og habilitering/rehabilitering som har økt, mens avlastningsopphold har minnet<sup>12</sup>. Gjennomstrømningen i form av antall personer per plass er også svakt økende de siste årene. Beleggsprosenten for institusjonsplassene er høy (98-99%). Det er altså blitt flere inneliggende pasienter på sykehjemmene til tross for færre antall plasser. Dette grunner seg i at liggetiden er blitt kortere. Flere pasienter er «innom».

*I tillegg* til dette har kommunene etter samhandlingsreformen etablert øyeblikkelig hjelp-døgnoppholdstilbud (ØHD) i sykehjem. Fra 2016 ble dette lovpålagt for somatiske pasienter og fra 2017 også for pasienter med psykisk helse- og rusmiddelproblemer. I 2015 var det totalt 17 811 slike øyeblikkelig hjelp døgn i kommunene. Dette steg til 59 955 i 2016 og til 175 177 i 2017, altså en meget sterkt økning<sup>13</sup>. Det skilles ikke her på hvor mange av disse oppholdene som er lokalisert på sykehjem kontra i lokalmedisinske sentre, legevakt eller andre enheter. En kartlegging fra 2015 viste da at 41% av tilbudene var lokalisert på sykehjem og at 7 av 10 kommuner hadde etablert sengene i samarbeid med andre kommuner. Det er også ulike legetilsynsordninger knyttet til disse sengene; egne leger, sykehjemsleger, legevaksleger og andre vaktordninger. Alle kommuner har sykepleier på vakt hele døgnet (Skinner, 2015). Nyere tall oppgitt av Helsedirektoratet viser at i 2016 var 60% av ØHD-tilbudet lokalisert på sykehjem.

<sup>9</sup> Langtids- og tidsbegrensede plasser i sykehjem og aldershjem. Ikke inkludert omsorgsbosted og andre typer bosteder.

<sup>10</sup> Kilde: Statistisk sentralbyrå: <https://www.ssb.no/helse/statistikker/pleie/aar>

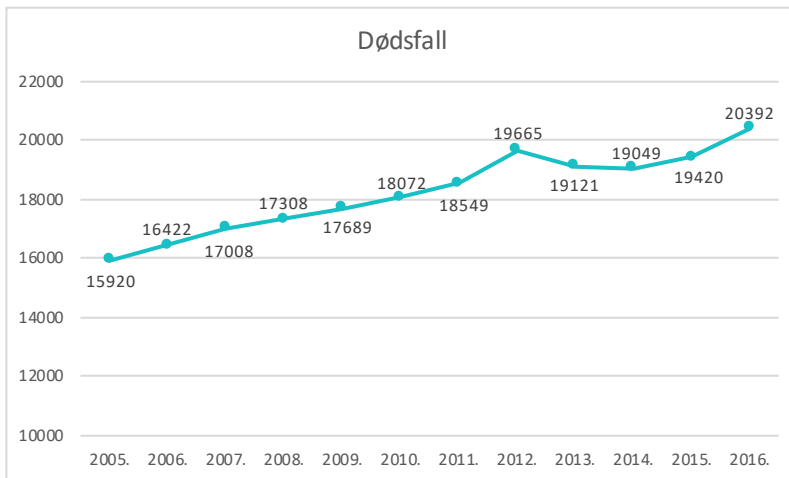
<sup>11</sup> Kilde: Statistisk sentralbyrå: <https://www.ssb.no/statbank/table/12293/>

<sup>12</sup> Kilde: Statistisk sentralbyrå: <https://www.ssb.no/statbank/table/11644/>

<sup>13</sup> Kilde: Statistisk sentralbyrå: <https://www.ssb.no/statbank/table/11644/>



Vi viser i Figur 6 at antall dødsfall i sykehjem har økt i perioden 2005-2016. Dette får betydning for ressursbruk til medisinske tjenester ettersom den medisinske oppfølgingen er særlig omfattende i livets slutfase, særlig knyttet til smertelindring og annen symptomlindring. Det er særlig lege- og sykepleiekompetanse som er avgjørende her.

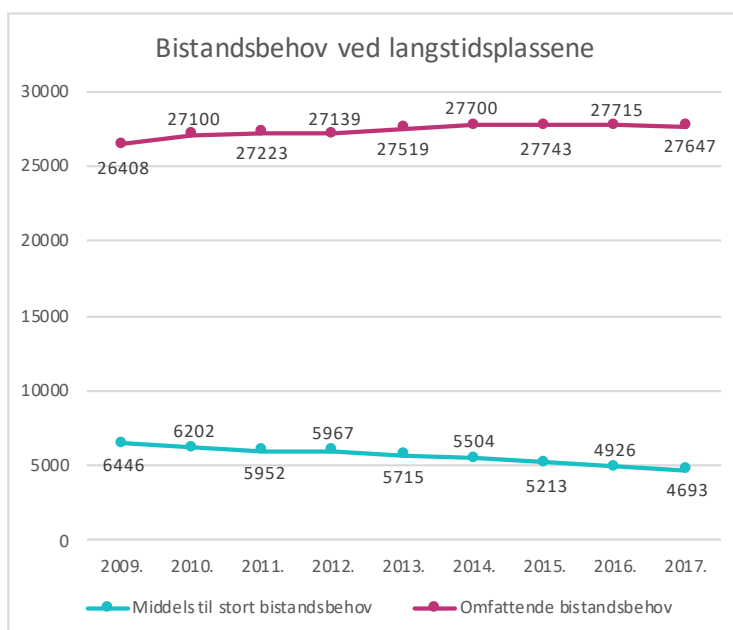


**Figur 6:** Antall dødsfall i sykehjem (2005-2016)

Kilde: Folkehelseinstituttet – statistikkbank, tabell D3: Dødsfall, etter dødssted: <http://statistikkbank.fhi.no/dar/>

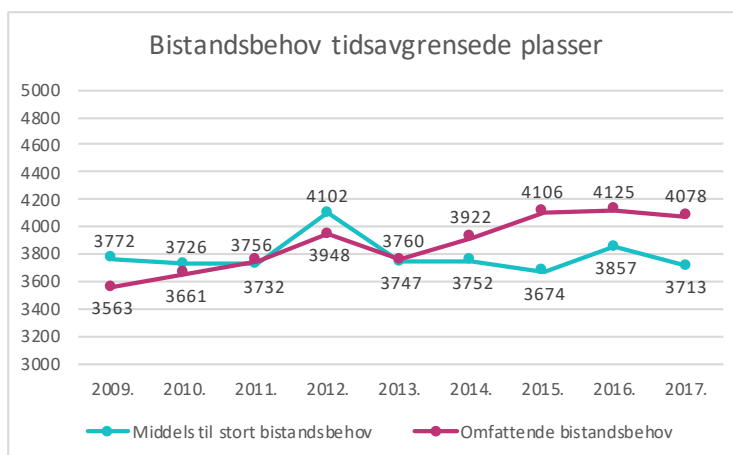
Analyser utført av Helsedirektoratet (Kjelvik & Jønsberg, 2017) viste at gjennomsnittlig botid for personer på langtids plass var to år før dødsfall, varierende fra død allerede ved innleggelsestidspunktet til 26 års botid. Botiden er blitt kortere i de senere år, men varierer mellom kommunene. Av de største byene hadde Tromsø lengst gjennomsnittlig botid på 2 år og 4 måneder, mens Fredrikstad kun hadde 1 år og 7 måneder. Andelen døde etter et halvt års botid var høyest i Kristiansand (34%) og lavest i Tromsø (19%). Personer med demens og psykiske lidelser hadde noe lengre botid enn personer med kreft og lungelidelser.

En annen faktor som har betydning for behovet for medisinske oppfølgingstjenester, er beboernes bistandsbehov. Vi skal derfor i de to neste figurene vise nivået og utviklingen av bistandsbehov for langtids- og korttids plassene på sykehjem mellom 2009-2017.



**Figur 7:** Bistandsbehov ved langtidsplassene i sykehjem (2009-2017)

Kilde: Statistisk sentralbyrå: <https://www.ssb.no/statbank/table/06971/>



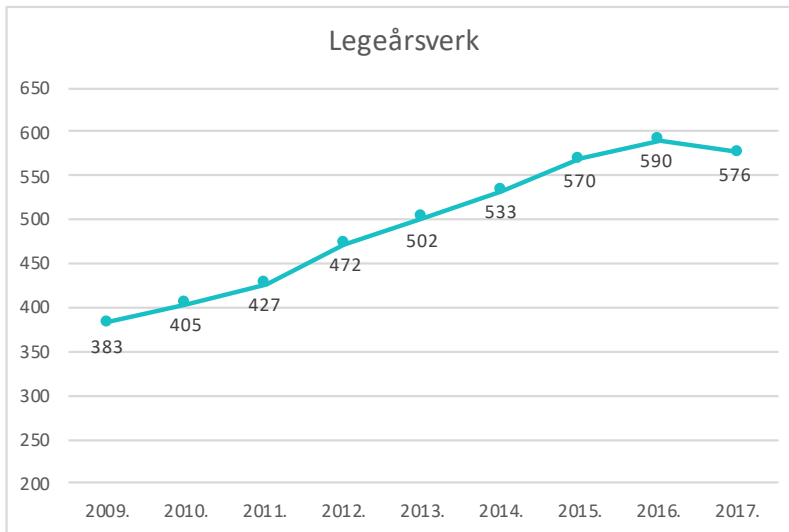
**Figur 8:** Bistandsbehov ved tidsavgrensede plasser (2009-2017)

Kilde: Statistisk sentralbyrå: <https://www.ssb.no/statbank/table/06971/>

Figur 7 og Figur 8 viser en tendens til økende bistandsbehov for de innlagte både ved korttids- og langtidsplassene i sykehjem. Til tross for at det er blitt færre sykehjems plasser (Figur 2), er omløpshastigheten økt, og pasientene har hatt et økt bistandsbehov. Bistandsbehovet har ifølge registreringene imidlertid gått litt ned mellom 2016-2017, og det gjenstår å se om denne nye utviklingen vil fortsette.

### 5.3 LEGETETTHET

Det er altså blitt flere pasienter og større gjennomstrømning av pasienter på sykehjem, og de har fått noe større bistandsbehov. Dette tilsier økt behov for medisinske tjenester. Vi skal nå se om utviklingen i antall legeårsverk i sykehjem fra 2009-2017 har fått konsekvenser for denne endringen.



**Figur 9:** Legeårsverk i institusjoner for eldre og funksjonshemmede (2009-2017)

Kilde: Statistisk sentralbyrå: tabell 03807: Legeårsverk i kommunehelsetenesta/institusjoner for eldre og funksjonshemmede 2002-2016: <https://www.ssb.no/statbank/table/03807> og tabell 11996: Legeårsverk i kommunale helse- og omsorgstjenester/helse- og omsorgstjenester i institusjon 2015-2017: <https://www.ssb.no/statbank/table/11996>

I perioden 2009 til 2016 har det vært en betydelig stigning i antall legeårsverk i sykehjem og sykehjemlignende institusjoner i kommunene. Det var i 2017 registrert 576 slike legeårsverk. Dette var imidlertid en nedgang på 14 årsverk sammenlignet med 2016. Nedgangen har primært skjedd i KOSTRA-gruppe 13 (de store kommunene utenom de fire største byene), mens KOSTRA-gruppe 14 (Bergen, Trondheim og Stavanger) har hatt økning i legeårsverk. Oslo hadde samme antall årsverk (64), mens det i Bergen økte fra 41-49. Den totale nedgangen mellom 2016-2017 er imidlertid et unntak. En sannsynlig forklaring på nedgangen er at det i 2017 var mulig å innrapportere legeårsverk spesifisert til øyeblikkelig hjelp døgnopphold i kommunene, og det ble dette året rapportert 120 legeårsverk knyttet til disse sengene i tillegg til de 576 nevnte. En ikke uvesentlig del av disse 120 årsverkene må antas å være knyttet til ØHD-tilbudene som er lokalisert i sykehjem. Sannsynligvis har veksten i legeårsverk i sykehjem i realiteten fortsatt å øke mellom 2016-2017. Økningen i legeårsverk fra 2010-2016 var på 31 %.

Vi skal nå, i Tabell 1, studere utviklingen av legeårsverk mer i detalj, først knyttet til legenes avtaleform. Dernest skal vi sammenholde utviklingen av legeårsverk med antall institusjonsplasser. Er det blitt flere eller færre leger per institusjonsplass? Eller spurt på en annen måte: har antall institusjonsplasser per legeårsverk blitt mindre eller større?

**Tabell 2:** Legeårsverk og institusjonsplasser per legeårsverk (2009–2017)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<b>Alle årsverk leger</b>	383	405	427	472	502	533	570	590	576
Kommunalt ansatte leger	183	201	230	280	312	346	373	425	428
Næringsdrivende fastleger	154	148	147	140	141	131	133	114	98
Turnuslege	23	30	31	33	36	38	38	38	38
Næringsdrivende leger utenfor fastlegeordningen	24	26	21	19	13	19	25	13	13
<b>Legeårsverk per 10 000 innbyggere</b>	0,8	0,8	0,9	0,9	1,0	1,0	1,1	1,1	1,1
<b>Antall plasser</b>	41071	41297	41280	41732	41441	41310	40708	40494	40401
<b>Antall plasser per årsverk leger</b>	108	102	97	88	82	77	71	69	70

Kilde: Statistisk sentralbyrå: [www.ssb.no/tabell/11996](http://www.ssb.no/tabell/11996)

Legene i sykehjem er i stigende grad blitt kommunalt ansatte, mens det er blitt færre institusjonsleger som er registrert som næringsdrivende fastleger.

*Variasjon i legeårsverk:* Avtalte legeårsverk i disse institusjonene per 10 000 innbyggere for landet som helhet har steget fra 0,8 i 2009 til 1,1 i 2017, men har vært stabilt de siste tre årene. Det var Oppland og Troms som hadde høyest legedekning i 2017 (1,4), mens Vest-Agder hadde lavest (0,8)<sup>14</sup>. Det er imidlertid betydelige forskjeller mellom kommuner. Oslo og Trondheim hadde i 2017 1,0 legeårsverk i sykehjem per 10 000 innbyggere, mens KOSTRA-gruppe 16 (de ti kommunene med høyest frie disponible inntekter per innbygger) hadde dobbelt så mange legeårsverk (2,0). Bergen og Tromsø hadde 1,7, mens Stavanger hadde 1,4. Legeårsverk per 10 000 innbyggere i sykehjem var i 2016 høyest i de «minst sentrale kommunene»<sup>15</sup>. Det er en tendens til at kommuner med høye frie disponible inntekter har høyere legedekning. Disse variablene gir imidlertid kun en grov antydning av «tettheten» av leger i sykehjem ettersom det verken er kontrollert for kommunenes alderssammensetning eller antall sykehjemsplasser.

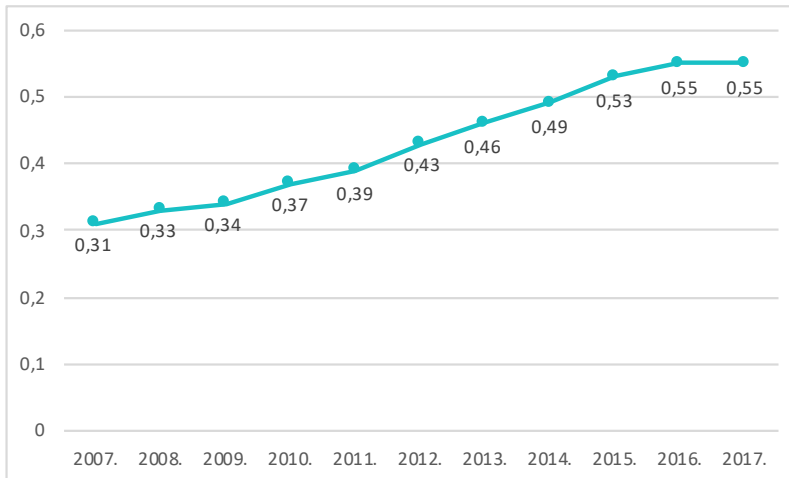
For å studere legetettheten nærmere har vi i Tabell 2 undersøkt antall sykehjemsplasser per legeårsverk i sykehjem ved å sette sammen nest nederste rad (antall plasser) og øverste rad (legeårsverk i institusjonene). Vi finner da (i nederste rad) at *legetettheten har økt betydelig i perioden fram til 2015, for deretter å flate ut*. I 2009 hadde hvert legeårsverk medisinskfaglig ansvar for 108 plasser, det vil si 108 pasienter. I 2017 var dette sunket til 70. Legetettheten har imidlertid ikke fortsatt å øke på samme måte de siste tre årene.

<sup>14</sup> Kilde: Statistisk sentralbyrå: <https://www.ssb.no/statbank/table/11996>

<sup>15</sup> Kilde: 09750: Legeårsverk i kommunehelsetenesta, etter sentralitet, virkeområde og avtaleform (avslutta serie) 2009 – 2016: <https://www.ssb.no/statbank/table/09750>

## LEGETIMER PER BEBOER I SYKEHJEM

Et annet mål for legetetthet er legetimer per beboer per uke i sykehjem og boform med heldøgns omsorg og pleie.



**Figur 10:** Legetimer per beboer per uke i sykehjem

Kilde: Statistisk sentralbyrå: <https://www.ssb.no/statbank/table/12293/> og Direktoratet for e-helse: <https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer/kvalitetsindikator-pleie-og-omsorg/legetimer-for-beboer-i-sykehjem>

Legetimer per uke per beboer i sykehjem i 2017 var på 0,55. Det er ingen endring fra 2016, men en økning på 20% fra 2013. Det er store forskjeller mellom kommuner og fylker. Hordaland hadde høyest antall legetimer per beboer per uke (0,70 timer), mens nabofylket Sogn og Fjordane hadde færrest (0,39 timer).

## BEBOERE PÅ SYKEHJEM VURDERT AV LEGE SISTE 12 MÅNEDER

Andel langtidsbeboere som per 31.12 er registrert vurdert av lege siste år<sup>16</sup> var i 2017 på 55%. Dette var samme andel som i 2016, men det er en økning på 5% fra 2015 og på 35% fra 2009. Det er ikke usannsynlig at flere er vurdert av lege enn disse tallene viser på grunn av mulig underreportering fra kommuner til IPLOS registeret<sup>17</sup>. Tallene viser store variasjoner mellom fylkene. Oslo hadde høyest andel i 2017 med 86 prosent, mens Rogaland hadde den laveste andelen med 33 prosent.

<sup>16</sup> Andeler beregnet per 31.12 inkluderer de som er beboere per 31.12. De som ikke lenger er på sykehjem per 31.12, men som har blitt vurdert av lege tidligere i året ble ikke inkludert i disse beregningene.

