



DEN NORSKE
LEGEFORENING



Godt å bli gammel i Norge?

- Fra ord til handling i eldreomsorgen



Redaksjon: Avdeling for helsepolitikk ved Miriam Kvanvik (prosjektleder), Jorunn Fryjordet, Tor Carlsen, Sara Underland Mjelva og Anjam Latif Shuja

Referansegruppe: Trond Egil Hansen, Pål Naalsund, Pernille Bruusgaard, Terese Folgerø, Eivind Aakhus, Hanne Thürmer og Morten Laudal

Design omslag: Lisbet Kongsvik, Kommunikasjonsavdelingen

Foto: Colourbox

Statusrapport 2012

Godt å bli gammel i Norge?

- Fra ord til handling i eldreomsorgen

Presidenten har ordet

I 2001 ga Legeforeningen ut statusrapporten *Når du blir gammel og ingen vil ha deg...* Rapporten satte søkelys på en rekke svakheter i helse- og omsorgstilbudet til eldre. Mer enn 10 år har gått siden den gang, og det har ikke skortet på politiske løfter og ambisiøse målsetninger. Samhandlingsreformen er i gang, vi har fått nye stortingsmeldinger, planer, lover, forskrifter, og til og med en verdighetsgaranti for eldre. Dessverre har lite endret seg i praksis. Fortsatt er kapasiteten og kompetansen i pleie- og omsorgstjenestene for lav, terskelen for å få sykehjemsplass for høy, og legetjenesten i sykehjemmene underdimensjonert.

Selvsagt skjer det også mye bra i eldreomsorgen, men vi hører så altfor ofte om syke og skrøpelige gamle mennesker som ikke får det helse- og omsorgstilbudet de trenger. Ta for eksempel Sigrid (98) som «bare» skulle til doktoren, men som havnet på sykehus, hvor hun ble værende i over to måneder i påvente av sykehjemsplass (Bladet Vesterålen, 6. september 2011). Så har vi Gudrun (96) som søkte om sykehjemsplass i april 2011, men som fire måneder senere fortsatt ventet på skriftlig svar fra kommunen (Aftenposten, 23. august 2011). Og vi har Gerd (90) som må vente timevis på frokosten og som gjerne hadde sett at pleierne hadde mer tid til å ta seg en prat (Aftenposten, 29. august 2011). Inntrykket av uverdige forhold i eldreomsorgen bekreftes også av en rekke nasjonale rapporter og Seniorsakens SOS-telefon for å nevne noe.

Helsepersonellet som tar hånd om eldre pasienter gjør en viktig og strålende jobb. Myndighetene må derfor lytte når omsorgspersonellet forteller at de ikke har god nok tid til å sette seg ned for å ta en prat eller holde noen i hånda, og når sykehjemslegene opplever seg hensatt i en vanskelig situasjon med mange syke og skrøpelige pasienter på for liten tid. I en undersøkelse sa 92 % av sykepleierne og 79 % av legene seg enig i at ressursmangel og kliniske nedprioriteringer av tjenester til syke eldre mennesker er en stor belastning for ansatte i helsetjenesten¹.

Legeforeningen ønsker med denne rapporten å sette søkelys på viktige forbedringsområder i eldreomsorgen. Vi håper også at rapporten vil bidra til at fremtidige leger ser hvor spennende og givende det er å jobbe med eldre pasienter. Nøkkelen til å lykkes er oppbygging av robuste fagmiljøer som preges av kompetanse, stolthet og trivsel. Det er bare å sette i gang!



Hege Gjessing
President

Presidenten har ordet	3
Legeforeningens policy for bedre helse- og omsorgstjenester til eldre	7
1. Fra ord til handling!	9
2. Økende levealder – flere eldre – bedre helse – mer sykdom	10
2.1 Befolkningen eldes – og det skjer raskt.....	10
2.2 Eldres helse blir stadig bedre	10
2.3 Med økt alder kommer ofte helseplager og sykdom	11
2.3.1 Aldring og sykdom er ikke det samme.....	11
2.3.2 Eldres biologi og sykdomspanorama skiller seg fra yngres	12
2.3.2.1 Funksjonsevnen svekkes	12
2.3.2.2 Flere sykdommer samtidig.....	12
2.3.2.3 Atypiske symptomer ved alvorlig sykdom.....	12
2.3.2.4 Reagerer annerledes på legemidler	12
2.4 Overgrep mot eldre – et underkjent samfunnsproblem?.....	12
3. Mobilisere, hente ut og verdsette Eldres ressurser.....	14
3.1 Kunne stå lengre i arbeid	14
3.2 Verdsette frivillig innsats	14
3.3 Øke Eldres representasjon i de folkevalgte organer.....	15
4. Det er aldri for sent å forebygge	16
4.1 Sunne levevaner	16
4.1.1 Opp av godstolen!.....	16
4.1.2 Uten mat og drikke... ..	17
4.1.3 Røykeslutt gir fortsatt helsegevinst	17
4.1.4 Alkohol med måte.....	17
4.1.5 Fra bruk til misbruk.....	18
4.2 God livskvalitet.....	18
4.2.1 Eldresenteret som forebyggende arena	18
5. Styrke de kommunale helse- og omsorgstjenestene	20
5.1 Eldre er ikke en ensartet gruppe.....	20
5.2 Hjemmeboende eldre som trenger noe/mye hjelp	20
5.2.1 Tilrettelagt bolig og tilgjengelige omgivelser.....	21
5.2.2 Flere «varme hender og kloke hoder».....	21
5.2.2.1 Kan pårørende løse omsorgsutfordringene?.....	22
5.2.3 Tilpassede allmennlegetjenester til hjemmeboende eldre	23
5.2.3.1 Lettere å få nødvendige hjemmebesøk fra fastlege.....	23
5.2.3.2 Innleggelse i kommunal institusjon ved kortvarig pleie- og omsorgsbehov.....	24
5.2.3.3 Hjelp når det haster – hos den kommunale legevakten	24
5.2.4 Bedre samhandling mellom fastlegene og hjemmetjenesten	25
5.2.4.1 Sikker informasjonsutveksling	25
5.2.4.2 Etablere faste lokale kontaktpunkter.....	25
5.2.4.3 Styrke kommuneoverlegens rolle	26
5.3 Eldre som trenger heldøgns pleie- og omsorg.....	26
5.3.1 Omsorgsboliger eller sykehjem?.....	26
5.3.1.1 Omsorgsboliger og sykehjem er ikke det samme.....	26
5.3.1.2 Terskelen for å få sykehjemsplass har blitt for høy.....	28
5.3.1.3 Sykehjemmet – et godt sted å være	28
5.3.2 Prioritere legetjenester i sykehjem.....	29
5.3.2.1 Innføre en nasjonal legebemanningsnorm	29
5.3.2.2 Fulltidstilling eller deltidstilling?.....	30

5.3.2.3	Spesielt om allmennlegetjenesten til beboere i omsorgsboliger med «sykehjemslignende drift».....	30
5.3.3	Tiltak for bedre kvalitet, pasientsikkerhet og samhandling.....	30
5.3.3.1	Elektroniske pasientjournaler som fungerer i pasientbehandlingen	30
5.3.3.2	Styrke det systematiske kvalitetsarbeidet – SAK.....	30
5.3.3.3	Bedre laboratorietjenester – NOKLUS.....	31
5.3.3.4	Hjelp når det haster – styrke den kommunale legevakten	31
5.3.4	Tiltak som fremmer robuste og stabile fagmiljøer.....	31
5.3.4.1	Fra tilsynslege til sykehjemslege	31
5.3.4.2	Behov for kompetanseløft – nytt kompetanseområde i alders- og sykehjemsmedisin	32
5.3.4.3	Bedre muligheter for fagutvikling, utdanning og forskning.....	32
5.3.4.4	Utvikle lokale fagmiljøer og nettverk.....	32
6.	Sikre tilstrekkelig tilgang på spesialisthelsetjenester.....	33
6.1	Legges mange eldre unødvendig inn i sykehus?.....	33
6.2	Kommunal medfinansiering – et svekket helsetjenestetilbud for eldre?.....	33
6.3	Styrke fagområder som ivaretar eldre pasienter.....	35
6.3.1	Geriatrici	35
6.3.2	Indremedisin.....	35
6.3.3	Alderspsykiatri	36
6.3.4	Rehabilitering	36
6.3.5	Kirurgi.....	37
6.4	Etter utskrivning fra sykehus– hva nå?	37
7.	Legge til rette for en verdig død.....	38
7.1	Helsetjenestens rolle – god lindrende behandling.....	38
7.2	Når er nok nok? Den vanskelige samtalen.....	38
7.3	Hvor(dan) er det best å dø? Verdighet på dødsleiet	39
	Referanseliste.....	41

Legeforeningens policy for bedre helse- og omsorgstjenester til eldre

1. Se mulighetene, møte utfordringene!

Vi lever stadig lengre, og det blir flere eldre i befolkningen. Eldres helse er bedre enn noen gang, og aldri før har det vært så mange kompetente og ressurssterke mennesker i pensjonsalder her i landet. Samtidig vil den demografiske utviklingen utvilsomt føre til økt forekomst av helseplager og sykdom, og økt behov for helse- og omsorgstjenester.

- Eldres ressurser må mobiliseres, hentes ut og verdsettes både i arbeidslivet, i frivillig arbeid og i politikken
- Nødvendige tiltak for å møte økt behov for helse- og omsorgstjenester må planlegges nå og iverksettes i tide

2. Styrke det forebyggende arbeidet

Sunne levevaner og god livskvalitet i alderdommen fremmer helsen, forebygger sykdom og gjør oss selvhjulpne lengre. Gjennom økt satsning på målrettet forebyggende arbeid som vi vet har effekt, kan vi utsette behovet for helse- og omsorgstjenester.

- Eldre har også helsegevinst av fysisk aktivitet, et sunt og næringsrikt kosthold, røykeslutt og et begrenset alkoholintak, og må motiveres til dette
- Kommunene vil være tjent med å legge forholdene godt til rette for varierte treningsmuligheter tilpasset eldre med ulikt funksjonsnivå
- Kommunene bør i sine planer ha økt oppmerksomhet på underernæring og dehydrering blant eldre
- Eldresentrene er en viktig forebyggende arena som sikres tilstrekkelige rammer til å utvikle sine tilbud og lovfestes

3. Bedre hjelp til eldre som kan bo hjemme

Det er et overordnet politisk mål at vi alle skal kunne bo hjemme så lenge som mulig. De fleste eldre ønsker også det, så lenge de får hjelpen de trenger. De kommunale helse- og omsorgstjenestene må styrkes både når det gjelder kapasitet og kompetanse. Slik kan vi også unngå unødvendige sykehusinnleggelseser, i tråd med samhandlingsreformens intensjoner.

- Fastleger og legevaksleger må kunne foreta nødvendige hjemmebesøk hos syke og skrøpelige eldre som har vanskelig for å komme seg ut av hjemmet
- Fastleger og legevaksleger må kunne legge pasienter som trenger øyeblikkelig pleie og omsorg, men ikke sykehusenes spesialiserte tjenester, direkte inn i kommunale institusjoner/sykehjem (på korttidsplass/rehabiliteringsplass)
- Samhandlingen mellom hjemmetjenestene og fastlegene må forbedres, gjennom faste kontaktpunkter, gode systemer for elektronisk meldingssystem, og styrking av kommuneoverlegens rolle som ansvarlig for utvikling og vedlikehold av nødvendige systemer og rutiner

4. Lavere terskel for heldøgns pleie og omsorg

Vi har de senere år fått en betydelig tilvekst av omsorgsboliger. Disse er et verdifullt tilskudd i eldreomsorgen, men utviklingen har nå gått for langt, og mange syke og skrøpelige eldre får ikke helse- og omsorgstjenestene de trenger. For selv om en omsorgsbolig og et sykehjem kan minne om hverandre, så er det ikke det samme. En beboer i sykehjem bor juridisk sett i institusjon, og har derfor krav heldøgns sykepleie- og omsorgstjenester, organi-

sert legetjeneste, fysioterapitjeneste, tannlegetjeneste mv. (jf. sykehjemskriften). En beboer i omsorgsbolig bor derimot juridisk sett hjemme, og må tildeles hjemmetjenester i henhold til enkeltvedtak.

- Bygging av omsorgsboliger og sykehjem må baseres på faktisk behov, og ikke kommunenes økonomi
- Midler til bygging av sykehjemsplasser må følges opp med økte midler til drift
- Det er behov for flere sykehjemsplasser, særlig korttidsplasser, som brukes til formålet de er avsatt til
- Det må stilles klare kvalitetskrav til omsorgsboliger som omfatter tilbud om heldøgns pleie og omsorg, egnet medisinsk utstyr og et definert helsetilbud
- Leilighetsbygg som ikke tilfredsstiller kvalitetskravene bør benevnes seniorleiligheter e.l.

5. Prioritere legetjenester til beboere i sykehjem og omsorgsboliger

Beboere i sykehjem og omsorgsboliger med «sykehjemslignende drift» har i snitt 5–6 aktive diagnoser med behov for oppfølging og behandling. Om lag 80 % har mental svikt, og demenssykdommer, depresjon og polyfarmasi er svært utbredt. Mange sykehjemsleger opplever seg hensatt i en vanskelig situasjon med mange pasienter på for liten tid. I omsorgsboligene ivaretas det medisinske ansvaret av den enkeltes fastlege og det er ikke tilgang på lege med systemansvar.

- Legeforeningens forslag til nasjonal legebemanningsnorm i sykehjem må innføres
- Ulike modeller for bedre legetjenester i omsorgsboliger med «sykehjemslignende drift» må utredes og piloteres
- Myndighetene må «gripe ballen» og formelt etablere et kompetanseområde i alders- og sykehjemsmedisin
- Kommunene må tilrettelegge for at sykehjemsleger får tilstrekkelig kompetanse i alders- og sykehjemsmedisin
- Sykehjemmene må få elektroniske pasientjournaler som fungerer i pasientbehandlingen, og bedre muligheter til fagutvikling, utdanning og forskning

6. Sikre syke eldre nødvendige spesialisthelsetjenester

Innføringen av kommunal medfinansiering av utvalgte pasientgrupper innen medisinske fagområder og kommunal betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter fra første dag vil primært berøre eldre pasienter. Vi støtter samhandlingsreformens tankegang om å bygge opp kommunale alternativer til innleggelse i sykehus, men vil samtidig understreke at nye økonomiske insentiver ikke må føre til økt spill mellom kommuner og sykehus om en sårbar pasientgruppe.

- Sykehusene må ikke bygge ned kapasiteten før kommunene har etablert alternativer som er like gode eller bedre
- Kommunal medfinansiering må ikke føre til et svekket helse-tjenestetilbud til eldre og økte kommunale forskjeller
- Kommunal betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter må ikke gå utover hjemmeboende Eldres behov for sykehjemsplasser eller føre til at sykehusene «presser» legene til å fremskynde utskrivningstidspunktet på grunn av økonomisk gevinst
- De medisinske fagområdene som står for diagnostikk,

- behandling og oppfølging av eldre i spesialisthelsetjenesten, og samarbeidet mellom dem må styrkes
- Fordelene av behandling av syke og skrøpelige eldre må alltid overgå ulempene

7. Legge til rette for en verdig død

Vi kan forebygge og behandle, men kommer ikke forbi det faktum at vi skal alle dø til slutt. Redusert fysisk funksjon og egenomsorg er viktige tegn på at døden nærmer seg. En viktig oppgave for samfunnet er å bidra til at forventede dødsforløp kan møtes med så god omsorg og smertelindring som mulig. Kommunene må, som følge av samhandlingsreformen, forberede seg på å ta imot flere døende eldre pasienter med stort pleie- og behandlingsbehov. Sykehjemmene eger seg godt til denne viktige oppgaven, forutsatt at de tilføres nødvendig kompetanse og ressurser.

- Døende eldre må sikres god omsorg og lindrende behandling uansett omsorgsnivå
- Forberedende samtaler mellom lege og pasient og/eller pårørende om behandlingsbegrensning og ønsker i forhold til døden bør være rutine i alle sykehjem
- Døende eldre må slippe å bli unødvendig flyttet på og ingen bør dø alene i institusjon
- Palliativ medisin må styrkes som eget fagfelt
- Kompetansen innen palliasjon må økes innen fagområder som geriatri, sykehjemsmedisin, indremedisin og allmennmedisin

1. Fra ord til handling!

1

Det skal være godt å bli gammel i Norge. Det lovet statsminister Jens Stoltenberg da regjeringen innførte den såkalte verdighetsgarantien for eldre i 2011². Verdighetsgarantien skal sikre eldre en forsvarlig boform, variert kosthold, normal døgnrytme, mulighet til å komme ut, hjelp til personlig hygiene, noen å snakke med, samt nødvendig oppfølging av lege og helsepersonell³. Fra før av har vi fått politiske løfter om flere ansatte med fagkompetanse i pleie- og omsorgstjenesten, full sykehjemsdekning og flere legeårverk i sykehjemmene⁴, for å nevne noe.

Men – verdighetsgarantien er ikke juridisk bindende. Kommuner som bryter garantien risikerer ingen sanksjoner. Kapasiteten og kompetansen i pleie- og omsorgstjenestene er fortsatt for lav, terskelen for å få sykehjems plass er for høy, og legetjenesten i sykehjem er underdimensjonert. Dette bekreftes gang på gang, også i nasjonale undersøkelser fra Riksrevisjonen og Helsetilsynet.

Legeforeningen foreslår i denne rapporten en rekke tiltak for et nødvendig kapasitets- og kvalitetsløft i helse- og omsorgstjenestene til eldre. Vi må styrke det forebyggende arbeidet, bedre tilbudet til hjemmeboende eldre, øke kapasiteten når det gjelder sykehjem og omsorgsboliger med heldøgns pleie og omsorg, prioritere legetjenesten i sykehjemmene, sikre syke eldre nødvendige spesialisthelsetjenester og legge til rette for en verdig død. Dette vil koste, men heldigvis har eldre også mange ressurser som kan mobiliseres, hentes ut og verdsettes til beste for den enkelte, familien og samfunnet.

2. Økende levealder – flere eldre – bedre helse – mer sykdom

2

Forventet levealder i Norge har økt med nesten en generasjon i løpet av de siste 100 år. Eldres helse er bedre enn noen gang, og vi har flere leveår med god helse. Men økende levealder og flere eldre i befolkningen fører også til økt forekomst av helseplager og sykdom. Eldre pasienter utgjør i dag den største og mest hjelpetrengende brukergruppen både i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Ingenting tyder på at dette vil endre seg. Tvert imot er det grunn til å tro at etterspørselen etter helse- og omsorgstjenester vil fortsette å øke som følge av den demografiske utviklingen, nye metoder for diagnostikk og behandling, samt økte forventninger i befolkningen.

«Alderdommen er ikke så ille når vi tenker på alternativet.»

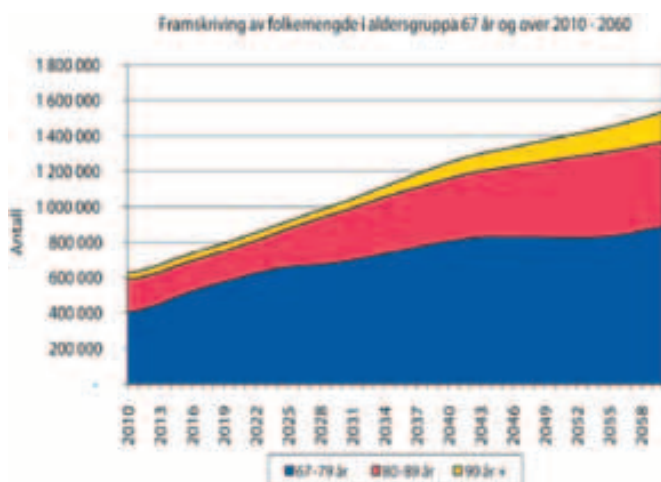
– Maurice Chevalier

2.1 Befolkningen eldes – og det skjer raskt-

Som andre vestlige land, står også Norge foran en betydelig økning av andelen eldre i befolkningen. Fenomenet betegnes ofte som «eldrebølgen», men begrepet gir feilaktige assosiasjoner. Utviklingen er nemlig ikke av forbigående karakter – som en bølge – men fortsetter helt til 2060, like lenge som SSBs prognoser foreløpig spår (figur 1).

Aldringen av befolkningen er allerede i gang, og vil skyte fart fra 2025 – når de store etterkrigskullene runder 80 år. SSB har beregnet at antallet personer over 67 år ligger an til å øke fra 0,6 millioner i 2009 til rundt 1,5 millioner i 2060, altså mer enn dobbelt så mange som i dag. Tilsvarende vil antallet personer over 80 år kunne øke fra 230 000 til 650 000 i samme periode⁸.

Forventet levealder i Norge er i dag blant de høyeste i verden og øker stadig. En nyfødt norsk jente kan forvente å leve til hun



Figur 1

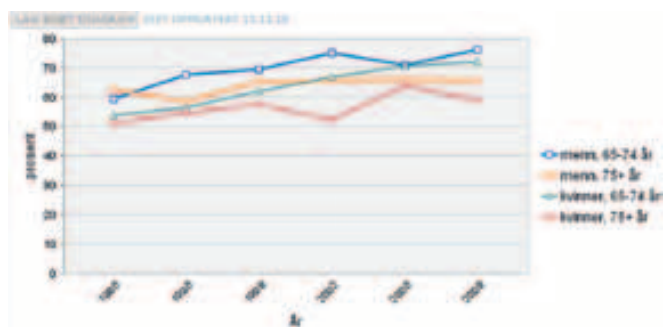
Kilde: SSB befolkningsframskiving fra 2009 (middelalternativet)⁹

er 83,5 år og en nyfødt gutt til han er 79 år⁵. Kvinner og menn som opplever å bli 80 år, har en forventet levealder på ytterligere 9,5 og 7,5 år⁶.

Forventet levealder har imidlertid en klar sosial komponent. Mens en mann bosatt i bydel Vestre Aker i Oslo kan forvente å bli minst 80 år, kan en mann bosatt på Sagene i Oslo bare forvente å bli 68 år⁷. Denne forskjellen kan ikke forklares av genetiske eller biologiske forskjeller mellom bydelenes innbyggere. Først og fremst handler det om plassering i samfunnsstrukturen og hvordan folk lever livene sine.

2.2. Eldres helse blir stadig bedre

SSB utfører jevnlig undersøkelser av befolkningen om hvordan de opplever egen helse. Undersøkelsene viser at stadig flere eldre synes helsen er god eller meget god, iallfall inntil 75 års alder (figur 2).



Figur 2 Andelen eldre som mener de har god/meget god helse i ulike aldersgrupper. 1985–2008

Kilde: Levekårsundersøkelsene, SSB¹⁰

God helse er imidlertid ikke jevnt fordelt i befolkningen, men har en klar sammenheng med faktorer som kjønn og levekår. Ifølge SSB rapporterer eldre kvinner om dårligere helse enn menn¹¹. Ifølge Folkehelseinstituttet vurderer nesten 1 av 5 over 67 år med ungdomsskole/kortere utdanning helsen som dårlig/meget dårlig, mens bare 1 av 20 med høyskole/universitetsutdanning har tilsvarende negative vurdering av helsen¹².

