

Dagens legetjenester dekker ikke lovkravene

De lovpålagte forpliktelsene for legedekning i sykehjem må innfris. Det må gjøres klart hvilken minimumsstandard som må til, for at ikke kommunene skal begå lovbrudd.

Det mener Trond Egil Hansen, allmennlege i bydelen Nestun i Bergen og medlem av fagutvalget i Alment praktiserende lægers forening (Aplf). – Dagens strenge inntakskriterier og knapphet på plasser, gjør at mange gamle ikke bare er feilplassert i eget hjem. De er også feilplassert i sykehus, og i sykehjemmenes korttidsavdelinger, sier Hansen.

Han mener at dårlig planlegging er årsak til miseren og at det burde vært en enkel sak å forutse situasjonen ved å fremskrive demografiske tall.

Underdimensjonering

I dag er det i snitt én lege per 161 pasienter ved sykehjemmene, i Nederland er det én lege per 40 plasser. Mens det er opprettet ca. 1 000 nye legestillinger i norske sykehus de siste ti årene, er det tilsvarende tallet for sykehjem null (1).

For å oppfylle sykehjemsforskriftens krav om å ha lege med ansvar for den medisinske behandlingen, har kommunene valgt å ansette allmennleger i bistilling. De fleste arbeider sju til åtte timer per uke, og har ansvar for nær 40 sykehjemssenger. Statens helsetilsyns kartlegging viser imidlertid at 25% av tilsynslegene har ansvar for åtte eller flere plasser per uketimer (2).

– Arbeidsforholdene blir umulige når legetjenestene er såpass underdimensjonerte. Det gamle og syke trenger er mer tid, og det kan vi sjelden tilby under dagens forhold, sier Hansen. Han er bidragsyter i en rapport som setter kritisk søkelys på sykehjemsmedisinen og foreslår normtall for legeressurser i sykehjem (3): – Noen har kri-



Trond Egil Hansen

plisert oss for at vi beskriver behovet for nøkternt. For meg var det viktig å relatere legeressursene til gjeldende lovverk. Ifølge helsepersonelloven skal virksomhet som yter helsehjelp, organiseres slik at personalet blir i stand til å overholde lovpålagte plikter, sier Hansen. Aplfs fagutvalg anser minimumsnormen som minimumstall for at bestemmelsen kan bli oppfylt (se ramme). – Lavere bemanning vil være lovbrudd fra kommunens side. Minimumsløsningen vil også sikre at aktiviteten er vesentlig bedre enn i dag.

Fastlegeordningen hjelper

Ifølge Hansen kan unødige sykehusinnleggelse unngås hvis allmennlegen utarbeider planer for hvordan uforutsette hendelser bør håndteres.

Han mener at fastlegeordningen har ført til en klarere ansvars plassering og at hjemmesykepleien nå vet hvem de skal henvende seg til. – Samtidig må fastlegene gjøre seg mer tilgjengelige, for eksempel med sykebesøk til de eldre som står på listen, sier Hansen.

– For å unngå at sykehjemmenes korttids-plasser blir belagt med faste beboere, er det viktig at man velger pasienter til disse plassene ikke ut fra et «størst nød»-kriterium, men heller ut fra et «størst nytte»-kriterium, legger han til.

Hansen mener at legenes takster er gode nok til at legen kan ta så lange konsultasjoner som pasienten har behov for. Det er snarere legen som må endre timeoppsettet, mener fagutvalgets talsmann. Han tror heller ikke løsningen er at sykehjemmene får egne

Normtall for legedekning i sykehjem

Fagutvalget i Aplf har utarbeidet minimums normtall som skal sikre at kommunene ivaretar sine lovpålagte plikter (3).

- Én uketimer per fire langtidsplasser
- Én uketimer per korttidsplass for opphold av 3–4 ukers varighet
- To uketimer per plass for mer aktiv utrednings-, behandlings- eller rehabiliteringsopphold
- To uketimer per plass spesielt beregnet på terminalomsorg

For også å dekke behovet for mer aktive legetjenester i sykehjem, anbefaler Legeforeningens statusrapport å øke legeressursene i sykehjem med ca. 100 %, dvs. én lege per 80 sykehjemspasienter:

- Én uketimer per tre langtidsplasser
- 1,5 uketimer per korttidsplass for opphold av 3–4 ukers varighet
- Tre uketimer per plass for mer aktiv utrednings-, behandlings- eller rehabiliteringsopphold
- Fem uketimer per plass spesielt beregnet på palliativ behandling

heltidsansatte leger: – Heltidsstilling i sykehjem meritterer ikke i spesialistutdanningen. Dessuten er det nyttig for pasienten at legen har en fot i begge leirer. Da vet han mer om hvordan pasienten vil fungere hjemme, etter et korttidsopphold i sykehjemmet.

– Kari Ronge, *Tidsskriftet kari.ronge@legeforeningen.no*

Litteratur

1. Husebø BS. Feilbehandling på sykehjem. Omsorg 2001; nr. 1: 47–9.
2. Statens helsetilsyn. Legetjenester i sykehjem. En nasjonal kartlegging 1999. Oslo: Statens helsetilsyn, 1999.

Nytt finansieringssystem for sykehusene

Et offentlig utvalg skal vurdere finansieringssystemet for spesialisthelsetjenesten og foreslå et nytt system der «pengene skal følge pasienten».

Det nye finansieringssystemet skal være tilpasset rolle- og ansvarsfordelingen som ligger i den nye styringsmodellen for spesialisthelsetjenesten. Systemet skal balansere ulike målsettinger, som for eksempel: å bidra til mer produktive sykehus, høyne kvaliteten på tjenestene, bedre forholdene for utdanning og forskning, bedre samarbeidet mellom nivåene i helsetjenesten og markere grensen mellom hva folketrygden skal betale og hva som skal belastes de regionale foretakene.

Det regjeringsoppnevnte utvalget skal ledes av professor Terje Hagen ved Senter for helseadministrasjon ved Universitetet i Oslo.

Utvalget skal arbeide frem et finansieringssystem som skal

- stimulere til høy aktivitet og rask behandling av pasienter
- legge til rette for god kostnadskontroll
- stimulere til effektiv ressursbruk – mer helse for hver krone
- bidra til et likeverdig helsetilbud geografisk og mellom pasienter
- stimulere til god kvalitet i pasientbehandling
- legge til rette for utdannings- og forskningsvirksomhet

– stimulere til utnyttelse av private helsetilbud – være enkelt og forutsigbart

Utvalget skal også ta hensyn til regjeringens ønske om et sterkere organisatorisk og praktisk skille mellom oppgavene som bestiller og utfører av sykehustjenester. Derfor skal utvalget både drøfte ulike finansieringsmodeller mellom staten og de regionale helseforetakene og mellom de regionale helseforetakene og sykehusene.

Det offentlige utvalget ble oppnevnt av regjeringen 1.2. 2002 og skal levere innstillingen innen 31.12. 2002.

– Nina Husom, *Tidsskriftet nina.husom@legeforeningen.no*