<sup>17</sup> Kilde: Direktoratet for e-helse: <https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer/kvalitetsindikator-pleie-og-omsorg/sykehjemsbeboere-vurdert-av-lege-siste-12-mnd#Hovedfunn>

## 5.4 KARAKTERISTIKA VED SYKEHJEMSLEGENE

Vi skal her vise deskriptiv statistikk for leger som jobber i sykehjem i norske kommuner basert på utleverte data fra PAI-registeret for 2011, 2014 og 2017<sup>18</sup>. Totalt var 151 ulike kommuner representert i disse dataene: 103 kommuner i 2011, 108 i 2014 og 124 i 2017. Resultatene fra PAI-dataene gir et bredt bilde, men er på grunn av utvalget ikke nødvendigvis representative for leger i sykehjem i alle kommuner.

Totalt var det 1226 observasjoner fordelt over 799 leger i studieperioden. Det var henholdsvis 321, 407 og 478 observasjoner fordelt over 321, 383 og 448 leger i år 2011, 2014 og 2017. Av de 799 registrerte legene hadde 39,0% mer enn en observasjon på disse tidspunktene, hvilket betyr at de arbeidet på flere av tidspunktene.

**Tabell 3:** Kontinuitet: Andel leger ansatt på sykehjemmene over tid i perioden 2011-2017

Lege-kontinuitet på ulike tidspunkt	Prosent	Antall
Andel av legene som var ansatt på bare ett tidspunkt (2011, 2014 eller 2017)	65.3%	522 leger
Andel av legene som bare var ansatt i 2011 og 2014	6.9%	55 leger
Andel av legene som bare var ansatt i 2014 og 2017	15.1%	121 leger
Andel av legene som bare var ansatt i 2011 og 2017	3.1%	25 leger
Andel av legene som var ansatt på alle tre tidspunktene (2011, 2014 og 2017)	9.5%	76 leger

Disse dataene tyder på stor turnover og liten kontinuitet. Over to tredjedeler av legene arbeidet i sykehjem i kun ett av de tre årene (2011, 2014 og 2017), og bare ca. 10% av legene arbeidet i sykehjem på alle tre tidspunktene. Det er like fullt en viss økning i kontinuiteten med tanke på at mens ca. 7% av alle legene bare var ansatt i 2011 og 2014, økte andelen som bare var ansatt i årene 2014 og 2017 til 15,1%.

### ALDERSSAMMENSETNING

Tabell 2 viser at legene i kommunene var mellom 25 og 80 år gamle. Gjennomsnittsalderen var 47 år i 2011 og gikk ned til 45 år i 2017.

**Tabell 4:** Alderssammensetning blant leger

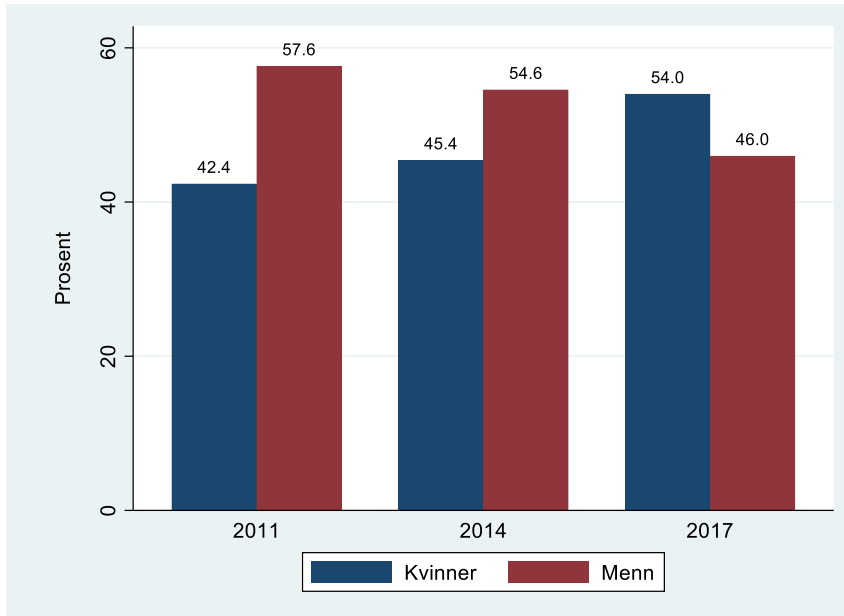
År	Antall leger	Gjennomsnittsalder	SD	Min	Max
2011	321	48	11.7	27	80
2014	383	46	11.8	25	74
2017	448	45	11.3	26	77

Kilde: PAI registerdata

<sup>18</sup> Det er legene i PAI-registeret med KOSTRA funksjonskode 253 (bistand, pleie og omsorg i institusjoner for eldre og funksjonshemmede). I tillegg er 241 (diagnose, behandling, re-/habilitering) og 256 (tilbud om øyeblikkelig hjelp døgnopphold i kommunene) tatt med når oppgitt tjenestested er «Rene aldershjem, kombinerte alders- og sykehjem, og somatiske sykehjem».

## KJØNNSFORDELING

Det har etter 2011 vært en ganske lik fordeling mellom mannlige og kvinnelige leger i sykehjem. Tendensen er imidlertid tydelig: andelen kvinnelige sykehjemsleger er økende, fra 42% i 2011 til 54% i 2017.



**Figur 11:** Kjønnsfordeling blant legene

Kilde: PAI registerdata.

## STILLINGSTITLER

Tabellen under presenterer arbeidstitlene for de 799 legene. De fleste er angitt som leger. Vanligste betegnelse er «lege», mens 8 % av observasjoner har tittel «lege, sykehjem», og 0,5% har «lege spesialist, sykehjem». Noen kommunener oppgir forskjellige titler på samme stilling.

**Tabell 5:** Stillingstitler for legene

Stillingstitler	Prosent
Lege	65
Lege, sykehjem	8
Lege spesialist, sykehjem	1
Overlege, sykehjem	3
Tilsynslege	4
Lege, spesialist	5
Overlege	8
Andre titler	8

Kilde: PAI registerdata.

Disse stillingskategoriene forteller lite om legenes spesialisering og videreutdanninger. Helsedirektoratet gjorde imidlertid i 2018 en spesialbestilling til Statistisk sentralbyrå som viste at av de 590 legeårsverkene i 2016 var ca 380 årsverk (64 %) besatt av fast ansatte leger på sykehjem, mens de resterende 210 årsverk var fordelt på fastleger i ofte små stillingsbrøker.

### STILLINGSSTØRRELSER

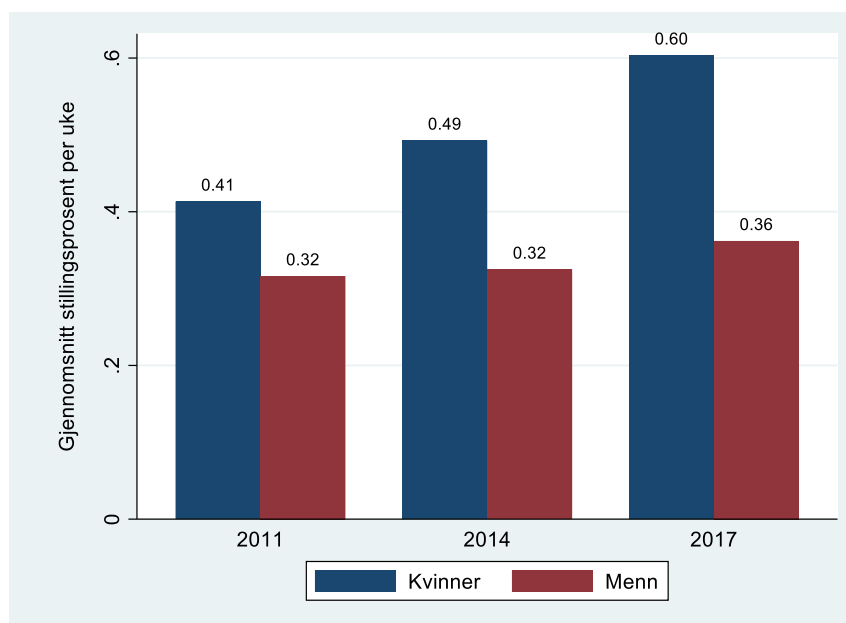
Legenes stillingsprosent varierte fra 2 % til 110 %. Gjennomsnittlig stillingsprosent økte fra 36 % i 2011 til 49 % i 2017. I 2017 hadde 16 % av legene under 25 % stilling og 33 % under 50 %. 36 % av dem hadde en stillingsprosent mellom 75-100 %. Median stillingsprosent var 20 % i 2011 og deretter økte den til 40 % i 2017. Kun 11 % av legene hadde fulltidsstilling i 2011. I 2014 var dette steget til 14 % og til 24 % i 2017. Selv om stillingsstørrelsene er sterkt økende, er det normale legearbeidet på sykehjem ennå ikke blitt et heltidsarbeid, men et arbeid som i stor grad kombineres med annet legearbeid.

**Tabell 6:** Stillingsstørrelse blant legene.

År	Antall leger	Gjennomsnitt	SD	Median	Min	Max	1.kvartil	2.kvartil	3.kvartil	4.kvartil
2011	321	36	29	20	3	100	11	19	37	86
2014	383	40	31	24	3	100	16	23	39	88
2017	448	49	34	40	2	110	16	33	64	100

Kilde: PAI registerdata. Stillingsprosent er "den prosent den ansatte får grunnlønn etter" (1.00 = 100% = 37,5 timer per uke).

Vi skal også vise kjønnsforskjeller når det gjelder stillingsstørrelse blant legene.



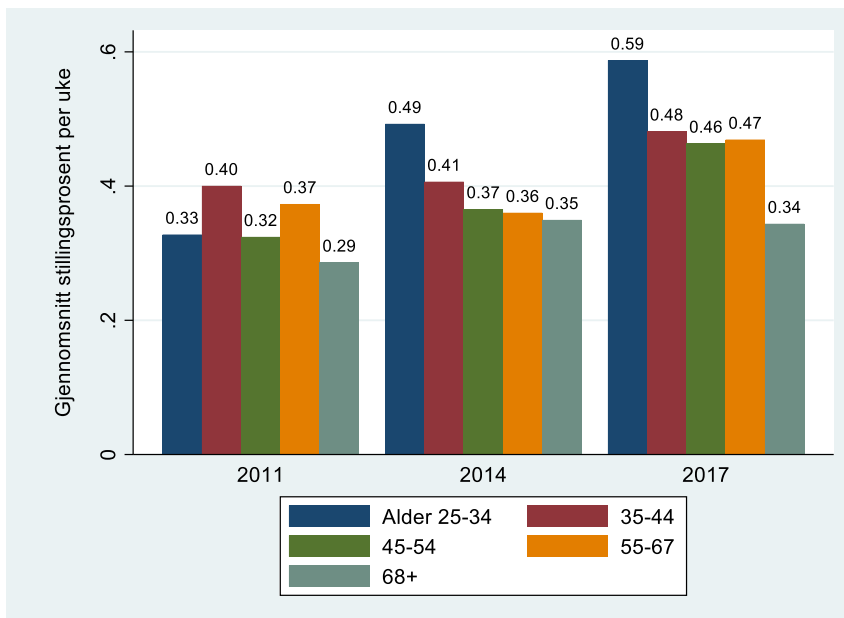
**Figur 12:** Stillingsstørrelse og kjønn blant legene.

Kilde: PAI registerdata.



De kvinnelige legene hadde signifikant større stillingsprosent enn menn på alle tre tidspunktene og forskjellene var økende i perioden. I 2017 var gjennomsnittlig stillingsprosent for kvinnene 60 og for mennene 36. Det er altså de mannlige legene som i størst grad kombinerer sykehjemsarbeidet med annet legearbeid.

Vi skal dernest vise sammenhengen mellom stillingsstørrelse og alder. I 2011 var det ingen signifikante forskjeller ( $p > .05$ ) i stillingsprosent mellom leger i den yngste aldersgruppen (25-34 år) sammenlignet med leger i hver av de andre aldersgruppene. I 2014 og 2017 var det høyest stillingsprosent i den yngste aldersgruppen.



**Figur 13:** Stillingsstørrelse og alder

Kilde: PAI registerdata.

## TILSETNINGSFORHOLD

Alle sykehjemslegene var i PAI-registeret registrert som fast ansatte i 2011, og nesten alle i 2014 og 2017. Bare noe få (mellom 0,5 og 1,8 %) var timelønnet på de siste to tidspunktene. Dette betyr ikke at de var kommunalt ansatte, men at de hadde en annen fast avtale og dermed ikke var timelønne. Vi så foran, basert på Helsedirektoratets spesialbestilling til SSB, at av de 590 legeårsverkene i 2016 var ca 380 årsverk (64 %) besatt av fast ansatte leger på sykehjem, mens de resterende 210 årsverk var fordelt på fastleger i ofte små stillingsbrøker.

## HJEMMEVAKT OG OVERTID

*Hjemmevakt* er en sjelden ordning blant sykehjemslegene. Kun 1 % av legene hadde en slik ordning i 2011 og 2017, ifølge PAI-dataene, og ingen i 2014.

*Overtid:* Det er også forholdsvis få, men likevel økende, andeler av de fulltidsarbeidende legene som arbeider overtid. I 2011 gjaldt dette kun 2 %, i 2014 gjaldt det 3 % og i 2017 var andelen steget

til 9 %. Antall timer overtid per år varierte i 2017 mellom 1 og 154 timer, med et gjennomsnitt på 28 timer.

**Oppsummert:** når det gjelder karakteristika ved sykehjemslegene, kan vi merke oss at antall leger i sykehjem øker over tid (slik vi også så i Tabell 2 og Figur 9 basert på data fra Statistisk sentralbyrå). Det er en særlig økning av andelen kvinnelige sykehjemsleger. Det er videre en trend mot økt stillingsprosent etter 2011, særlig blant kvinner og unge leger. Den «gjennomsnittlige legen» i sykehjem i 2017 arbeider 49 % og er 45 år. Det er en svak trend mot lavere alder på sykehjemslegene. Kun 24 % av legene hadde fulltidsstilling i 2017. Vi har ikke data om hva disse legene kombinerer sykehjumarbeidet med. Tallene tyder på stor turnover i stillingene. Kun 10 % var ansatt både i 2011, 2014 og 2017.

## 5.5 SYKEPLEIETETTHET

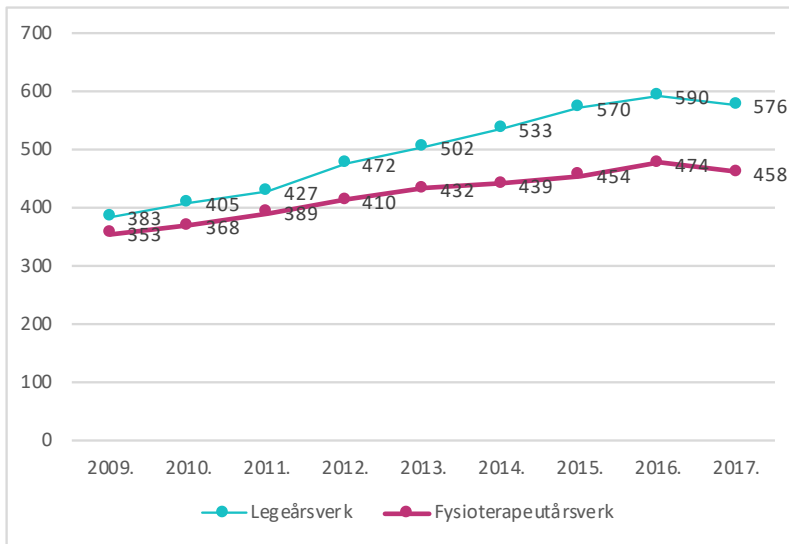
Sykepleiere er sammen med legene de sentrale aktørene og samarbeidspartnerne knyttet til det medisinskfaglige tilbudet på sykehjem. Sykepleierne arbeider tettere på pasientene enn legene og er ofte de som først observerer endringer i pasientenes medisinske tilstand. De er dessuten den yrkesgruppen som oftest setter i verk, følger opp og rapporterer tilbake resultater av legens medisinske forordninger. Sykepleierdekning per plass/pasient er dermed et viktig mål for kvaliteten av det medisinskfaglige arbeidet på sykehjemmene. SSB-banken viser kun data om sykepleierårsverk innen hele omsorgstjenesten som helhet (inkludert hjemmetjenestene). Disse tallene gir derfor ikke et gyldig bilde av sykepleierdekningen på sykehjem. Helsedirektoratet gjorde imidlertid en spesialbestilling til Statistisk sentralbyrå i 2018 for perioden 2010-2016, som viste at antall sykepleierårsverk i institusjon i kommunene hadde steget fra 13 347 i 2010 til 16 156 i 2016, hvilket er en økning på 17 %. Første linje i tabellen under er basert på denne spesialbestillingen. Vi så foran at økningen i legeårsverk var på 31 % i samme periode.

**Tabell 7:** Sykepleierårsverk og institusjonsplasser per sykepleierårsverk (2010-2016)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Alle årsverk sykepleiere	13 347	13 922	14 420	14 879	15 143	15 756	16 156
Antall plasser	41297	41280	41732	41441	41310	40708	40494
Antall plasser per årsverk sykepleiere	3,09	2,97	2,80	2,79	2,73	2,58	2,51

## 5.6 FYSIOTERAPEUTTETTHET

Det har også vært en vekst i antall fysioterapiårsverk i institusjoner for eldre og funksjonshemmede hele perioden fra 2009-2017 bortsett fra 2016-2017. Mellom 2010 og 2016 var det en økning på 22 %. Veksten er imidlertid mindre enn for legeårsverkene. I hele perioden er det kommunalt ansatte med fast lønn som dominerer, slik det også er for legene.



**Figur 14:** Antall fysioterapi- og legeårsverk i institusjoner for eldre og funksjonshemmede

Kilde: Statistisk sentralbyrå: <https://www.ssb.no/statbank/table/12293/>, <https://www.ssb.no/statbank/table/03808> og <https://www.ssb.no/statbank/table/11995>

Et annet mål for fysioterapeuttetthet er fysioterapitimer per beboer per uke i sykehjem. Vi så i Figur 7 at legetettheten i 2017 var på 0,55 legetimer per beboer per uke. Tilsvarende fysioterapeuttetthet var i 2017 på 0,42<sup>19</sup>, altså 13% lavere enn for leger.

I Tabell 7 under har vi regnet ut antall sykehjemsplasser per fysioterapeutårsverk. Vi ser her samme mønsteret som vi i Tabell 2 så i forhold til legene, at hver fysioterapeut har betydelig færre plasser å dekke i 2017 enn i 2009. Den positive utviklingen med hensyn til dekningsgrad har imidlertid for første gang stoppet opp mellom 2016 og 2017.