«Den eneste måten å leve på, er å eldes.»

– Daniel Auber

Hvor predikative er så egentlig undersøkelser som gjengir egenopplevd helse for helsetilstanden i befolkningen? Vår egen vurdering handler jo ikke utelukkende om ulike fysiologiske og kroppslige forhold, men preges også av sosialisering og forventninger som varierer fra person til person, og sannsynligvis med alderen. Likevel er undersøkelser om egenopplevd helse er det beste målet vi har på fremtidig helse. I fagmiljøene øker oppmerksomheten på sammenhengene mellom individuelle vurderinger av helse og

risiko for å utvikle sykdom. For eksempel har studier vist at personer som opplever helsen som dårlig har større sannsynlighet for å utvikle demens, infarkt og slag¹³.

2.3 Med alderen kommer ofte helseplager og sykdom

2.3.1 Aldring og sykdom er ikke det samme

Alder er ingen sykdom. Samtidig er det slik at en del helseplager og sykdommer kommer med alderen. Avdøde lege og nestor Peter F. Hjort satte i sine artikler og foredrag ofte søkelys på aldring og sykdom som to ulike prosesser som griper inn i hverandre¹⁴: Den normale *aldersprosessen* som går sin gang hos alle, dog i varierende tempo og *sykdomsprosessen*, som ikke rammer alle – men flere og flere – fra 75 års alder.

«Å være over 80 år er ikke noe for pyser.»

– Peter F. Hjort

Aldersprosessen kan igjen deles inn i tre prosesser:

- Den biologiske aldersprosessen som starter i 20-årene og som går med jevn og ubønnhørlig hastighet. Organreservene reduseres gradvis, til ca. 50 % ved 70 års alder.
- Den mentale aldersprosessen som starter mye senere, og som ikke går så fort. Eldre blir gjerne langsommere og glemsomere, men ikke «dummere». Personligheten forandres lite, men man får mindre initiativ og ork. Det største problemet er at selvbildet ofte svekkes, særlig hvis man blir hjelpetrengende.
- Den sosiale aldersprosessen som starter omkring pensjonsalderen og kjennetegnes ved at kontaktnettet reduseres. Mange orker mindre, en del isolerer seg og blir ensomme.

Sykdomsprosessen kan på sin side deles inn i to grupper:

- De vanlige sykdommene (hjerte- og karsykdommer, kreft etc.)
- De typiske alderssykdommene (demens, Parkinsons sykdom etc.)

Ifølge Hjort blir man altså ikke syk av aldersprosessen, men reservene minsker og sårbarheten for sykdom øker.

«Alder er som å bestige et fjell.
Man blir nok litt andpusten,
men får en mye bedre utsikt.»

– Ingrid Bergman

Legeforeningen mener:

- Økt levealder og flere eldre i befolkningen vil føre til økt forekomst av helseplager og sykdom
- Nødvendige tiltak for å møte økt behov for helse- og omsorgstjenester må planlegges nå og iverksettes i tide

Boks 1 Vanlige sykdommer og helseplager blant eldre over 67 år

Muskel- og skjelettlidelser er svært utbredt, særlig blant eldre kvinner. Nesten en av to eldre kvinner og en av fire eldre menn oppgir å ha slike lidelser.

Hjerte- og karsykdommer rammer mange eldre. Mer enn to av fem oppgir å ha slike sykdommer.

Kreft rammer stadig flere, og utbredelsen av en del kreftsykdommer øker utover i livsløpet. Prostatakreft og brystkreft er de vanligste kreftformene blant eldre. Videre er kreft i luftrør, bronkier og lunger, samt tykktarm utbredt.

Depresjon og angst er de vanligste *psykiske lidelsene* blant eldre, og forekommer oftere hos kvinner enn menn. Om lag en av ti opplever mindre alvorlige depresjoner, mens 2–4 % rammes av alvorlig depresjon.

En av fire eldre over 67 år er *overvektig* (BMI > 27), flere menn enn kvinner. Fedme øker risikoen for en rekke sykdommer, herunder *diabetes type 2*. Om lag en av ti oppgir at de har diabetes type 2.

Underernæring er særlig utbredt blant de eldste og mest skrøpelige. Det anslås at 10–50 % av hjemmeboende eldre er underernærte eller i ernæringsmessig risiko. Forekomsten av underernæring i sykehjem varierer mellom 10 % og 60 % avhengig av hvilke metoder som er brukt og hvilke grenseverdier som er satt.

En av fire over 85 år rammes av *demens*. Alzheimers sykdom er den vanligste demensformen, og utgjør omkring halvparten av alle demenstilfeller.

Eldre er mer utsatt for *infeksjoner* enn yngre. Særlig utsatt er eldre med svekket hjerte- eller lungefunksjon.

Kroniske sykdommer og høyt forbruk av medisiner har negativ innvirkning på *tannhelsen* til eldre. Dårlig tannhelse fører til plager, smerter og spiseproblemer, samt redusert livskvalitet.

Kilde: SSB, Folkehelseinstituttet og Helsetilsynet¹⁵

2.3.2 Eldres biologi og sykdomspanorama skiller seg fra yngres

2.3.2.1 Funksjonsevnen svekkes

Eldre har varierende grad av nedsatt funksjonsevne som følge av naturlig aldring av sanser, muskler, mv. En av fem 75-åringer og en av tre 80-åringer oppgir å ha begrenset funksjon og behov for hjelp¹⁶. Først og fremst svekkes bevegelsesevnen, synet og hørselen. Mentale funksjoner som hukommelse kan også svekkes, særlig ved ulike demenstilstander. Nedsatt funksjonsevne gjør at mange eldre får vansker med å komme seg ut og opprettholde et sosialt liv.

2.3.2.2 Flere sykdommer samtidig

Eldre har ofte flere sykdommer samtidig. En 75-åring har i snitt 3,5 diagnoser, i tillegg til fysiologiske aldersforandringer¹⁷. Multisykdom blant eldre er en medisinsk utfordring fordi hver enkelt sykdom kan påvirke hverandres symptomer, noe som gjør diagnostikken mer usikker og behandlingen mer komplisert. Multisykdom er også en organisatorisk utfordring fordi den moderne og spesialiserte helsetjenesten er innrettet mot å behandle en sykdom ad gangen. Dersom den multisyke eldre i tillegg blir akutt syk, kompliseres situasjonen ytterligere. Et eksempel: En 85 år gammel kvinne med hjertesykdom, slitasjegikt i hoftene, diabetes og lett aldersdemens legges inn i sykehus for det som viser seg å være lungebetennelse. De kroniske sykdommene gjør lungebetennelsen vanskeligere å diagnostisere og behandle, og dermed mer alvorlig. Samtidig fører den akutte lungebetennelsen til forverring av de kroniske sykdommene¹⁸.

2.3.2.3 Atypiske symptomer ved alvorlig sykdom

Eldre har ofte atypiske symptomer ved alvorlig sykdom fordi symptomene fra organsystemet eller funksjonen som er mest svekket dominerer sykdomsbildet. Eldre mangler for eksempel ofte typiske symptomer som brystmerter ved hjerteinfarkt, feber ved alvorlige infeksjoner og buksmerter ved blindtarmsbetennelse. I stedet får de ved alvorlig sykdom ofte atypiske symp-

tomer som rask funksjonssvikt, delirium («akutt forvirring»), falltendens, mobilitetssvikt, ernæringsvikt og dehydrering.

2.3.2.4 Reagerer annerledes på legemidler

Mange eldre har et høyt legemiddelforbruk. For eksempel får en av fem over 70 år mer enn ti ulike legemidler på resept i løpet av ett år¹⁹. Legemidlene bidrar til mindre smerter, bedre livskvalitet og lengre liv, men fører også med seg en rekke utfordringer. Aldersforandringene og redusert organfunksjon gjør at legemidlene ikke utskilles like effektivt som før, og at kroppens organsystemer blir mer sårbare for legemiddelvirkningene. En del eldre har også nedsatt medikamentforståelse og er derfor også mer utsatt for feil medisinbruk. Undersøkelser har vist at hver tredje sykehjemspasient blir feilmedisinert²⁰ og at hver tiende sykehusinleggelse kan relateres til legemiddelbruk hos eldre²¹. Mange eldre har dessuten flere sykdommer og bruker av flere legemidler samtidig, noe som gir økt risiko for alvorlige interaksjoner. Det totale antallet tabletter kan rett og slett bli for stort, selv om hver og en sykdom behandles riktig.

Legeforeningen mener:

- Eldre har samme rett på helsetjenester tilpasset sine behov som yngre
- Det er behov for økt kunnskap og mer forskning om eldre helse og sykdommer

2.4 Overgrep mot eldre – et underkjent samfunnsproblem?

Overgrep mot eldre er mer utbredt enn vi liker å tro. Med overgrep menes vold, trusler, trakassering, eller andre handlinger som krenker et menneske. Overgrepene kan ta ulik form, men er som regel av psykisk, fysisk, økonomisk eller seksuell karakter (boks 2).

De sykeste og mest skrøpelige eldre er mest utsatt, særlig eldre med demens. Vi har ikke presise tall på problemets omfang i Norge, men ifølge Nasjonalt kunnskapsenter for vold og traumatisk stress kan det anslås det at om lag 5 % over 65 år årlig utsettes for overgrep i en eller annen form. De fleste overgrep skjer i hjemmet, og utføres av personer som står den eldre nær, som ektefelle, barn, barnebarn og andre slektninger. I tillegg forekommer det en god del overgrep i sykehus, sykehjem og omsorgsboliger, utført av både slektninger og personell. Personell som har fått lite opplæring og veiledning, som opplever lite støtte fra ledelsen og arbeider isolert har størst risiko for å begå overgrep²². Overfall på gata eller i hjemmet av fremmede er fortsatt ganske uvanlig, selv om det er disse overgrepene som får de største oppslagene i mediene.

Det er etablert en nasjonal kontakttelefon («Vern for eldre») som gir råd, veiledning og hjelp til eldre som utsettes for overgrep, og til pårørende eller andre som har mistanke om overgrep. Antallet henvendelser til kontakttelefonen økte med 14 % fra 2010 til 2011²³. Vi vet ikke om dette er et uttrykk for at det skjer flere overgrep mot eldre enn før, eller om det bare skyldes økt kjennskap til tilbudet.

Tabell 1 Funksjonsevne 67 år og eldre. Hele landet.	%
Nedsatt syn selv med bruk av briller (%)	9
Nedsatt hørsel selv med bruk av høreapparat (%)	21
Nedsatt bevegelsesevne (%)	26
Nedsatt bæreevne (%)	16
Store konsentrasjons- eller hukommelsesproblemer (%) *	2
Vansker med å bevege seg ut av boligen på egen hånd (%)	14
Vansker med å bruke offentlig transport (%)	17
Vansker med å delta i forenings-/fritidsaktiviteter (%)	30
Vansker med sosial kontakt (%)	5

Kilde: SSB Statistikkbanken, 2008. Legeforeningens kommentar: Disse undersøkelsene har den hjemmeboende befolkningen som målgruppe. Det er således de friskeste eldre som deltar. De sykeste og skrøpeligste eldre i institusjon, herunder demente, inngår ikke i undersøkelsen.

Legeforeningen mener:

- Overgrep mot eldre er et underkjent samfunnsproblem, som fortjener økt oppmerksomhet, både politisk, i relevante utdanningsinstitusjon og i helse- og omsorgstjenestene

Boks 2 Eksempler på ulike former for overgrep

Psykiske overgrep: Sjalusi, beskyldninger, «hacking», utskjelling, bli holdt våken, oversett, umyndiggjort, usynliggjort, stilt overfor overdrevne krav, gitt skyldfølelse, få mangelfull hjelp, bli behandlet som barn, mv.

Fysiske overgrep: Livstruende vold, slag, spark, knivbruk, forbrenning, dytting, klyping, bli holdt fast, kastet ting på, innestenging, utestenging, bli bundet fast, bli utsatt for hardhendt stell, manglende hygiene/stell, utilstrekkelig matstell, overmedisinering, mv.

Økonomiske overgrep: Tyveri av penger og verdisaker, utpressing, materielle ødeleggelser, tømt medisinskap/kjøleskap, stadige «lån» av penger, bli tvunget til å kausjonere for lån i bank eller stille pant i egen bolig, okkupering av bolig, salg av eiendeler/bolig ved innleggelse, mv.

Strukturelle overgrep: Bli behandlet som barn, bli nektet å ha kjærlighetsforhold, nyte alkohol eller stemme ved valg, bli tvunget til å dele rom, bli fratatt kontroll over egne penger, mv.

Seksuelle overgrep: Tvang eller trussel om å delta i seksuell aktivitet. Kan variere fra nærgående oppførsel og slibrigheter til fullbyrdet voldtekt.

3. Mobilisere, hente ut og verdsette eldres ressurser

3

Fremtidens omsorgsutfordringer er udiskutable, men vi skal vokte oss for å svartmale. Eldre helse er bedre enn noen gang, og aldri har det vært så mange kompetente og ressurssterke mennesker i pensjonsalder her i landet. Disse ressursene må ikke ligge der unyttet, men verdsettes og hentes ut til beste for den enkelte, familien og samfunnet. Gjennom arbeid og aktivitet skapes dessuten sosiale relasjoner, meningsfullhet og trygghet i tilværelsen som mange eldre trenger for å leve «det gode liv» i alderdommen.

Legeforeningen støtter opp om behovet for en aktiv seniorpolitikk på alle samfunnsområder. En aktiv seniorpolitikk inviterer til og forventer deltakelse i samfunnsliv og politikk, i utdanning og kulturliv, i familie og frivillig arbeid, og for de som har muligheter: i næringsliv og arbeidsliv. En aktiv seniorpolitikk bygger bro mellom generasjonene, og motarbeider segregering og aldersdiskriminering²⁴.

«Hvor gammel er du Karlsson? spør Lillebror. Jeg er en mann i min beste alder, svarer Karlsson. Hvilket år er den beste alderen? lurer Lillebror. Alle sammen, svarer Karlsson glad.»

– Astrid Lindgren



Boks 3 2012 Det europeiske året for aktiv aldring

EU-parlamentet har besluttet at 2012 skal være det europeiske året for aktiv aldring og solidaritet mellom generasjoner. Norge har sluttet seg til dette arbeidet gjennom EØS-medlemskapet. Følgende hovedmål er definert:

- Styrke yrkesaktiviteten i Europa blant seniorer mellom 55 og 64 år
- Motivere til aktiv samfunnsdeltakelse
- Forebygge helseulempes som følge av sosiale, økonomiske og miljømessige årsaker

Kilde: Akademikerne²⁵

3.1 Kunne stå lengre i arbeid

Da folketrygden ble innført i 1967 var pensjonsalderen 70 år og forventet levealder 74 år. I dag kan mange 62-åringer gå av med pensjon (AFP), mens forventet levealder har økt til 81 år. Denne situasjonen er ikke bærekraftig dersom vi skal opprettholde velferdssamfunnet vårt. Det er da også bred politisk enighet om at flere må stå lengre i arbeid, jf. bl.a. pensjonsreformen og gjeldende IA-avtale (boks 4).

Boks 4 IA-avtalen 2010–2013: Forlenget yrkesaktivitet – ett av tre delmål



Intensjonsavtalen om et inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen) ble inngått mellom regjeringen og partene i arbeidslivet våren 2010 og gjelder foreløpig ut 2013. Avtalen er nr. 3 i rekken, og har følgende tre delmål:

1. Redusere sykefraværet med 20 % (til 5,6 %)
2. Øke sysselsettingen av personer med redusert funksjonsevne
3. Forlenge yrkesaktiviteten med 6 mnd. etter fylte 50 år

Kilde: Akademikerne²⁸

Den reelle pensjonsalderen i Norge har økt noe de senere år, men potensialet er fortsatt betydelig. Ifølge Norsk seniorpolitisk barometer for 2011 kan nesten sju av ti arbeidstakerne over 60 år tenke seg å jobbe etter at de har fått rett til pensjon, og andelen stiger²⁶. Dessverre opplever mange eldre arbeidstakere aldersdiskriminering i forbindelse med nyansettelser, forfremmelser og kompetanseutvikling. Det er ingen grunn til at det skal være slik. Eldre arbeidstakere tilfører arbeidslivet viktig erfaring og kompetanse, og er i snitt er like produktive som yngre arbeidstakere²⁷.

I mange virksomheter er det innført ulike seniortiltak, som ekstra fridager, redusert arbeidstid og forskjellige bonusordninger for motivere ansatte til å stå lengre i arbeid. Slike spesifikke seniortiltak oppleves nok positivt av mange, selv om det er usikkert i hvilken grad de faktisk bidrar til å forhindre tidlig avgang fra arbeidslivet. Legeforeningen vil derfor heller fremheve betydningen av en god personalpolitikk som også inkluderer seniorer. Med det mener vi søkelys på arbeidsglede og godt arbeidsmiljø, muligheter for faglig utvikling og tilrettelegging av arbeidsoppgaver, mv.

Legeforeningen mener:

- Arbeidslivet trenger eldres kompetanse og erfaring. Det må tilrettelegges for at flere kan stå lengre i arbeid
- God seniorpolitikk er langt på vei det samme som god personalpolitikk
- Arbeid og aktivitet er (som regel) bra for helsen

3.2 Verdsette frivillig innsats

Ifølge Pensjonistforbundet er hele fire av fem i aldersgruppen 67–79 år medlem av en frivillig organisasjon. Eldre står dermed for om lag halvparten av anslagsvis 100 000 frivillige årsverk i Norge²⁹. Denne innsatsen er beregnet til å utgjøre en verdi på om lag 30 milliarder kr, dersom en årslønn på kroner 300 000 legges til grunn.

Frivillige eldre befinner seg på flere samfunnsarenaer og utfører ulike oppgaver. Frivillige eldre hjelper andre eldre som er sykere og skrøpeligere enn dem selv. De arrangerer aktiviteter, kurs og reiser, gjerne i regi av eldrementorene, eller hjelper til med matombringning og sykehjemsbesøk. På skoler og sfo inntar de en rolle som «skolebesteforeldre», lesevenner eller leksehjelpere. Noen har kunnskap om tradisjonelt håndarbeid og matlaging som de lærer bort. Andre forteller om «gamle dager», eller er rett og slett bare til stede for barna. Skoler som deltatt i prosjektet Skolebesteforeldre (boks 5) forteller om en vinn-vinn situasjon for både gammel og ung.

Boks 5 Prosjektet Skolebesteforeldre

Prosjektet Skolebesteforeldre ble gjennomført ved ti utvalgte grunnskoler i ulike deler av landet i skoleårene 2003/2004–2005/2006. Hovedmålet for prosjektet var å etablere gode modeller i skolen for utvikling av samvær og samhandling mellom generasjoner. Målgruppene var elever i grunnskolen og pensjonister/seniorer av begge kjønn. Bøverbru skole var en av skolene som testet ut tiltaket med svært positive erfaringer, og som har videreført ordningen. Hver mandag etter storefri arrangeres en rekke aktiviteter som forming, enklere matlaging og lesetrening sammen med skolebesteforeldrene. Ved tilstelninger på skolen er de selvskrevne gjester. Dette binder lokalsamfunnet sammen.

Dette er ikke lagt opp til noen nasjonal videreføring av prosjektet. I evalueringen fremheves betydningen av at skolen ser nytten og potensialet i å knytte til seg skolebesteforeldre. Samarbeidet må integreres i skolens planer for å få en fornuftig helhet på opplegget. Videre må det selvfølgelig være eldre i nærområdet som ønsker å delta, men det ser ut til at disse kommer uansett, bare skolen velger å satse. Skolebesteforeldrene bør tas med i planleggingen, men dette er ikke avgjørende. Så lenge de eldre føler de gjør nytte for seg og er med i aktiviteter de mestrer, vil oppmøtet og interessen vedvare.

Kilde: Utdanningsdirektoratet, 2007³⁰

Legeforeningen mener:

- Frivillig arbeid utført av eldre er en viktig ressurs for samfunnet og samtidig «hjelp til selvhjelp»
- Det må legges godt til rette for at eldre kan aktivisere seg gjennom frivillig arbeid

3.3 Øke eldres representasjon i de folkevalgte organer

Eldre i Norge utgjør en aktiv og samfunnsengasjert gruppe samfunnsborgere. I forhold til yngre bruker eldre mer tid på politikk i media, har høyere valgdeltakelse, og er oftere medlem av et politisk parti³¹. Likevel er eldre nesten helt fraværende i de folkevalgte organene. Eldre over 67 år er for eksempel knapt til stede på Stortinget (tabell 2). Bare om lag 5 % av kommunestyrenes representanter var 67 år eller mer i 2007 (tabell 3). Det er flere årsaker til at de fleste eldre gir seg med politikk. Noen opplever sviktende helse eller ønsker å gjøre andre prioriteringer. Men en del opplever også forventninger om at yngre krefter bør få slippe til.

Legeforeningen mener at underrepresentasjonen av eldre i de folkevalgte organene er et demokratisk problem. Eldre har erfaringer, interesser og meninger som må ha en naturlig plass i samfunnsdebatten, både på nasjonalt og lokalt nivå. Eldre må derfor oppfordres til å påta seg politiske verv, og politiske partier må oppfordres til å nominere eldre. Negative holdninger i forhold til eldres deltakelse i folkevalgte organer må bekjempes.

Tabell 2. Representanter og vararepresentanter på Stortinget fordelt etter alder. Prosent

Alder	2001		2005		2009	
	Int. valg	Vars. valg	Int. valg	Vars. valg	Int. valg	Vars. valg
30	7	22	8	22	8	22
30-49	44	45	45	47	54	48
50-66	49	32	43	30	40	29
67+	1	1	1	*	0	1
Antall = 100						
prosent						
Kilde: Norsk samfunnsforskning og Statistisk sentralbyrå						

Tabell 3. Folkevalgte i kommunestyret etter alder ved periodens begynnelse. 2003 og 2007. Prosent

Alder	2003	2007
Under 30 år	8	7
30-49 år	53	48
50-66 år	36	40
67 år +	3	5
Totalt antall representanter: 11 136 (2003) / 10 946 (2007)		
Kilde: Valgstatistikk, Statistisk sentralbyrå		

Legeforeningen mener:

- De folkevalgte organene må gjenspeile befolkningens alderssammensetning
- Flere eldre må sikres plass på Stortinget og i kommunestyrene

4. Det er aldri for sent å forebygge

4

Selv om grunnlaget for god helse legges tidligere livet, har sunne levevaner og god livskvalitet positiv effekt, også på eldres helse. Et langt liv med flest mulig gode leveår er av stor verdi for hver enkelt menneske, og må derfor være en målsetning for samfunnet som helhet. Vi må imidlertid unngå feil prioritering av knappe helseressurser og oppbygging av fragmenterte kommunale tjenester som fører til økt etterspørsel etter spesialisthelsetjenester. Det vi trenger er kunnskapsbaserte og målrettede forebyggende tiltak som vi vet har effekt, også for de eldre aldersgruppene. Lykkes vi i dette arbeidet, vil vi kunne bli enda eldre før vi trenger helse- og omsorgstjenester. Det er også i tråd med tenkningen som ligger til grunn for samhandlingsreformen.