**Tabell 8:** Fysioterapiårsverk og institusjonsplasser per årsverk (2009-2017)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Fysioterapeutårsverk	353	368	389	410	432	439	454	474	458
Antall sykehjemsplasser	41071	41297	41280	41732	41441	41310	40708	40494	40401
Antall plasser per fysioterapeutårsverk	116	112	106	101	96	94	90	85	88

Kilde: Statistisk sentralbyrå: <https://www.ssb.no/statbank/table/03808> og <https://www.ssb.no/statbank/table/09929>

<sup>19</sup> Kilde: Statistisk sentralbyrå: <https://www.ssb.no/statbank/table/12293/>

## 5.7 LEGEMIDDELGJENNOMGANG HOS BEBOERNE

Sykehjemspasienter har mange sykdommer og bruker flere legemidler samtidig, og dette øker sannsynligheten for feilmedisinering, unødvendig bruk og uheldige kombinasjoner (Gulla 2018).<sup>20</sup> Eldre er særlig sårbare for bivirkninger og legemiddelrelaterte problemer, og tre av fire pasienter i sykehjem har ett eller flere legemiddelrelaterte problemer (Halvorsen et al. 2010).

I Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp, står det at virksomheten må sørge for en systematisk legemiddelgjennomgang for pasienter på langtidsopphold i sykehjem ved innkomst og minst en gang årlig.<sup>21</sup> I tillegg skal legemiddel-gjennomgang utføres når det er nødvendig for forsvarlig behandling. Legemiddelgjennomgang skal utføres av lege, alene eller i samarbeid med annet helsepersonell, for eksempel sykepleier og farmasøyt.

Denne variabelen inngår i myndighetenes kvalitetsindikator-system for de kommunale helse- og omsorgstjenestene som skal vise hvor stor andel av beboere (67 år eller eldre) på langtidsopphold i sykehjem som har fått en legemiddelgjennomgang i løpet av de siste 12 måneder.

Resultatene viser at det i 2017 var 49,0% av disse beboere som hadde hatt slik legemiddelgjennomgang og 48,4% i 2016<sup>22</sup>. Det var imidlertid store variasjoner mellom fylkene med Oslo som høyest (80%) og Nord-Trøndelag som lavest (28%). Selv om det er reelle forskjeller mellom kommunene og fylkene, må resultatene tolkes med forsiktighet. Rapporteringsvariabelen er ny, og det kan være høy grad av underrapportering i noen kommuner. Det kan være at gjennomgangen ikke er dokumentert i journal, eller at den er dokumentert i journal, men ikke rapportert til myndighetene. Det opplyses om at det er en opphopning av registreringer på slutten av kalenderåret som kan tyde på en unøyaktig registreringspraksis. Det kan synes å være behov for ny forskning knyttet til utbredelse og variasjon mellom sykehjemmene med hensyn til dette forskriftskravet.

## 5.8 BEBOERE VURDERT AV TANNEHELSEPERSONELL

Den offentlige tannhelsetjenesten skal i følge tannhelseloven (§ 1-3) organisere og gi et regelmessig og oppsøkende tilbud til grupper av eldre, *langtidssyke og uføre* i institusjon og hjemmesykepleie. Forebyggende tiltak skal prioriteres foran behandling.<sup>23</sup> Andel beboere på langtidsopphold i institusjon som er vurdert av tannhelsepersonell de siste 12 måneder inngår som del av Nasjonalt kvalitetsindikatorsystem, knyttet til «kvalitetsindikatorer for kommunale helse- og omsorgstjenester»<sup>24</sup> (gjelder beboere over 50 år på langtidsopphold i institusjon). Dette skal registreres og sendes inn av kommunene til IPLOS-registeret. Kvalitetsindikatoren er ikke ment som en minimumsstandard, men som en indikasjon på om tannhelsetjenestene utføres på jevnlig basis.

<sup>20</sup> Veileder om legemiddelgjennomganger Helsedirektoratet 06/2012, oppdatert 09/2015

<sup>21</sup> Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2008-04-03-320>

<sup>22</sup> Kilde: Helsenorge: <https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer/kvalitetsindikator-pleie-og-omsorg/legemiddelgjennomgang-hos-beboere-pa-sykehjem>

<sup>23</sup> Kilde: Tannhelseloven: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1983-06-03-54>

<sup>24</sup> Kilde: Helsenorge: <https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer/kvalitetsindikator-pleie-og-omsorg/sykehjemsbeboere-vurdert-tannhelse-siste-12-mnd>

I følge de innregistrerte tallene for 2017, hadde 38% av beboerne blitt vurdert av tannhelsepersonell de siste 12 månedene.<sup>25</sup> Det var imidlertid stor variasjon mellom kommuner (fra 0-100%) og mellom fylker (der Oslo og Østfold hadde høyest med henholdsvis 65% og 54%, mens Rogaland og Nordland hadde lavest andeler med henholdsvis 26% og 24%).

På landsbasis har det vært en økning fra 13% i 2009, 27% i 2014 og til 38% i 2017. Dette er likevel lave andeler med tanke på at kommunene har plikt til å organisere og gi et regelmessig og oppsøkende tilbud til «eldre, langtidssyke og uføre i institusjon».

Også disse tallene må fortolkes med varsomhet. Andelene inkluderer dem som er beboere per 31.12, mens de som ikke lenger var på sykehjem per 31.12, men som var vurdert av tannhelsepersonell tidligere i året, ikke er inkludert i disse tallene. En mulig forklaring på de lave andelene er underrapportering til IPLOS-registeret. Det kan synes å være behov for ny forskning knyttet til utbredelse og variasjon mellom sykehjem med hensyn til dette lovkravet og tilbudet.

---

<sup>25</sup> Kilde: Helsenorge: [https://helsenorge.no/kvalitet-seksjon/Sider/Kvalitetsindikatorer-rapporter.aspx?kiid=Vurdert\\_av\\_tannhelsepersonell\\_siste\\_12mnd](https://helsenorge.no/kvalitet-seksjon/Sider/Kvalitetsindikatorer-rapporter.aspx?kiid=Vurdert_av_tannhelsepersonell_siste_12mnd)



## 6. ORGANISERING AV MEDISINSKE TJENESTER I TRE NORSKE KOMMUNER

### SENTRALE FUNN:

- Legene bør delta i planlegging og organisering av helsetjenestene i kommunen.
- Faste sykehjemsleger erfares som positivt og kontinuitetsskapende.
- At legen er kontaktbar utenom ordinær arbeidstid hever kvaliteten på oppfølgingen av pasienten og minsker bruken av legevakt.
- Leger som jobber i sykehjem har behov for arenaer for faglig og sosialt fellesskap.
- Samling av mange pasienter i én omsorgsbolig på én fastlegeliste forbedrer samarbeid og kommunikasjon mellom pasient/ansatte/lege, og synes også å føre til økt tilgjengelighet av legetjenester.
- Fastleger med fulle lister gjør det vanskelig for beboere i heldøgns omsorgsbolig som ønsker å bytte til legen nærmest boligen.
- Samhandling med spesialisthelsetjenesten fungerer godt når det gjelder faglig rådgivning og drøfting, men er mer utfordrende når det gjelder utskrivning av pasienter.
- Velferdsteknologi er utbredt i casekommunene, og ses på som et nødvendig virkemiddel for å bli mer effektive i tjenestene.
- De kommunale pasientjournalssystemene beskrives som dårlig egnet for legenes arbeid.

## 6.1 ORGANISERING AV LEGETJENESTENE I KOMMUNEN – OG LEGENES MEDVIRKNING I ORGANISERINGSARBEIDET

Legene i casekommunene er organisert på noe ulike måter, og de ulike organisasjonsformene kan stå som illustrasjoner for det vi oppfatter som en mer generell variasjon mellom kommuner i Norge.

Eksempelsvis er legetjenestene i en av casekommunene organisert ved at tre fastleger deler fysiske lokaler i et legesenter som er i fysisk nærhet av flere av de kommunale tjenestene for eldre. To av legene er privatpraktiserende (én har en mindre stillingsprosent som kommuneoverlege), mens én er ansatt som fastlønnet lege i kommunen. Denne stillingen er igjen delt opp i en 60% stilling ved legesenteret, 20% stilling tilknyttet helsestasjon og 20% ved sykehjemmet. I motsetning til de fleste andre ordninger med 20% stilling tilknyttet et sykehjem, er legen tilstedeværende ved sykehjemmet over to dager (mer om dette senere). I de andre casekommunene, begge betydelig større enn denne, er legetjenestene for sykehjem organisert på en mer «robust» måte (se 6.3). Begge kommunene har flere fast ansatte sykehjemsleger, og i den ene ønsker de å øke antallet fast ansatte ytterligere, og gå helt bort fra fastleger som lege i sykehjem.

Flere av casekommunene viser til at organiseringen av legetjenestene må ses i sammenheng med øvrige tjenester og organisering. I kommunene vi gjorde intervjuene hadde det nylig foregått endringer i organisasjon og ledelsesstrukturer, og nye omorganiseringer pågikk. En leder innen helse- og omsorgsfeltet pekte på behovet for å inkludere legene i drøftinger omkring hvordan ny organisering skal være:

“Nå holder vi på med noe omorganisering, og da er det naturlig for meg å ta med legene og høre om de har noen tanker om hva vi skal gjøre. Så har vi dialog om det. De er med på tankegangen om hvordan vi skal organisere tjenestene, så det er positivt.”

En aktuell problemstilling for kommunene er med andre ord i hvilken grad – og hvordan – leger ansatt innen eller tilknyttet de kommunale helse- og omsorgstjenestene skal delta i planleggingsarbeid og beslutningsprosesser. Det er flere mulige svar på dette, som omfatter deltagelse i felleskommunale inntaksmøter (på tvers av avdelinger/etater) – som en av casekommunene har gode erfaringer med til tross for relativt lav stillingsbrøk for kommunalt ansatt lege – til mer overordnet planleggings- og organiseringsarbeid på etatsnivå. En sykehjemslege i en annen kommune understreket at han mener det er viktig at legene involveres i planlegging og organisering av tjenestene:

“Det er klart det er alltid sånn at når det tas avgjørelser i kommunen om hvordan organisere ting... Kanskje sånn av og til at de kanskje vil avgjøre ting selv uten å ta med legen, for de vet vel at de får et svar som koster penger (...) Man har vel opplevd av og til at man har fått vite om ting sånn etterpå, men det har ikke vært mye av det, men sånn innimellom. Ja, legene bør jo involvere seg i helsebeslutninger. Så det da at man blir tatt med på råd og blir spurt, er viktig.”

## 6.2 REKRUTTERING AV LEGER

Flere informanter viste til problemer med rekruttering av leger til kommunale stillinger, i særlig grad knyttet til sykehjem og i særlig grad i mindre kommuner.

I den minste av casekommunene blir rekruttering av kommunalt ansatt lege, blant annet med ansvar for sykehjemmet i kommunen, fremhevet som vanskelig. Ledelse i kommunen viser til at denne utfordringen henger sammen med krav om spesialisering: «*Det å få erfarne leger med spesialisering er utfordrende som småkommune*». Et sentralt element i å gjøre seg attraktive for potensielle søkere er derfor å tilrettelegge for et fullført spesialiseringsløp. Konkret vises det til at de forsøkte å rekruttere gjennom «vanlige kanaler». Grunnet manglende egnede søkere, benyttet de så vikarbyråtjenester, som naturligvis er kostbart i lengden. Senere kom kommunen til enighet med en lege som ikke har fullført spesialisering, og som får tilrettelegging for å gjøre dette. På spørsmål om leder frykter at slike ordninger vil føre til at leger oppnår en spesialisering «i mindre kommuner for så å forsvinne», svarer hun at det alltid vil være en fare, men at de ikke har andre muligheter.

I de større casekommunene var det mindre problemer med rekruttering, men flere informanter pekte likevel på at det har blitt stadig mer utfordrende å rekruttere fastleger. I den ene kommunen ville mange leger kunne pensjonere seg i de nærmeste årene, og det var nødvendig å tenke på hvordan man kan få rekruttert fastleger. Uten tilstrekkelig antall fastleger er det særlig personer i heldøgns omsorgsboliger som får mindre tilgang til lege eller færre valgmuligheter fordi legens lister er fulle, hvilket igjen kan gjøre det vanskelig å samle flere personer i en omsorgsbolig på en fastlegeliste.

## 6.3 LEGETJENESTER I SYKEHJEM

### FAST ANSATTE VS. FASTLEGER SOM SYKEHJEMSLEGER

I de tre casekommunene var legetjenesten i sykehjem organisert både gjennom fast ansatte sykehjemsleger og fastleger som var på sykehjemmet i en 20 prosent stilling. Det var varierende erfaringer med å ha fastlege som lege på sykehjemmet. En avdelingssykepleier beskrev forskjellige erfaringer med fastleger:

“Nå har vi to veldig dyktige. Men det har vært perioder før hvor det har vært leger som har vært inne som ikke har hatt den kompetansen du skal ha. Vi har hatt leger som ikke vært så interessert. Vi merket det spesielt i forhold til den forsterka skjerma avdelingen”.

Nå har sykehjemmet to fastleger som kommer hver sin dag i uka, og informanten opplever ikke at de har behov for noe mer enn det. Skulle det være noe en av dagene legene ikke er der, ”så er det bare å sende tekstmelding”. Hun konkluderer med at de har det ganske bra.

Ved et annet sykehjem i samme kommune har sykehjemmet hatt den samme legen i 20 år. Han omtales i rosende ordelag som en kontinuitetsbærer og en som gjerne stiller opp utenom sin tilmålte dag på sykehjemmet. En informant beskrev situasjon slik: *“Hvis sykehjemmet trenger litt ekstra, så kommer han litt ekstra, og blir det noe på helg, så ringer de til ham. Det er helt spesielt. Sykehjemmet har jo egentlig mer lege enn de har på papiret, for de har jo lege tilgjengelig absolutt hele tiden!”* En tredje informant har mer negative erfaringer med ordningen med at fastlege ivaretar legetjenestene ved sykehjemmet:



“Før hadde vi en fastlege som kom oppom en dag i uka og gikk gjennom pasientene og tok det som var. Han så til noen pasienter, det var ikke mange, og så gikk han igjen. Så det var 2-3 timer en gang i uka. Og det er klart legetjenesten og oppfølgingen da var så som så.”

Flere informanter som hadde erfaring med fastleger som sykehjemslege viste til nytten av å ha legens tilstedeværelse spredt over to dager. Dersom legen kommer en dag i uka, kan tiden mellom hver visitt bli lang, og mye vil skje mellom hvert besøk, erfarte informantene. To halve dager i uka er derfor klart å foretrekke, blant annet fordi det er enklere å imøtekomme utfordringer som kan oppstå i forbindelse med helgeavvikling. Slike ordninger er imidlertid ikke alltid like enkle å organisere.

I vårt begrensede intervjumateriale ser vi altså fort eksempler på varierte erfaringer med fastlege som sykehjemslege. I den ene kommunen har man i stor grad gått over til å ha fast ansatte sykehjemsleger. Dette ble begrunnet på følgende måte:

“Vi strevde en del med kontinuitet på sykehjemmene, og fastlegene var ikke så veldig interessert i å ta pliktoppgaven med å ha tilsynslege-oppgaven på sykehjem. Så manglende kontinuitet. Og det er også noe med kompetansen, det er etter hvert ganske avansert sykehjemsmedisin. Og det å ha leger som blir litt gode på sykehjemsmedisin er jo en fordel både for dem og pasientene. Vi hadde også lite tilgang til legetjenester utenom de faste visittdagene. Nå har vi jo på en måte legetjenester hele tiden i sykehjem, vi har mye bedre flyt på legetjenestene. Når er det behov? De kan steppe inn litt for hverandre. Alt i alt har vi det bedre i dag.”

En fast ansatt sykehjemslege argumenterte også for at fast ansettelse er en stor fordel:

“Fordi da er man fast ansatt, og det er der du har jobben din. For om man er fastlege, så blir det jo på en måte en bijobb som du må ta. Og det er den som blir en salderingspost hele tiden. Hvis man har dårlig tid, kan du si, er det den som man sparer inn på hele tiden. Nei, så det å ha fast ansatte sykehjemsleger, det er veien å gå! Det tror jeg.”

En avdelingssykepleier har også erfaringer med at kvaliteten på det medisinske tilbudet øker, samtidig har det en kostnad for driften av avdelingen ved at man må ha sykepleier tilgjengelig:

“Jeg opplever jo at vi har bedre medisinskfaglig oppfølging nå. Men det er klart, det krever mer ressurser for meg som faglig leder og administrator. For jeg må ha sykepleier som kan gå visitt på den dagen, så jeg kan ikke beregne den inn i den vanlige bemanningen.”

## BEHOV FOR LEGE I KORTTIDS- VS. LANGTIDSSAVDELING

Behovet for tilstedetid og legedekning i avdelingene vil variere stort ut ifra om det er en langtidsavdeling, eller en type korttidsavdeling/rehabiliteringsavdeling. Palliative avdelinger vil naturlig nok også kreve mer legetid. Flere informanter snakket om denne forskjellen. For eksempel sa en sykehjemslege:

“På korttid skal vi jo avklare ting og utrede. De skrives ut fra sykehuset og kommer hit. De som er her, de skal egentlig ha behov for lege hver eneste dag. Og når de ikke har det, så skal de enten hjem og følges videre av fastlegen, eller så skal de være i institusjon videre hvor de har behov for pleie og omsorg.”

Det var stor enighet blant informantene om et differensiert behov mellom ulike typer avdelinger. På korttidsplasser er det behov for flere visitt dager i uka, tettere oppfølging og mye avklaring

og utredning. Det ble også trukket fram at på skjermede demensavdelinger kreves det mer oppfølging enn på en vanlig somatisk avdeling. En sykehjemslege pekte på at på slike avdelinger kreves god og kontinuerlig observasjon; man må kjenne pasientene bedre for å kunne avgjøre når de blir dårligere. Når man skal planlegge for behovet for legedekning og tilstedeværelse, vil derfor type avdeling være avgjørende.

### FAGLIG OG SOSIALT FELLESSKAP I SYKEHJEM

Overgangen fra å bruke fastleger i sykehjem til å ha fast ansatte sykehjemsleger legger til rette for større grad av faglig og sosialt fellesskap blant legene, gitt at slike stillinger fordeles på flere leger, og/eller at det tilrettelegges for møtepunkter mellom leger tilknyttet ulike sykehjem. Det er også et virkemiddel å integrere legene tettere i sykehjemmet. Ved at flere leger er til stede på det samme sykehjemmet, muliggjøres også faglige diskusjoner i mye større grad. En av legene i en casekommune med flere faste ansatte sykehjemsleger fortalte:

“Vi er på en måte et kollegium som er samlet på Sykehjemmet. Og vi er hovedsakelig på ett sykehjem, og det gjør jo at vi kan diskutere felles problemstillinger og pasienter og ha noe internundervisning (...). Det er viktig å ha noen å diskutere med, for det er ofte det at det ikke finnes noen ordentlig fasit på noe. Det er mer vurderinger og sånn, at det egentlig ikke finnes noen optimal løsning, og da er det jo fint – hvis man ikke har veldig mye erfaring – å ha noen å diskutere med.”

En annen sykehjemslege, i samme kommune, fremhevet at fordelene med en slik organisering er at en blir bedre kjent med flere av de en jobber med, inkludert sykepleiere, fysioterapeuter osv. På den måten vet en bedre hva en har å spille på av ressurser. I en av de andre kommunene med en litt annen organisering, beskrev en sykehjemslege hvordan de har organisert legefellesskapet:

“Vi har en times møte i uka der vi samles og diskuterer litt. Annenhver uke har vi en halvtime der vi drøfter en case. Men dette er sånt vi har innført selv. Og så har vi felles møte en gang i halvåret, der vi samles alle sykehjemslegene. Legen på XX og 2-3 andre. Det er enheten som arrangerer det. Vi drøfter ulike tema. Får kanalisert ut litt frustrasjon, om det er nødvendig!”

Materialet tyder på en forskjell mellom mulighetene fastleger og fast ansatte sykehjemsleger har når det gjelder å delta i fellesskap. Dette gjelder fellesskap både med andre leger og med personalet på sykehjemmet. En av fastlegene vi intervjuet sa at han savnet litt et mer definert sykehjemsfellesskap. Kommunen prøver å ha noen felles møter, men det blir relativt sjelden, kanskje en 3-4 ganger i året. Men dette er et tiltak som ble vurdert positivt. Legen selv mente at *“hvis en skulle drømme, måtte det kanskje være litt mer kontakt med de andre sykehjemslegene. Men med de tidsressursene vi har, det går ikke per i dag.”* Fastlegenes opplevelse av en presset arbeidssituasjon er velkjent, og vil påvirke muligheten til å delta i felles møter med andre leger som jobber i sykehjem. Også en av de fast ansatte sykehjemslegene ønsket seg et større faglig fellesskap, gjerne et nettverk som gikk utover kommunen, for eksempel et fylkesnettverk. Det krever imidlertid litt ressurser å sette i gang og drive et slikt nettverk, og det bør etter informantens mening være en lederoppgave.

## ARBEIDSDDELING OG OPPGAVEGLIDNING I SYKEHJEM

Hele personalgruppa på sykehjem, inkludert legen, må betraktes som en felles ressurs i oppfølgingen av beboerne/pasientene. Følgelig blir det viktig å se på hvordan denne personalressursen og deres kompetanse fordeles utover døgnet, og hvordan de kan jobbe sammen på en best mulig måte. Spørsmålet om arbeidsdeling og eventuell oppgaveglidning ble tatt opp i intervjuene.

Når det gjaldt oppgaveglidning spesifikt, var det få informanter som mente at det foregikk i særlig grad. Arbeidsdelingen i sykehjem er tradisjonell i den forstand at yrkesgruppene gjør det de "alltid" har gjort. Den mest merkbare endringer, som flere informanter trakk fram (særlig i én kommune) var sykepleiermangel. Når det ikke er nok sykepleiere på vakt, blir det mer arbeid på legen med å observere og følge opp pasientene, erfarte en sykehjemslege:

“Det blir viktig at jeg er her [ute i avdelingene] såpass mye som jeg er for å dekke opp det hullet som skapes i den kompetanseskjeden (...) Og det at det er færre sykepleiere i avdeling, gjør at det blir mer pårønderarbeid på meg. Jeg kunne tenke meg å ha litt mer hjelp av sykepleiere i den jobben.”

I tillegg fortalte legen at hun bevisst jobber tettere med helsefagarbeiderne og forsøker å motivere dem til å gjøre gode observasjoner og målinger. Hennes erfaring var at det fungerer, men at det ikke er optimalt.

Gode sykepleiere som får ansvar for for eksempel å justere medisiner i helger ved behov – etter legens godkjenning – kan avlaste legebehovet. Og det skaper god pleie, erfarte flere informanter. Både leger og sykepleiere vi intervjuet fortalte videre om gode samarbeid dem imellom. En sykehjemslege fortalte at på fredagene pleier hun å legge en plan for de pasientene som er litt ustabile, slik at sykepleierne vet hva de skal gjøre gjennom helgen. Et eksempel på en slik plan var behovsjustering av medisiner, hvor sykepleier kan justere dosering og hyppighet i løpet av tiden hvor legen ikke er på jobb. En sykepleier på et annet sykehjem hadde også en tilsvarende ordning med "sin" lege. Sykepleierne på dette sykehjemmet hadde fått delegert mye ansvar fra legen, og informantens beskrev selv at de er veldig flinke til å observere, at de setter i gang ting uten at legen er der, samt at de forbereder ting til legen kommer. Dette opplevdes ikke som noe problem. I tillegg har de alltid tryggheten i å kunne sende en sms til legen (fastlege), hvorpå de pleier å få svar ganske raskt. Intervjuene viste altså flere eksempler på gode samarbeidsrelasjoner mellom leger og særlig sykepleiere. Det ser ut som en viktig forutsetning er god tilgjengelighet til legen, slik at pleiepersonalet kan sjekke opp ting med legen.

Noen av informantene fortalte at det er satsning på at helsefagarbeiderne skal øke kompetansen sin, slik at de kan avlaste sykepleierne. En avdelingssykepleier på et sykehjem beskrev hvordan de jobber med opplæring for denne gruppen:

“Det er litt opplæring i det at både hjelpepleiere, helsefagarbeidere og assistenter skal kunne ta blodtrykk og puls. Før var det mye at sykepleierne gjorde det. Og hjelpepleierne har gjort det en del, men at assistenter også skal gjøre det, det har vi ikke vært vant til. Men vi ser at det er nødvendig, for vi har en del assistenter, og vi trenger den hjelpa, så ikke sykepleierne blir opptatt med å ta det hvis det er andre ting de egentlig må gjøre.”

Eksemplet synliggjør hvordan alle ansatte på sykehjemmet må betraktes som en totalressurs, og der mangel eller lav tilgjengelighet til en gruppe må kompenseres av økning av andre gruppers kompetanse.

## KONTAKT MED LEGEN UTENOM ORDINÆR ARBEIDSTID

Hvorvidt det er tilrettelagt for at personalet i sykehjem kan ta kontakt med legen utenom ordinær arbeidstid ble tatt opp i intervjuene. Kort oppsummert stiller legene seg positive til dette, og alle legene vi intervjuet – samt leger som ble omtalt av andre informanter – hadde uformelle avtaler med sykehjemmene om at de kunne kontaktes på sms eller telefon utenom ordinær arbeidstid. En sykehjemslege beskrev fordelene med en slik avtale på denne måten:

“Vi lager avtaler om når de [pleiepersonalet] kan ringe. Og det vinner vi på alle sammen! Pasienten vinner på det. De ansatte vinner på det, for de synes det er mye tryggere å ringe til oss som er kjente i stedet for noen fremmede, og vi er tjent med det fordi vi slipper på en måte... å rydde opp... vi får ta de beslutningene vi selv ønsker. Og legevakta vinner på det for de slipper de henvendelsene. Så det er bare vinnere i den situasjonen.”

Som sitatet viser er kontakten med lege utenom arbeidstid særlig motivert i en begrunnelse om å unngå å bruke legevakt (bruken av legevakt drøftes nærmere senere i kapittelet). Andre leger har mye av de samme vurderingene som legen i sitatet over. Det er altså en rekke positive ting med at legen som kjenner pasienten og sykehjemmet kan kontaktes. Flere leger sier at kjennskap til konkrete pasienter er viktig når det gjelder behandling og behandlingsintensitet. Det er lettere for legene som kjenner pasienten å svare på spørsmål når man kjenner historikken til vedkommende. Man unngår uheldige avgjørelser tatt av ”en tilfeldig legevakslege.” Personlig kan legen oppleve at det er greit å ha oversikten for ”sin” pasient. Videre fortalte en lege at hun også gjerne ville unngå sykehusinnleggelse for pasientene så langt det er mulig: *“det er mer utrygt for dem. Det er ingen som kan sitte og holde deg i hånda, og du kan ramle og falle.”* I tillegg opplevde flere av informantene at de ansatte i sykehjemmet blir mye tryggere når de vet at de har en lege de kan få tak i *“akkurat som om de skulle vært på et sykehus.”*

I våre tre casekommuner er det altså uformelle og velfungerende ordninger der legene kan kontaktes utenom ordinær arbeidstid. Og som beskrevet over, også legene selv opplever en slik ordning som en stor fordel. Per i dag er slike ordninger frivillige, og må derfor baseres på goodwill fra legen.

## 6.4 LEGETJENESTER I OMSORGSBOLIGER MED HELDØGNSBEMANNING

### ORGANISERING AV TJENESTENE

Organisering av legetjenester til omsorgsboliger er, kanskje i enda større grad enn for sykehjem, løst på ulike måter blant casekommunene. Som vist til i kunnskapsoppsummeringen, er det for det første brukt ulike benevnelser. I en av casekommunene ble benevnelsen «bokollektiv» brukt, mens den ene institusjonen foretrakk «bofellesskap»: *«Vi falt litt for den. Det er jo mer koselig. Og det er jo fra den tiden du kunne velge, for det var jo ingen definisjon. Det er det vel ikke enda».* I en av de andre casekommunene ble benevnelsen «omsorgsbolig med heldøgnsbemanning» anvendt, delvis for å markere et skille til andre former for botilbud i kommunen.

For det andre varierer den organisatoriske «tilhørighet» for omsorgsboliger (og tilsvarende tjenester) noe mellom casekommunene. Innen alle kommunene er omsorgsboliger organisert under eller i tilknytning til hjemmetjenestene, men i hvilken grad hjemmetjenestene og

«institusjonsomsorg» er organisert som en felles enhet eller som separate enheter varierer noe, følgelig også samarbeidskonstellasjonene mellom omsorgsboligtjenestene og andre nærliggende tjenester.

I en av de største casekommunene er omsorgsboliger (kalt «bokollektiv») organisert under hjemmetjenestene *«fordi bokollektiv er en form for hjemmetjenester i en organisert form»*. Sykehjem i kommunen er lagt under en egen enhet. Det vises til at det er få møtepunkter på tvers av enhetene. Organiseringsformen beskrives som delvis positiv, spesielt med tanke på flat struktur og «enkle ledelseslinjer» internt i enheten, men også delvis uhensiktsmessig med tanke på lite kontakt med «sykehjemsgruppen». Å ha god kontakt med andre deler av hjemmetjenestene fremheves som viktig *«for det er jo ofte de som har vært der i mange år som kommer til oss»*.

Når det gjelder beboerne ved omsorgsboliger, viser flere informanter til at det er en populasjon med økende grad av medisinske og psykososiale behov (se også kunnskapsoppsummeringen), blant annet med høy forekomst av demensdiagnoser og økende grad av psykiatrisk utagering (mer om sistnevnte senere). Dette fordrer, ifølge flere informanter, god bemanning og gode, forutsigbare legetjenester. En informant viser til at kommunen ønsker at beboerne skal bo hjemme (i privat bolig) lengst mulig, noe som, i kombinasjon med nedbygging av langtidsplasser i sykehjem, fører til økt grad av «skrøpeligheit» blant beboerne. Beboerne beskrives generelt som tilsvarende sykehjemspasienter.

#### LEGETJENESTENE TIL BEBOERE I OMSORGSBOLIG

I et flertall av omsorgsboliger innen utvalget av casekommuner beholder beboerne den samme fastlegen som de har hatt tidligere ved flytting til omsorgsbolig. Ledere for omsorgsboligene viser likevel til flere forskjellige varianter og grader av forekomst av dette, også innen samme kommune.

I den minste casekommunen beholder beboerne fastlege fra tidligere, noe som beskrives som hensiktsmessig, gitt få fastleger totalt i kommunen, god kjennskap til disse blant helsepersonell, og god kjennskap mellom fastlege og beboer.

I en av de større casekommunene er det fire omsorgsboliger. Interessant nok er det her fire forskjellige varianter av forholdet mellom antall fastleger og beboere. Ved en omsorgsbolig er det 15 fastleger for 24 beboere, ved et annet er det 9 fastleger for 21 beboere, ved et tredje er det 3 fastleger for 16 beboere, mens en fastlege har ansvar for 22 av 24 beboere ved det fjerde. Forholdstallet mellom antall fastleger og antall beboere ved de tre førstnevnte omsorgsboligene synes ikke å være bestemt av en strategi, men heller tilfeldigheter: de fleste beboerne har beholdt sin fastlege, som i noen tilfeller tilsvarende andre beboeres ved den samme omsorgsboligen sin fastlege. Ved den fjerde omsorgsboligen, derimot, har ledelsen og ansatte ved institusjonen aktivt forsøkt å bidra til en overføring av fastlegeansvaret til en fastlege (mer om dette senere).

Ved en av omsorgsboligene, som kan beskrives som å ha en mellomvariant av en og flere fastleger, viser virksomhetsleder til at de har et godt samarbeid med fastlegene som har ansvar for flere beboere, spesielt med tanke på økte muligheter for visitt ved omsorgsboligen. De ønsker at flest mulig beboere skal ha den samme fastlegen, men opplever også at det kan være krevende. For det første forutsettes det at ønsket lege har ledig «plass», for det andre er det ikke gitt at beboer/pårørende ønsker en endring: *«Det er opp til beboerne og pårørende å bestemme hvem de vil ha til lege, men det er veldig gunstig for oss som helsepersonell at vi har én lege å forholde oss til som er såpass tilgjengelig og velvillig som han er.»*

Ved omsorgsboligen hvor en fastlege har ansvar for et stort flertall av beboerne beskriver virksomhetsleder en lignende holdning: å ha én fastlege å forholde seg til er gunstig for ledelse, øvrige ansatte ved institusjonen, pårørende og beboerne selv. Ved den aktuelle omsorgsboligen kom nåværende ordning på plass gjennom en gradvis prosess:

«Det har skjedd gradvis og over lang tid, egentlig lenge før henne. Vi har jo hatt flere fastleger, og vi spurte alltid om de kunne komme hit. Noen hadde flere pasienter fra før, så ballet det på seg. Og så kom en ny lege, og så fortsatte vi litt på den måten. Så det har egentlig bare blitt sånn, men 22 av 24 har vi ikke hatt før. Det kommer nok av at den legen vi har nå er veldig godt likt. Vi har jo mye mer og tettere oppfølging enn de andre bokollektivene, det er stor forskjell.»

Ved denne omsorgsboligen vises det til at ordningen de har fått til er viktig på grunn av skrøpeligheten blant beboerne. En ordning med én fastlege er sentralt for beboerne av flere grunner: flere trenger hyppig tilsyn og kontinuerlig medisinsk oppfølging, mange beboere er ikke i stand til å oppsøke fastlegekontor (eller har ikke pårørende som kan hjelpe), samtidig som det er langt enklere å ta kontakt ved mer eller mindre akutte situasjoner når institusjonene har en fastlege å forholde seg til. Samtidig kan en slik organiseringsform beskrives som «sårbar» i den forstand at institusjonene er «avhengige» av et enkeltindivid. På spørsmål om hva som ville skjedd om fastlegen ikke kan eller vil fortsette sitt virke ved omsorgsboligen, uttrykker virksomhetslederen sin bekymring:

«Det tør jeg ikke tenke på. Vi har så skrøpelige beboere her nå, det er i gjennomsnitt halvparten som dør hvert år, og det er mye. Så på mange måter er det likhetstrekk mellom oss og sykehjem, så hvis en da skal begynne å tenke at de ikke skal ha bedre tilbud enn vanlige hjemmeboende... Det er jo ikke til å tenke på en gang.»

Legen selv viser til et ansvarsområde ved omsorgsboligen som tilsynelatende er større og mer omfattende enn fastlegeansvaret ved enkelte andre omsorgsboliger:

«På den dagen jeg kommer på besøk, så ser jeg på pasientene. Er pasienten dårlig, er pasienten surklete, er det noe som skjer? Vi gjør ofte forandringer i medisineringen og vi tar årlige kontroller. Vi har ikke noe særlig utstyr, ikke CRP for eksempel, noe, men ikke så mye, så jeg tar med meg noe utstyr. Ellers må de komme til mitt kontor. For eksempel har jeg fjernet noen føflekker, det må jeg gjøre på mitt kontor. Og så kan jeg kontrollere det der [ved omsorgsboligen] senere. Ellers er det sårstell, det kontrollerer vi, det er stort sett det som jeg gjør. Hvis pasienten blir akutt syk, så kommer på besøk for å behandle der.»

Oppsummert kan organiseringsformer for legetjenester tilknyttet heldøgns omsorgsboliger i casekommunene beskrives som ulike varianter av to modeller: 1) én fastlege har ansvar for alle pasientene/beboerne, 2) fastlegen «følger» pasient fra privat hjem til omsorgsbolig, noe som potensielt kan føre til like mange fastleger som beboere. Hvordan de respektive omsorgsboligene «plasserer» seg mellom disse ytterpunktene synes å henge sammen med kommunestørrelse og den lokale kontekst. I større byer, som ikke er inkludert i casekommunene, synes modell 2 å være mindre hensiktsmessig, da ledelse/ansatte kan få svært mange fastleger å forholde seg til, i tillegg til potensielt større reiseavstand mellom omsorgsbolig og fastlegekontor.

## 6.5 SENTRALE TREKK PÅ TVERS AV SYKEHJEM OG HELDØGNS OMSORGSBOLIGER

### STABILITET OG KONTINUITET GIR TRYGGHET

Både for sykehjem og omsorgsboliger med heldøgnsbemanning ble temaer som forutsigbarhet, stabilitet og kontinuitet i legetjenestene fremhevet som sentralt, av ledere, ansatte, pårørende og leger selv. Disse tematiseringene omhandler ulike aspekter og nivåer av tjenestene: organisering, kontekstuelle betingelser, ulike former for praksis og samhandling, for eksempel, som vi her vil sammenfatte kort.

Fra leger blir kontinuitet, både i form av større stillingshjemler og tid brukt ved institusjonene, fremhevet som sentralt av flere grunner. En lege viser til kontakt med pårørende: *«den har jeg mer av nå enn jeg ville hatt om jeg var her i en bistilling. Det tror jeg er positivt, en viktig del av jobben. Kontakt, pårørendemøter»*. En annen lege viser til den konkrete medisinske behandlingen: *«Det som jeg ser nå, og det er sikkert andre endringer også, men det er Sobril-bruken. For da kjøpte vi inn ganske så mye Sobril, og det er jo redusert betraktelig nå. Og det er nok på grunn av en tettere legeoppfølging, og at vi har en litt endret holdning til det å gi Sobril»*. En annen lege viser til en lignende betydning av kontinuitet: *«Vi trenger tett oppfølging på medikamentell behandling, og da tenker jeg at det er viktig at det er lege i avdelingen som kan være tilgjengelig og kan se på endring»*.

Selve kjernen i å oppnå det som her beskrives som ulike positive effekter av økt grad av kontinuitet blir av en lege oppsummert som langvarig kjennskap til pasientene. Den største forskjellen mellom det å være fastlege en halv dag i uken eller om man er ved institusjonen «hver dag», handler i bunn og grunn om muligheten til å bli godt kjent med pasientene, sa en lege: *«Å oppdage endringer i atferd som tilsier at de har smerter eller en UVI eller ... det gjelder jo pasienter som ikke kan gi uttrykk for selv hvor de har vondt eller hva som feiler dem»*. En annen lege viser til at stabilitet og kontinuitet av sykehjemslege fører til større eierskap til institusjonen og at hun derfor «strekker seg lengre», som også vist til i kunnskapsoppsummeringen, blant annet for at de ansatte på avdelingene «skal slippe å bruke legevakta».