En aktiv seniorpolitikk på helse- og omsorgsområdet tenker forebyggende og legger forholdene til rette for at vi kan ta ansvar for eget liv, blant annet ved å ta del i fysisk, sosial og kulturell aktivitet, samt delta i opplæring, opptrening og rehabilitering. En aktiv seniorpolitikk bygger også på prinsipper om selvstendighet, uavhengighet og innflytelse over eget liv, til tross for sykdom og nedsatt funksjonsevne³².

4.1 Sunne levevaner

4.1.1 Opp av godstolen!

«En gammel kropp tåler mer enn man ofte tror.»

– Peter F. Hjort

Fysisk aktivitet kan ikke oppheve aldringsprosessen, men bidra til å forsinke den slik at vi holder oss spreke, friske og selvhjulpne lenger. Det er godt dokumentert at regelmessig fysisk aktivitet bedrer funksjonsevnen og livskvaliteten, og forebygger sykdom og skader hos eldre³⁵. Faktisk har ingen annen aldersgruppe større nytte av fysisk aktivitet enn nettopp eldre, og det gjelder også de som er svært gamle.

Ifølge en nordisk undersøkelse kan 90-åringer øke muskelstyrken sin med 50–200 % ved hjelp av enkel styrketrening³⁶. Eldre med sterk muskelstyrke har bedre balanse, høyere ganghastighet, og lettere for å gå i trapper. God bevegelighet reduserer behovet for hjelpemidler og gjør det lettere å ta del i sosiale aktiviteter utenfor hjemmet. Eldre med svak muskelstyrke har derimot dårligere balanse og bevegelighet. De faller lettere og er derfor mer utsatt for brudd, som er en av de hyppigste årsakene til sykehusinnleggelse i Norge. Det blir også vanskelig å komme seg ut av huset, og de kan bli isolerte, ensomme og deprimerte. Den onde sirkelen kan imidlertid snus, blant annet gjennom fysisk aktivitet som har vist seg å ha dokumentert effekt ved milde til moderate depresjoner³⁷.

Til tross for all tilgjengelig kunnskap om de mange positive effektene av fysisk aktivitet, synker andelen fysisk aktive personer

Boks 6 De over 100 år – hvorfor har de levd så lenge?

Dr.polit. Margareth Bondevik har intervjuet en gruppe 100-åringer i Hordaland (51 personer) for å prøve å finne suksesskriteriene til et langt liv³⁴. Knappt halvparten hadde ingen eksakt formening om hvorfor de var blitt så gamle. Resten begrunnet det med flere forhold. En begrunnelse var familien: «*Det må være arven fra familien min. Mor og far ble over 90 år, en søster ble 100 år og en annen ble 103 år*». En annen årsak tilskrives de høyere makter: «*Det er vår herre sin bestemmelse det!*». En tredje forklaring var god helse, og her vises det både til godt kosthold, lite tobakk og alkohol, samt bruk av kroppen. «*Jeg har levd enkelt, spist naturlig, ikke fet mat, mye fisk!*»/«*Jeg har aldri brukt tobakk eller drikkevarer!*»/«*Jeg har vært i gang hele tiden, vært i bevegelse, brukt kropp, armer og bein*». Sist men ikke minst fremheves et lyst sinn, godt humør: «*Jeg har alltid hatt godt humør, er aldri sur*», samt gode følelsesmessige bånd til nære andre: «*Jeg har mange som er glad i meg og som jeg er glad i*».

med økende alder³⁸. Mange eldre har verken etablert vaner – eller føler behov for – fysisk aktivitet. Utfordringen blir dermed å finne aktiviteter som skaper lyst til å trene og som opprettholder motivasjonen. En studie av en gruppe eldre bosatt i Telemark konkluderte for eksempel med at gruppetrening var den foretrukne treningsformen, fordi det ga treningen en sosial dimensjon³⁹.

Men ikke alle liker gruppeaktiviteter. Da er det greit å vite at turer utendørs fortsatt anses som en av de beste formene for fysisk aktivitet i eldre år⁴⁰. *60plus* tilbyr organiserte aktiviteter for eldre, normalt friske men inaktive mennesker i Oslo. Den mest populære aktiviteten er å gå på tur. Eldre som deltar forteller at fysisk aktivitet og samvær med likesinnede gjør dem friskere og gladere⁴¹.

Legeforeningen mener:

- Eldre har stor helsegevinst av regelmessig fysisk aktivitet, og må motiveres til å være mer fysisk aktive
- Kommunen vil være tjent med å legge forholdene godt til rette for varierte treningsmuligheter tilpasset eldre med ulikt funksjonsnivå

4.1.2 Uten mat og drikke...

Mens usunt kosthold og overvekt er et stort og økende problem i befolkningen generelt, er underernæring og dehydrering en større utfordring blant eldre. Undersøkelser viser at mellom 10–60 % av pasientene på sykehus og sykehjem er underernærte. Blant hjemmeboende syke eldre er forekomsten av underernæring anslått til å være rundt 10 %. En studie som omfattet over 340 eldre som mottok hjemmesykepleie i Oslo og Bærum viste

imidlertid at hele 46 % var underernærte eller i ernæringsmessig risiko⁴². For lite mat og drikke gjør at eldre blir trøtte, slappe, nedstemte og forvirret. Det fører også til redusert mental funksjon, redusert lungefunksjon, økt infeksjonshyppighet, forlenget liggetid i sykehus og økt dødelighet⁴³.

Det er naturlig å miste appetitten som følge av blant annet sykdom og fysisk inaktivitet. Eldre må derfor ta andre forholdsregler enn yngre når det gjelder kosthold. Ofte orker de bare små porsjoner, og maten bør derfor inneholde godt med proteiner og gjerne være energitett. Måltidenes sosiale funksjon er også viktig. Studier har vist at eldre som spiser sammen, spiser merkbart mer enn om de spiser alene⁴⁴. Eldre som blir syke tåler mer dersom de har litt i reserve, og BMI bør derfor ikke være under 23⁴⁵.

Underernæring og dehydrering blant eldre skyldes flere faktorer. Hovedsakelig handler det om vansker med å klare innkjøp og matlaging, dårlig matlyst, bivirkninger av medisiner, mistrivsel og depresjon. En del eldre har vansker med å spise på grunn av lammelser, skjelving eller dårlig syn. Noen vegrer seg for å drikke fordi det er krevende for dem å komme seg på toalettet, eller fordi de ikke liker å be om hjelp. Mange eldre bor alene, og synes det er vanskelig å finne god og sunn mat for enmannshusholdninger. Matkulturen og vareutvalget har endret seg fra det de er vant med, og bl.a. internasjonal mat kan virke fremmed for mange eldre.

Underernæring blant eldre er også tett knyttet opp mot dårlig tannstatus. Dårlig tannstatus skyldes i hovedsak aldersforandringer, misligholdte tenner og dårlig tilpassede tannproteser. Personer med demenssykdom er spesielt utsatt, fordi de mangler forståelse for, og bevissthet om, stell av tenner. Mange eldre prioriterer ikke tannhelse av økonomiske grunner. Behandling av dårlig tannstatus kan nemlig bli svært dyrt, fordi tannlege-tjenester ikke er subsidiert av myndighetene som andre helsetjenester (med unntak for eldre som mottar hjemmetjenester eller bor i institusjon).

Legeforeningen mener:

- Kommunene bør i sine planer ha økt oppmerksomhet på underernæring og dehydrering blant eldre
- Kartlegging av ernæring og måling av vekt er en viktig del av fastlegens medisinske oppfølging av eldre
- Ernæring bør være tema når eldre utskrives fra sykehus, slik at kommunehelsetjenesten kan legge forholdene til rette for et passende næringsinntak
- Et offentlig subsidiert og praktisk tilrettelagt tannhelsetilbud vil være et godt bidrag til å bedre ernærings situasjon blant hjemmeboende eldre

4.1.3 Røykeslutt gir fortsatt helsegevinst

Dagens eldre vokste opp i «sigarettenes gullalder» med begrenset kunnskap om de helseskadelige virkningene av røyking. På 1950-60-tallet var røyking utbredt i alle lag av befolkningen, og nesten 7 av 10 norske menn var dagligrøykere. De senere års søkelys på skadelige effekter av røyk har ført til en betydelig

reduksjon i andelen røykere i Norge. Men fortsatt røyker om lag en av fem i aldersgruppen 55–74 år daglig⁴⁶.

Mange synes å tro at helsegevinstene ved å slutte å røyke hovedsakelig gjelder den yngre befolkningen. Færre synes å vite at røykeslutt gir stor helsegevinst også for eldre, selv de har røykt i en årrekke. De fleste vil raskt merke at de puster lettere, kommer i bedre fysisk form, får en mer følsom luktesans og et friskere utseende. Ikke minst avtar risikoen for en rekke sykdommer, herunder emfysem, astma, KOLS og lungekreft.

En studie av hva som påvirker røykeslutt i eldre år viser at sjansen for å lykkes stiger med alderen, mest fordi antall forsøk øker med hvor lenge man har røykt⁴⁷. Eldre røykere påvirkes imidlertid av andre faktorer enn yngre. Svekket helse, det å bo sammen med andre og avholdenhet fra alkohol står sentralt.

Legeforeningen mener:

- Eldre har også stor helsegevinst av røykeslutt, og må motiveres til dette
- Tilbud om røykeslutt må også baseres på kunnskap om faktorer som påvirker eldre

4.1.4 Alkohol med måte

Det norske drikkekonsumet er nesten doblet etter 1970. Færre eldre over 65 år er i dag avholdende, og langt flere drikker ukentlig. Forbruket reduseres med alderen, men også 80-åringene står for et betydelig alkoholinntak⁴⁸. De som drikker alkohol i ungdommen gjør gjerne det i alderdommen. Det indikerer at vi vil få et økt alkoholkonsum blant eldre i framtiden.

Det finnes ikke medisinsk grunnlag for å anbefale eldre absolutt avhold, men inntaket bør begrenses. Eldre tåler mindre alkohol enn yngre, fordi de har mindre vann i kroppen, noe som er viktig for alkoholopptaket. Eldre har også nedsatt leverfunksjon, og alkoholen nedbrytes saktere. Videre påvirkes eldre hjerne lettere av alkohol og de sløves derfor raskere. Dessuten bruker mange eldre ett eller flere legemidler, og det kan oppstå uheldige interaksjoner.

Legeforeningen mener:

- Eldre kan gjerne nyte noe alkohol, men inntaket bør av helsemessige årsaker begrenses

4.1.5 Fra bruk til misbruk

Avstanden fra bruk til misbruk kan være kort. Mange eldre har et høyt forbruk av beroligende midler og sovemedisin, som lindrer i øyeblikket, men som skader på sikt. Inntas slike legemidler sammen med alkohol, kan effekten bli kraftig sløvende, noe som øker risikoen for ulykker og skader. En undersøkelse av samtlige eldre pasienter som var innlagt på akuttmottak i Oslo med ulykkeskader viste at en stor andel var påvirket av enten alkohol eller legemidler⁴⁹. Samme undersøkelse avdekket at en tredjedel av eldre kvinner som skades i hjemmeulykker hadde brukt sovepiller eller beroligende legemidler.

Alkohol- og legemiddelmisbruk blant eldre har mange ulike årsaker, og utløses gjerne av endringsfaser i livet, som overgang til pensjonisttilværelsen, tap av livsledsager, endringer i sosialt nettverk og endret fysisk og psykisk helsetilstand. Mange føler skam og skyldfølelse for å ha kommet i en slik situasjon, og vil dermed forsøke å skjule problemene sine bak symptomer på annen sykdom. Hjelpemidlet er på sin side ofte unnnvikende med å spørre de eldre direkte om for eksempel alkoholbruk og det benyttes få kartleggingsverktøy⁵⁰.

Boks 7 Prosjekt eldre og rusbruk i bydel St. Hanshaugen, Oslo

En prosjektgruppe gjennomførte i 2010 en studie om eldre og rusbruk i bydel St. Hanshaugen i Oslo⁵¹. Målgruppen for prosjektet var mottakere av hjemmetjenester over 67 år som hadde, eller stod i fare for å utvikle, nedsatt allmenn tilstand eller funksjonsevne som følge av overforbruk av alkohol eller legemidler. Prosjektet fant at 15,5 % av hjemmetjenestens mottakere over 67 år tilhørte målgruppen, og at kunnskapen om – og oppmerksomheten på – temaet eldre og rus var lav. Det fantes få egnede tilbud til målgruppen, og de ansatte hadde mange synlige praktiske og psykologiske barrierer. For eksempel hadde de liten tro på intervensjon og rehabilitering. De tok sjeldent opp alkohol eller legemidler som tema, fordi det ble sett på som et privat anliggende, og fordi de antok at brukeren ville ta det som kritikk av valg av leveste.

Legeforeningen mener:

- Oppmerksomheten på alkohol- og legemiddelmisbruk blant eldre må økes
- Leger bør bli mer restriktive til forskrivning av beroligende midler og sovemedisin, selv om pasientene ber om dette

4.2 God livskvalitet

«Det viktigste er ikke å legge år til livet, men liv til årene.»

– H. Jones

Det er i dag økende oppmerksomhet på sammenhengen mellom Eldres livskvalitet, helse og sykdom. God livskvalitet hos eldre handler om mange faktorer, som vennskap og kjærlighet, opplevelse av god helse, fravær av sykdom og lidelse, et harmonisk og lyst sinn, et godt sted å bo, relativ trygg økonomi, å kunne være selvstendig og selvhjulpne, ha muligheter til opplevelse, reiser, natur og kultur, og være beskyttelse mot vold, kriminalitet og ulykker.

De fleste vil anta at livskvaliteten synker med årene, men slik er det ikke i følge den nasjonale undersøkelsen LOGG fra 2007⁵². Her fremgår det at eldre faktisk er mer tilfredse med livet enn yngre, iallfall inntil 75 års alder. De negative følelsene blir svakere, livet svarer til forventningene og gir mening. Kontrasten mellom Eldres uttalte tilfredshet med tilværelsen og de svekkelser og tap som aldri nødvendigvis innebærer kan synes paradoksal. Forskere har da også påpekt at vi må være forsiktige med fortolkninger av subjektive mål på livskvalitet blant eldre. En del eldre sier seg fornøyd med livet simpelthen fordi de føler seg heldige som er i live, og fordi de opplever alderdommen som bedre enn forventet. Dagens eldre tilhører dessuten en generasjon som er vant til lite og som ofte er tilfredse med det de har. Slike generasjonsforskjeller spiller trolig også en rolle.

Legeforeningen mener:

- Kunnskap om sammenhengen mellom livskvalitet hos eldre, helse og sykdom må tillegges økt vekt i det forebyggende arbeidet

4.2.1 Eldresenteret som forebyggende arena

Mange eldre bor alene, og ikke så rent fritt opplever ensomhet og sosial isolasjon. Dette er kjente risikofaktorer for å utvikle psykiske lidelser som depresjon og angst. Tiltak som innbyr til sosialt felleskap og trivsel har derfor en viktig helsefremmende og forebyggende funksjon. Eldresentrene er et slikt tiltak. Her tilbys en rekke aktiviteter, kulturopplevelser, kurs m.m.

Torsdag 10. november 2006 demonstrerte over 1000 eldre fra Oslos Eldresentre foran Stortinget og Oslo Rådhus. Slagord for dagen var «Redd Eldresentrene». Noen uker senere viste Oslo-budsjettet at aksjonen hadde lyktes. Oslos Eldresentre fikk penger til drift ett år til⁵³. Tilsvarende usikkerhet preger driften til mange Eldresentre rundt om i landet. Det er beklagelig, for Eldresentrene er viktige sosiale møteplasser for mange eldre. Mye tyder dessuten på at Eldresentrene bidrar til å dempe presset på tynge tjenester som dagsentre, hjemmetjenester og sykehjem. Eldresentrene er derfor god samfunnsøkonomi. De er dessuten kostnadseffektive, ettersom det i hovedsak er frivillige eldre som står for driften. Vi vet hva Eldresentrene koster. Dessverre vet vi ikke hva vi sparer.

Legeforeningen mener:

- Eldresentrene må lovfestes og sikres tilstrekkelige rammer til å utvikle sine tilbud
- Eldre som ikke klarer å komme seg til Eldresentrene på egenhånd må få nødvendig hjelp til transport

Boks 8 Den kulturelle spaserstokken

Kulturtilbudet til eldre er de senere år styrket gjennom Den kulturelle spaserstokken, som ble etablert i 2007⁵⁴.

Målet med ordningen er:

- å sørge for profesjonell kunst- og kulturformidling av høy kvalitet til eldre
- å legge til rette for økt samarbeid mellom kulturektoren og omsorgssektoren, slik at det utvikles gode kunst- og kulturprosjekter lokalt innenfor et mangfold av sjangre og uttrykk
- å bidra til at eldre får et tilpasset kulturtilbud på arenaer der de befinner seg i dagliglivet

Det diskuteres nå om ordningen bør spres bedre til forebyggende arenaer som eldresentre, frivillighetssentraler, pensjonistforeninger, etc. Muligens bør også ambisjonene for hva tiltaket skal inneha av profesjonell kultur senkes.

5. Styrke de kommunale helse- og omsorgstjenestene

5

5.1 Eldre er ikke en ensartet gruppe

«Det finnes skrøpelige 60-åringer og spreke 90-åringer.»

– Peter F. Hjort

Mange eldre er selvhjulpne og klarer seg fint i eget hjem, også i svært høy alder. De fleste vil imidlertid med tiden trenge ulik grad av/type hjelp for å kunne bo hjemme. Noen – de sykeste og skrøpeligste – har behov for heldøgns pleie- og omsorgstjenester, enten i sykehjem eller i omsorgsbolig. Grovt sett har vi i dag følgende omsorgsnivåer:

Nivå 1 Hjelp i eget hjem

Det er et overordnet politisk mål at vi alle skal kunne bo hjemme så lenge som mulig. De fleste eldre har også selv et sterkt ønske om det, forutsatt at de får nødvendige helse- og omsorgstjenester. Gode forebyggende tjenester, eldrecentre, dagsentre og transporttjenester er svært viktige for denne gruppen.

Nivå 2 Omsorgsbolig

Omsorgsbolig er med tilgang på tilpassede hjemmetjenester skal være et tilbud til eldre som trenger noe mer hjelp. Omsorgsboligene kan gjerne ligge i nærheten av et sykehjem, slik at man kan spise der, og delta i dagaktiviteter og rehabilitering.

Nivå 3 Omsorgsbolig med heldøgns pleie- og omsorgstjenester

Omsorgsboliger med heldøgns pleie- og omsorgstjenester skal være et tilbud til eldre med et mer omfattende helse- og omsorgsbehov. Tilgang på fellesarealer som kjøkken, TV-stue, utearealer, samt ulike former for aktivisering er viktig for denne gruppen.

Boks 9 Spesielt om helse- og omsorgstjenester til innvandrere og personer med minoritetsbakgrunn

Helse- og omsorgstjenestene i Norge er naturlig nok tilpasset norsk kultur. Samtidig har vi blitt et multikulturelt samfunn, med mange innvandrere og personer med minoritetsbakgrunn. Disse blir også gamle, syke og hjelpetrengende. Helse- og omsorgstjenestene må være oppmerksom på at forholdet til aldring, sykdom og hjelp blant innvandrere og personer med minoritetsbakgrunn ofte er annerledes enn hos nordmenn. Som regel er det en forventning om at syke gamle skal bo hjemme sammen med den øvrige familien. Men ikke alle eldre med innvandrere eller minoritetsbakgrunn har en familie å støtte seg til, og noen må etter hvert flytte i omsorgsbolig eller på sykehjem. Hverdagen her kan virke fremmed for mange. Maten er annerledes, og kanskje forstår man ikke språket eller kulturen. Slike forhold vil kreve mer av helse- og omsorgstjenestene i tiden som kommer.



Figur 3 Tiltakstrappa

Kilde: Statens seniorråd

Nivå 4 Sykehjem – korttidsplass

Korttidsplass på sykehjem er et tilbud til eldre som for en periode ikke kan bo hjemme (inkl. i omsorgsbolig), men som heller ikke trenger fast sykehjemsplass. Behovet kan oppstå som følge akutt forverret helsetilstand, for å forebygge dette, eller som rehabilitering etter sykehusopphold.

Nivå 5 Sykehjem – langtidsplass

Fast sykehjemsplass er løsningen som må tilbys syke og skrøpelige eldre som har behov for heldøgns pleie- og omsorg, og som ikke lengre kan bo i eget hjem eller i omsorgsbolig. For eksempel blir funksjonstapet for mange eldre med demenssykdom etter hvert så stort at de må ivaretas på sykehjem. Mens noen vil fungere godt på en vanlig avdeling, trenger andre skjermet enhet.

Legeforeningen mener:

- Eldre må sikres helse- og omsorgstjenester på riktig omsorgsnivå
- Det må være søkelys på god kvalitet, mest mulig fleksibilitet og jevnlig vurdering av behov
- Hjelpen må legges opp slik at den bygger opp under enkeltmenneskers mulighet til å mestre eget liv, leve og bo selvstendig, samt ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre

5.2 Hjemmeboende eldre som trenger noe/ mye hjelp

«Gamle er unge som er blitt eldre».

– Esther Møller

5.2.1 Tilrettelagt bolig og tilgjengelige omgivelser

Med en godt tilrettelagt bolig og et tilgjengelig nærmiljø kan mange eldre fortsette å bo hjemme, selv om helsa begynner å skranke. Regjeringen har skjerpet reglene om tilgjengelighet

gjennom krav til universell utforming av bygninger, anlegg og uteområder rettet mot allmennheten. Målsettingen er at Norge skal være universelt utformet innen 2025. Kravet til universell utforming gjelder også for nye privatboliger. Fremtidens eldre vil dermed nyte godt av en boligmasse som er bedre tilrettelagt for eventuelle funksjonsproblemer.

«Du er gammel den dagen du bøyer deg ned for å knytte skolissen, og når du har gjort det, stanser du et øyeblikk og tenker: Var det noe mer jeg skulle ha gjort når jeg først er her nede?»

– Karsten Isachsen

NIBR⁵⁵ har undersøkt boligpreferansene blant seniorer i ulike aldersgrupper, og fant en omfattende vilje og aktivitet i forhold til selv å gjøre noe med boligens tilgjengelighet. Nesten hver femte senior hadde valgt dagens bolig ut fra faktisk funksjonsnedsettelse eller med tanke på mulig kommende skrøpeligheit. I hver femte seniorbolig var det allerede gjennomført tilpasninger med sikte på økt tilgjengelighet, og tilsvarende antall hadde planer om/vurderte å foreta denne typen tilpasninger. Undersøkelsen viste også at en av tre seniorer ønsket å bli boende i dagens bolig til tross for fremtidig skrøpeligheit, mens to av fem kunne tenke seg å flytte til tilrettelagt bolig i en slik situasjon. Yngre seniorer var langt mer innstilt på å flytte enn eldre seniorer dersom behovet tilsa det (boks 10).