En lege snudde problemstillingen og viste til betydningen av *gjensidig* kontinuitet i samarbeidet mellom ansatte ved sykehjem. Særlig når det gjelder samarbeid med sykepleiere, ble det framhevet av flere leger, er det viktig å kunne forholde seg til en stabil gruppe som kjenner beboerne. Ved ett sykehjem, der vi blant annet intervjuet sykehjemslegen, preges legetjenestene av en høy grad av kontinuitet både i form av volum og tilgjengelighet (en lege som er tilknyttet sykehjemmet med en stor stillingsprosent, har vært i stillingen i noe tid og som har kontor i sykehjemmet), men det er utfordringer knyttet til mangel på stabilitet av sykepleiere, for eksempel i form av stillinger som ikke er besatte. Det gjør at legen føler større ansvar for å gjøre observasjoner av pasientene.

I tillegg til kontinuitet i form av «volum» (hvor store stillinger, hvor mye tid, hvor mange dager), er stabilitet over tid et annet aspekt ved kontinuitet. I hvilken grad kjenner legene tjenestene – tilbudet av tjenester i kommunene som helhet – og de konkrete institusjonene, inkludert rutiner, organisasjon og de konkrete ansatte og beboere? Dette spørsmålet omhandler varighet av legetjenester over tid. Erfaringer fra en av casekommunene kan illustrere en slik betydning. Tidligere hadde en lege i kommunen ansvar for sykehjemmet gjennom nesten hele yrkeslivet. Legen gikk av med pensjon, noe som førte til en periode med ustabilitet på legesiden. Etter noe tid, med ulike løsninger, «landet» kommunen på en løsning som de er fornøyde med, men det er

likevel ikke helt som tidligere. Det tar tid for leger, spesielt i mindre stillinger (20% i dette tilfellet) å «finne sin plass». Samtidig, vises det til, kan «nye» leger ha en annen tilnærming eller et annet fokus enn erfarne leger som har jobbet innen sektoren over lengre tid. Nyutdannede leger er mer i «behandlingsmodus», og det kan stå i kontrast til tilnæringsmåter og innstillinger fra tidligere praksis, og/eller til øvrige ansatte ved sykehjemmene. Møtet mellom den nyutdannede legen og de erfarne sykepleierne og helsefagsarbeiderne kan dermed være en form for tilvenningsfase.

Det vises også til mer konkrete fordeler ved å ha en sykehjemslege i stillingen over lengre tid:

«Ja, han kjente alle og jobbet jo fra 7 til 7. Det betyr veldig masse at han kjente alle i bygda, han kjente de fra før når de kom, og det ble en annen samhandling mellom han og sykepleierne, så det ble en overgang. Og han jobbet jo så mye, og kunne kontaktes når som helst, men ikke i helgene, så det var litt spesielt».

I likhet med legetjenester for sykehjem, varierer legetjenester innen omsorgsboliger med heldøgnsbemanning når det gjelder sentrale aspekter som kontinuitet og samarbeid (med ansatte og med pårørende). I casekommunene er det ingen som har valgt løsninger hvor en fast, kommunalt ansatt lege har ansvar for medisinsk oppfølging ved omsorgsboligene. De inkluderte kommunene har valgt forskjellige varianter av organisering av *fastlegetjenestene* ved de respektive omsorgsboligene.

En slik variant, også beskrevet over, hvor en fastlege har ansvar for et klart flertall av beboerne, beskrives som svært hensiktsmessig av virksomhetsleder og av legen selv. Legen viser til at det er hensiktsmessig først og fremst for tjenesten som helhet, da ordningen bidrar til å sikre kjennskap og samarbeid mellom lege, ansatte og pårørende. Ordningen bidrar også til det er enklere og mer effektivt å kommunisere i perioden mellom visittene (hver 14. dag). At legen har ansvar for så mange beboere/pasienter gjør også terskelen for «hjemmebesøk», altså å oppsøke omsorgsboligene utenom oppsatt visittid, lavere. Kjennskap til de ansatte og beboerne bidrar også til at det er enklere for legen å avklare status over telefon eller e-link, noe som også skaper en trygghet blant de ansatte. Det vises også til at det er langt enklere for ansatte å forholde deg til den ene legen: *«det er en veldig lett sak for de som jobber der, lettere avklaring, og alt skjer der og da, i stedet for å ringe 10 forskjellige leger om å komme»*.

Betydningen av kjennskap og kontinuitet beskrives dermed, av leder og av fastlege, som gjensidig og som selvforsterkende: kjennskap fører til lavere terskel for kontakt, som igjen bidrar til tettere oppfølging som gjør det enklere/mer hensiktsmessig å kontaktes igjen.

## SAMARBEID MED - OG NÆRHET TIL - LEGEN

Tilgjengelighet til og samarbeid med leger har vært et sentralt tema i de fleste intervjuene i alle tre casekommuner. «Samarbeid» henger sammen med kontinuitet og er, som kontinuitet, et mangefasettert begrep som kan vise til ulike nivåer. Slik ble også temaet omtalt i intervjuene: informantene vektla ulike former for samarbeid, med ulike involverte parter, på ulike nivåer. Noen av disse, som vi oppfatter som mer fremtredende enn andre, vil bli omtalt i det videre.

I den minste casekommunen ble for eksempel samarbeidet mellom de ulike tjenestene og de respektive fastlegene (og legesenter generelt) fremhevet som sentralt, som godt, og som betinget av fysisk nærhet. Legesenteret er her plassert i samme bygg som basen for hjemmetjenestene. Rett ved siden av dette bygget ligger sykehjemmet, mens omsorgsboligen med heldøgnsbemanning ligger like bortenfor denne igjen: *«Alt er veldig sentralisert»*. Dette forenkler, for eksempel, det som kan oppleves som en utfordring mange andre steder: at beboere ved omsorgsboliger kan besøke fastlege når denne ikke har anledning til å komme til omsorgsboligene (eller det ikke betraktes



som hensiktsmessig å gjøre det). Den korte avstanden gjør også at det er langt lavere terskel for ansatte og/eller pårørende å følge til slike besøk, hvis nødvendig: *«Men det er jo i samme område. Man må ikke ta bil eller buss, det er bare rett over gaten. 100 meter, ikke det en gang. Rett over gaten».*

I andre tilfeller blir stor avstand fremhevet som en faktor som vanskeliggjør samarbeid og kommunikasjon mellom pasient/pårørende/helsepersonell og leger, i særlig grad knyttet til fastlegetjenester for omsorgsboliger. En pårørende, for eksempel, opplevde at fastlegekontoret som mor benyttet som beboer i en omsorgsbolig flyttet. Dette innebar at det ble vanskeligere for datter å følge opp mors legeavtaler, først og fremst på grunn av mye kjøring. Mor hadde behov for hyppig legekontakt/besøk for å kontrollere blodsukkeret, noe datter forteller ble pårørendes ansvar: *«Pårørende skal ordne alt. De som jobber der har faktisk ikke kapasitet til det, og så lenge du har en pårørende som kan ordne det, så må vi ordne det».*

Et annet sentralt aspekt ved tilgjengelighet av og samarbeid med leger er ordninger som inntrer ved legens fravær, for eksempel i tilknytning til ferieavvikling. Å ha gode ordninger for dette fremheves av alle casekommunene, og alle har systemer for å ivareta pasienter/beboeres medisinske behov i slike tilfeller, og i tilfelle uforutsette hendelser. I en casekommune har fastlegen gjort avtale med sitt kontorfellesskap (til tross for at de formelt ikke er et felles legekontor) om gjensidig hjelp ved ferieavvikling og annet fravær:

«Vi er vikarer for hverandre, vi dekker hverandre kollegialt. Vi er 4, så 2 og 2 går på ferie, så vi varsler hverandre, hvis det skjer noe ekstra, så ringer vi også hverandre. Vi kan ikke se i journalen til hverandre, siden vi er enkeltforetak, men det er veldig åpent for å hjelpe hverandre, vi dekker hverandre for alt vi trenger. Vi har flaks som jobber med hverandre, vi respekterer hverandre og pasientene».

Andre relevante aspekter knyttet til samarbeid ble også fremhevet i intervjuene, i særlig grad når det gjelder samarbeid mellom tjenestene (sykehjem og omsorgsboliger) og legevakt, og mellom tjenestene og andre deler av spesialisthelsetjenestene. Disse blir omtalt i avsnittene under.

## BRUK AV LEGEVAKT

De aller fleste informantene var enige i at dersom en pasient trenger legetilsyn, er det å foretrekke å bruke den legen som kjenner pasienten framfor legevakta. Under avsnittet om ”kontakt med legen utenom ordinær arbeidstid”, var vi innom dette temaet. Også ved en av omsorgsboligene hvor vi intervjuet personale, fortalte fastlegen som følger opp mange av pasientene at hun ønsker å bli oppringt først. Hennes erfaring er at det blir tryggere og raskere når hun selv tar seg av pasientene, siden hun kjenner dem godt. Ringer man til legevakta, må man bruke god tid på å forklare situasjonen. Hun opplever også at det er kollegialt overfor de de som jobber på legevakta at hun så langt det lar seg gjøre følger opp pasientene.

Utsagn fra de andre intervjuene utdypet erfaringene med legevakt. For eksempel er det mye som tyder på at god legedekning i sykehjem minimerer bruken av legevakt. En leder fortalte at i forbindelse med opprettelse av ø-hjelpssenger (KAD) rundt 2014, økte kommunen opp antall leger. Resultatet, slik kommunen tolker det, er at den interkommunale legevakta er i mindre bruk enn tidligere, fordi legedekningen nå er så god.

Alle informantene er enige om at det er behov for å bruke legevakt innimellom. Som rapportert fra våre informanter, fungerer det noe variabelt. En sykepleier hadde erfaring med at det både var erfarne og mindre erfarne legevaktleger som kom: *“Av og til har vi angret på at vi har sendt pasienter, men av og til må man jo.”* En annen sykepleier har også blandede erfaringer. Hun fortalte at de har pasienter på avdelingen som vil ha ekstra Sobril eller liknende, og når de ikke

klarer å roe ned pasienten, har hun opplevd at *“legevakta er veldig slepphendt, og sier “bare gi”*”. Hun påpekte videre at demenspasienter ikke alltid skal ha det, og at det kan ha uheldige konsekvenser for dem. Denne typen uhensiktsmessig medisinerings kan også relateres til et annet problem som ble tatt opp av flere informanter, nemlig at legevakta har dårlig tilgang på informasjon om pasientene på sykehjem. En enhetsleder sa: *“Vi ser jo at det kan være et problem at legevakta ikke har tilgang til informasjon om pasienten fra tidligere, og ikke nødvendigvis klarer å få bestemt noe på et godt nok grunnlag”*. Blant informantene var det også utsagn om at man ser pragmatisk på bruken av legevakt. En avdelingspsykepleier hadde følgende refleksjoner:

*”Vi kan jo ikke forvente at de [legevakta] kjenner pasientene. Det blir jo som når en pasient kommer inn på sykehuset. Du kan ikke forvente at de på sykehuset skal kjenne pasientene som vi kjenner dem, men du må kunne forvente at de skal kunne gi dem et godt tilbud og den behandlingen den trenger. Og det er jo det legevakta er til for, og det har vi aldri hatt noen problemer med.”*

Selv om det er noe varierende erfaringer med legevakt, er det likevel et hovedfunn i intervjuene at de aller fleste mener det er best å bruke den legen som kjenner pasientene/beboerne, og å bruke legevakt kun når det strengt tatt er nødvendig. Denne oppfatningen støttes også av resultatene fra dialogmøtet. For å få til dette er det nødvendig med avtaler om å kunne ringe sykehjemslegen/fastlegen utenom arbeidstid.

#### SAMHANDLING MED SPESIALISTHELSETJENESTEN: FAGLIG RÅDGIVNING OG UTSKRIVNING

Når det gjelder temaet samhandling med spesialisthelsetjenesten, var det grovt sett to temaer som ble tatt opp av informantene. Det ene handler om behovet for faglig rådgivning og drøfting med spesialister på sykehuset. Det andre handler om utfordringer som kan oppstå når pasienter skrives ut fra sykehus.

#### FAGLIG RÅDGIVNING OG DRØFTING

Det var forholdsvis stor enighet blant informantene om at samarbeidet med spesialisthelsetjenesten fungerer godt når det kommer til å konferere med dem og få råd fra dem. Informantene fortalte at de diskuterer jevnlig behandling med dem eller spør om råd. Flere informanter uttrykte imidlertid et behov for mer samarbeid med psykiatriske enheter/avdelinger, og viste til en pasientpopulasjon som i økende grad har psykiatriske diagnoser og utfordringer i tillegg til somatiske.

Vi ser at samarbeidet med sykehus blir organisert på litt forskjellige måter. En variant er samarbeid på individnivå, altså kontakter som initieres basert på behov for å drøfte enkeltpasienter, som eksemplifisert her:

*“Vi har såpass varierte pasientgrupper at vi kan ikke legge opp til et samarbeid med en spesiell sykehusavdeling. Vi må gjøre det på individuelt nivå, en og en. Og da er det telefon i konkrete problemstillinger.”*

En annen variant er faste møter, gjerne da knyttet til en spesifikk pasientgruppe som palliative pasienter. I en av kommunene har de et fast opplegg for drøfting av de palliative pasientene:

“Det er ukentlige samarbeidsmøter med lindrende team fra sykehuset som kommer hit i forhold til de palliative pasientene. Så vi drøfter behandlingsopplegg. Sparer pasientene for veldig mange oppmøter på palliativ poliklinikk. Og vi sparer veldig mange telefoner dit også, ved det at de kommer hit.”

Selv om vi nevnte innledningsvis at det særlig er et behov for styrket samarbeid med spesialisthelsetjenesten knyttet til pasienter med psykisk helse problematikk, fant vi også eksempler på gode samarbeid på dette feltet. I en av kommunene jobbet de godt med ambulerende psykiatritjenester i kommunen:

“Vi har et godt samarbeid med XX, som er ambulering i forhold til oss og psykiatritjenester. Hvis det er problemer i forhold til det mentale, uro og angst, så får vi hjelp fra spesialisthelsetjenesten iblant. Men det er litt gi og ta for vi er med i [et prosjekt] der vi registrerer de nye som kommer hit, og leverer en del opplysninger om utvikling, og leverer rapporter til spesialisthelsetjenesten. Så til gjengjeld kommer de og hjelper oss vederlagsfritt, så vi har litt gi og ta på det. Og de sykepleierne som kommer hit er veldig på tilbudssiden, og prater vår sak hvis vi ønsker å få noen utredet, for det er jo veldig få plasser.”

#### UTSKRIVNING FRA SYKEHUS

Et velkjent samhandlingsproblem er knyttet til utskrivning av pasienter fra sykehus. Flere av informantene hadde erfaring med at det stadig skjer at pasienter skrives ut fredag ettermiddag, uten av epikrisen er ferdig, eller at pasientene kommer uten medisiner. En av legene påpekte at rutineene kan være på plass, men likevel oppstår det stadig noe. Hans holdning var at *“da må man bare ringe opp og få det avklart.”* Tilsvarende fortalte en sykepleier om improvisering når pasienten kommer til sykehjemmet en fredags ettermiddag uten medisiner, og sykehjemmet heller ikke har medisiner, og det ikke finnes noe apotek i nærheten: *“Vi prøver å gjøre det beste ut av det. Noen ganger må vi kjøre og hente medisiner. Høre med et annet sykehjem om dem har.”* Vansker som oppstår i kjølvannet av overflytning av pasienter mellom nivåene i helse- og omsorgssektoren er omtalt og beskrevet godt mange andre steder, og vi går ikke nærmere inn på dette her. Sammenfattet viser intervjuene at problemer knyttet til overflytning mellom nivåene oppstår jevnlig, til tross for at det er utviklet rutiner, og som en av legene uttalte: *“Dette er noe det må jobbes kontinuerlig med.”*

#### KOMPETANSE OG KOMPETANSEBEHOV HOS LEGENE

Beboere på sykehjem beskrives generelt sett som mye sykere i dag enn tidligere, selv om informantene forteller om betydelige forskjeller mellom pasienter i korttids- og langtidsavdelinger. Beboere i omsorgsboliger beskrives også som å ha betydelige medisinske behov, og som en pasientpopulasjon som deler mange likhetstrekk med sykehjemsbeboere. Informantene trekker fram elementer som komplekse sykdomsbilder, mye legemidler, mer psykiatri de senere årene, ofte blandet med demens, psykososiale problemstillinger, og pasienter som nylig er skrevet ut av sykehus og fortsatt er nærmest behandlingstrengende. Pårørende som stiller større krav enn tidligere, ble også trukket fram som eksempel på endringer man opplever i tjenestene. I dag er det også større muligheter for å gjøre mer avansert klinisk arbeid på sykehjem enn tidligere. Totalt sett stiller disse endringene større krav til kompetanse hos sykehjemslegene og fastleger tilknyttet omsorgsboliger. Alle informantene var samstemte om at det er et konstant behov for opplæring og kompetanseheving for å kunne tilby en tjeneste av god kvalitet. En av legene mente kompetanseheving er helt nødvendig:

“Det er jo det det skriker etter, kompetanse for å kunne håndtere dette her [endringene i sykehjemspopulasjonen]). Å kunne få gå på kurs, få opplæring, ta etterutdanning, det er alfa og omega.”

I intervjuene stilte vi også spørsmål om det var noen spesiell type kompetanse legene ser særlig behov for. Sykehjemsmedisin (inkl. medisin for beboere i heldøgns omsorgsboliger) er et bredt felt, og legene mente det var mange former for kompetanse som er viktig. Flere trakk imidlertid fram et økende behov for indremedisinsk kunnskap, siden man skal behandle flest mulig på sykehjem. Mer kompetanse innen geriatri er nødvendig. Vurdering av kognitiv svikt, demensvurderinger, er videre et felt mange har behov for mer kunnskap om. En lege fremhevet videre behovet for mer kunnskap om jus, og anvendelse av jussen, spesielt knyttet til samtykkekompetanse.

På spørsmål om hvorvidt informantene (legene) fikk gå på kurs, erfarte alle sykehjemslegene at de fikk lov til det, mens problemstillingen ikke var aktuell for fastleger innen omsorgsboliger. En sykehjemslege mente muligheten for å ta kurs var ganske bra:

“Det er jo eget budsjett i avdelingen. Og i snitt kan vi reise på kurs en gang hver, vi tre legene, en gang i året. Vi får dekket noe via Legeforeningen og noe fra kommunen.”

En lege fortalte videre at han innimellom deltok på samme kurs som sykepleierne. En annen lege passet på å ta kurs som er relevante for sykehjemsmedisin når han uansett må ta kurs i forbindelse med fornyelse av sertifisering for å være spesialist i allmennmedisin. Hans erfaring var at de fleste kursene innenfor allmennmedisinen er relevante og at det er masse kurs å ta. En annen lege fortalte at kommunen bidro til at hun kunne gjøre ferdig spesialiseringen i allmennmedisin ved å gi henne en gunstig kombinasjonsstilling.

Muligheten til å gå på kurs en gang eller to i året er vel og bra, men legene pekte også på et behov for løpende å kunne diskutere enkeltsaker og generelt å ha noen å utveksle erfaringer med. Vi kan ikke generalisere ut i fra intervjumaterialet, men det er lett å forestille seg at fastleger i mindre grad enn fast ansatte sykehjemsleger har noen å diskutere med. En av fastlegene påpekte nettopp dette:

“Det å diskutere sanne tilfeller med andre leger... det kan vi gjøre telefonisk, men det hadde også vært greit å ha dem fysisk til stede. Men jeg har gode diskusjoner med sykepleierne her. Vi får som regel landet på noe. Og jeg har alltid hatt backup fra sykepleiere. Men som lege kan en bli litt alene. Men kommunen prøver altså på noe.”

Kommunen var i ferd med å få i gang en møteplass for sykehjemslegene noen ganger i halvåret, og det så informanten fram til. En sykehjemslege fra en annen kommune fortalte at der hadde de intern samling ”på huset” med legene, samt at en sykehjemslege fra nabokommunen hadde vært med innimellom. Videre hadde de erfaring med smågruppediskusjon der de tok opp faglige tema (igangsatt av legeforeningen). Dette ble beskrevet som en ikke så veldig mye brukt ordning, men en nyttig møteplass. Temaet om faglig og sosialt fellesskap har vi også drøftet over, og det er åpenbart at felles arenaer er viktig for kompetanseheving.

De legene vi intervjuet var alle opptatt av å delta på kurs og holde seg oppdatert. Vi fikk imidlertid også historier fra en sykepleier om at de tidligere hadde hatt – etter hennes mening – leger med lite kompetanse. Hun sa:

“Jeg har jo vært her så lenge, og vet hvordan jeg vil ha det - og så kan du ha leger som bare sier “ja og ha”, og det føles jo litt utrygt, for du vil jo gjerne ha en diskusjon om ting. (...) Men vi har hatt leger som ikke har hatt kompetanse til å ta den diskusjonen.”

## DELTAKELSE I OPPLÆRING OG KVALITETSARBEID

Det er en glidende overgang fra å snakke om kompetansehevende tiltak til deltakelse i opplæring og kvalitetsarbeid på sykehjem. Kvalitetsarbeid eller kvalitetsforbedring beskrives i Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten som *“en kontinuerlig prosess for å identifisere svikt eller forbedringsområder, teste ut tiltak og justere til resultatet blir som ønsket og forbedringen vedvarer.”*<sup>26</sup> Videre innebærer kvalitetsforbedringsprosessen å dokumentere at man har et problem, identifisere årsaker, teste ut mulige løsninger i liten skala og implementere tiltak som viser seg å være effektive. Hovedinntrykket fra intervjuene var at de færreste legene deltar i kvalitetsarbeid på en systematisk måte, men at en del holder kurs på sykehjemmet eller driver med andre former for opplæring, som kan tolkes som at de deltar i deler av prosessen som utgjør kvalitetsforbedring. En fastlege forklarte at han ikke deltok i denne typen arbeid på systemnivå. Han var tidligere med på avvikshåndtering, men hadde ikke tid til det lenger. I en annen kommune beskrev ledelsen at legene var med ”til en viss grad”, helst da i form av å undervise og delta i ulike tverrfaglige møter og faste samarbeidsmøter, der de går gjennom prosedyrer sammen. Kun én fast ansatt sykehjemslege sa eksplisitt at hun prøvde å være aktiv i kvalitetsarbeid:

“Jeg har fokus på det. Så jeg har vært inne på noen personalmøter og hatt litt undervisning, blant annet om medikamenter ved atferdsendring. Og prøvd å få litt fokus på det. I og med at det er lite sykepleiere på avdelingen, så må helsefagarbeiderne være flinke til å føre inn målinger som de tar, for jeg bruker dem. Og føring av atferdsregistreringsskjema, som dem gjør, men som jeg bruker. For det betyr noe. Jeg bruker det, jeg prøver å motivere dem til det.”

Som i avsnittet over om kompetanseutvikling, er det lett å se for seg at fastleger som er til stede på sykehjemmet en dag i uka har langt mindre muligheter til å delta i kvalitetsarbeid, møter, opplæring etc. enn en fast sykehjemslege. Kanskje vil også en sykehjemslege ha større motivasjon, gitt at sykehjemsmedisin er hovedgesjeften til vedkommende.

## 6.6 DIGITALE VERKTØY I SYKEHJEM OG HELDØGNS OMSORGSBOLIGER

Vi stilte også spørsmål i intervjuene om bruken av velferdsteknologi, samt at vi ba om deres generelle betraktninger rundt digitale verktøy i sykehjem og heldøgns omsorgsboliger. Temaet ble ikke veldig mye omtalt, men det var grovt sett to temaer som ble tatt opp: fortellinger om hva slags velferdsteknologi man brukte på institusjonen/bofellesskapet og tanker om journalsystemet.

### VELFERDSTEKNOLOGI

Velferdsteknologi i ulike former brukes alle steder vi gjorde intervjuer. Det omfatter typisk sensorer, matten og trygghetsalarmer. Begrunnelsen fra ledernivå er blant annet at velferdsteknologi kan øke pasientsikkerheten og den kan spare personalressurser. Mange kommuner har tydelige strategier på å implementere velferdsteknologi, og det er et betydelig trykk på dette fra helsemyndighetenes side. Også i “våre” kommuner hadde de mål om å innføre mer velferdsteknologi. En sykepleier på sykehjem beskrev hvordan de har det på sykehjemmet:

<sup>26</sup> [https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/ledelse-og-kvalitetsforbedring/seksjon?Tittel=formal-og-virkeomrade-11130#formålet-med-forskriften-\(§-1\)](https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/ledelse-og-kvalitetsforbedring/seksjon?Tittel=formal-og-virkeomrade-11130#formålet-med-forskriften-(§-1))

“Det er mye velferdsteknologi inne i bildet nå. Det vi bruker er sensorer som står på gulvet inne på rommet. Hvis pasienten er oppe om natta. Matte. Og noe som står på gulvet. Det siste nå, som er på utprøving på det andre sykehjemmet er RoomMate<sup>27</sup> (...) Ja vi kan godt ønske oss det her også. Det er mange pasienter vi trenger å passe på på natta, da er vi bare to stykker her. Kan da heller følge med på en skjerm. Det hadde kanskje vært greit å ha. Men altså til syvende og sist er flere hender best.”

Sitatet er betegnende for hva flere informanter sa. Velferdsteknologi kan ha nytte, men det de aller mest ønsker seg, er flere personalressurser. En lege understreket det samme. Hun mente at om man heller hadde satt inn en fastvakt i stedet for å følge med på pasienten via en skjerm, ville det ha vært bedre for pasienten og trygget denne mer. Men hun erkjenner at gitt at økonomien er som den er, må man gjøre det på denne måten, *“sensoren er bedre enn ingenting.”*

### DIGITALE DOKUMENTASJONS- OG KOMMUNIKASJONSLØSNINGER

Under dette temaet ble bruk av pleie- og omsorgsmeldinger (PLO-meldinger) tatt opp, noe ble fremhevet som positivt. Videre ble erfaringer med journalsystemet ved sykehjem tatt opp. Ser vi spesifikt på journalsystemet fra legenes perspektiv, var hovedinntrykket at de var misfornøyd med legemodulen i systemet. Med forbehold om at informantene vi har intervjuet brukte det samme journalsystemet – og det kan derfor være andre erfaringer med andre systemer – var erfaringene med det at det ikke er etter dagens standard. Funksjonaliteten oppleves for dårlig, og kort oppsummert mente mange av legene at systemet rett og slett var dårlig egnet for medisinsk-faglig arbeid.

En særlig problemstilling oppstår knyttet til fastleger i omsorgsboliger, siden disse dokumenterer i sitt eget fastlegesystem. En enhetsleder i en omsorgsbolig mente dette kan skape problemer:

“[Legen] skriver fortløpende hva som har blitt gjort her, så skriver hun det i sitt system når hun kommer tilbake. Det er ikke så bra, fordi vi ønsker at fastlegene som er så involverte skal ha tilgang på Gerica, sånn at det blir riktig. Hun kan jo ikke skrive det inn sånn som en sykehjemslege kan.”

Intervjuene gir altså ganske tydelige signaler på at journalsystemet til sykehjemsleger ikke er gode nok, samt at det er et problem at fastlegene som gir tjenester i omsorgsboligene dokumenterer i eget system og ikke i omsorgsboligens.

<sup>27</sup> Visuelt og anonymisert tilsyn, se <https://www.roommate.no/>





## 7. OPPSUMMERING OG DISKUSJON

I dette kapitlet svarer vi først ut de ti problemstillingene som har ligget til grunn for oppdraget. Deretter drøfter vi kort hvilke faktorer (strukturelle, organisatoriske og teknologiske) som fremmer og hemmer kvalitet på medisinske tjenester i sykehjem og heldøgns omsorgsboliger. Herunder ligger en hypotese, basert på datamateriale innhentet og gjennomgått, om at jo mer integrert legetjenesten er i helse- og omsorgstjenestene i norske kommuner, jo større sannsynlighet er det for å skape medisinskfaglige tjenester av god kvalitet. Avslutningsvis peker vi på områder der det er behov for mer kunnskap og tiltak rundt tematikken generelt, eller innenfor mer avgitte deltema.

### 7.1. OPPDRAGETS SPØRSMÅL

- **Hvordan organiserer kommunene det medisinskfaglige tilbudet til pasienter på korttids- og langtidsopphold, både med hensyn til a) tilstedetid av lege, b) muligheter for telefonkontakt på dagtid, kveldstid samt i helger og c) bruken av legevaktstjenester?**

Basert på kunnskapsoppsummeringen og dybdeintervjuer, finner vi finner stor variasjon når det gjelder organisering av det medisinskfaglige tilbudet i norske kommuner. Denne variasjonen synes å ha sammenheng med i) kontekstuelle betingelser som kommunene i liten grad kan påvirke, som kommunestørrelse, attraktivitet for leger knyttet blant annet til nærhet til utdanningsinstitusjoner og større byer og ii) valg og strategier som kommunene selv har utformet. Følgelig er organiseringsform, og de konsekvensene dette har for form og kvalitet innen tjenestene, delvis betinget av forhold som ligger ganske fast og delvis betinget av forhold som kan justeres, og hvor «gode eksempler» kan overføres fra en kommune til en annen.

Materialet viser konkret til ulik grad av tilstedetid ved institusjoner (forstått både som sykehjem og omsorgsboliger), basert på organiseringsform. Studien tyder på at fast ansatte leger og større stillingshjemler fører til mer tilstedetid ved sykehjem. Den tyder også på at flere beboere i omsorgsbolig per samme fastlege fører til mer tilstedetid av legen for beboerne. Både ledere,



leger og øvrige ansatte viser til en gjensidig og selvforsterkende effekt ved å øke det som kan beskrives som «volum» (forstått som mer legetid totalt og per beboer): tilstedetiden er spredt mer utover uken, terskelen for å ta kontakt er lavere, legene har bedre kjennskap til a) beboerne, b) øvrige ansatte og c) «systemet», noe som ikke bare er positivt med tanke på kvalitet, men også med tanke på effektivitet.

Videre viser vårt materiale at legene i stor grad synes det er greit å bli oppringt etter arbeidstid og at de har utarbeidet uformelle ordninger som sier noe om når de kan bli oppringt. Dette gjaldt både for leger som er fast ansatte sykehjemsleger og for fastleger. Ut ifra våre data kan vi ikke si noe om at organiseringsform påvirker hvorvidt legen kan kontaktes etter ordinær arbeidstid. Legene ser på det å ha kunnet bli kontaktet etter ordinær arbeidstid som en fordel for pasienten, for personalet på sykehjemmet/omsorgsboligen og for seg selv. Siden det å bli oppringt utenom arbeidstid ikke er en ordinær del av arbeidet, er det nødvendig med en diskusjon mellom kommunene/sykehjemmene og legene om hvordan denne ordningen skal praktiseres og om legene skal få en kompensasjon for slik beredskap.

Når det gjelder bruken av legevakt, ble det å “unngå å bruke legevakt” til pasienter i sykehjem trukket frem som et særlig effektivt tiltak for å heve kvaliteten på det medisinskfaglige tilbudet. I intervjuene framkom det at ved å avtale med sykehjemslege/sykehjemslegens legekantor unngås mange telefoner til legevakten. Disse to faktorene bør ses i sammenheng. En lege som kjenner pasientene og dens pårørende har mye bedre forutsetninger for å treffe raske og riktige beslutninger enn legevakta som ikke kjenner pasienten, ikke har tilgang til journalen til pasienten etc. Når det er sagt, fremhevet en informant at man må stille krav til at legevakta har den medisinskfaglige kompetansen som er nødvendig for å ivareta pasienter på sykehjem, og at det alltid vil være et visst behov for å bruke legevakt. Utfordringen blir dermed å sikre at legevakta får god tilgang til informasjon om pasienten, og at legevakta har tilstrekkelig fagkompetanse om pasientpopulasjonen på sykehjem.

- **Hva er årsaker til at kommuner velger heltids sykehjemsleger versus deltids arbeidsavtaler med fastleger?**

Verken kunnskapsoppsummeringen eller dybdeintervjuene gir klare svar på dette spørsmålet. Temaet er i liten grad eksplisitt behandlet innen forskningslitteratur, og antallet casekommuner gjør at vi har et begrenset kunnskapsgrunnlag for å besvare spørsmålet. Noen momenter kan likevel trekkes frem. I en PhD-studie vises det eksplisitt til at sykehjem innen samme kommune har valgt vidt forskjellige løsninger når det gjelder heltids-/fast ansatte sykehjemsleger versus deltids arbeidsavtaler (Ågotnes 2017). Studien viser at de som valgte heltid/fast ansettelse gjorde dette delvis på grunn av en bevissthet rundt betydningen av dette; de så verdien av en slik løsning for kvaliteten av det medisinskfaglige tilbudet og for tjenestene som helhet. Samtidig var det praktisk gjennomførbart for de aktuelle sykehjemmene å ha slike løsninger da de var av en viss størrelse. Mindre sykehjem hadde deltids arbeidsavtaler med sine fastleger først og fremst fordi det fra deres perspektiv ikke var andre alternativer: å ansette en lege i en mindre stilling ved et mindre sykehjem fremstod ikke som en aktuell problemstilling.

Det vi kan kalle «kritisk masse», i dette tilfelle med tanke på volum av tjenestetilbudet, er altså av betydning for problemstillingen, og kan kanskje utvides fra å utelukkende omhandle institusjonsstørrelse til også å omhandle kommunestørrelse. Mindre kommuner har lavere totale behov for legetjenester innen de aktuelle tjenestene, følgelig kan det være vanskelig å opprette store nok stillinger knyttet for eksempel til sykehjem. Videre kan det være krevende å rekruttere leger til mindre kommuner, og kanskje spesielt kommuner langt fra større byer/utdanningsinstitusjoner,

noe en av casekommunene viste til. Disse to aspektene vil naturligvis også være gjensidig forsterkende, og gjøre rekruttering av faste/heltidssykehjemsleger krevende i enkelte tilfeller.

Generelt opplever vi, basert på dybdeintervjuene og innspill fra dialogmøtet, at ledere, leger og øvrige ansatte ser behovet for og vil foretrekke heltids-/fast ansatte sykehjemsleger, så langt det er mulig.

- **I hvilken grad ivaretas legetjenesten av heltids sykehjemsleger eller andre, herunder hvor store stillingsbrøker har fastleger med deltidstillinger?**

Basert på data fra PAI-registeret fant vi at sykehjemslegenes stillingsprosjenter varierte stort (fra 2 % til 110 %). Gjennomsnittlig stillingsprosent hadde en positiv økning fra 36 % i 2011 til 49 % i 2017, mens mediantallet økte fra stillingsprosent 20 i 2011 til 40 i 2017. Kun 11 % av legene hadde fulltidsstilling i 2011 mens dette var steget til 24 % i 2017. Gjennomsnittlig stillingsprosent for sykehjemslegene i 2017 var 49 %. Selv om stillingsstørrelsene er sterkt økende, er det normale legearbeidet på sykehjem fortsatt et deltidsarbeid som kombineres med annet legearbeid. Vi har ikke tall på hvor store stillingsbrøker fastlegene med deltidstillinger i sykehjem har. For senere analyser er det mulig å koble legedataene fra PAI-registeret med Helfos oversikt over fastleger med basistilskudd, som da kan gi svar på denne delen av spørsmålet.

- **Hva er kjennetegn ved faste sykehjemsleger og fastleger med deltidstillinger i sykehjem når det gjelder spesialitet, stillingsbrøk, tilknytningsform (selvstendig næringsdrivende eller på fastlønn) og alder/kjønn? Og er det forskjeller mellom gruppene?**

*Tabell 5* gav oss oversikt over sykehjemslegenes stillingstitler slik de rapporteres til PAI-registeret. De fleste legene rapporteres her kun som «leger» og gir oss derfor ikke informasjon om hvilken spesialitet de eventuelt har. Statistisk sentralbyrå-data gav oss heller ikke informasjon om legenes spesialiteter. Med hensyn til *tilknytningsform* fant vi, basert på data fra SSB-banken, at i 2017 var 74 % av sykehjemslegene kommunalt ansatte og 17 % var næringsdrivende fastleger. De øvrige var turnusleger og næringsdrivende leger utenfor fastlegeordningen. I 2009 var det kun 48 % kommunalt ansatte, så økningen har vært stor. Antall og andel kommunalt ansatte leger er økende, mens næringsdrivende fastleger er synkende (se *Tabell 2*). Med hensyn til stillingsbrøker vises det til forrige punkt og *Tabell 6*.

Det er en ganske jevn fordeling mellom kvinnelige og mannlige sykehjemsleger, men andelen kvinner er økende, slik at det nå er et lite flertall av kvinnelige leger som arbeider i sykehjem (jamfør *Figur 11*). De kvinnelige legene har større stillingsprosent enn de mannlige legene. I 2017 var gjennomsnittlig stillingsprosent for kvinnene 60 og for mennene 36. Dette tyder på at det er de mannlige legene som i størst grad kombinerer sykehjemsarbeidet med annet legearbeid. Gjennomsnittsalderen for sykehjemslegene har sunket fra 48 til 45 år mellom 2011-2017. Den «gjennomsnittlige legen» i sykehjem i 2017 var dermed kvinne, 45 år og arbeidet 49 % i sykehjem. I 2011 var det flest menn, de var litt eldre og hadde lavere stillingsprosent.