Legeforeningen mener:

- En tilrettelagt bolig og et tilgjengelig nærmiljø er viktig for god mestring og livskvalitet for eldre med funksjonsproblemer
- Flere eldre må ta ansvar for å tilrettelegge egen bolig eller endre bosituasjon når behovet tilsier det
- Det offentlige må fortsatt ta ansvar for å skaffe nok tilpassede boliger til eldre som ikke har de økonomiske, helsemessige eller sosiale ressursene som skal til

5.2.2 Flere «varme hender og kloke hoder»

«Det viktige er ikke hvor gammel man er, men hvordan man er gammel.»

– Marie Dressler

Hjemmetjenestene er helt avgjørende for at eldre skal klare å bo hjemme så lenge som mulig. Sykepleierne og pleiepersonellet gjør en enestående jobb, men for mange eldre er det ikke nok. Hjemmetjenestene er mange steder svært presset. De kommunale variasjonene er store og mange brukere får ikke tjenester i tråd med bistandsbehovet. Dette er påvist i flere undersøkelser, blant annet fra Riksrevisjonen⁵⁷, Helsetilsynet⁵⁸, KS⁵⁹ og Fafo⁶⁰.

Boks 10 Slik vil morgendagens eldre bo – hvis de må flytte

- Tre av fem ønsker seg en privat tilrettelagt omsorgsbolig, mens to av fem ønsker seg en kommunalt tilrettelagt omsorgsbolig.
- Fire av fem mener det er viktig at omsorgsboligen er plassert i et kjent nærmiljø slik at man kan utføre vante aktiviteter og omgås andre som før. Nærhet lokale helsetilbud står sentralt.
- Tre av fire foretrekker selvstendige omsorgsboliger. Halvparten av disse ønsker en separat omsorgsbolig uten fellesareal, mens den andre halvparten ønsker slikt areal i tilknytning til omsorgsboligen.
- En av tre mener det er viktig at boligen er samlokalisert med andre omsorgsboliger nær sykehjemmet.
- De fleste ønsker vaktmestertjenester, hjelp til større husarbeid, snømåking og hagearbeid. Dernest kommer tjenester som gjør det mulig å klare husarbeid, innkjøp og levering av middagsmat.
- En av ti foretrekker uansett sykehjemsplass, og interessen tiltar med alder. Denne gruppen har mistro til at de får nødvendig hjelp i omsorgsbolig.
- Dersom man må bo på sykehjem, er kravet til enerom unisont. En av to ønsker seg et privatareal på 26–30 kvm. I dag er ca. halvparten av tilgjengelig areal er under 26 kvm.

Kilde: NIBR, 2005⁵⁶

Boks 11 Fredericia-modellen: «Længst Muligt I Eget Liv»

Fredericia kommune i Danmark har gode erfaringer med prosjekter der søkelyset ikke er på å hjelpe når et funksjonsproblem har oppstått, men trene for å forebygge det, slik at behovet for spesialisthelsetjenester reduseres. Tankegangen er at jo tidligere det gripes inn i begynnende sykdom, jo enklere kan et sykdomsforløp bli. Kommunen har blant annet utviklet en «verktøykasse» som pleiepersonalet kan bruke når de er på hjemmebesøk hos eldre. Den raske intervensjon har vist seg å øke sjansen for at pasienten kan forbli «længst muligt i eget liv»³³.

Fra politisk hold vises det til at Norge bruker stadig mer offentlige ressurser til eldreomsorg, og at vi bruker mer alle andre land. En stadig høyere andel av ressursene kanaliseres imidlertid inn mot yngre mottakere (under 67 år) med omfattende bistandsbehov. I 2010 sto yngre brukere for hele 64 % av vedtakstimerne. Det var samme år også en økning i antall vedtakstimer for eldre over 67 år, men økningen holdt ikke tritt med økning i antallet eldre⁶¹.

Utfordringene i hjemmetjenestene skyldes flere forhold. Kapasitets-, kontinuitets-, personell- og kompetansemangel står sentralt. Mange ansatte opplever at tiden ikke strekker til for å kunne gi nødvendig hjelp. Fortsatt mangler en betydelig andel relevant fagutdanning. Mange får heller ikke den opplæringen de trenger, for eksempel til å kunne dele ut medisin på en forsvarlig måte. Deltidstillinger er utbredt; to av fem har en avtalt arbeidstid på 1–19 timer per uke. Det er stor utskiftning av personell i de ulike stillingene, og mange eldre opplever det som belastende å måtte forholde seg til stadig nye personer.

Boks 12 Har du «grepet»?

Avdøde lege og nestor Peter F. Hjort hadde selv lang erfaring som pårørende for sin syke kone. Han fremhevet ofte at hans viktigste erfaring i denne rollen var at helsepersonellet, fra overleger til hjelpepleiere, kan deles inn i to grupper: De som har «grepet» og de som ikke har det. Pårørende og pasienter er ikke i tvil om hvem det gjelder. Når de møter «grepet», faller de til ro, og får tillit, trygghet, ro og fortrøstning. Etter å ha spekulert i hva det å ha «grepet» dreier seg om kom Hjort frem til følgende beskrivelse⁶³:

- Faglig kompetanse; en betingelse
- Trygg på seg selv, men ikke skråsikker
- Menneskelig innsikt og engasjement
- Intuisjon eller «taus kunnskap» og erfaring
- Evne og vilje til å informere; realistisk, men kanskje med et tillegg på 10 % for optimisme
- God tid, det paradoksable er at de som har «grepet» ofte kan arbeide fortere
- Vennlighet, sjenerøsitet, karisma, empati og humor gjør alt lettere
- Kontinuitet, dvs. så lite skifte av personell som mulig

Omsorgsplan 2015 er regjeringens handlingsplan for å sikre at samfunnet er forberedt på å møte framtidens omsorgsutfordringer, slik de er beskrevet i St.meld. nr. 25 (2005–2006) Mestring, muligheter og mening. Et hovedmål i omsorgsplanen er 12 000 nye årsverk innen 2015, noe regjeringen mener vi ligger godt an til å nå⁶². Omsorgsplan 2015 er imidlertid ikke justert i forhold til samhandlingsreformen. Skal kommunene kunne ivareta flere syke eldre som i dag legges inn på sykehus, må hjemmetjenestene tilføres ytterligere kapasitet og kompetanse. Finanskrisen og økt arbeidsinnvandring fra særlig søreuropeiske land kan skape noen nye muligheter, men også utfordringer knyttet til for eksempel språkopplæring.

Legeforeningen mener:

- Hjemmetjenestene må tilføres økt kapasitet og kompetanse dersom flere eldre skal kunne bo hjemme lengre
- Omsorgsplan 2015 må koordineres med samhandlingsreformen
- Hjemmeboende eldre må som hovedregel tilbys faste hjemmehjelpere

5.2.2.1 Kan pårørende løse omsorgsutfordringene?

Myndighetene ønsker å løse de fremtidige omsorgsutfordringene gjennom et mer omfattende samarbeid mellom offentlige tjenester og familieomsorg, ideelle organisasjoner og sivilsamfunn, i tråd med forslag i NOU 2011: 11 Innovasjon i omsorg⁶⁶. Legeforeningen ser mange muligheter i å tenke nytt, men vil samtidig advare mot at forventningene, særlig til pårørende blir for høye.

Det finnes flere grunner til det. Mange pårørende yter allerede i dag en stor innsats for sine eldre slektninger. Tall fra SSB viser om lag halvparten av eldre som mottar hjemmetjenester, i tillegg mottar hjelp fra private kilder⁶⁷. Dessuten har økende levealder ført til at pårørende er eldre enn før. På begynnelsen av 1900-tallet fikk mange 65-åringer omsorg av sine barn. I dag gir mange 65-åringer omsorg til sine foreldre. En del pårørende er fortsatt yrkesaktive, mange har barn og barnebarn, og det kan lett oppstå krevende «omsorgsklemmer».

Noen pårørende har et særlig krevende ansvar som kan strekke seg over både måneder og år. For eksempel viser studier av pårørende

Boks 13 De kommunale pleie- og omsorgstjenestene. Noen fakta

Kommunene er forpliktet til å tilby bestemte hjemmetjenester og institusjonstjenester underlagt visse kvalitetskrav. I tillegg har de fleste kommuner tilbud om matombringing, trygghetsalarm, og mange driver også omsorgsboliger. Hjemmetjenestene er en samlebetegnelse for tjenester som kommunene tilbyr pleietrengende som enten bor hjemme, i omsorgsbolig eller i andre kommunale boliger som skal være tilrettelagt for pleie- og omsorg. *Hjemmehjelp* er hjelp med praktiske gjøremål som matlaging, rengjøring etc. *Hjemmesykepleie* er sykepleierfaglige tjenester utført av personer med helsefaglig kompetanse.

De kommunale pleie og omsorgstjenestene hadde vel 265 000 tjenestemottakere i 2009. Av disse mottok om lag 175 000 hjemmesykepleie og praktisk bistand i eget hjem eller omsorgsbolig, 35 000 hadde langtidsopphold og vel 9 000 tidsbegrenset opphold i sykehjem/institusjon, mens 46 000 mottok andre hjemmetjenester. Stadig flere av tjenestemottakerne er yngre, men eldre utgjør fortsatt om lag to tredjedeler av brukerne⁶⁴.

Pleie- og omsorgstjenestene utgjør om lag en tredjedel av den kommunale virksomheten, og kostet kommunene ca. 78 milliarder kroner i 2010. Litt over halvparten av midlene brukes til hjemmetjenester og aktivitetstilbud, mens litt under halvparten går til drift av sykehjem og andre institusjonstilbud⁶⁵.

til personer med demens at nesten halvparten av de pårørende selv utvikler helseproblemer⁶⁸. I NOU 2011: 11 Innovasjon i omsorg foreslås det at avlastningsordninger betraktes som en nødvendig investering for å unngå at pårørende brenner seg ut og selv blir brukere av velferdsstatlige ordninger. Slike avlastningsordninger kan være av ulike typer, som korttidsopphold i institusjon, frigjøring av tid (som oftest fra deltakelse i arbeidslivet) og arrangerte fellesopplevelser⁶⁹. Her er det mye å ta tak i. Helsetilsynet fant i sin landsomfattende undersøkelse i 2010 at kommunene gjennomgående ikke kartla og vurderte pårørendes omsorgsbyrde, situasjon og behov for avlastning, og at saksbehandlingen ved søknader om avlastning var mangelfull⁷⁰.

Boks 14 Prosjektet Safer@Home

Prosjektet startet opp høsten 2011 med midler fra Forskningsrådet program VERDIKT ut 2014⁷¹. Målet med er å utvikle elektroniske tjenester som gjør at helsepersonell får rask beskjed dersom hjemmeboende eldre trenger helsehjelp, slik at de kan sette inn forebyggende tiltak raskere. For eksempel kan hjemmesykepleien få en tekstmelding dersom det ikke er registrert bevegelser i et hjem i 16 timer. Forskerne bak prosjektet presiserer at teknologien ikke skal erstatte «de varme hendene», men være et godt supplement. Altibox/Lyse er prosjekteier.

Legeforeningen mener:

- Det ligger mange muligheter i nye tekniske løsninger og tettere samarbeid med pårørende, men vi kan ikke basere oss på at det vil løse omsorgsutfordringene
- Det må bli lettere for pårørende å få avlastning fra krevende omsorgsansvar

5.2.3 Tilpassede allmennlegetjenester til hjemmeboende eldre

Mange eldre har brukt samme fastlege i flere tiår, og opplever det som trygt og godt. Kontinuiteten i pasient-lege-forholdet er viktig også for fastlegen, som raskt vil kunne vurdere om pasientens allmenntilstand er vesentlig endret siden forrige konsultasjon og respondere med nødvendig utredning, behandling og eventuelt henvisning. Fastlegeordningen som ble innført i 2001 har vært meget vellykket i så henseende. Den har likevel et forbedringspotensiale, blant annet når det gjelder ivaretagelse av syke og skrøpelige hjemmeboende eldre. Skal fastlegene kunne påta seg flere oppgaver, trengs flere fastleger.

«Etter hvert som vi blir eldre, blir kroppen kortere og historiene lengre».

– Ukjent

5.2.3.1 Nødvendige hjemmebesøk fra fastlege

Etter hvert som helsen skranter kommer hjemmeboende eldre stadig sjeldnere til fastlegen, fordi dette blir for krevende for dem. Hjemmetjenestene overtar oppfølgingen av pasienten, og fastlegen mister oversikten over utviklingen i helsetilstanden. Legeforeningen har flere ganger tatt opp med myndighetene at fastlegen må kunne tilby nødvendige hjemmebesøk til syke og skrøpelige eldre pasienter som har problemer med å komme seg til legekantoret. I dag har refusjonsforskriften (Normaltariffen) klare begrensninger for hjemmebesøk, og HELFOs praksis i forhold til kontroll av takstbruk er svært streng.

Boks 15 Er vi villig til å ta oss av gamle mor og far?

Hva skjer med voksne barns forpliktelse overfor foreldre i en tid da de eldres andel av befolkningen øker? En studie av ansvarsnormer i utvalgte land i Øst- og Vest-Europa, med vekt på Norge, har – ikke uventet – funnet at ansvarsnormene står langt svakere i Norge enn i de andre landene⁷². Ansvarsnormene ble målt gjennom fire påstander som intervjuobjektene sa seg mer eller mindre enig i:

- Barna bør ta ansvar for omsorg når foreldre trenger det
- Barna bør tilpasse jobb etter foreldrenes behov
- Barna bør gi hjelp til foreldre med økonomiske vansker
- Barna bør ha foreldre boende hos seg når foreldre ikke kan ta vare på seg selv

Men tendensene her i landet er omvendt av hva man kanskje skulle forvente. Barnløse er mer positive til å ta ansvar for gamle foreldre enn de som har barn. Skilte og samboende er like positive som gifte, og unge er langt mer positive til forpliktelser enn eldre selv er. Samtidig understrekes det at forskjellerne mellom landene må forstås på bakgrunn av kultur og tradisjoner, grad av modernisering og urbanisering, og ikke minst tilgang på offentlig omsorg. Norge har en meget sjenerøs eldreomsorg, mens eldre i en del andre land overlates til seg selv eller til andres veldedighet dersom familien unnlater å stille opp.

Andre studier viser at det er lite som tyder på at familien svikter i Norge hvis det offentlige tar ansvar⁷³. Tvert imot ser det ut til at offentlig omsorg og familiebasert omsorg spiller sammen og utfyller hverandre. Det synes å være en påfallende stabilitet i omfanget av familieomsorg de 20–30 årene vi har kunnet følge utviklingen. Det er heller ingenting som tyder på at familien trekker seg ut når det offentlige omsorgsapparatet går inn med hjelp fra hjemmetjenestene. Selv om velferdsstaten har erstattet familiens tidligere forpliktelser ved alderdom, sykdom og uførhet, ser det ikke ut til at dette har svekket familiesolidariteten slik det ofte hevdes.

Legeforeningen mener:

- Fastlegen må kunne foreta nødvendige hjemmebesøk hos syke og skrøpelige eldre
- Kriteriene og praksis knyttet til rett til stønad for sykebesøk må endres

5.2.3.2 Innleggelse i kommunal institusjon ved kortvarig pleie- og omsorgsbehov

Fastleger og legevaksleger har i dag ikke anledning til å legge pasienter direkte inn i kommunale institusjoner som sykehjem, selv om behovet tilsier heldøgns pleie og omsorg og ikke sykehusenes spesialiserte tjenester. Fastlegene melder inn behov til de kommunale bestillingskontorene, men opplever ofte at deres anbefaling ikke etterkommes. Dermed er sykehusinnleggelse fastlegens eneste mulighet til å sørge for nødvendig hjelp til syke og skrøpelige eldre som ikke kan klare seg hjemme i en periode. Slike situasjoner oppstår blant annet ved sykdom hos omsorgsgivende ektefelle eller når omsorgsgivende barn ikke lenger makter oppgaven. Sykehusinnleggelse kan oppleves meget belastende for pasienten, og er en lite hensiktsmessig bruk av sykehusenes og samfunnets ressurser.

Legeforeningen har lenge ment at fastleger og legevaksleger må kunne legge pasienter direkte inn i kommunale institusjoner som sykehjem. Varigheten på oppholdet må selvsagt bestemmes av institusjonen/kommunen selv (sykehjemslegen). Vårt forslag er nå aktualisert av samhandlingsreformen og ny kommunal plikt til å etablere tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp frem mot 2016, som i betydelig grad kan forventes å bli knyttet opp mot sykehjemmene⁷⁴.

Å holde eldre pasienter utenfor sykehus må imidlertid ikke bli et mål i seg selv. Direkte innleggelse i kommunale institusjoner må skje kun når fastlegens/legevakslegens medisinskfaglig vurdering tilsier at det ikke er behov for sykehusinnleggelse. Kommunene må også ha tilstrekkelig finansiering til å bygge opp sykehjemmenes kapasitet og kompetanse slik at de kan ivareta flere pasienter med heldøgns pleie og omsorgsbehov. Mindre og mellomstore kommuner må samarbeide for å skape robuste og kvalitativt gode løsninger.

Legeforeningen mener:

- Fastlegen må kunne legge pasienter direkte inn i kommunale institusjoner som sykehjem (på korttidsplass/rehabiliteringsplass)
- Kommunale modeller for heldøgns øyeblikkelig hjelp plasser bør piloteres før de breddes ut nasjonalt

5.2.3.3 Hjelp når det haster – hos den kommunale legevakten

Når det haster med legehjelp utenom fastlegekontorets åpningstid, henvises hjemmeboende eldre til den kommunale legevakten (som befolkningen for øvrig). For en del syke og skrøpelige eldre kan fysisk oppmøte hos legevakten være en urimelig belastning, noe som kan føre til underforbruk av legetjenester. Terskelen for at legevakslegen kan foreta hjemmebesøk til denne pasientgruppen må derfor være lav.

«Tro meg, alderdommen er en god og hyggelig tid. Riktignok tvinges du sakte ned fra scenen, men til gjengjeld får du en fin orkesterplass.»

– Jane Ellen Harrison

Alle kommuner er pålagt å ha en legevaktordning, men i praksis er det store organisatoriske forskjeller. I de fleste små og mellomstore kommuner ivaretas kommunenes øyeblikkelig hjelp plikt av fastlegene i den normale arbeidstiden, og av sentrale legevaktmottak ettermiddag/kveld/helger. Større kommuner har ofte stasjonære daglegevakter.

Legeforeningen mener det er behov for en faglig og organisatorisk styrking av den kommunale legevakten, slik at den blir et trygt allmennelegetjenestetilbud utenfor – men i nært samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Dette er nå aktualisert av at kommunene kan velge å knytte den kommende plikt til å etablere tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp til blant annet legevakten⁷⁵.

Nasjonalt kompetansesenter for legevaksmedisin har utarbeidet et forslag til nasjonal handlingsplan for legevakt⁷⁶ som i stor grad samsvarer med det Legeforeningen mener må til for å få til en nødvendig styrking av legevakten. Her slås det blant annet fast at legevakten skal tilby undersøkelse og behandling av allmennelege når dette er nødvendig, og at den som mottar henvendelser til legevaktsentralen/mottaket skal være faglig kvalifisert til å klassifisere og prioritere henvendelsene, eventuelt etter drøfting med vakthavende allmennelege. Slike tiltak vil både gi det beste medisinske tilbudet, og ha høy kost-nytteeffekt for samfunnet som helhet.

Legeforeningen mener:

- Det må være lav terskel for at legevakslegen kan foreta hjemmebesøk til syke og skrøpelige eldre
- Det må innføres minstestandarder til den kommunale legevakten vedrørende:
 - Bemanning
 - Lokaler
 - Kommunikasjonssystemer
 - Laboratorium (NOKLUS)
 - Journalsystemer
 - Legebil med sjåfør
 - Klare avtaler med samhandlende kommuner og helseforetak
 - Arbeidsavtaler med stillingsbeskrivelser og stillingskontrakter
 - Beredskapsplaner for krisesituasjoner som epidemier, større ulykker, naturkatastrofer
- Legevakten må ha gode samarbeidsrutiner med spesialisthelsetjenesten, for rask overføring av pasienter som trenger innleggelse i sykehus
- Legevakten må ha gode samarbeidsrutiner med fastlegene, for å sikre god oppfølging av pasienter som har vært på legevakten

Boks 16 Innfasing av ny kommunal plikt til å tilby døgnopphold for øyeblikkelig hjelp fra 2016

Den nye kommunale plikten skal fases inn i perioden 2012–2015. Kommunenes utgifter til etablering og drift av øyeblikkelig hjelp er beregnet til 1 048 millioner kroner årlig fra 2016, og utgiftene fullfinansieres gjennom overføring av midler fra de regionale helseforetakenes basisbevilgninger⁷⁷. Kommunen vil få midlene etter hvert som tilbudene blir etablert. Investeringstilskuddet til heldøgns omsorgsplasser gjennom husbanken kan brukes til å etablere tilbudet.

5.2.4 Bedre samhandling mellom fastlegene og hjemmetjenesten

«For meg er alderdommen alltid ti år eldre enn meg selv.»

– John Burroughs

Mange hjemmeboende eldre må forholde seg til mange ansatte i hjemmetjenesten, i tillegg til fastlegen sin. Det kan være utfordrende, for samhandlingen og informasjonsoverføringen mellom hjemmetjenestene og fastlegene er ikke alltid like god. Det bekreftes av Riksrevisjonen som har avdekket betydelige mangler når det gjelder samarbeid og kommunikasjon mellom hjemmetjenesten og fastlegene⁷⁸. Ifølge Helsetilsynet kommer samhandlingsutfordringene særlig til uttrykk i legemiddelbehandlingen- og håndteringen, som i dag utgjør et betydelig pasientsikkerhetsproblem for eldre pasienter⁷⁹.

5.2.4.1 God og sikker informasjonsutveksling

Fastleger og hjemmetjenestene har ofte behov for å utveksle informasjon om eldre pasienter, det være seg bruk av legemidler, behandlingstiltak eller andre observasjoner. Fastlegene har de senere år investert betydelig i elektroniske pasientjournaler og muligheter til elektronisk kommunikasjon (helsenett). Dessverre har mange kommuner ikke innført systemer for at hjemmetjenestene kan kommunisere med fastlegene. Dermed er mulighetene for sikker elektronisk meldingsutveksling mange steder svært begrenset. I stedet overføres pasientopplysninger muntlig eller på papir, og ikke sjelden må hjemmesykepleier dra til fastlegekontoret for å hente/avlevere dokumentasjon.