- **Hvordan er fastlegetjenestene til beboere i omsorgsboliger organisert? Tjenestene skal beskrives og skal inkludere omfang og eventuelle tiltak kommunene har gjort for å samle tjenesten på færre fastleger**

Vi viser her til egne underkapitler som omhandler organisering av fastlegetjenestene til beboere i omsorgsboliger (6.4.1 og 6.4.2). Oppsummert kan organiseringsformer for legetjenester for beboere i heldøgnsbemannede omsorgsboliger være varianter av to modeller: 1) én fastlege har

ansvar for alle pasientene, 2) pasientene beholder sin fastlege fra privat bolig til omsorgsbolig. Sistnevnte modell kan, ikke uventet, føre til mange fastleger tilknyttet én omsorgsbolig.

Casekommunene som er med i vårt utvalg demonstrerer at omsorgsboliger sjelden har én fastlege for alle beboere eller har forskjellige fastleger for alle beboerne. Omsorgsboligene i casekommunene har med andre ord ulike varianter og grad av forholdstallet mellom fastleger og pasienter.

Hvordan de respektive omsorgsboligene er «plassert» langs en slik akse synes delvis å være sammenhengende med lokale, kontekstuelle betingelser (særlig kommunestørrelse – det er for eksempel begrenset antall fastleger i en mindre kommune) og aktive valg som virksomhetsledere har gjort. I ett eksempel, hyppig referert til over, har en omsorgsbolig en fastlege for nesten alle beboerne, noe som trekkes frem som ubetinget positivt (om enn sårbart). Denne ordningen har tilsynelatende kommet til delvis på grunn av innsats til virksomhetsleder, som aktivt gikk inn for en slik løsning, delvis med at de «traff» riktig fastlege, som beskrevet av lederen selv.

- **Hvordan ivaretar sykehjemslegene ansvaret for opplæring, rutiner og endringer i oppgavefordeling mellom ulike yrkesgrupper over tid, herunder mellom leger, sykepleiere og helsefagarbeidere?**

Materialet totalt sett tyder på at sykehjemslegene i varierende grad deltar i opplæringsarbeid i sykehjemmene, og intervjuene viser stor forskjell mellom ulike sykehjem. Eksempelene spenner fra et ytterpunkt ved ett sykehjem der de har fulltidsansatt sykehjemslege, og hvor legen legger vekt på å holde kurs og gi opplæring for personalgruppa. Som beskrevet tidligere var hun særlig opptatt av å motivere helsefagarbeidere til å gjøre gode observasjoner siden det tidvis er mangel på sykepleiere på jobb. I midtsjiktet finner vi eksempler på sykehjem der legene prøver å være med på felles personalmøter og formidle noe medisinsk kunnskap på disse. Det andre ytterpunktet fant vi i en kommune der informantene rapporterte at verken nåværende eller tidligere lege ved sykehjemmet hadde initiert eller deltatt aktivt i slikt arbeid. Liten delaktighet i opplæring ser ut til å være spesielt gjeldende for sykehjemsleger i mindre stillinger.

- **Hva slags kjennetegn finner vi ved sykehjem der legene deltar aktivt i kvalitetsarbeidet?**

Gjennom kartleggingen har vi ikke noe godt datagrunnlag for å si bestemt hva slags kjennetegn som karakteriserer sykehjem der legene deltar aktivt i kvalitetsarbeid. I diskusjoner på dialogmøtet ble det tatt opp at det generelt sett gjøres lite kvalitetsarbeid ved sykehjem. Dersom dette er tilfelle, er det selvsagt en begrensning for legenes deltakelse. Det kan også hende at det gjennomføres mye kvalitetsarbeid, men at dette hovedsakelig initieres og gjennomføres av pleiepersonalet uten at legene involveres i nevneverdig grad. I tilfelle, kan det være grunn til å spørre seg om ikke legene bør involveres mer. I intervjuene med leger fikk vi videre inntrykk av at hva kvalitetsarbeid er forstås på litt forskjellige måter. Når dette temaet ble tatt opp i intervjuene, dreide samtalen seg ofte over på hvordan man kan øke kompetansen i sykehjemmet etc., men det var lite snakk om systematisk kvalitetsarbeid, med unntak av fra noen leger. Én lege fortalte at han tidligere deltok i å skrive avviksmeldinger, men det hadde han sluttet med på grunn av liten tid. En annen lege (referert til over) forsøkte å delta aktivt i kvalitetsarbeidet, og vurderte at det var viktig.

- **Hvordan samhandler sykehjemmene med spesialisthelsetjenesten om den medisinske oppfølgingen av pasienter på kort – og langtidsopphold samt øyeblikkelig hjelp plasser?**

Data fra dialogmøtet og intervjuene tyder på at samhandling med spesialisthelsetjenesten, særlig knyttet til utskrivning av pasienter, kan være utfordrende. Som flere informanter og møtedeltakere påpekte: til tross for at dette er et område hvor det er formulert avtaler mellom helseforetak og kommuner, samt utviklet retningslinjer og rutiner, kan man aldri slutte å jobbe for å forbedre samhandlingen på tvers av nivåene.

Samhandlingen foregår gjerne med støtte av telefon for å avklare problemstillinger. Epikrisen er naturlig nok viktig for å få oppsummert hva som er skjedd med pasienten på sykehuset. Blant de vi har snakket med var det varierende oppfatninger om hvorvidt epikrisen kom raskt nok. Leger som jobber i sykehjem beskrev at det er nyttig å konferere med og få veiledning fra sykehuset. Vi fant eksempler på at slik kommunikasjon kan bidra til innleggelser av mer riktig varighet og behandlingsintensitet, fordi sykehjemslegen informerer om pasientens tilstand og behov. Videre ble det på dialogmøtet trukket fram at også internt i kommunen kan det være behov for bedre samhandling og en satsning på helhetlige pasient-/brukerforløp.

- **Hvordan fremmer/hemmer dagens IKT-systemer samhandlingen internt i kommunen og mot eksterne samarbeidspartnere?**

Pleie- og omsorgsmeldinger (PLO-meldinger) beskrives som et viktig verktøy for samhandling mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. Både deltakere på dialogmøtet og flere av de vi intervjuet mente at å kommunisere via e-meldinger er en stor forbedring sammenliknet med tidligere praksis. De kommunale journalsystemene (eksempelvis Gerica) ble beskrevet av legene som lite egnet for medisinskfaglig arbeid, og virker hemmende for deres arbeid. Materialet vårt dekker imidlertid ikke opp alle journalsystemene, og vi kan derfor ikke si med sikkerhet hvordan dette oppleves. Flere av deltakerne på dialogmøtet argumenterte for at det burde være ett felles journalsystem i kommunen på tvers av alle aktører som jobber innen helse- og omsorg. Digital tilgang til felles legemiddelopplysninger på tvers av kommune-spesialisthelsetjeneste ble likeså trukket fram som en utfordring.

- **I hvilken grad er velferdsteknologiske løsninger tatt i bruk i det medisinskfaglige arbeidet i sykehjemmene?**

Alle informantene i case-kommunene hadde erfaring med bruk av forskjellige typer velferdsteknologi i sykehjem, og det var også flere eksempler på at sykehjem jobbet for å innføre flere velferdsteknologiske løsninger. Det var stor enighet om at slike teknologier kan være effektiviserende og kan gi bedre oppfølging av brukerne. Samtidig ble det også uttrykt en holdning om at mer personale hadde vært enda mer ønskelig. Men gitt de rammebetingelsene kommunene opererer under, hadde alle en forståelse av at økt bruk av velferdsteknologiske løsninger er et riktig grep.

## 7.2. LEGENE SOM EN INTEGRERT DEL AV SYKEHJEMMET

*Hvilke forhold har betydning for at legetjenesten oppleves som en integrert del av sykehjemmets drift?*

Som nevnt over, tolker vi dette spørsmålet i oppdraget ut i fra et premiss om at leger som er godt integrert i sykehjemmet, har økt sannsynlighet for å gi medisinskfaglige tjenester av høy kvalitet, sammenliknet med leger som har en mindre tett tilknytning til sykehjemmet. Basert på data innsamlet i kartleggingen, og supplert med innsikt fra kunnskapsoppsummeringen, synes en slik tolkning å være velberettiget: stabilitet, tilgjengelighet og kontinuitet av legetjenester, på ulike måter, er fordelaktig.

For det første er det rimelig å anta at ”nok” legetid, uavhengig av antall leger, altså at legen(e) rent faktisk har tid til å gjøre det arbeidet som er tiltenkt at den/de skal gjøre, fremmer integrasjon. Blir det for travelt, er det umulig å gjøre en veldig god jobb, og alt utenom selve den kliniske evalueringen og initiering av behandling må bortprioriteres. Flere av informantene fremhevet at det er så travelt for legene at de ikke har tid til å gjøre annet enn det absolutt nødvendige. Hva som er ”nok” legetid finnes det neppe et omforent svar på, og diskusjonen rundt behovet for en nasjonal norm vs. legedekning basert på kommunenes egne vurderinger av behov, er fremdeles aktuell.

For det andre bør legen(e) ha en stillingsstørrelse av en et visst volum (som igjen henger sammen med institusjonens totale legetid, men som også omhandler kontinuitet og stabilitet i den enkelte leges stilling/virke), slik at man kan bli en del av et faglig og sosialt fellesskap på institusjonen. Stor stillingsprosent og mye tilstedetid på sykehjemmet bør fremmes med fast ansatte sykehjemsleger. Kartleggingen tyder på at det å ha sykehjemmet som hovedarbeidsplass, og ikke et sted man stikker innom for å gjøre et tilsyn, bidrar til en opplevelse av å høre til på sykehjemmet.

For det tredje er det sannsynlig at noen egenskaper og holdninger hos leger bidrar til større integrasjon på sykehjemmet enn andre. I dybdeintervjuene i casekommunene ble det vist til ulike eksempler på at leger hadde erfaring med, kjennskap til og interesse for sektoren (sykehjem), feltet (geriatri) og til målgruppen (eldre). I andre eksempler ble det vist til at legene hadde begrenset eller svært manglende erfaring og interesse innen området. Dette handler delvis om faginteresse (sykehjemsmedisin), delvis også om hvorvidt leger har interesse for å jobbe tverrfaglig og sammen med de andre ansatte på sykehjemmet. Legevirket ved sykehjem beskrives som å innebære en høy grad av tverrfaglig samarbeid over tid, noe enkelte sykehjemsleger er mer innforstått med enn andre. Et relatert aspekt er her muligheter og vilje til samarbeid og kommunikasjon med alle involverte, både pasient, pårørende og samarbeidende tjenester. I en nyere norsk studie beskrives (manglende) samarbeid mellom pårørende og leger, og mellom leger og annet personell, som utfordrende sett fra perspektivet til pårørende (Fosse 2018). Samtidig fremheves kjennskap til og samarbeid med pårørende som betydningsfullt når det gjelder krevende medisinske avgjørelser fra legene selv (ibid.). Samarbeid og kommunikasjon, internt og eksternt, er en sentral del av sykehjemslegens virke, ikke bare med tanke på arbeidsmiljø og trivsel, men også for de konkrete medisinskfaglige vurderingene.

For det fjerde vil leger som har vært lengre i stillingene sine kunne opparbeide seg stor kjennskap til både pasienter, pårørende og personalgruppa, sammenliknet med leger med kortere erfaring, eller med vikarer. Stabilitet/kontinuitet omhandler slik sett også et tidsaspekt, i tillegg til volum. For å tilrettelegge for en slik stabilitet blant sykehjemslegene, bør stillingene fremstå som attraktive, og som en stilling hvor legene selv ønsker å bli værende. Når det gjelder dette punktet

hadde legene selv mange forslag til hvordan man kan gjøre sykehjemsmedisin til et attraktivt yrkesvalg. Flere av disse punktene har blitt nevnt gjennom rapporten, og omhandler størrelse på stilling, men også muligheter for utvikling av et fagmiljø, det sosiale miljøet ved institusjonene, mulighet for kompetanseutvikling og deltagelse i beslutningsprosesser/organisering sentralt i kommunen. En lege fremhevet også at det vil være fordelaktig med relevante og interessante kombinasjonsstillinger, for å skape litt variasjon i arbeidet. For eksempel kan en tenke seg å kombinere en sykehjemsstilling med en stilling ved et helsehus med yngre, akutte pasienter.

De ulike aspektene vist til over må forstås i sammenheng. En styrking av det ene, for eksempel innføring av større stillingsprosenter, vil kunne ha implikasjoner for noe annet, for eksempel økt interesse for sykehjemsmedisin. Likeledes vil tilstrekkelig med tid kunne føre til at en opplever å gjøre et faglig godt arbeid, noe som øker sannsynligheten for at legen forblir i stillingen. I det videre arbeidet med å få leger på sykehjem til å inngå som en del av et større fellesskap må en følgelig ta hensyn til alle aspektene.

Punktene vi har tatt opp over er imidlertid ikke begrenset til sykehjem, men er også aktuelle for omsorgsboliger med heldøgnsbemanning. Beboere, pårørende og personale tilknyttet omsorgsboligen vil også nyte godt stabilitet og forutsigbarhet, og den gjensidige forsterkningen mellom disse:

«Det viktigste er at vi har forutsigbare legetjenester hvor vi kan stole på at vi raskt kan få tak i en lege, og en lege som svarer, for det jeg ser fra de andre bokollektivene, er det en frustrasjon knyttet til det at det tar lang tid på å svare, av og til svarer de ikke på e-lenke, så blir det mye frustrasjon, leger som ikke kommer, ikke får startet opp med nødvendig behandling tidlig nok. Og det blir store forskjeller fra lege til lege, og det er også noe, at legene varierer så mye i forhold til hva som er viktig, og da blir det mye frustrasjon, mange som ønsker at det skulle vært et annet system. Så lenge det er bokollektivene som tar over sykehjemspasientene, så må det også følge med leger på det løpet, ellers blir det for dårlig.»

Spørsmålet om det er behov for egne bemanningsnormer for leger og andre yrkesgrupper i sykehjem blir løftet fram fra tid til annen. Som vi har vært inne på over, er bemanning et forhold som kan påvirke hvor integrert legene blir i hverdagen på sykehjemmet. Argumenter for dreier seg i hovedsak om å sikre gode arbeidsvilkår og god tjenestekvalitet, mens argumenter mot gjerne handler om økonomiske rammer, at normer kan oppfattes som en stivbent minstestandard og at lokale forskjeller tilsier ulik bemanning. Det er i vårt materiale ulike syn på behovet for en forskriftsmessig normering av legetjenester kontra at kommunene skal basere legedekningen på egenreviderte behov som i dag. Legeforeningen har i et policynotat fra 2012 foreslått en nasjonal legebemanningsnorm differensiert mellom type avdeling og pasientkategorier (Den Norske Legeforening 2012).

- 1 uketimer per 3 langtidsplasser, dvs. minst 1 legeårsverk per 90 pasienter
- 1,5 uketimer per korttidsplass for opphold av 3–4 ukers varighet, dvs. minst 1 legeårsverk per 20 pasienter
- 3 uketimer per 1 rehabiliteringsplass for mer aktiv utrednings-, behandlings- eller rehabiliteringsopphold, dvs. minst 1 legeårsverk per 10 pasienter
- 1 uketimer per 2 plasser i spesialavdelinger for demente med atferdsproblemer, dvs. minst 1 legeårsverk per 60 pasienter
- 5 uketimer per plass beregnet for palliativ behandling og/eller terminalomsorg, dvs. minst 1 legeårsverk per 6 pasienter

Som det framgår av kapittelet om registerdata og statistiske analyser, har det pågått en betydelig styrking av legebemanningen ved norske sykehjem samlet sett. Antall legeårsverk i sykehjem har økt med 31 % fra 2010–2016, hvilket er betydelig mer enn for sykepleiere og fysioterapeuter. Det var i 2017 0,55 legetimer per beboer per uke, hvilket tilsvarer ett legeårsverk per 70 pasienter. Dette er høyere enn Legeforeningens forslag i 2012 til norm når det gjelder langtidsplasser, men lavere enn deres norm for korttidsplasser, utrednings- og rehabiliteringsplasser og palliative plasser. Det er rimelig at det bør differensieres mellom ulike typer plasser. For eksempel krever god palliativ omsorg betydelig tettere oppfølging fra både lege og sykepleier enn det som er tilfelle ved andre type plasser, og sykehjemmene er i økende grad blitt selve stedet for livets avslutning i Norge (Kjellstadli et al. 2018). Hvorvidt den faktiske legekapasitetsøkningen vi har sett i Norge samlet sett svarer til det økte behovet, bør utredes mer spesifikt. Uansett er det i dag lokale forskjeller mellom sykehjemmene både med hensyn til legebemanning og pasientenes sykdomsbyrde som må tas høyde for. Dessuten kan ikke legebemanningsnormer sees uavhengig av bemanningsnormer for andre yrkesgrupper i sykehjem.

*Styrking av det medisinskfaglige tilbudet på sykehjem aktualiserer også andre grunnleggende spørsmål og utfordringer.* Vi skal avslutte dette kapittelet med noen av disse, uten å gjøre forsøk på å besvare dem her. For eksempel, hva skjer med sykehjemmet som eldreinstitusjon og botilbud når medikaliseringsprosessene styrkes? Bør sykehjemmene primært være medisinske institusjoner med omfattende medisinske teknologi- og behandlingstilbud, eller bør de først og fremst være et bo- og aktivitetstilbud for personer som ikke kan få et forsvarlig tjenestetilbud i eget hjem? Kan disse to sidene kombineres? Endres sykehjemmenes (og omsorgsboligenes) profil som botilbud knyttet til hverdagsliv og aktiviteter når de medisinske tjenestene styrkes? Hva skal et sykehjem være? Er styrkingen av det medisinske tilbudet en villet følge av nyere helsereformer og oppgavedeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten? Det kan tenkes at lav legebemanning binder andre yrkesgrupper, for eksempel sykepleierne, til et for omfattende medisinsk fokus. Eller kan styrking av legebemanningen frigjøre andre yrkesgrupper til i større grad å få realisert sin egen kjernekompetanse i sykehjem?

### 7.3 INNSPILL TIL YTTERLIGERE TILTAK FOR Å FREMSKAFTE MER KUNNSKAP PÅ OMRÅDET

Denne kartleggingen gir ikke uttømmende eller absolutte svar på problemstillingene som har blitt undersøkt. Dette skyldes både oppdragets relativt begrensede ramme (først og fremst med tanke på tiden som har vært til rådighet), men også fordi de aktuelle datakildene er mangelfulle i omfang og tematikk. Når det gjelder enkelte problemstillinger, har vi derfor jobbet ut ifra en målsetting om å kunne beskrive en nå-situasjon, heller enn å forklare og analysere årsakssammenhenger. Når det er sagt, gir funnene i kartleggingen et godt grunnlag for å vise til kunnskapshull. Kunnskapshullene dekker både forskningsbehov, behov for kartlegginger/rapporter samt utarbeidelse og utprøving av konkrete tiltak og initiativer. Punktene som presenteres under representerer derfor temaer som denne rapporten ikke har belyst i tilstrekkelig grad, eller som rapporten har avdekket at det mangler kunnskap om. Punktene er ikke nødvendigvis uttømmende.