Denne situasjonen innebærer betydelig risiko for feil og mangler. Muntlig overlevering gir rom for misforståelser, dokumenter kan forsvinne på veien, og manglende standard for innholdet i informasjonsutvekslingen gir risiko for at opplysningene som utveksles ikke er komplette. For eksempel viser en studie manglende samsvar i medisinkortene mellom fastlege og hjemmesy-

kepleie for hele 60 % av pasientene. For de fleste medikamentgruppene hadde hjemmesykepleien flere medikamenter på sine lister enn legene⁸⁰. Forhåpentligvis vil e-Resept som nå rulles ut gjøre det lettere for fastlegen å ha oversikt over pasientenes legemiddelbruk.

Norsk Sykepleierforbund (NSF) har tatt initiativ til å opprette et prosjekt for elektronisk informasjonsutveksling i pleie- og omsorgssektoren i kommunene (ELIN-k). Hovedmålet for prosjektet er å bidra til mer og bedre samhandling for å sikre pasientene helhetlige forløp i helse- og omsorgskjeden, samt sikre rett informasjon til rett tid og til rett person slik at forsvarlig helsehjelp kan utøves og at tid kan frigjøres til direkte arbeid med pasienten. Prosjektet understøtter de nasjonale strategier for IKT i helsesektoren som er beskrevet i S@mspill 2007, kommuneprogrammet.

Fastlegene opplever dette prosjektet som svært gunstig i forhold til kommunikasjon med hjemmesykepleien. Meldinger som tidligere ble formidlet via telefon er erstattet av elektroniske meldinger. De fleste meldingene handler om medikamenter, der hjemmesykepleieren skriver opp medisiner som mangler og eventuell ting de lur på. Denne kommunikasjonen oppleves som en hjelp for mange leger ved bruk av multidoser, det vil si ferdig doserte legemidler til den enkelte bruker som myndighetene ønsker å stimulere⁸¹. For eksempel kan det nevnes at flere leger i Bergen ikke ønsker å ta i bruk multidoser før de får Elin-K fordi de ønsker rask kommunikasjon med hjemmesykepleien for å oppklare eventuelle forskjeller i medisinlistene.

Legeforeningen mener:

- Kommunen må ta ansvar for at hjemmetjenestene kan kommunisere elektronisk med fastlegene

5.2.4.2 Faste lokale kontaktpunkter

«Jeg føler meg ikke gammel. Jeg føler ikke noe før utpå formiddagen. Da er det på tide med en lur.»

– Bob Hope

Hjemmetjenestene har mange ansatte i ulike turnusordninger og mange fastleger synes det er vanskelig å komme i kontakt med helsepersonellet som har ansvar for «sin» pasient. De ansatte i hjemmetjenestene oppfatter på sin side ofte fastlegen som opp-tatt og lite tilgjengelig.

Noen kommuner har gått systematisk til verks for å bedre samarbeidet mellom fastlegene og hjemmetjenestene. I Trondheim kommune har de ulike bydelenes hjemmetjenestesoner utpekt en fagkoordinator (sykepleier) som skal ha oversikt over pasientenes medisinskfaglige status og behov, og samhandle med pasientenes fastleger. På den måten sikres en gjensidig overføring av informasjon mellom hjemmetjenestesonen og fastlegen. Det av-

holdes også jevnlig møter mellom fastlegene på et legekantor/ en bydel/en kommune og hjemmetjenestene for å avtale samarbeid på systemnivå.

Legeforeningen mener:

- Det må etableres faste lokale kontaktpunkter mellom fastlegen og hjemmetjenestene
- Alle hjemmetjenestesoner bør ha en ansvarlig person som ivaretar kontakten mot fastlegene

5.2.4.3 Styrke kommuneoverlegens rolle

Mangelfull samhandling mellom fastleger og hjemmetjenestene handler i betydelig grad om manglende medisinsk faglig ledelse i kommunene. I den nye helse- og omsorgstjenesteloven⁸² forankres kommunelegen som medisinsk faglig rådgiver for kommunen. Dette er et skritt i riktig retning, men endrer ikke i seg selv de nevnte utfordringer.

Legeforeningen mener at kommuneoverlegen må inn i kommuneledelsen og få et tydelig systemansvar. Kommuneoverlegen kan blant annet få ansvar for å tilrettelegge for god informasjonsutveksling og samhandling mellom kommunen og fastlegene. Nødvendig kompetanse i kommuneoverlegerollen må sikres gjennom en faglig videreutvikling av rollen, samt samarbeid på tvers av kommunegrensene.

Legeforeningen mener:

- Kommuneoverlegens rolle må styrkes og videreutvikles, som ansvarlig for utvikling og vedlikehold av gode systemer og rutiner
- Kommuneoverlegens ledelsesfunksjon i kommunen bør lovfestes

5.3 Eldre som trenger heldøgns pleie- og omsorg

«Vi håper å bli gamle, men frykter alderdommen.»

– Jean de La Bruyère

5.3.1 Omsorgsboliger eller sykehjem?

Vi har de senere år fått en betydelig tilvekst av omsorgsboliger. Omsorgsboligene er etter Legeforeningens syn et verdifullt tilskudd i eldreomsorgen. Men utviklingen har nå gått for langt, og mange syke og skrøpelige eldre får ikke helse- og omsorgstjenestene de trenger. Dette er særlig bekymringsfullt når vi vet at antallet eldre med omfattende hjelpebehov vil øke, og at kommunene fremover skal påta seg et større ansvar for å etablere alternativer til sykehusinnleggelse og raskere ta imot utskrivningsklare pasienter fra sykehusene (kap. 6).



Figur 4 Utvikling i antall beboere i institusjoner og antall mottakere av hjemmesykepleie og/eller praktisk bistand. 1992–2010

Kilde: Helsedirektoratet, 2012⁸³

5.3.1.1 Omsorgsboliger og sykehjem er ikke det samme

«Min alderdom listet seg inn på meg; en dag var jeg falt i hans klør. Han tok meg med til et annet land, og der var jeg ikke som før.»

– William Shakespeare

Omsorgsplan 2015 har som mål at det skal bygges 12 000 nye heldøgns omsorgsplasser i perioden 2008–2015⁸⁴. Når Helse- og omsorgsdepartementet i sine årlige statsbudsjetter redegjør for måloppnåelse inkluderes både sykehjemsplasser og alle typer omsorgsboliger, også de som ikke tilbyr heldøgns pleie- og omsorg. Det tilslører viktige sider av virkeligheten.

For selv om omsorgsboliger og sykehjem tilsynelatende kan ligne på hverandre, er forskjellene vesentlige (tabell 4). Beboere i omsorgsboliger bor juridisk sett *hjemme* og tildeles hjemmetjenester i henhold til enkeltvedtak. En del omsorgsboliger tilbyr heldøgns pleie- og omsorgstjenester, men dette er ikke et krav. Beboere i sykehjem bor derimot juridisk sett i *institusjon*, og har derfor krav på heldøgns sykepleie- og omsorgstjenester, organisert legetjeneste, fysioterapitjeneste, tannlegetjeneste, mv. (jf. sykehjemsforskriften).

Samtidig gjør uklar begrepsbruk og endringer over tid det vanskelig å sammenligne kvaliteten på behandling, pleie og omsorg som gis i ulike sykehjem og omsorgsboliger. Det som ble kalt omsorgsbolig på 80-tallet, minner i dag mer om et leilighetsbygg med boenheter med (tilnærmet) universell utforming. Tilsvarende kjennetegnes sykehjem fra samme periode av trange rom, lange korridorer og store fellesarealer. Nyere omsorgsboliger er derimot ofte bogruppeorganisert, og tilrettelagt for personalbase med medisinerom og andre fasiliteter nødvendig for å kunne tilby heldøgns pleie og omsorg. Tilsvarende bygges nyere sykehjem gjerne som bogrupper, med både privatareal og felles areal.

Tabell 4 Forskjeller mellom sykehjem og omsorgsbolig

	Sykehjem	Omsorgsbolig
Tildeling av plass/ tjenester	<ul style="list-style-type: none"> – Basert på enkeltvedtak for tildeling av plass – Undersøkelser viser at beboerne har liten kjennskap til/påvirkning ift hvilke tjenester de får – Noen kommuner jobber for å innføre tjenestebeskrivende vedtak også for sykehjemsbeboere for bedre «skreddersøm» av tjenester 	<ul style="list-style-type: none"> – Basert på summen av tjenestebeskrivende enkeltvedtak – Beboerne har gjennom enkeltvedtak oversikt over hvilke tjenester de har rett på, samt klagerett
Boform	<ul style="list-style-type: none"> – Institusjon med bestemte tjenester som følger med boformen – Hovedsakelig standardiserte rom/brukerenheter, men med muligheter for å ta med seg enkelte personlige eiendeler 	<ul style="list-style-type: none"> – Anses som brukerens private hjem – Varierer fra selvstendige boliger til bokollektiver – Har et mer individuelt/ personlig preg med egne møbler, gardiner, sengetøy etc.
Helse- og omsorgstjenester	<ul style="list-style-type: none"> – Krav til heldøgns sykepleie- og omsorgstjenester. – Krav til organisert legetjeneste, fysioterapitjeneste, tannlegetjeneste mv 	<ul style="list-style-type: none"> – Krav til omsorgstjenester fra hjemmetjenesten – Må være tilrettelagt for muligheten til å motta døgntjenester for å tilfredsstille krav til etableringstilskudd fra Husbanken – Legetjenester fra fastlegene
Brukerbetaling	<ul style="list-style-type: none"> – Betaling etter inntektsavhengig vederlag som dekker samtlige tjenester (kost og losji, helse- og omsorgstjenester, legemidler, hjelpemidler). – Utgjør om lag 75 % av brukerens inntekt, og 85 % av overskytende 	<ul style="list-style-type: none"> – Betaling etter vederlag for hjemmebaserte tjenester – Egenandeler helsetjenester (som dekkes av folketrygden) – Husleie (ofte subsidiert av kommunene, kan søke statlig bostøtte) – Utgifter til dagliglivet
Finansiering	<ul style="list-style-type: none"> – Kommunen betaler hjelpemidler og legemidler 	<ul style="list-style-type: none"> – Staten (folketrygden) betaler hjelpemidler og legemidler på blå resept
Lovregulering	<ul style="list-style-type: none"> – Regulert i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforskriften og sykehjemsforskriften 	<ul style="list-style-type: none"> – Regulert i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og kvalitetsforskriften

Boks 17 12000 nye omsorgsplasser – et stykke igjen til mål...

Da statsbudsjettet for 2012 gikk i trykken hadde Husbanken mottatt endelige søknader fra kommunene tilsvarende 4910 enheter. Det var gitt tilsagn om tilskudd til totalt 4615 enheter, herunder 2133 omsorgsboligplasser og 2482 sykehjemsplasser⁸⁵. I tillegg var det kommet 2en del foreløpige søknader og forespørsler. Søknadene omfattet både nybygg, renovering/ombygging og fellesareal knyttet til eksisterende omsorgsboliger. Om lag 75 % av omsorgsenhetene med innvilget tilsagn om tilskudd var, ifølge kommunene, beregnet for personer over 67 år. Om lag 35 % skal brukes av personer med demens.

Boks 18 Hva skjer med aldershjemmene?

Aldershjemmene er som sykehjemmene en del av den kommunale institusjonstjenesten. Forskjellen er at mens sykehjemmene er pålagt å tilby heldøgns sykepleie- og omsorgstjenester (jf. sykehjemsforskriften), har aldershjemmene kun krav om heldøgns omsorg og pleie. Det har de senere år skjedd en sterk reduksjon i antallet aldershjemsplasser (til fordel for omsorgsboliger), og det anses som sannsynlig at tradisjonelle aldershjem vil forsvinne som boform i pleie- og omsorgssektoren⁸⁶.

Legeforeningen mener:

- Det må stilles klare kvalitetskrav til omsorgsboliger
- Kvalitetskravene bør omfatte bemannede vaktrom, areal som gir mulighet for bruk av egnet hjelpeutstyr, og et klart definert helse- og omsorgstilbud
- Leilighetsbygg som ikke fyller slike kvalitetskrav, bør benevnes seniorleiligheter eller lignende

5.3.1.2 Terskelen for å få sykehjemsplass har blitt for høy

Det er i dag bred enighet om at terskelen for å få sykehjemsplass har blitt for høy. Fafo anslår at en av tre som mottar tjenester i eget hjem/omsorgsbolig egentlig har behov for sykehjemsplass⁸⁷. Mer enn tre av fem sykepleiere i hjemmetjenestene mener det er for vanskelig å sykehjemsplass⁸⁸. En av fem ordførere og rådmenn sier det samme⁸⁹.

De senere års etablering av sykehjemsplasser står ikke i forhold til befolkningsutviklingen i de eldste aldersgruppene. I stedet ble dekningsgraden for institusjonsplasser for eldre over 80 år redusert med 7 % fra 2003 til 2007. Det er også store kommunale forskjeller. Mens enkelte kommuner har mindre enn 5 % dekningsgrad, har de beste kommunene opp mot 100 % dekning⁹⁰.

*«Ikke glem at de gamle trenger så lite
... veldig mye.»*

– Margaret Willour

I stedet for å bygge sykehjemsplasser velger mange kommuner å bygge omsorgsboliger fordi disse (som regel) er billigere for kommunene å drifte⁹¹. Ifølge ureviderte tall fra SSB kostet en sykehjemsplass i 2011 i snitt 895 040 kroner, mens den gjennomsnittelige utgiften til en hjemmetjenestemottaker – herunder beboere i omsorgsboliger – var 196 464 kroner⁹². Den store forskjellen gjenspeiler at sykehjemspasientene er gjennomgående mer hjelpetrengende, og at omsorgsboligene har et mindre omfattende helse- og omsorgstilbud.

Den høye terskelen for å få sykehjemsplass har ført til at plasser avsatt til tidsbegrenset opphold (kortidsopphold) i mange tilfeller brukes av brukere med vedtak om fast plass (langtidsopphold). Dette er en uheldig praksis som begrenser mulighetene for at hjemmeboende eldre med akutt forverret helsetilstand, eller som trenger rehabilitering etter sykehusopphold, kan få en kortidsplass for så å returnere til hjemmet.

Legeföreningen mener:

- Bygging av omsorgsboliger og sykehjemsplasser må baseres på faktisk behov, og ikke kommunes økonomi
- Vi trenger flere sykehjemsplasser, særlig kortidsplasser, som brukes til det formålet de er avsatt til
- Midler til bygging av sykehjemsplasser må følges opp med økte midler til drift

5.3.1.3 Sykehjemmet – et godt sted å være

Å bli gammel, hjelpetrengende og måtte flytte på sykehjem er for mange ikke lett. Som samfunn har vi en moralsk plikt til å innrette sykehjemmene slik at de oppleves som et godt og verdig sted å tilbringe den siste tiden. Det setter noen krav til god pleie og behandling, enerom, en meningsfull hverdag, medbestemmelse og frihet, og god involvering av pårørende.

Mange ansatte ved sykehjemmene gjør en stor innsats for at beboerne skal ha en trygg, meningsfull og innholdsrik hverdag. Knapp bemanning og stadig nytt personell, særlig i helgene, er likevel en kilde til uro hos mange beboere og pårørende. Om lag halvparten av sykepleiere som besvarte Fafo-undersøkelsen mener at sykehjemsbeboernes behov for trygghet, samvær og meningsfull aktivitet ikke ivaretas⁹⁴.

Mens det tidligere var svært vanlig at sykehjemsbeboere måtte dele rom, har nesten alle (93 %) nå enerom. Den nye målsettingen er å tilby enerom med bad og wc. Her gjenstår ennå en del, men andelen enerom med bad og wc har på landsbasis økt fra 55,6 % i 2006 til 76 % i 2010⁹⁵. På dette området går altså utviklingen i riktig retning.

Boks 19 Hvordan trives sykehjemsbeboerne?

Vi vet forholdsvis lite om hvordan beboerne selv trives på sykehjem. Dette var bakgrunnen for en undersøkelse som omfattet 26 mentalt klare beboere i alderen 74 til 103 år på to sykehjem⁹³. Flertallet av dem som deltok i undersøkelsen fortalte at de trivdes på sykehjemmet. Andre ga klart uttrykk for et ønske om å flytte fra sykehjemmet, som ble opplevd som et fremmed sted. En mindre gruppe var mer ambivalente. De uttrykte en slags trivsel, samtidig som de ønsket å komme tilbake til det hjemmet de hadde tidligere. Undersøkelsen konkluderer med at beboere som trivdes best var de som godtok at sykehjemmet nå var deres hjem, og som ønsket å få det beste ut av det. På mange måter ga de trivselsbegrepet et nytt innhold tilpasset de mulighetene som livet i sykehjemmet ga. Men noen enkel beslutning var det ikke. Som en av beboerne sa: «Man må jo legge viljen til selv, men det er en hard beslutning.»

De færreste sykehjemsbeboere, også demente, er satt under vergemål og har derfor i prinsippet rett til å bestemme over seg selv og sin egen hverdag. Imidlertid har mange betydelig nedsatt forståelse av sitt sykdomsbilde og ikke lengre samtykkekompetanse i forhold til sentrale forhold i livet. Det vil derfor oppstå situasjoner med usikkerhet om hvem (pårørende, helsepersonell) som skal treffe avgjørelser og helsehjelp, beskyttelsestiltak m.v. Bruken av rettighetsbegrensninger og tvang må likevel begrenses mest mulig. I den nye pasientrettighetsloven er dette ivarettatt på en vesentlig bedre måte enn tidligere. Det gis mulighet til å yte riktig helsehjelp også når pasienten ikke har forståelse av at dette er nødvendig. Samtidig skal pasientens rettigheter ivaretas ved det informeres om igangsatte tiltak til de nærmeste pårørende, og at dette meldes inn til fylkeslegen.

Pårørende er viktige for livskvaliteten til de fleste sykehjemsbeboere. Godt samarbeid mellom personell og pårørende forhindrer potensielle misforståelser og frustrasjoner. Alle sykehjem må derfor ha et bevisst forhold til hvordan de forholder seg til pårørende. En slik pårørende-policy kan blant annet si noe om:

- Hvordan man sikrer en god introduksjonssamtale, der pårørende kan formidle ønsker og behov som er viktige for den Eldres trivsel på sykehjemmet
- Hvordan man kan avstemme pårørendes forventninger til hva sykehjemmet kan utrette
- Hvordan pleiepersonellet og pårørende kan samarbeide på en god måte
- Hvordan man kan sikre at pårørende informeres løpende, med den Eldres samtykke, om den Eldres helse og trivsel
- Forventninger til døden og hva som skal gjøres når potensielt dødelige tilstander oppstår

Det er viktig at disse opplysningene ikke blir liggende i en skuff, men gjøres tilgjengelige for personellet som tar hånd om pasientene, for eksempel når det oppstår akutte situasjoner.

Legeforeningen mener:

- Sykehjemsbeboerne må sikres kvalitet og trygghet gjennom tilstrekkelig, stabilt og kompetent personell
- Alle sykehjemsbeboere må tilbys enerom, fortrinnsvis med eget toalett og bad, samt anledning til å ta med seg enkelte private eiendeler
- Par må kunne bo sammen (når begge ønsker det)
- Sykehjemmene må få nødvendige ressurser til å kunne tilby en meningsfull hverdag
- Bruken av rettighetsbegrensninger og tvang må begrenses mest mulig
- Alle sykehjem må ha et bevisst forhold til hvordan de forholder seg til pårørende

Boks 20 Ny satsning på syke eldre i Sverige

Den svenske regjeringen satser 4,3 milliarder kroner på å forbedre helse- og omsorgstjenestene til de sykeste eldre. Målet er å få til en bedre ivaretagelse og samhandling rundt pasientene. Tidligere president i den svenske Legeforeningen, Eva Nilsson Bågenholm, er engasjert som «aldresaomordare» for perioden 2011–2014⁹⁶. Regjeringen vil se resultater. «Äldresaomordaren» skal derfor ikke komme med anbefalinger eller tiltak, men stimulere til og måle resultater, herunder fordele midler til kommuner som kan dokumentere resultater.

5.3.2 Prioritere legetjenester i sykehjem

Den høye terskelen for å få sykehjems plass har ført til at beboerne er sykere og skrøpeligere enn før. Hver beboer har i snitt 5–6 aktive diagnoser med behov for oppfølging og behandling. Om lag 80 % har mental svikt, og demenssykdommer, depresjon og polyfarmasi er svært utbredt. Mange sykehjemsleger opplever seg derfor hensatt i en vanskelig situasjon med mange pasienter på for liten tid. Det er på høy tid å prioritere legetjenestene i sykehjemmene.

«Det er vondt å merke at man blir eldre, men vondere ikke å merke det.»

– Ukjent

5.3.2.1 Innføre en nasjonal legebemanningsnorm

I St.meld. nr. 25 (2005–2006) Mestring, muligheter og mening ble det varslet en økning i antall legeårverk på sykehjem med minst 50 % frem mot 2010. Den nasjonale målsetningen ble nesten nådd da antallet legeårverk økte med nesten 47 % i pe-

rioden⁹⁷. Det er imidlertid stor forskjell mellom kommunene, og antallet legetimer per beboer varierte mellom 0,25 timer og 0,46 timer i 2010⁹⁸. I 2011 ble det utført totalt 427 legeårverk i sykehjem⁹⁹.

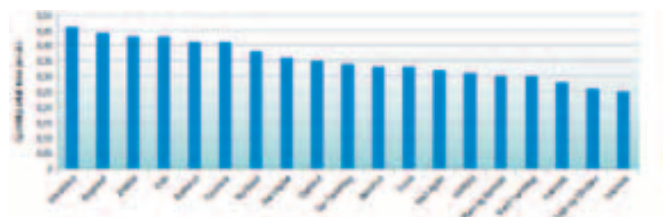
Legeforeningen mener det nasjonale målet er satt for lavt, og at de kommunale variasjonene er for store. Vi får støtte fra mange. Riksrevisjonen har avdekket betydelige mangler og variasjoner i legetilbudet til eldre institusjonsbeboere¹⁰⁰. Ifølge KS er legedekningen fortsatt for lav til å sikre eldre tilstrekkelig medisinsk oppfølging¹⁰¹. Helsetilsynet mener at legene for liten tid til å følge opp blant annet legemiddelbehandlingen av pasientene på en forsvarlig måte¹⁰².

Legeforeningen har tidligere foreslått å etablere en nasjonal legebemanningsnorm, men har ikke fått gjennomslag for det. I stedet ble det i 2007 innført krav til kommunene om å sette lokale normer, men slike normer er flere steder verken vedtatt eller gjennomført. Vi gjentar derfor vårt forslag til nasjonal legebemanningsnorm ved ulike typer sykehjems plasser:

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

Legeforeningen mener:

- Legeforeningens forslag til nasjonal legebemanningsnorm i sykehjem bør innføres



Figur 5. Gjennomsnittlig antall legetimer per uke per beboer i sykehjem per fylke, 2010

Kilde: Helsedirektorat, 2012¹⁰³

5.3.2.2 Fulltidstilling eller deltidstilling?

Blir person som står på fastleges liste inntatt i helseinstitusjon eller annen institusjon med organisert legetjeneste, overføres ansvaret til institusjonen¹⁰⁴. I henhold til rammeavtalen mellom Legeforeningen og KS/Oslo kan kommunene pålegge leger deltidstilling i allmennmedisinsk offentlig legearbeid begrenset til maksimalt 7,5 timer per uke. Det er lite ønskelig å løse be-

hovet for sykehjemslege ved pålegg. I praksis finner man som regel frem til gode ordninger gjennom avtaler, noe som åpner for større stillinger. Større sykehjem har ofte sykehjemslege i hovedstilling, men ved mindre sykehjem er det vanlige at en eller flere fastleger har dette som deltidstilling.

Legeforeningen mener:

- Lokale behov må avgjøre om sykehjemslegen har deltidstilling eller fulltidstilling
- Stilling som sykehjemslege bør med få unntak være minst 40 %

5.3.2.3 Spesielt om allmennlegetjenesten til beboere i omsorgsboliger med «sykehjemsliknende drift»

Beboere i omsorgsboliger med «sykehjemsliknende drift» har som regel et sykdomsbilde og et helse- og omsorgsbehov som tilsvarer sykehjemsbeboeres. Per definisjon bor de imidlertid *hjemme*, og den medisinske oppfølgingen ivaretas dermed av fastlegen. Det innebærer at omsorgsboligene ikke har tilgang på lege med systemansvar (som i sykehjemmene) og god kjennskap til omsorgsnivået.

Det kan stilles spørsmål om fastlegeordningen fungerer tilfredsstillende for beboere i omsorgsboliger med «sykehjemsliknende drift». En måte å løse dette på, som har vært forsøkt noen steder med godt resultat, er å lage en prosedyre for overføring av pasientene til *en* fastlege. En slik løsning forutsetter at pasientens lovfestede rett til velge fastlege ivaretas og at legen har ledige plasser på sin liste. Et og annet unntak er ikke et problem, dersom noen beboere vil beholde sin fastlege gjennom en årrekke. Et annet alternativ vil være å overføre det medisinske ansvaret til kommunalt ansatt lege (som i sykehjemmene). Det vil bidra til etablering av systemansvar, men vil også føre til at beboerne vil miste fastlegen sin som de gjerne har kjent gjennom mange år, noe alle nok ikke vil ønske.

Legeforeningen mener:

- Beboere i omsorgsboliger med sykehjemsliknende drift må sikres et godt allmennlegetilbud dersom disse skal kunne bli et reelt alternativ til sykehjem
- Ulike løsninger for bedre ivaretagelse av det medisinske systemansvaret bør utredes og piloteres

5.3.3 Tiltak for bedre kvalitet, pasientsikkerhet og samhandling

5.3.3.1 Elektroniske pasientjournaler som fungerer i pasientbehandlingen

Sykehjemmenes elektroniske pasientjournaler (EPJ) er «en vesting» i helsetjenesten, og en fare for beboernes pasientsikkerhet. Systemene er lite brukervennlige, uoversiktlige, arbeider langsomt i store nettverk, og mangler mulighet for å søke opp informasjon, dokumentere viktige opplysninger om for eksempel legemiddelbruk, og legge inn påminnelser om oppfølging av pasientene. Mulighetene for elektronisk kommunikasjon med sykehus og fastleger er fortsatt ikke på plass overalt. Viktige elementer som laboratorie- og medikament- og reseptmoduler mangler

eller er u hensiktsmessige. Dette fører til at sykehjemmene har supplerende papirutiner, og oversikten tapes. Legeforeningen kjenner til sykehjem der legene, som følge av svikt i elektroniske systemer, anser seg ute av stand til å overholde sine lovpålagte plikter og yte forsvarlig helsehjelp. I Bergen har man faktisk sett seg nødt til å gjeninnføre papirbasert journal.

Legeforeningen mener:

- De elektroniske pasientjournalene i sykehjemmene trenger en kraftig forbedring
- Målet må være kravspesifikasjoner som ivaretar god arbeidsflyt, oversikt, beslutningsstøtte og pasientsikkerhet

5.3.3.2 Styrke det systematiske kvalitetsarbeidet – SAK

SAK – Senter for allmennmedisinsk kvalitet og pasientsikkerhet – er Legeforeningens konsept for systematisk kvalitetsutvikling for allmennmedisinske tjenester. Refleksjon og læring av egen praksis i en tverrfaglig ramme er det sentrale element. Legeforeningen har invitert til et samarbeid mellom myndigheter og interesseorganisasjoner for å realisere SAK. I perioden 2010–2012 forberedes SAK gjennom et prosjekt finansiert av Legeforeningens Fond for kvalitet og pasientsikkerhet.

Boks 21 Nærmere om ulike systemer (CosDoc, Gerica, Profil, Uno GBH)

For å få en mer konkret oversikt over utfordringsbildet har Legeforeningen innhentet ustrukturert informasjon om de tre hyppigst brukte systemene som er i bruk, nemlig CosDoc, Gerica og Profil. Etter vår vurdering gir ingen av systemene et faglig forsvarlig arbeidsredskap for sykehjemslegene. De er derfor ikke egnet til å møte samhandlingsreformens forventning til at sykehjemmene kan håndtere mer komplekse behandlingsoppgaver. Det er en utbredt oppfatning i fagmiljøet at programmenes grunnstruktur ikke gjør det mulig å oppgradere i henhold til faglige krav. Erfaringene med et fjerde system, Uno GHB, synes imidlertid å være bedre. Systemet er basert på utfylling av strukturerte skjema, for å gi mulighet for beslutningsstøtte, rasjonalisering og styring av arbeidsprosesser, påminnelser og rapportmuligheter. Prosjektet har vært finansiert fra Legeforeningens kvalitetssikringsfond, Norges Forskningsråd, Innovasjon Norge, Emetra AS og Bergen kommune 2008–2011. NTNU Nasjonalt senter for elektronisk pasientjournal har vært med i prosjektet. Systemet er testet gjennom et forskningsprosjekt på 8 kommunale sykehjem i Bergen kommune. Det er ikke tatt i bruk i andre kommuner per februar 2012.

Kunnskapssenteret avga i 2010 en rapport om hvilke elementer som bør inngå i et nasjonalt system for kvalitetsutvikling i primærhelsetjenesten, herunder i sykehjemmene¹⁰⁵. Etter Lege-

foreningens syn vi SAK kunne møte behovene i et nasjonalt kvalitetssystem på en rekke områder, gjennom:

- å bidra til å synliggjøre kvalitet, læring og kvalitetsforbedring i allmennlegetjenesten både på bruker/utøvernivå, enhetsnivå, kommunalt nivå og nasjonalt nivå
- å bidra til å videreutvikle nasjonale indikatorer i allmennlegetjenesten
- å utvikle verktøy og metoder for forbedringsarbeid til bruk i legekontorer og på sykehjem
- å inngå som et ledd i en partnerskapsmodell med involvering av brukere og sentrale aktører

Legeforeningen mener:

- Det er behov for å styrke det systematiske kvalitetsarbeidet i sykehjemmene
- SAK vil kunne gi bidra med gode verktøy og metoder for systematisk kvalitetsarbeid

5.3.3.3 Bedre laboratorietjenester – NOKLUS

Staten har som ledd i omsorgsplan 2015 lovet at alle sykehjem skal få tilbud om to års gratis deltakelse i NOKLUS (Norsk kvalitetsforbedring av laboratorievirksomhet utenfor sykehus). Per februar 2012 deltar ca. 93 % av sykehjemmene (835 av ca. 900 sykehjem). Nesten alle fastleger deltar også i NOKLUS (99 %).

NOKLUS startet i 2011 arbeidet med et e-læringskurs i prøvetaking, prøvebehandling og analysering. I 2012 startet arbeidet med å tilpasse prosedyrepermene i større grad til sykehjemmene. Videre arbeides det med forslag til anbefalt basis og utvidet analyserepertoar for sykehjemmene, basert på at det haster å få svar på basisanalyser. En egen prosjektgruppe arbeider med kasuistikker rettet mot sykehjemsleger, og NOKLUS vil utarbeide svarrapporter til kasuistikkene med faglige tilbakemeldinger der sykehjemslegene kan se egne svar sammenliknet med kollegaenes svar.

Det koster ca. kr 15 000 per år for et stort sykehjem å delta i NOKLUS (2012). Den viktigste årsaken til utmeldinger er sykehjemmets økonomi. NOKLUS har derfor søkt helsemyndighetene om sentral finansiering. Det vil sikre kvalitetsforbedring og kvalitetskontroll av laboratorievirksomheten som utføres på sykehjem uavhengig av kommunenes økonomi.

Legeforeningen mener:

- Sykehjemmenes deltakelse i NOKLUS må sikres nasjonal finansiering

5.3.3.4 Hjelp når det haster – styrke den kommunale legevakten

Sykehjemsbeboernes behov for legehjelp oppstår uavhengig av når sykehjemslegen kommer til sykehjemmet. Legeforeningen mener at forholdene må legges til rette for at sykehjemmet kan kontakte sykehjemslegen når beboerne har behov for øyeblikkelig hjelp, også utenom den tiden sykehjemslegen er fysisk til stede på sykehjemmet, så lenge det er innenfor normalarbeidstiden.

Utenom sykehjemslegens normalarbeidstid må sykehjemmet kontakte den kommunale legevakten. Dessverre har vi i dag mange dårlige erfaringer med behandling av akutte tilstander i sykehjem. Legevakslegen kjenner ofte ikke pasienten, og får dessverre liten hjelp av sykehjemmenes elektroniske pasientjournaler (EPJ) (kap. 5.3.3.1).

Som tidligere nevnt er det et stort behov for en faglig og organisatorisk styrking av den kommunale legevakten slik at den blir et trygt allmennlegetjenestetilbud utenfor – men i nært samarbeid med – spesialisthelsetjenesten (kap 5.2.4.3). I Bergen kommune er det etablert en egen sykehjemslegevakt for å ivareta behov for øyeblikkelig hjelp for sykehjemsbeboere og hjemmeboende med spesielle behov. Tjenesten er knyttet til Bergen Legevakt, og oppdragene formidles gjennom Legevaktssentralen. Vaktordningen fungerer mandag-fredag kl. 16–20, helger og høytidsdager kl. 12–18. Utenom disse åpningstidene formidles slike henvendelser til den ordinære legevakten. Tjenesten er gratis for beboere som har sykehjems plass. For personer som bor på aldershjem og beboere i omsorgsbolig gjelder vanlige regler for betaling av egenandel¹⁰⁶.

Legeforeningen mener:

- Sykehjemsbeboere med behov for øyeblikkelig hjelp kveld/natt/helg må få god og forsvarlig hjelp fra den kommunale legevakten
- Informasjon om pasientene i sykehjem må gjøres tilgjengelig for legevakslegen
- I kommuner eller kommunesammenslutninger med større sykehjemslegemiljø kan det avtales en sykehjemslegevaktordning

5.3.4 Tiltak som fremmer robuste og stabile fagmiljøer

En del sykehjem sliter med å rekruttere og beholde leger og annet personell. Legeforeningen tror at situasjonen vil bedres betraktelig dersom forholdene legges bedre til rette for oppbygging av robuste og stabile fagmiljøer som preges av kompetanse, stolthet og trivsel, og ikke bare marginale ressurser og brannslukking.

5.3.4.1 Fra tilsynslege til sykehjemslege

Sykehjemslegen ble tidligere kalt tilsynslege. Begrepsendringen illustrerer en vesentlig endring i forståelsen av legens rolle i sykehjemmene. Legen skal ikke lengre bare komme på tilsyn, men utgjøre en del av sykehjemmets faglige team. I tillegg til å ha et særskilt ansvar for kliniske vurderinger av beboerne og medisinske rutiner ved sykehjemmet, er sykehjemslegen også faglig leder ved sykdomsforløp og ved tap av samtykkekompetanse, samt medisinsk rådgiver for sykehjemmets leder. Sykehjemslegen er alene om dette ansvaret i sykehjemmet og er derfor helt avhengig av annet tilstedeværende og dyktig helsepersonell som han/hun kan diskutere faglige problemstillinger med.

Legeforeningen mener:

- Sykehjemslegen er en del av sykehjemmets faglige team

5.3.4.2 Behov for kompetanseløft – nytt kompetanseområde i alders- og sykehjemsmedisin

Legeforeningen har lenge jobbet for å øke kvaliteten på det medisinske legetilbudet til syke og skrøpelige eldre. I påvente av at myndighetene «griper ballen» etablerte vi høsten 2011 et nytt kompetanseområde i alders- og sykehjemsmedisin med der tilhørende godkjenningsordning (boks 22). Formålet er å bidra til en spisset, styrket og utvidet legetjeneste for eldre pasienter med betydelig funksjonssvikt og flere sykdommer. I praksis innebærer kompetanseområdet alders- og sykehjemsmedisin en formalisert og kompetansegivende etterutdanning for leger som har en spesiell interesse for eldre pasientgrupper.

Boks 22 Vedtatte utdanningsregler for kompetanseområdet i alders- og sykehjemsmedisin

1. Spesialistutdanning
 - a Godkjent spesialist i allmennmedisin, indremedisin, geriatri, nevrologi eller fysikalsk medisin
 - b For andre spesialiteter kreves i tillegg ½ års tjeneste i geriatri eller allmennmedisin eller 1 års tjeneste som fulltids sykehjemslege
2. Klinisk tjeneste

Tjeneste ved sykehjem eller boform som i praksis fungerer som sykehjem: 2 år i minimum 40 %-stilling – totalt omfang minst 1 årsverk. Tjenesten attesteres på fastsatt skjema.
3. Praktiske ferdigheter

27 praktiske ferdigheter/prosedyrer hvorav 2/3 må være attestert gjennomført.
4. Kurs

80 timer kurs. Alle kurs skal være forhåndsgodkjent tellende for kompetansen. Det er utarbeidet oversikt over temaer og innhold i aktuelle kurs.
5. Smågruppevirksomhet

60 timer over en 2-års periode. Gruppen skal bestå av minst 3 sykehjemsleger. Smågrupper registreres i Legeforeningens sekretariat. Det er utarbeidet oversikt over aktuelle temaer.
6. Praksisbesøk

Det kreves 4 praksisbesøk: 2 dagsbesøk hos kollega i annen institusjon og 2 dagsbesøk av kollega i egen institusjon. Fastsatt skjema må benyttes.

Legeforeningen mener:

- Kommunene må tilrettelegge for at sykehjemslegene får tilstrekkelig kompetanse innen alders- og sykehjemsmedisin
- Myndighetene må formelt etablere et kompetanseområde i alders- og sykehjemsmedisin

5.3.4.3 Bedre muligheter for fagutvikling, utdanning og forskning

Få sykehjem har i dag gode undervisnings- og opplæringstilbud til sine ansatte, og behovet for slike tilbud er enormt. I universitetsbyene er det opprettet utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester (tidligere undervisningssykehjem) som gir muligheter til studentundervisning, i nært samarbeid med universiteter og høyskoler.

Utviklingssentrene er i hovedsak orientert mot sykepleiefunksjoner. Det bør derfor i tillegg vurderes å utpeke ett sykehjem i hver region som utviklingssenter for sykehjemsmedisin som har legedekning til å drive forsknings- og utviklingsarbeid. Slike sentre vil kunne fungere som en ressurs for sykehjemsleger som ofte vil være uten legekolleger på sin arbeidsplass.

Det bør også tilrettelegges bedre for praktisk opplæring og turnus-/basisplasser på sykehjemmene. Forskingen innen sykehjemsmedisin må styrkes, og her står de allmennmedisinske forskningsenhetene ved instituttene for allmennmedisin sentralt. Det er særlig viktig at sykehjemsleger trekkes med i lokale forskningsprosjekter gjennom kontakt mellom forskermiljøene og lokale fagforum.

Legeforeningen mener:

- Leger og annet helsepersonell ved sykehjemmene må få bedre muligheter til fagutvikling, undervisning, og forskning

5.3.4.4 Utvikle lokale fagmiljøer og nettverk

Gode lokale fagmiljøer og nettverk innen sykehjemsmedisin er en vesentlig faktor for å sikre god kvalitet på legetjenestene til sykehjemsbeboerne. Faglige forum i kommunal eller interkommunal regi er for eksempel godt egnet for å utvikle og ajourføre felles rutiner, gi gjensidig veiledning, og fremme kvalitetsutvikling i sykehjemmene. De er også av stor betydning for rekruttering og stabilitet av sykehjemslegestab.

Legeforeningen mener:

- Det må sikres ressurser til å drifte fagnettverk

6. Sikre tilstrekkelig tilgang på spesialisthelsetjenester

1. januar 2012 trådte samhandlingsreformen i kraft. 5,6 milliarder kroner er overført fra sykehusenes budsjetter til kommunenes rammetilskudd eller «frie inntekter». Til gjengjeld skal kommunene betale kr 4000 for utskrivningsklare pasienter fra første dag, samt 20 % av regningen for spesialisthelsetjenester til utvalgte pasientgrupper (kommunal medfinansiering). Formålet er å gi kommunene økonomiske insentiver til å bygge opp alternativer til sykehusinnleggelse. Ordningen vil først og fremst ha konsekvenser for eldre pasienter ettersom disse står for hovedvolumet av medisinske innleggelser og utskrivningsklare pasienter.

6.1 Legges mange eldre unødvendig inn i sykehus?

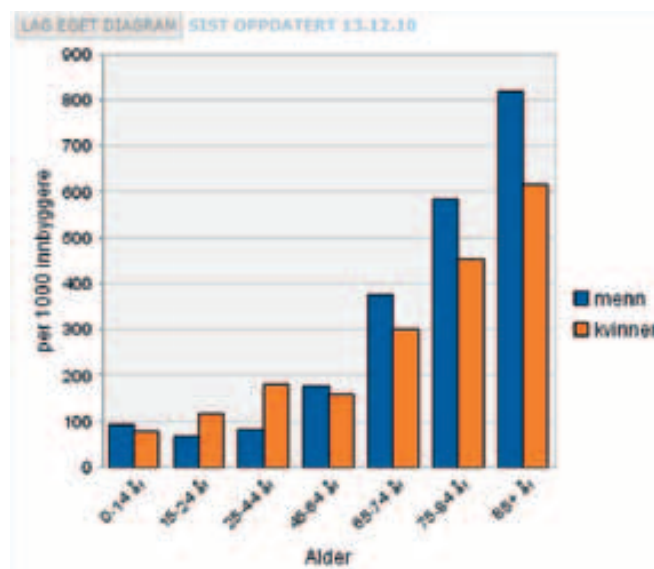
Eldre pasienter utgjør en stor og økende andel av pasientpopulasjonen ved norske sykehus. Tall fra SAMDATA viser at sykehusinnleggelser av eldre over 75 år økte med 12 % i perioden 2001 til 2005, betydelig mer enn for befolkningen som helhet. Pasienter på 80 år og over sto i 2005 for nesten 22 % av alle liggedøgn i somatiske sykehus. Selv om de bare utgjorde 4,7 % av befolkningen¹⁰⁷. Nyere tall fra SAMDATA viser at andelen eldre pasienter ved helseforetakene holder seg stabilt, men at gjennomsnittlig liggetid for eldre er noe redusert. Fremdeles utgjør øyeblikkelig hjelp fire av fem innleggelser for eldre pasienter¹⁰⁸.

Samhandlingsreformen legger til grunn at særlig mange eldre pasienter er unødvendig innlagt i sykehusene, og at disse heller bør få hjelp og behandling i kommunene¹⁰⁹. Legeforeningen støtter målsetningen, men vil samtidig understreke at også eldre må sikres nødvendige spesialisthelsetjenester. Ifølge en ekspertgruppe som ble oppnevnt av Helse- og omsorgsdepartementet i 2010, er det en myte at mange eldre legges unødvendig inn på sykehus¹¹⁰. Tvert imot er det godt dokumentert at mange akutt syke eldre med underliggende sykdom *ikke* får spesialisthelsetjenestene de trenger. Noen eksempler:

- Mange skrøpelige eldre med akutt sykdom, hoftebrudd og hjerneslag får ikke plass på akuttgeriatrisk post, enhet for eldre med brudd eller slagenhet
- Mange eldre pasienter med hjertelidelser, endokrine sykdommer, ernæringsykdommer og metabolske forstyrrelser blir ikke tilstrekkelig utredet
- Det foretas for sjelden omfattende helhetlig geriatrisk kartlegging av pasienten i sykehus

Legeforeningen mener:

- Eldre med uavklart sykdomsbilde må sikres nødvendig diagnostikk og behandling i spesialisthelsetjenesten
- Eldre med avklart sykdomsbilde og uten behov for sykehusbehandling må få et tilbud i kommunen
- Spesialisthelsetjenesten må ikke bygge ned sine tilbud før kommunene har etablert alternativer som er like gode eller bedre.



Figur 6 Antall heldøgnsopphold ved somatiske sykehus, etter alder. Per 1000 innbyggere per år

Kilde: Folkehelseinstituttet, 2010¹¹¹

6.2 Kommunal medfinansiering – et svekket helsetjenestetilbud for eldre?

Som ledd i samhandlingsreformen er det innført 20 % kommunal medfinansiering av sykehusinnleggelser med utvalgte medisinske diagnoser (inntil et tak på kr 30 000). Foreløpige erfaringer viser at kommunene innretter seg ulikt. Mange kommunene bruker pengene til å finansiere sykehusinnleggelse, andre etablerer flere sengeplasser for øyeblikkelig hjelp, mens enkelte ønsker å satse friskt på forebygging.

Legeforeningen ser en fare for at kommunal medfinansiering kan føre til et svekket helsetjenestetilbud til eldre og økte kommunale forskjeller. Vi var derfor tidlig i prosessen tydelige på at vi ønsket en pilotering av kommunal medfinansiering før en eventuell nasjonal utbredelse.

Legeforeningen har tidligere omtalt kommunal medfinansiering uten forutgående pilotering som et gedigent eksperiment, som kan føre til svekket helsetilbud og økte kommunale helseforskjeller. På den andre side risikerer vi at reformen blir en «pengeflyttingsreform», uten andre effekter enn økte kostnader til administrasjon som igjen tapper helsetjenesten for ressurser. De økonomiske insentivene er imidlertid begrenset (i allfall foreløpig) og rekker ikke langt for kommuner med et lite befolkningsgrunnlag. Små og mellomstore kommuner vil derfor få betydelige utfordringer med å etablere gode faglige alternativer til innleggelse i sykehus.