## GENERELLE FORSKNINGSBEHOV

- Det eksisterer i dag begrenset med kunnskap om - og forskningsinnsats rettet mot -omsorgsboliger generelt, og legetjenester tilknyttet disse mer spesifikt. Vi ser behovet for mer forskning rettet mot former for organisering av omsorgsboliger, avgrensing/samarbeid opp mot andre tjenester, legetjenester tilknyttet omsorgsboliger, og endringer i pleie- og omsorgsbehov på pasientpopulasjonen over tid
- Et forskningsfokus rettet mot betydningen av kontinuiteten i legetjenestene, forstått både i form av volum (hvor mye tid) og tilgjengelighet (hvordan få kontakt, hvor lett er dette) og, ikke minst, betydningen dette har for samarbeid og kommunikasjon mellom leger, ansatte, ledere, pårørende, pasienter og øvrige tjenester fremstår som sentralt. Temaet har blitt berørt på ulike måter i forskningslitteraturen, men denne fremstår likevel som mangelfull gitt vektleggingen av temaet innen forskning og fra informanter. En konkret tilnæringsmåte som kan være en nyttig inngang til denne mer generelle problemstillingen, kan være en innledende undersøkelse om sykehjemsansattes opplevelser og erfaringer med ulike former for legetjenester/ legetilknytning, og hvordan slike former vurderes med tanke på arbeidsmiljø, samarbeid, faglig forsvarlighet og opplevd kvalitet. Tilsvarende synes det også å være behov for kvalitativ forskning som gir innsikt i beboernes og pårørendes erfaringer og vurderinger knyttet til de medisinske tjenestene på sykehjem.
- De statistiske analysene i denne rapporten har i størst grad landet som helhet som analyseenhet. Det er behov for forskning som i større grad studerer ønsket og uønsket variasjon mellom kommunene med hensyn til de medisinske tjenestene, og legetjenesten i særdeleshet, i sykehjem og omsorgsboliger. Herunder også analyser av faktorer som forklarer ulikhetene.
- Samarbeidet mellom lege og de store yrkesgruppene på sykehjem, i særdeleshet helsefagarbeiderne og sykepleierne, er lite studert i en sykehjemskontekst. Det er behov for forskning som identifiserer modeller for dette samspillet, som kan heve det medisinskfaglige tilbudet.
- Likeledes er det behov for forskning som kan bidra til å utvikle andre kompetanseområder tett på medisin, som fysioterapifunksjonen og tannhelsearbeidet i sykehjem.
- Vi så i statistikk-kapittelet at kun 49 % av beboerne (67 år og eldre) på langtidsopphold i institusjon i 2017 hadde hatt legemiddelgjennomgang i løpet av de siste 12 månedene, mens kun 38 % av beboerne (50 og og eldre) var vurdert av tannhelsepersonell i løpet av de siste 12 måneder. Gitt en viss usikkerhet omkring mulige feilrapporteringer knyttet til disse tallene, er det behov for ny forskning om utbredelse og variasjon mellom sykehjem med hensyn til disse to lov- og forskriftskravene.



## KONKRETE KARTLEGGINGER OG UTREDNINGER

- Rekruttering av leger innen de kommunale helse- og omsorgstjenestene har blitt påpekt som en generell utfordring. Hvordan kan slike tjenester gjøres mer attraktive for nye og erfarne leger? Hvilke erfaringer kan deles fra kommuner som har «lykkes» med rekruttering?
- Kravene i spesialistløpene (da særlig spesialisering i allmenmedisin) påvirker mulighetene for legekontinuitet i sykehjem. Hvordan kan man best mulig tilrettelegge for spesialisering og for stabile medisinskfaglige tjenester i kommunene?
- Gjennom datainnsamlingen har det kommet fram en bekymring om at noen steder bruker kommunene leger som venter på LIS1-tjeneste til arbeid i sykehjem. I hvor stor grad skjer dette?
- Interkommunal legevakt er prøvd ut flere steder, særlig i mindre tett befolkede områder. Kunnskap om og med denne organisasjonsformen fremstår likevel som noe mangelfull, særlig med tanke på betydningen for lokale sykehjem, på grunn av potensielt lange avstander mellom legevakt og sykehjemmet.
- Flere informanter, i særlig grad på dialogmøtet, argumenterte for en tettere integrering av sykehjemslege/sykehjemsoverlege i kommunenes planleggings- og organiseringsarbeid. Vi ser behovet for en kartlegging av muligheter for, betydning av, og konkrete erfaringer med ordninger med sykehjemsoverlege, inkludert hvordan en slik funksjon kan/bør integreres i de respektive kommunale ledelsesstrukturene.



## 8. REFERANSER

- Bakerjian D & Harrington C (2012) Factors associated with the use of advanced practice nurses/physician assistants in a fee-for-service nursing home practice: a comparison with primary care physicians. *Research in Gerontological Nursing*. Vol. 5(3):163-73.
- Bakken K, Larsen, E, Lindberg, PC Rygh, E & Hjortdahl P (2007) Mangelfull kommunikasjon om legemiddelbruk i primærhelsetjenesten. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, Vol. 127(13):1766-9.
- Banerjee A James R McGregor M et al. (2018) Nursing home physicians discuss caring for elderly residents: An exploratory study. *Canadian Journal of Aging*. Vol.37(2):133-144.
- Bergland, Å & Kirkevold, M (2005) Thriving in nursing homes in Norway: Contributing aspects described by residents. *International Journal of Nursing Studies*. Vol. 43: 681-691.
- Bollig, G, Gjengedal, E, Rosland JH (2016) Nothing to complain about? Residents' and relatives' views on a "good life" and ethical challenges in nursing homes. *Nursing Ethics*. Vol. 23(2) 142-153.
- Daatland SO & Slagsvold B (2014) Boliggjøring av eldreomsorgen? Bakgrunnen, prosjektet og begrepene. I Daatland SO (Red.). *Boliggjøring av eldreomsorgen?* Oslo: NOVA-rapport 16/2004.
- Daatland SO & Otnes B (2014) Boliggjøring av eldreomsorgen? Utviklingslinjene. I Daatland SO (Red.). *Boliggjøring av eldreomsorgen?* Oslo: NOVA-rapport 16/2004.
- Daatland SO (2014). Boliggjøring av eldreomsorgen? Lokale variasjoner. I Daatland SO (Red.). *Boliggjøring av eldreomsorgen?* Oslo: NOVA-rapport 16/2004.
- Den Norske Legeforening (2012): *Flere leger i sykehjemmene*. Policynotat nr. 8/2012.
- Dreyer A Førde R & Nortvedt P (2009) Autonomy at the end of life: life-prolonging treatment in nursing homes-relatives' role in the decision-making process. *J Med Ethics*. Vol. 35:672-7.

- Dreyer A Førde R & Nortvedt P (2011) Ethical decision-making in nursing homes: influence of organizational factors. *Nurs Ethics*. Vol. 18:514-25.
- Field FS Gurwitz JH Avorn J McCormick D Jain S Eckler M Benser M & Bates DW (2001) Risk factors for adverse drug events among nursing home residents. *Arch Intern Med*. Vol. 161:1629-1634.
- Forsetlund L Eike MC Gjerberg E & Vist G (2010) *Effekt av tiltak for å redusere ubensiktmessig bruk av legemidler i sykehjem: en systematisk oversikt over randomiserte kontrollerte forsøk*. Rapport nr. 14-2010. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. [https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2378044/NOKCrapport14\\_2010.pdf?sequence=1](https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2378044/NOKCrapport14_2010.pdf?sequence=1)
- Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. FOR-2003-06-27-792. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Friis P & Førde R (2017) Forhåndssamtaler = advance care planning. *Tidsskrift for den Norske legeforening*. Vol. 6:137.
- Gautun H & Hermansen Å (2011) *Eldreomsorgen under press: Kommunenes helse – og omsorgstilbud til eldre*. Oslo: Fafo-rapport 2011:12.
- Gautun H & Bratt C (2014) *Bemanning og kompetanse i sykehjem og hjemmesykepleien*. Oslo: NOVA rapport 14/14.
- Gjerberg E Lillemoen L Førde R & Pedersen R (2015) End-of-life care communications and shared decision-making in Norwegian nursing homes - experiences and perspectives of patients and relatives. *BMC Geriatr*. Vol. 15:103.
- Gjerberg, E, Førde R, Bjørndal A (2011) Staff and family relationships in end-of-life nursing home care. *Nursing Ethics*. Vol. 18 (1): 42-35.
- Gulla C. (2018). *A Fine Balance: Drug Use in Norwegian Nursing Homes*. Doktorgradsavhandling. Bergen: Universitetet I Bergen.
- Halvorsen KH et al. (2010) Multidisciplinary intervention to identify and resolve drug-related problems in Norwegian nursing homes. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. Vol. 28: 82–88.
- Hansen, MIT (2018) Omsorg under press i sykehjemspasienters siste livsfase. *Geriatrisk sykepleie* Vol. 02:18-23.
- Helsedirektoratet (2013) *Beslutningsprosesser ved begrensning av livsforlengende behandling* <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/67/IS-2091-Beslutningsprosesser-ved-begrensning-av-livsforlengende-behandling.pdf>
- Helsedirektoratet (2017) *Spesialistutdanningen i allmennmedisin, samfunnsmedisin og arbeidsmedisin. Utredning om organisering og gjennomføring*. IS-2646. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2018) *Leger i kommune- og spesialisthelsetjenesten*. IS-2789. Oslo: Helsedirektoratet.

- Helsenorge. <https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer/kvalitetsindikator-pleie-og-omsorg/legetimer-for-beboer-i-sykehjem#Se-resultater>. Lesedato: 8.10.2018.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2017a) *NOU: På liv og død – palliasjon til alvorlig syke og døende*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2017-16/id2582548/sec1>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2017b) «Heldøgns» *Et notat om bruken av begrepet «heldøgns helse- og omsorgstjenester» i statistikk, forskning og tilskuddsforvaltning*. Et notat utarbeidet i samarbeid mellom Helse- og omsorgsdepartementet og KS Mars 2017. [https://www.regjeringen.no/contentassets/30f6a33aba5642b39c8e2f11b1743df6/notat\\_om\\_begrepet\\_heldøgns\\_helse\\_omsorgstjenester\\_mars\\_2017.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/30f6a33aba5642b39c8e2f11b1743df6/notat_om_begrepet_heldøgns_helse_omsorgstjenester_mars_2017.pdf)
- Helse- og omsorgsdepartementet (1989) *Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helvik AS Engedal K Benth JS & Selbaek G (2015) Prevalence and Severity of Dementia in Nursing Home Residents. *Dementia and geriatric cognitive disorders*. Vol. 40(3-4):166-77.
- Huseby BM & Paulsen B (2009). *Eldreomsorgen i Norge: helt utilstrekkelig eller best i verden? Kortversjon*. Hentet fra [https://www.sintef.no/globalassets/upload/helse/okt/pdf-filer/rapport\\_a11522\\_eldreomsorgen\\_i\\_norge.pdf](https://www.sintef.no/globalassets/upload/helse/okt/pdf-filer/rapport_a11522_eldreomsorgen_i_norge.pdf)
- Iden KR (2015) *Depresjon i sykehjem. Underdiagnostikk og overbehandling*. Doktorgradsavhandling. Bergen: Universitetet i Bergen.
- Isaksen J Ågotnes G Fagertun A Jacobsen FF & Obstfelder A (2018) *Følgforskning på «Trygghetsstandarden» - Sluttrapport*. Gjøvik: Rapportserie fra Senter for Omsorgsforskning.
- Jablonski R Utz S Steeves R et al. (2007) Decisions about transfer from nursing home to emergency department. *Journal of Nursing Scholarship*. Vol. 39(3):266-272.
- Karlsen H Andersen B Bekkhus E & Lillemoen L (2018) Akuttkompetanse i omsorgsbolig gir færre reinnleggelse. *Sykepleien*. 106(70161)(e-70161). DOI: <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2018.70161>
- Katz P & Karuza J (2005) Physician Practice in the Nursing Home: Missing in Action or Misunderstood. *J of the American Geriatrics Society*. Vol. 53(10):1826-1828.
- Katz P Karuza J Intrator O et al. (2009) Nursing home physician specialists: a response to the workforce crisis in long-term care. *Ann Intern Med*. Vol. 17;150(6):411-3.
- Katz P Quail P McBryde M et al. (2011) Physician practice in the nursing home: exploring new models. *CGS Journal of CME*. Vol. 1(1):23-27.
- Kjellstadli, C, Husebø, BS., Sandvik, H., Flo, E., & Hunnskaar, S. (2018). Comparing unplanned and potentially planned home deaths: a population-based cross-sectional study. *BMC Palliative Care*, 17(1). doi: 10.1186/s12904-018-0323-3
- Kjelvik J & Jønsberg E (2017). *Botid i sykehjem og varighet av tjenester til hjemmeboende*. Analysenotat 02/17. Oslo: Helsedirektoratet.

- Kommunesektorens organisasjon KS (2016) *Undersøkelse om heldøgns omsorgsplasser – fremtidens behov*. <http://www.ks.no/globalassets/blokker-til-hvert-fagomrade/helse-og-velferd/undersokelse-om-heldogns-omsorgsplasser-2016--2.pdf>
- Krüger K Jansen K Grimsmo A et al. (2011) Hospital admissions from nursing homes: rates and reasons. *Nursing Research and Practice*. S.1-6.
- Kuven BM & Giske T (2017) Samhandling mellom sykepleier og lege er viktig for ernærings-tilstanden til sykehjemspasienter. *Sykepleien Forskning*. Vol. 12(64510)(e-64510)
- Lima JC Intrator O Karuza J et al. (2012) Nursing home medical staff organization and 30-day rehospitalizations. *JAMDA*. Vol. 13(6):552-557.
- Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-08-29-842>. Accessed July 8, 2018.
- Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). LOV-1999-07-02-63.
- Lov om helsepersonell m.v. (hlspl ). LOV-1999-07-02-64.
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). LOV-2011-06-24-30
- Martens CT (2014) Hva er forskjellen på omsorgsboliger og sykehjem? Juridiske og økonomiske skillelinjer. I Daatland SO (Red.). *Boliggjøring av eldreomsorgen?* Oslo: NOVA-rapport 16/2004.
- McCloskey RM (2011) A qualitative study on the transfer of residents between a nursing home and an emergency department. *J of the American Geriatrics Society*. Vol. 59:717-724.
- McGregor M Pare D Wong A et al. (2010) Correlates of a “do not hospitalize” designation: In a sample of frail nursing home residents in Vancouver. *Canadian Family Physician*. Vol. 56(11):1158-1164.
- McGregor M, Abu-Laban RB, Ronald LA et al. (2014) Nursing home characteristics associated with resident transfers to emergency departments. *Canadian Journal on Aging* Vol. 33(1):38-48.
- Nakrem, S, Vinsnes AG, Seim, A (2011) Residents’ experiences of interpersonal factors in nursing home care: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*. Vol. 48: 1357-1366.
- Otnes B (2015) Utviklingen i pleie- og omsorgstjenestene 1994-2013. *Tidsskrift for omsorgsforskning*. Årg.1, nr.1
- Phillips J Davidson P Jackson M et al. (2006) Residential aged care: the last frontier for palliative care. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 55(4):416-424.
- Polit DF & Beck CT (2012) *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. 9th Edition, Lippincott, Williams & Wilkins, Philadelphia.
- Regjeringen.no. I-4/2007 *Nasjonal standard for legetjenester i sykehjem*. Rundskriv 16.03.2007.

- Romøren M Pedersen R Førde R (2016) How do nursing home doctors involve patients and next of kin in end-of-life decisions? A qualitative study from Norway. *BMC Med Ethics*. Vol. 17:5.
- Ruths S, Straand J, Nygaard HA (2003) Multidisciplinary medication review in nursing home residents: what are the most significant drug-related problems? The Bergen District Nursing Home (BEDNURS) study. *Qual Saf Health Care*. Vol. 12:176-180.
- Ruths S, Straand J, Nygaard HA (2001) Psychotropic drug use in nursing homes – diagnostic indications and variations between institutions. *Eur J Clin Pharmacol*. Vol. 57:523-528.
- Selbæk G, Kirkevold Ø, Engedal K (2007) The prevalence of psychiatric symptoms and behavioural disturbances and the use of psychotropic drugs in Norwegian nursing homes. *Int J Geriatr Psychiatry* Vol. 22:843-849.
- Senter for medisinsk etikk. (2017) *Veileder – Forhåndssamtaler; felles planlegging av tiden fremover og helsehjelp ved livets slutt for pasienter på sykehjem*. <http://www.med.uio.no/helsam/forskning/prosjekter/forberedende-samtaler-isykehjem/acp-veileder271117.pdf>
- Shield R, Rosenthal M, Wetle T et al. (2014) Medical staff involvement in nursing homes: development of a conceptual model and research agenda. *J. of Applied Gerontology*. Vol. 33(1):75-96.
- Shield R, Wetle T, Teno J (2005) Physicians “Missing in Action”. *JAGS*. Vol. 53(10):1651-1657.
- Skinner MS (2015) *Skeptiske leger og tomme senger? Bruken av de kommunale akutte døgnplassene*. Senter for Omsorgsforskning rapportserie Nr. 10/15.
- Sloane PD, Zimmerman S, Perez R, Reed D, Harris-Wallace B, Khandelwal C, Schumacher J (2011). Physician perspectives on medical care delivery in assisted living. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(12), 2326-2331.
- Sosial- og Helsedirektoratet (2005) *Normering av legetjenester i sykehjem*. IS-1293. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Sosial- og helsedirektoratet (2006) *Legetjenester til personer med kommunale omsorgstjenester utenfor institusjon*. IS-1420. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Statistisk sentralbyrå (2019) SSB-banken, Omsorgstjenester. 04469: Bebuarar i bustader kommunen disponerer til pleie- og omsorgsformål. <https://www.ssb.no/statbank/table/04469/>
- Stewart DW & Shamdasani PN (2014). *Focus groups: Theory and practice* (Vol. 20): Sage publications.
- Sykehjemsforskriften (1989): Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie. FOR-1988-11-14-932. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/1988-11-14-932>
- Vabø M, Christensen K, Trøttemberg HD et al. (2013) Marketization in Norwegian eldercare. Preconditions, trends and resistance. I Meagher G & Szebehely M. (red.) *Marketisation in Nordic Eldercare: Legislation, Oversight, Extent and Consequences*. Stockholm: Stockholm Universitet.

von Hofacker S, Naalsund P, Iversen GS, Rosland JH (2010) Akutte innleggelser fra sykehjem til sykehus i livets slutfase. *Tidsskr Nor Legeforen*. Vol. 130:1721-4.

Ågotnes G, McGregor MJ, Lexchin J, Doupe MB, Müller B, Harrington C (2018) An international mapping of medical care in nursing homes. *Health Services Insights – Open Access*. <https://doi.org/10.1177/1178632918825083>

Ågotnes G (2017) *The institution practice*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.







[www.omsorgsforskning.no](http://www.omsorgsforskning.no)