Det kan også stilles spørsmål om selve administrasjonen av ordningen vil kreve mer ressurser enn det kommunene eventuelt vil spare (boks 24). Det er heller ikke gitt at kommunene vil prioritere å bruke den økte rammen til helsetjenester når ulike behov

Boks 23 Hvilke pasientgrupper bør behandles hvor? Anbefalinger fra en ekspertgruppe¹¹²

Pasientgrupper som alltid skal legges inn i sykehus:

- Pasienter med traumer med uavklart alvorlighetsgrad
- Pasienter med akutt alvorlig sykdom (forløp < 1 uke) med uavklart diagnose, uttalt komorbiditet eller symptomatologi preget av akutt funksjonssvikt
- Pasienter med akutt forverring av kjent kronisk sykdom der alvorlighetsgrad, komorbiditet eller rask funksjonssvikt tilsier innleggelse
- Ruspasienter med intoksikasjoner
- Psykiatriske pasienter (vurderes eventuelt i forhold til tilgjengelige prehospitale DPS-tilbud)
- Pasienter med definerte pasientforløp, f.eks. hjerneslag, akutt hjerteinfarkt (obs! eldre har ofte atypiske symptomer)
- Pasienter som ikke opplever rask bedring av subakutt sykdomsforløp under prehospital omsorg og behandling

Pasientgrupper som vil ha fordeler av å få et tilbud i kommunene:

- Pasienter som skal ha palliativ og terminal omsorg av kreftsykdom i samarbeid/forståelse med pårørende
- Pasienter med forverring av KOLS uten betydelig komorbiditet, der behandlingsopplegget er avklart
- Pasienter med justering av pågående behandling av kjent kronisk sykdom som hjertesvikt og diabetes uten betydelig komorbiditet eller akutt funksjonssvikt
- Pasienter i terminal fase av hjerte-/lungesvikt
- Pasienter med behov for transfusjon av blod, væske eller elektrolytter der diagnosen er sikker og det ikke foreligger betydelig multimorbiditet eller akutt funksjonssvikt
- Pasienter som trenger korrigerende ernæringssvikt og dehydrering hvor kjent utløsende årsak er avklart
- Pasienter som trenger intravenøs behandling av diagnostisert infeksjonssykdom uten tegn på sepsis og uten betydelig komorbiditet eller akutt funksjonssvikt
- Pasienter som har brudd og skader og der røntgenundersøkelse avklarer at sykehusinnleggelse ikke er nødvendig
- Pasienter som får cytostatikabehandling etter fastsatt avtale med spesialisthelsetjenesten.
- Pasienter som trenger observasjon av andre tilstander der sykehusinnleggelse, etter konferering med geriater eller annen relevant bakvakt ved sykehus, ikke anses nødvendig
- Pasienter som normalt ville vært lagt inn, men der pasienten selv (forutsatt mentalt klar) og pårørende klart ønsker behandling i lokalmiljøet

Når er kommunale «før-etter-istedenfor-institusjoner» et godt alternativ til sykehusinnleggelse?

- For nøye utvalgte pasientgrupper med lang reise til sykehus (om lag 10 % av befolkningen) – forutsatt god faglig kvalitet
- Viktige stikkord er stabil pasient, avklart diagnose, samt fravær av akutt funksjonssvikt og uttalt komorbiditet
- Med god faglig kvalitet menes god bemanning (eks. døgkontinuerlig legeberedskap), nødvendig utstyr (eks. røntgen, blodprøver, overvåkningsutstyr) og veiledning fra spesialisthelsetjenesten

Boks 24 Ordningen kommunal medfinansiering – økt byråkrati?

De statlige midlene fordeles gjennom et rammetilskudd basert på alderskriteriet. Kommunene får 311 kroner per innbygger i aldersgruppen fra 0 til 17 år, jevnt økende til kr 4 688 per innbygger i aldersgruppen over 90 år. Det er etablert en treårig kompensasjonsordning basert på sykehusforbruket i 2010 for kommuner som har et høyere forbruk av sykehustjenester enn det alderskriteriet skulle tilsi. Oppgjørsordningen skjer akonto gjennom månedlige faktura, med avregning og justering hver fjerde måned. Akontobeløpet baseres på anslag over hva den enkelte kommunes medfinansieringsansvar blir i 2012. Hva som blir den endelige kostnaden for hver enkelt kommune, vil avhenge av det faktiske forbruket.

Kommunal medfinansiering omfatter foreløpig kun utvalgte medisinske områder. Kirurgiske inngrep, fødsler, behandling av nyfødte barn, behandling med kostbare legemidler, psykisk helsevern og rusbehandling er foreløpig unntatt ordningen.

og sektorer settes opp mot hverandre. De statlige midlene er ikke øremerket og kommune står fritt til å foreta egne prioriteringer. Sykehusene vil ha behov for å få «de tapte» pengene tilbake fra kommunene. Legeforeningen vil advare mot at vi kommer i en situasjon der sykehusene reduserer sengekapasiteten fordi pengene er borte. Kommunene må derfor tydelig melde fra om hvilket behov for sengeplasser de vil trenge, slik at det ikke oppstår ytterligere kapasitetsmangel.

Legeforeningen mener:

- Det er behov for en faglig avklaring av hvilke pasientgrupper som skal kunne behandles i kommunene og hvilke som må legges inn på sykehus
- Ansvars- og oppgavefordeling mellom nivåene kan ikke være statisk, men må endres i takt med den medisinske utviklingen
- Kommunal medfinansiering må ikke medføre et svekket tjenestetilbud for eldre og økte kommunale forskjeller
- Kommunene må melde inn behov for spesialisthelsetjenester/sengeplasser slik at det ikke oppstår kapasitetsmangel i spesialisthelsetjenesten

6.3 Styrke fagområder som ivaretar eldre pasienter

Den raske medisinske utviklingen har ført til økende spesialisering og subspecialisering innenfor det medisinske fagområdet. Ny kunnskap fører til bedre behandlingsresultater og økt overlevelse også for eldre pasienter, men utviklingen har også en bakside. I sykehusene taper den tradisjonelle breddekompetansen terreng for mer «organspesifikk» kompetanse. Dagens sykehus er derfor i liten grad tilpasset eldre pasienters ofte sammensatte behov. Det er behov for å styrke de medisinske spesialitetene som står for diagnose og behandling av eldre, og samarbeidet mellom dem.

6.3.1 Geriatri

Geriatri er den medisinske spesialiteten som skal gi et særskilt behandlingstilbud til eldre pasienter i spesialisthelsetjenesten. Den nedre aldersgrensen er satt til 70 år, men alder er bare en av faktorene som definerer om en pasient trenger et geriatrik behandlingstilbud. Geriatriens hovedfunksjon er klinisk arbeid i forhold til eldre pasienter med et sammensatt sykdomsbilde som kjennetegnes av aldring, funksjonstap, multipatologi og høy medisinbruk. Den geriatrike arbeidsmetoden er spesialisert tverrfaglig samarbeid koordinert av geriater.

Det er godt dokumentert at behandlingsopplegg basert på geriatrik metode gir betydelig helsegevinst for eldre pasienter, sammenliknet med annen type behandling og oppfølging av kronisk og/eller akutt sykdom. Geriatrik behandling kan dessuten bidra økt bevissthet om umiddelbar rehabilitering og mobilisering i et systematisk samarbeid med pårørende og primærhelsetjenesten.

Det er etablert geriatrike avdelinger, seksjoner og team ved en del rekke sykehus i landet. Disse har bidratt til å øke den lokale kompetansen om Eldres behov både i kommunehelsetjenesten

og spesialisthelsetjenesten. Tilbudet til geriatrike pasienter på landsbasis er imidlertid gjenstand for store variasjoner, og det er et generelt behov for styrke tilbudet. Fortsatt har flere sykehus, deriblant noen av Norges største, ikke et geriatrik tilbud. En sannsynlig årsak til det er «dårlig belønning» av den tid- og ressurskrevende geriatrike pasientbehandlingen i dagens DRG-baserte finansieringssystem.

Legeforeningen mener at utdanningskapasiteten i geriatri ikke er i tråd med politiske målsetninger og føringer. Ifølge NR-databasen, som er Helsedirektoratets oversikt over legestillinger, finnes det per i dag 66 stillinger for leger i spesialisering i geriatri. Ifølge tall fra de godkjente utdanningsinstitusjonene i geriatri er imidlertid bare 40 av stillingene besatt av leger med spesialisering i geriatri (i tillegg finnes 3 fordypningsstillinger som hver utgjør en 50 % klinisk stilling). Mye taler for at utdanningsinstitusjonenes egne tall gjenspeiler fakta best, ettersom situasjonen bekreftes av et lavt antall spesialistgodkjenninger i geriatri. I perioden 2002–2011 var gjennomsnittet kun 4,6 godkjente spesialister per år (i tillegg kommer overføring av spesialistgodkjenning fra andre land på 1,4 per år i samme periode). Etter de tilbakemeldinger Legeforeningen har fått, er det god søkning til utdanningsinstitusjoner i geriatri når ledige utdanningsstillinger utlyses. Det kan dermed synes som om helseforetakene holder utdanningsstillinger i geriatri ubesatt, muligens av økonomiske årsaker.

Legeforeningen mener:

- Helsemyndighetene må gjennomgå NR-dabasens tall og oppfordre de regionale helseforetak til å øke utdanningskapasiteten i geriatri. Som en start må formelt opprettede utdanningsstillinger besettes
- Alle helseforetak må ha geriatrike enheter med heldøgnsenger
- Alle sykehus med regionsfunksjon må ha en geriatrik enhet
- Alle kommuner må ha tilgang på et geriatrik tilbud
- DRG-takstene for den geriatrike behandlingen må økes, slik at helseforetakene gis anledning til å satse på geriatri

6.3.2 Indremedisin

Sykehusenes indremedisinske avdelinger domineres i dag av eldre pasienter. Statens helsetilsyn har gjentatte ganger vært kritisk til beleggssituasjonen ved de indremedisinske avdelingene¹³. Korridorpatient-problematikken er en gjenganger i media og utviklingen følges nøye fra myndighetenes side. Overfylte indremedisinske avdelinger skaper et lite optimalt behandlingsmiljø for skrøpelige eldre pasienter med et sammensatt sykdomsbilde.

De indremedisinske avdelingene har blant annet ansvar for dialyse, kreftomsorg, diabetes, infeksjoner, slag, hjerte- og karsykdom, KOLS og rusrelaterte sykdommer. Forekomsten av disse sykdommene øker med alderen og gir også mer sammensatte utfordringer hos eldre pasienter. Samtidig øker mulighetene for mer avansert diagnostikk og behandling for hvert år. Den medisinske fremgangen må også komme eldre pasienter til gode. Sannsynligheten for god effekt og økt funksjonsnivå etter behandling er som regel minst like stort i denne pasientgruppen.

Den demografiske utviklingen tilsier at vi vil trenge flere indremedisinske senger i sykehusene. Samtidig har andre fag i større grad vurdert kortere liggetider og dagbehandling som hensiktsmessig for sine pasienter. Slike vurderinger må også være et viktig utviklingsområde innen indremedisinske fag. Det må imidlertid legges til grunn at eldre pasienter ofte vil ha behov for et lengre utrednings- og behandlingsforløp i sykehus enn yngre pasienter grunnet sammensatt sykdomsbilde og atypiske symptomer på alvorlig sykdom (kap. 2.3).

Samhandlingsreformen legger opp til at det skal etableres flere kommunale alternativer til innleggelse ved medisinske avdelinger. Slike alternativer må ikke forsinke diagnostikk og behandling av akutt syke eldre, men bidra til bedre observasjon og en avklart sykehushenvisning hvis nødvendig. Sykehjemmene må dessuten utvikle og sikre sitt medisinskfaglige tilbud før de påtar seg stadig sykere pasienter. Måltrettet kompetanseoverføring mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten er nødvendig. Dette gjelder begge veier og krever tettere lege-til lege-kontakt om felles pasienter.

Legeforeningen mener:

- Akutt syke eldre må sikres nødvendig diagnostikk og behandling i indremedisinske avdelinger
- Eldre med avklart sykdomsbilde bør i større grad få et godt faglig tilbud i kommunen

6.3.3 Alderspsykiatri

Alderspsykiatriske lidelser er lidelser som opptrer første gang etter fylte 65 år, og kjennetegnes av en nær sammenheng mellom psykiatrisk sykdom og ulike somatiske aldringsfenomener. De vanligste alderspsykiatriske tilstandene er affektive lidelser (først og fremst depresjon), ulike demenslidelser, angstlidelser, medikamentavhengighetstilstander og komorbide psykiatriske og somatiske lidelser.

Alderspsykiatriens arbeidsform er tverrfaglig, nettverksorientert og tidkrevende. God kunnskap om samspeilet mellom aldringsfysiologi, somatiske og psykiske lidelser hos eldre står sentralt. I tillegg trenger alderspsykiateren god kompetanse innen geriatrisk psykofarmakologi, samt nevropsykiatrisk kompetanse ved utredning og behandling av hjerneorganiske lidelser som de ulike demenslidelsene.

Dessverre er det grunn til å tro at eldre pasienter med alderspsykiatriske lidelser er nedprioritert i helsetjenesten. I dag jobber et sted mellom 60 og 70 spesialister innen alderspsykiatri i Norge. Sannsynligvis er antallet stillinger for lavt i forhold til de siste tiårs økte aktivitet i alderspsykiatriske sengeavdelinger og poliklinikker. Den pågående nedbyggingen av sengekapasitet og økt bruk av ambulant virksomhet er også mer tid- og ressurskrevende på grunn av de geografiske avstandene.

I tillegg taler mye for at vi bør forvente et økt behov for alderspsykiatrisk behandling som følge av den demografiske utviklingen. Flere pasienter vil også trenge behandling av nevropsykiatriske

følgetilstander etter å ha overlevd alvorlig somatisk sykdom, som hjerneslag og komplikasjoner etter operative inngrep.

Legeforeningen mener:

- Eldre pasienter må sikres nødvendig behandling for alderspsykiatriske lidelser
- Sykehus som tilbyr alderspsykiatrisk behandling må fortsatt være tilrettelagt for døgntilrettelagt behandling i spesialiserte poster
- Det er behov for flere psykiatere med kompetanse i alderspsykiatri

6.3.4 Rehabilitering

Eldre pasienter vil i forbindelse med sykdom og skade ofte ha behov for rehabilitering. Tidlig intervensjon med adekvate medisinske og rehabiliteringsrettede tiltak har vist seg avgjørende for hvor mange som fortsatt vil kunne klare seg selv. Rehabilitering må derfor starte så snart pasienten er klar for det, parallellt med den medisinske behandlingen. Tverrfaglig trening, stimulering og søkelys på ernæring er viktig deler for god rehabilitering.

Mange pasienter med for eksempel hjerneslag og hoftbrudd, trenger langvarig rehabilitering. Den videre rehabiliteringen må da ivaretas utenom sykehus, enten gjennom kommunale rehabiliteringsenheter eller institusjoner spesialisert på rehabilitering av ulike pasientgrupper. Det er også etablert rehabiliteringsteam i enkelte kommuner som kan gi hjemmebasert opptrening. Dette er i tråd med tenkningen i samhandlingsreformen, men må ikke gå på bekostning av tidlig rehabilitering i sykehusene.

Økt tilgang på spesialiserte korttidsplasser i den kommunale helsetjenesten og på sykehjemmene er nødvendig for å kunne rehabiliterer flere eldre til høyere funksjonsnivå. Det er stor forskjell på å klare seg hjemme med noen kommunale tilbud enn å være avhengig av en fast sykehjemsplass. Lærings- og mestringstilbud som øker pasient- og pårørendes evne til å mestre sykdom og funksjonshemming bør omfatte både 1. og 2. linjetjenestens helsetjenester. Slik kan samhandlingsarenaer mellom pasient, pårørende, funksjonshemmedes organisasjoner og ulike helsepersonellgrupper utvikles over tid. Kommunal fysioterapi og ergoterapi med kapasitet til hjemmebehandling bør finnes i alle kommuner. Sykehjem og ulike boformer for eldre bør ha normer for fysioterapi-, ergoterapi og logopeddeknning for å sikre optimal rehabilitering.

Legeforeningen mener:

- Eldre pasienter som har nytte av rehabilitering, må komme i gang så tidlig som mulig under sykehusoppholdet
- Videre rehabilitering må ivaretas i kommunehelsetjenesten ved økt tilgang på hjemmebehandling og kommunale korttidsplasser

6.3.5 Kirurgi

Eldre pasienter står i dag for størsteparten av økningen i antallet operasjoner ved norske sykehus. Alder er ikke lengre et kriterium for operasjon, og det er ikke lengre uvanlig å operere 90-åringer. Det har vist seg at mange eldre pasienter har god nytte av kirurgiske inngrep, for eksempel operasjoner av hofter, knær og ankler¹¹⁴. Hjertekirurgi på pasienter over 80 år har også vist seg å ha gode resultater¹¹⁵.

Samtidig oppstår nye dilemmaer. For selv om mange eldre tåler selve operasjonen, er risikoen for komplikasjoner større. Eldre pasienter må som regel ligge lengre på intensivavdelingene, og er derfor mer utsatt for bl.a. infeksjoner, nyresvikt og hjerteinfarkt. Operasjonssåret gror langsommere og restitusjonen tar lenger tid. Det er et tankekor at en del eldre opplever operasjonen som en belastning heller enn som et bidrag til bedre funksjonsnivå og økt livskvalitet. Hos denne pasientgruppen er det derfor ekstra viktig med en god og gjerne tverrfaglig preoperativ vurdering.

Flere sykehus har de senere år etablert ortogeriatrici som et utvidet tilbud til eldre med hoftebrudd og andre fallskader. Tilbudet er en konsekvens av at man har erfart at denne pasientgruppen har et stort behov for geriatrisk vurdering og behandling under sykehusoppholdet.

Legeforeningen mener:

- Medisinske fremskritt innen kirurgiske fag må også komme eldre pasienter til gode
- Samtidig må helsemessige fordeler og ulemper nøye vurderes for eldre pasienter utsettes for operasjon
- Det er behov for økt søkelys på geriatriske og medisinske problemstillinger hos mange av de eldre kirurgiske pasientene

6.4 Etter utskrivning fra sykehus – hva nå?

Som ledd i samhandlingsreformen ble det 1.1.2012 innført kommunal betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter fra første døgn. Kommuner som ikke har nødvendig tilbud klart vil dermed få en regning på kr 4000 per døgn fra sykehuset. Pengene er ikke en ny kommunal «bot», slik det ofte fremstilles som i media, ettersom midler til dette formålet allerede er overført fra sykehusenes budsjetter til kommunenes rammetilskudd.

Med kommunal betalingsplikt har kommunene fått et åpenbart insentiv til å etablere tilbud for pasienter som av sykehusene er definert som utskrivningsklare. Det er bra, såfremt kommunene øker den reelle kapasiteten på mottaksapparatet sitt, ikke minst ved sykehjemmene. Foreløpige rapporter kan tyde på at de gjør det. Det ligger nå færre utskrivningsklare pasienter på sykehusene. Det er viktig at myndighetene forsikrer seg om at de kommunale tilbudene har god faglig kvalitet og at raskere mottak ikke går utover hjemmeboende eldres behov for korttidsplasser.

Forskrift om kommunal betalingsplikt fastslår at beslutningen om at en pasient er utskrivningsklar skal tas av en sykehuslege. Legeforeningen er enig i det, men vil samtidig understreke at det

må være god dialog med kommunehelsetjenesten, slik at de kan forberede seg til å overta ansvaret. Det må dessuten være bevissthet om at det å være definert som utskrivningsklar alltid vil være en relativ størrelse. For eksempel vil avgjørelsen kunne påvirkes av beleggssituasjonen ved sykehusavdelingen og hvilket tilbud man skriver ut til.

Boks 25 Hvor stort er egentlig «problemet utskrivningsklare pasienter»?

I 2010 sto utskrivningsklare pasienter for i overkant av 123 000 liggedøgn i helseforetakene. Omfanget er redusert med ca 16 % på landsbasis fra 2006–2010, men de regionale forskjellene er store¹¹⁶. I en rapport laget av Analysesenteret på oppdrag av Norsk sykepleierforbund¹¹⁷ fremgår det at 4 % av liggedøgn i somatiske sykehus består av utskrivningsklare pasienter. De fleste utskrivningsklare pasienter er eldre som har behov for sykehjemsplass eller avansert hjemmesykepleie. 97 % av alle utskrivninger skjer til det tidspunktet spesialisthelsetjenesten fastsetter. Kun 3 % av utskrivningene blir forskjøvet i tid. Det skyldes primært at pasientenes funksjonsnivå er blitt så redusert at de ikke kan skrives ut til det omsorgsnivået de ble skrevet inn fra. Rapporten avdekker at utskrivningsklare pasienter er et symptom på at kommunene er underdimensjonerte både i forhold til kapasitet og kompetanse. I tillegg er det mangelfulle elektroniske kommunikasjonsløsninger nevnt som gjennomgående problem.

Legeforeningen mener:

- Kommunal betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter må ikke føre til «svarteperspill» mellom sykehus og kommuner om en sårbar pasientgruppe
- Sykehusene må ikke presse legene til å fremskynde utskrivningstidspunktet på grunn av økonomisk gevinst
- Kommunene må styrkes både kapasitets- og kvalitetmessig dersom de skal kunne ta imot flere utskrivningsklare pasienter

7. Legge til rette for en verdig død

7

Har Helse-Norge rom for døden? Spørsmålet stilles av førsteamanuensis Lisbeth Thoresen i en kronikk i Dagsavisen 5. desember 2011¹¹⁸. Thoresen har lett etter ordet *død* i stortingsmeldinger og NOU-er, i retningslinjer og andre offentlige dokumenter, men fant svært lite. Hun etterlyser en gjennomtenkning av hvilke rom vi skal få være i når døden nærmer seg, og hvilket rom døden skal få hos våre helsemyndigheter slik at den blir synlig i de helsepolitiske føringer, blant annet i forbindelse med samhandlingsreformen.

Legeforeningen støtter opp om behovet for å sette den verdige død på dagsordenen. Vi skal alle dø, men forebygger og behandler vi som om livet varer evig? Når er utredning og behandling mer til skade enn nytte for den eldre pasienten? Brorparten av helsetjenestens ressurser brukes i pasientenes siste leveår¹¹⁹. Er det god prioritering av ressursene?

7.1 Helsetjenestens rolle – god lindrende behandling

De fleste dødsfall blant eldre kan forventes. Redusert fysisk funksjon og egenomsorg er viktige tegn på at døden nærmer seg. Helsetjenesten har en viktig oppgave i å bidra til at pasienten kan møte død med verdighet gjennom blant annet god smerte- og symptomlindring.

Lindrende (palliativ) behandling er aktiv behandling, pleie og omsorg av pasienter med uhelbredelig sykdom og kort forventet levetid. Lindrende behandling og omsorg fremskynder ikke døden eller forlenger selve dødsprosessen, men ser på døden som en del av livet. Tiltak rettet mot pasientens psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle problemer står sentralt, som i hospicefilosofien (boks 27). Fokus skal ikke bare være på pasienten, men også pasientens familie/pårørende, samt sorgfasen. Målet er å oppnå best mulig livskvalitet for pasienter og deres pårørende før døden inntreffer.

Boks 26 WHO's krav til terminal pleie¹²⁰

Pasienten skal:

- være informert om sin tilstand
- ha enerom
- slippe å være alene
- få lindring av smerter og andre symptomer
- gis anledning til å snakke om eksistensielle og åndelige spørsmål

Legeforeningen mener:

- Døende eldre må sikres god lindrende behandling og omsorg uansett omsorgsnivå
- Palliativ medisin må styrkes som eget fagfelt

Boks 27 Hospice-filosofien

Begrepet «hospice» stammer opprinnelig fra middelalderen. Det betød «et hvilested for reisende» og var et omsorgstilbud for lidende pilegrimer som vektla en åpen dør, villige hender og varme hjerter. God pleie og sjelesorg var hovedelementene, inspirert av beretningen om den barmhjertig samaritan. Fra slutten av 1960-tallet fikk begrepet en ny betydning. Ved St. Christopher's Hospice utenfor London utviklet Dame Cicely Saunders den første akademiske modell for behandling, pleie og omsorg for alvorlig syke og døende mennesker. Institusjonen ble et foregangsmiljø for hospiceprogrammer i flere vestlige land. På 1990-tallet erstattes begrepet hospice i økende grad med begreper som lindrende behandling, palliativ medisin, hospice-medisin og terminal pleie. Hensikten har vært å tydeliggjøre moderne medisinske prinsipper for best mulig behandling, pleie og omsorg i livets slutfase, med fortsatt vekt på de verdiene som ligger i hospice-filosofien når det gjelder pasientens psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle behov.

Kilde: Hospiceforum Norge, 2012¹²¹

- Det er i tillegg behov for økt kompetanse i palliasjon innen fagområder som geriatri, sykehjemsmedisin, indremedisin og allmenntilleggsmedisin

7.2 Når er nok nok? Den vanskelige samtalen

Leger i sykehjem må forholde seg til mange etiske utfordringer. Vurderinger av når aktiv behandling av døende eldre pasienter bør avsluttes, og om tilførsel av næring og væske bør opphøre, er gode eksempler på det. God kommunikasjon mellom lege, pasient og/eller pårørendes ståsted og ønsker i forhold til døden vil gjøre disse avgjørelsene lettere. Det vil også forhindre unødvendig belastninger i livets siste fase, som tilkalling av legevakt, sykehusinnleggelse og livsforlengende behandlingstiltak¹²⁴. Det naturlige tidspunktet for å innlede slike samtaler vil variere, men vil ofte være ved innleggelse på sykehjem, når pasient og/eller pårørende ønsker det, eller når pasienten er svært dårlig¹²⁵.

Avslutning av livsforlengende behandling hos eldre pasienter med demens er en særlig etisk utfordring. Pasienter med demens vil ofte ha vanskeligheter med å redegjøre for smerte, symptomer eller andre plager. I tillegg er pasientenes samtykke en sentral del av forberedelsene til livets slutt, men kan være vanskelig å innhente hos demenspasienter. Det er derfor viktig at samtaler med pasienten gjennomføres og dokumenteres mens pasienten enda er i stand til det. Dersom pasienten ikke er i stand til å avgi svar, vil de pårørende, pleiepersonalet og sykehjemslege som kjenner pasienten godt, kunne bidra med opplysninger som kan gi bedre beslutningsgrunnlag for å kunne avslutte livsforlengende behandling.

Books 28 LCP – Liverpool Care Pathway

LCP er en tiltaksplan for å kvalitetssikre omsorgen til døende og deres pårørende¹²². LCP ble utviklet i England på 1990-tallet og er i dag en internasjonalt anerkjent plan som brukes i 20 land verden over. Planen er utviklet for å overføre den helhetlige omsorgen som den døende og familien blir møtt med på en lindrende (palliativ) enhet, til andre deler av helsetjenesten. LCP gir evidensbasert veiledning i forhold til de ulike aspektene ved omsorg for døende.

Planen består av tre deler: Vurdering når pasienten diagnostiseres/vurderes som døende, fortløpende vurderinger underveis, og vurdering ved/etter dødsfallet. For å ta i bruk LCP må alle mulige reversible årsaker til pasientens tilstand være vurdert, og det tverrfaglige teamet må være enige om at pasienten er døende. Når LCP tas i bruk, erstatter planen all annen dokumentasjon og blir den eneste form for rapport som brukes. Dokumentering av medikamentforordninger og utlevering følger lokale retningslinjer. LCP er unik i den forstand at samme plan med minimale variasjoner kan brukes til døende pasienter både i sykehus, palliative enheter, sykehjem og i hjemmet, i tillegg er bruken også uavhengig av pasientens diagnose.

Tiltaksplanen er ikke nødvendigvis svaret på alle behov ved omsorg for døende, men representerer et skritt i riktig retning. LCP er i utstrakt bruk i Storbritannia både på sykehus, sykehjem og i hjemmebaserte tjenester. Et samarbeidsprosjekt mellom Høgskolen i Østfold og seks sykehjem i samme fylke, viser god erfaring med også i Norge¹²³. LCP blir beskrevet som et meget godt virkemiddel for å sikre god praksis, og både prosjektmedlemmene og andre ressurspersoner som deltok, opplevde å ha blitt mer samkjørte. I tillegg beskriver de en større trygghet i møte med døende pasienter og deres pårørende. LCP vil sannsynligvis bli sentralt ved lindrende behandling av eldre i Norge fremover.

Helsedirektoratet ga i 2009 ut en Nasjonal veileder for beslutningsprosesser for begrenning av livsforlengende behandling hos alvorlig syke og døende, som kan være en god støtte for helsepersonell i møte med pasient og pårørende. Veilederen ble utarbeidet i samarbeid med Legeforeningen, Pasientforeningen og Rådet for legeetikk.

Legeforeningen mener:

- Forberedende samtaler mellom lege og pasient og/eller pårørende om behandlingsbegrensning og døden bør være rutine i alle sykehjem
- Sykehjemsleger må ha tilgang på faglige forum for drøfting av vanskelige valg og avgjørelser av etisk art

7.3 Hvor(dan) er det best å dø? Verdighet på dødsleiet

Ifølge nyere tall dør ca. 44 % av eldre på sykehus, ca. 35 % på sykehjem og ca. 15 % hjemme¹²⁶. Trenden viser en nedgang i andelen dødsfall i sykehusene, og en tilsvarende oppgang i sykehjemmene. Andelen hjemmedød har holdt seg stabil til tross for veksten i hjemmetjenestene. Det har sannsynligvis en sammenheng med at det er ressurskrevende å skape gode og trygge omgivelser rundt døende pasienter i eget hjem.

Som følge av samhandlingsreformen må kommunene forberede seg på å ta imot flere døende pasienter med stort pleie- og behandlingsbehov. Alle sykehjem med langtidsplasser har i dag palliasjon som en hovedoppgave. Studier har vist at sykehjemmene egner seg godt til denne viktige oppgaven, forutsatt at de tilføres nødvendig kompetanse og ressurser¹²⁷. De senere år har det også vokst frem

spesifikke lindrende sengeplasser for døende på sykehjem. Her gjøres det mye godt arbeid, noe som også har sammenheng med at Helsedirektoratet årlig utlyser midler til kompetansehevede tiltak for lindrende behandling og omsorg ved livets slutt.

«Hvordan mennesker dør, forblir som viktige minner hos dem som lever videre.»

– Dame Cicely Saunders

Det sentrale poenget er imidlertid ikke *hvor* pasienten dør, men at han/hennes ønsker lyttes til, og at forholdene legges til rette for en verdig død. Dessverre opplever mange døende eldre å bli flyttet frem og tilbake mellom hjem, sykehjem og/eller sykehus de siste ukene av livet. Ifølge en studie overflyttes om lag en av fem pasienter i palliativ fase fra sykehjem til sykehus¹²⁸. Vi har ikke gode tall på hvor mange døende eldre som flyttes fra hjemmet til sykehjem, eller fra sykehus til sykehjem, men vi vet det er snakk om et betydelig antall.

«Jeg har rett til å slippe å dø alene», heter det i NOU 1999:2 om livshjelp. Mange steder i helsetjenesten hvor mennesker dør, tilstrebes da også denne normen. Men den er ikke alltid lett å realisere. I Norge har innsparinger ført til avvikling av ordninger som «fastvakt» hos døende pasienter. I Danmark derimot er våketjeneste hos døende blitt en ny nisjevirkosomhet. For eksempel har Dansk Røde Kors flere hundre frivillige som sørger for at ingen skal dø alene, hvis de ikke ønsker det¹²⁹.

Legeforeningen mener:

- Kommunehelsetjenesten må styrkes faglig slik at de kan ta økt ansvar for behandling, rehabilitering og pleie av pasienter i livets slutfase
- Døende eldre må slippe å bli sendt fram og tilbake mellom hjem, sykehus og/eller sykehjem
- Ingen bør dø alene i institusjon

Referanseliste

1. Forde R. Får eldreomsorgen nok ressurser? Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126:1913-6
2. Jens Stoltenbergs blogg: www.jensstoltenberg.no (19.4.2012)
3. Forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien): www.regjeringen.no (27.4.2012)
4. Arbeiderpartiet: www.arbeiderpartiet.no/Politikken/Hovedsakene/Eldre
5. Høy levealder og lav spedbarnsdødelighet: www.ssb.no/emner/02/02/10/dode (19.4.2012)
6. Seniorer i Norge 2010. Kapittel 7 Helse. Oslo: SSB, 2011
7. Klare geografiske forskjeller i levealder mellom bydeler i Oslo: www.ssb.no/ssp/utg/200506/03/ (19.4.2012)
8. Et aldrende samfunn. Dette er Norge. Oslo: SSB, 2009
9. Aktiv deltakelse, likeverd og inkludering. NOU 2010: 5. Oslo: Departementets servicesenter, 2010
10. Eldres helse - 65 år og over: www.fhi.no (25.4.2012)
11. Seniorer i Norge 2010. Kapittel 7 Helse. Oslo: SSB, 2011. Mange flere friske: www.fhi.no (26.4.2012).
12. Sosial ulikhet i helse. En faktarapport. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2007
13. Bare tanken på dårlig helse: www.forskning.no (7.10.2011)
14. Hjort P F. Hvordan organisere helsetjensten til eldre. Utposten nr. 6 1995, Hjort, P F. Mestring: www.npfportal.pensjonistforbundet.no (25.4.2012)
15. Seniorer i Norge 2010. Kapittel 7 Helse. Oslo: SSB, 2011
16. Eldres helse - 65 år og over: www.fhi.no (25.4.2012)
17. Kristjansson SR, Wyller TB. Avslutning av forebyggende legemiddelbruk hos eldre. Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130:1726-8
18. Wyller TB. Eldre kvinners helse. NOU 1999:13 Kvinners helse i Norge, vedlegg 8
19. Mange flere friske: www.fhi.no (26.4.2012)
20. Halvorsen KH. Drug prescribing quality for older patients. Explicit indicators and multidisciplinary medication reviews. Doktorgradavhandling, 2012
21. Straand J. Gjennomgang av pasientens legemidler. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127:1175
22. Hva er overgrep mot eldre som bor hjemme eller på institusjon? www.nkvts.no (26.4.2012)
23. Vern for eldre. Nasjonal kontaktteltelefon: www.vernforeldre.no (26.4.2012)
24. Innovasjon i omsorg. NOU 2011: 11. Oslo: Departementets servicesenter, 2011
25. Det europeiske året for aktiv aldring og solidaritet mellom generasjoner: www.akademikerne.no (26.4.2012)
26. Seniorpolitisk barometer 2011: www.seniorporten.no (26.4.2011)
27. Er eldre mennesker mindre produktive enn yngre? www.seniorpolitikk.no (26.4.2012)
28. IA avtalen: www.akademikerne.no (26.4.2012)
29. Norman HO. Eldre som ressurs i familie og samfunn – også målt i økonomi? www.telemark-fk.no
30. Skolebesteforeldre - Sluttrapport våren 2007: www.udir.no (26.4.2012)
31. Seniorer i Norge 2010. Kap. 5 Politisk deltakelse blant seniorer. Oslo: SSB, 2011
32. Innovasjon i omsorg. NOU 2011: 11. Oslo: Departementets servicesenter, 2011
33. Fra behandling til forebyggelse. www.fredericia.dk (26.4.2012)
34. Bondevik M. Gammel og frisk. Innlegg på NSH-konferanse 26. sept. 2011
35. Aktivitetshåndboken. Fysisk aktivitet i forebygging og behandling. Kap. 4 Fysisk aktivitet for eldre. Oslo: Helsedirektoratet, 2011
36. Ibid.
37. Martinsen E W. Fysisk aktivitet for sinnets helse. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 3054-6
38. Seniorer i Norge 2010. Kapittel 7 Helse. Oslo: SSB, 2011
39. De Groot C. Erfaringer fra et samhandlingsprosjekt om å forebygge fall - hvordan motiverer vi eldre? Innlegg på NSH-konferanse 26. sept. 2011
40. Bergland A, Thorsen K. Ut på tur! Gangkapasitet, helse og mestring. Aldring og livsløp, 3-4. Bergen: Fagbokforlaget, 2009
41. 60 pluss: www.60pluss.oslo.no (7.10.2011)
42. Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring. Oslo: Helsedirektoratet, 2009
43. Mowè M. Behandling av underernæring hos eldre pasienter. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 815-8
44. Eldre spiser mer sammen. www.forskning.no (26.4.2012)
45. Mowè M. Behandling av underernæring hos eldre pasienter. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122:815-8
46. Nøkkeltall for helsesektoren. Rapport. Oslo: Helsedirektoratet, 2011
47. Veenstra M. Hva påvirker røykeslutt i eldre år? Aldring og livsløp, 3-4. Bergen: Fagbokforlaget, 2009
48. Frydenlund R. Eldre alkohol og legemiddelbruk. En kunnskapsoppsummering. Kompetansesenter rus - Oslo. Oslo Kommune, 2011
49. Ibid.
50. Ibid.
51. Grøndalen, E. Eldre, alkohol og legemidler – erfaringer fra et prosjekt i Oslo. Rusfag 1, 2011
52. Eldre er tilfreds med livet – eller er det bare noe de tror? www.ssb.no (26.4.2012)
53. Reddet eldresentrene. Aktuelt. Medlemsblad for Nasjonalforeningen for folkehelsen nr. 1/2006
54. Den kulturelle spaserstokken. www.regjeringen.no/nb/dep/kud (26.4.2012)
55. Brevik I, Schmidt L. Slik vil eldre bo. En undersøkelse av framtidige eldres boligpreferanser. Oslo: NIBR, 2005
56. Ibid.
57. Riksrevisjonens undersøkelse av kvalitet og samarbeid i pleie- og omsorgstjenestene til eldre. Oslo: Riksrevisjonen, 2009
58. Krevende oppgaver med svak styring. Samlerapport fra tilsyn i 2010 med kommunenes sosial- og helsetjenester til eldre. Oslo: Helsetilsynet, 2011
59. Nøkkeltall for pleie og omsorg: Tjenestetilbudet til eldre er under press. Oslo: KS, 2011
60. Eldreomsorg under press. Kommunenes helse- og omsorgstilbud til eldre. Oslo: Fafo, 2011
61. Riksrevisjonens undersøkelse av kvalitet og samarbeid i pleie- og omsorgstjenestene til eldre. Oslo: Riksrevisjonen, 2009
62. Pressemelding 20.3.2012. Positiv årsvekst i omsorgssektoren. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
63. Hjort PF. Noe var bedre før - hvordan kan vi ta vare på det? Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121:2069-72
64. Hagen TP et al. Utviklingen i kommunenes helse- og omsorgstjenester 1986-2010. Oslo: Universitetet i Oslo/Hero, 2009
65. NOU 2011: 11. Innovasjon i omsorg. Oslo: Departementets servicesenter, 2011
66. Prop. 1 S (2011–2012). HOD, kap. 761 Omsorgstjeneste
67. Seniorer i Norge 2010. Kap. 8 Hjelpetjenester og tjenestetilbud. Oslo: SSB, 2011
68. NOU 2011: 11 Innovasjon i omsorg. Oslo: Departementets servicesenter, 2011
69. Ibid.
70. Krevende oppgaver med svak styring. Samlerapport fra tilsyn i 2010 med kommunenes sosial- og helsetjenester til eldre. Oslo: Helsetilsynet, 2011
71. Kjernekompetanse og verdiskapning i IKT (verdict). www.forskningsradet.no (26.4.2011)
72. Slagsvold B et al. Er vi villig til å ta oss av gamle mor og far? Holdninger til ansvar for gamle foreldre, i syv europeiske land. www.ssb.no (26.4.2012)
73. NOU 2011: 11. Innovasjon i omsorg. Oslo: Departementets servicesenter, 2011
74. Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Veiledningsmaterieell. Oslo: Helsedirektoratet, 2012
75. Ibid.
76. ... er hjelpa nærmast! Forslag til Nasjonal handlingsplan for legevakt. Begen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktsmedisin, 2009
77. Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Veiledningsmaterieell. Oslo: Helsedirektoratet, 2012
78. Riksrevisjonens undersøkelse av kvalitet og samarbeid i pleie- og omsorgstjenestene til eldre. Oslo: Riksrevisjonen, 2009
79. Krevende oppgaver med svak styring. Samlerapport fra tilsyn i 2010 med kommunenes sosial- og helsetjenester til eldre. Oslo: Helsetilsynet, 2011
80. Rognstad S, Straand J. Vet fastlegen hvilke medisiner hjemmesykepleien gir pasientene? Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124:810-2
81. St.meld. nr. 18 (2004-2005) Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk
82. Lov 1. januar 2112 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)
83. Nøkkeltall for helsesektoren. Rapport 2011. Oslo: Helsedirektoratet, 2012

84. St.meld. nr. 25 (2005-2006). Mestring, muligheter og mening - framtidens omsorgsutfordringer.
85. Prop. 1 S (2011–2012). HOD, kap. 761 Omsorgstjeneste
86. Hagen TP. et al. Utviklingen i kommunenes helse- og omsorgstjenester 1986-2010. Oslo: HERO/Universitetet i Oslo, 2011
87. Gautun H, Hermansen Å. Eldreomsorg under press. Kommunenes helse- og omsorgstilbud til eldre. Oslo: Fafo, 2011:12
88. Ibid.
89. Hver femte ordfører mener det er vanskelig å få sykehjemsplass. www.norgesbarometeret.no/nyheter.html (25.4.2012)
90. Nøkkeltall for pleie og omsorg: Tjenestetilbudet til eldre er under press. Oslo: KS, 2011
91. Hagen T.P. m.fl. Utviklingen i kommunenes helse- og omsorgstjenester 1986-2010. Oslo: HERO/Universitetet i Oslo, 2011
92. Positiv årsvekst i omsorgssektoren. Helse- og omsorgsdepartementet. Pressemelding 20.3.2012
93. Bergland Å. Trivsel i sykehjem. En kvalitativ studie med utgangspunkt i mentalt klare beboeres perspektiv. Doktoravhandling. Det medisinske fakultet, Institutt for sykepleievitenskap og helsefag, 2006
94. Eldreomsorg under press. Kommunenes helse- og omsorgstilbud til eldre. Oslo: Fafo, 2011
95. Nøkkeltall for pleie og omsorg: Tjenestetilbudet til eldre er under press. Oslo: KS, 2011
96. Om satsningen de mest sjuka äldre: www.regeringen.se/sb/d/14622/a/164150 (30.4.2012)
97. Nøkkeltall for helsesektoren. Rapport 2011. Oslo: Helsedirektoratet, 2012
98. Ibid.
99. Positiv årsvekst i omsorgssektoren. Helse- og omsorgsdepartementet. Pressemelding 20.3.2012
100. Riksrevisjonens undersøkelse av kvalitet og samarbeid i pleie- og omsorgstjenestene til eldre. Oslo: Riksrevisjonen, 2009
101. Pleie og omsorg: Tjenestetilbudet til eldre under press. Nøkkeltallsrapport. Oslo: KS, 2011
102. Krevende oppgaver med svak styring. Samlerapport fra tilsyn i 2010 med kommunenes sosial- og helsetjenester til eldre. Oslo: Helsetilsynet, 2011
103. Nøkkeltall for helsesektoren. Rapport 2011. Oslo: Helsedirektoratet, 2012
104. Forskrift om fastlegeordning i kommunene: www.lovdata.no (30.4.2012)
105. Utvikling av nasjonalt kvalitetssystem for primærhelsetjenesten – pleie- og omsorgstjenester. Notat. Oslo: Kunnskapsenteret, 2010
106. Sykehjemslegevakt. www.bergen.kommune.no (26.4.2012)
107. Effekt av geriatriske tiltak til eldre pasienter innlagt i sykehus. Systematisk kunnskapsoppsummering. Oslo: Kunnskapsenteret, 2006
108. SAMDATA spesialisthelsetjenesten 2010. Oslo: Helsedirektoratet, 2011
109. St.meld. nr. 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid
110. Helsetjenester til syke eldre. Rapport fra ekspertgruppe nedsatt av HOD. November 2010 (ikke publisert)
111. Eldres helse - 65 år og over. www.fhi.no (25.4.2012)
112. Helsetjenester til syke eldre. Rapport fra ekspertgruppe nedsatt av HOD. November 2010 (ikke publisert)
113. Krevende oppgaver med svak styring. Samlerapport fra tilsyn i 2010 med kommunenes sosial- og helsetjenester til eldre. Oslo: Helsetilsynet, 2011
114. Prioriteringer i helsesektoren. Verdigrunnlag, status og utfordringer. Oslo: Helsedirektoratet, 2012
115. Svennevig JL. Hjertekirurgi hos eldre. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123:1734
116. Nøkkeltall for helsesektoren. Rapport 2011. Oslo: Helsedirektoratet, 2012
117. Utskrivingsklare pasienter. Hvem er de – og hvor hører de hjemme? Oslo: Analysesenteret, 2010
118. Har Helse-Norge rom for døden? Dagsavisen 5.12. 2011
119. Veenstra M. Kapittel 2 Lengre liv – bedre helse? Bærekraftig omsorg. Familien, velferdsstaten og aldringen av befolkningen. Rapport nr. 2/12. Oslo: NOVA, 2012
120. Omsorg og pleie ved livets slutt: www/ndla.no/nb/node/54459 (28.4.2012)
121. Hospiceforum Norge: www.hospiceforum.no/hva-er-hospice/om-hospice/ (28.4.2012)
122. Liverpool Care Pathway: www.helse-bergen.no (26.4.2012)
123. Tiltaksplan for døende: www.sykepleien.no (26.4.2012)
124. Husebø BS, Husebø S. Sykehjemmene som arena for terminal omsorg - hvordan gjør vi det i praksis? Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125:1352-4
125. Laudal M. Når noen skal dø – finnes det suksesskriterier? Nasjonal veileder for beslutningsprosesser for livsforlengende behandling. Innlegg på NSH-konferanse den 26. sept. 2011
126. Har Helse-Norge rom for døden? Dagsavisen 5.12.2011
127. BS Husebø, Husebø S. Sykehjemmene som arena for terminal omsorg - hvordan gjør vi det i praksis? Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125:1352-4
128. Er sykehjemmet et verdig sted å dø? www.sykepleien.no/forskning/forskningsartikkel/396250/ (30.4.2012)
129. Omsorg for ensomme: www.rodekors.dk (26.4.2012)



**DEN NORSKE
LEGEFORENING**

Postboks 1152 Sentrum • 0107 Oslo
Telefon 23 10 90 00 • Faks 23 10 90 10
www.legeforeningen.no