

Legeforeningens innspill til Dok 8:51S (2019-2020), Dok 8:73S (2019-2020)

Det vises til 1) *Representantforslag om en opptrappingsplan for bemanning i eldreomsorgen og tiltak for å forebygge demenssykdom, og 2) Representantforslag om å legge til rette for auka grunnbemanning og lågare vikarbruk i den kommunale helse- og omsorgstenesta.*

Representantforslagene omhandler viktige tema. Pasienter og beboere på sykehjem er i dag langt sykere enn for få år siden. Dette skyldes delvis at eldre bor lenger hjemme og at sykehusene skriver ut pasienter tidligere. Dette er i stor grad en ønsket utvikling, men økende sykelighet og kompleksitet i tjenestene stiller krav til flere leger og gode elektroniske medisinske journalløsninger ved sykehjemmene. Forholdene må også legge til rette for god samhandling samt at kvalitet og pasientsikkerhet må ivaretas.

Bemanningssituasjonen

- Legeforeningen støtter økt bemanning på sykehjem for å ivareta at pasientene har økt sykelighet. Dette er spesielt viktig på avdelinger med demente pasienter med alvorlige adferdsforstyrrelser.
- Arbeid på sykehjem skiller seg fra arbeid på sykehus og det kreves spesialkompetanse. Det er derfor viktig at det avsettes tid til kompetanseheving for alle yrkesgrupper.
- Legebemanningen i sykehjem må styrkes grunnet betydelig økt sykelighet hos pasientene. Antallet korttidsplasser har økt på bekostning av langtidsplasser. Det krever økt legebemanning. I 2012 ble det beregnet hvor stor legebemanning man burde ha på sykehjem (se faktaboks), og det er sannsynlig at behovet er større i dag.
- Mange eldre har mange sykdommer og behandlingen må tilpasses dette.
- Medisinbruken hos de eldre er til dels omfattende og i mange tilfeller har man et overforbruk. Justering og oppfølging av medisinerer krever spesiell kompetanse og god tilgang på leger som har denne kompetansen.
- Lavere vikarbruk er et viktig mål for å sikre kontinuitet og forutsigbarhet for pasienter og pårørende i helse- og omsorgstjenestene. Samtidig mener Legeforeningen at det bør legges til rette for økt praksis i primærhelsetjenesten blant medisinstudenter til et minimum på 10 uker. Det er på sikt også et viktig rekrutterende tiltak i kommunene.

Gode digitale samhandlingsverktøy

- Digitale systemer for samhandling med fastleger og sykehus. Sykehjemmene har i dag ikke tilgang til e-resept og kjernejournal og heller ikke digitale verktøy for medisinskfaglig samhandling med fastleger eller sykehus.
- Felles legemiddelliste må ferdigutvikles og implementeres i hele sektoren. Helsepersonell kan ikke vente på Akson i 10 år for et så viktig hjelpemiddel som kan redusere pasientskade som følge av feil i legemiddelbehandling.
- Sykepleiere i sykehjem og i hjemmetjenesten må ha tilgang til Pasientens legemiddelliste. Elektronisk multidose med Pasientens legemiddelliste som kilde kan heller ikke vente på Akson. Legeforeningen mener man må prioritere arbeid som sikrer rask tilgang til disse digitale tjenestene i sykehjem og hjemmebaserte tjenester.

Helhetlige pasientforløp

Dagens lovverk og økonomiske insentiver setter press på både sykehus og kommuner for å få til tidlig utskriving av pasienter. For mange eldre, multisyke og/eller demente, medfører disse insentivene en fare for pasientsikkerheten og de ivaretar ikke en omsorgsfull tjeneste ved at pasientene stadig må flyttes mellom ulike avdelinger og institusjoner. Det er godt dokumentert at

- Enhver flytting medfører økt risiko for tap av viktig medisinsk informasjon. Dette er en direkte trussel for pasientsikkerheten.
- Mange multisyke eller eldre pasienter får alvorlige forvirringstilstander i forbindelse med flytting mellom institusjoner.
- Den totale liggetid i institusjon kan forlenges ved tidlig utskrivelse for noen grupper pasienter.

Avsluttende merknader

Insentiver må tilpasses slik at disse pasientgruppene kan ivaretas med færrest mulig flytting mellom ulike helsetjenester. For å sikre bedre legetjenester til sykehjemsbeboere bør det gjøres tre grep:

1. *Det må etableres en nasjonal bemanningsnorm for legetjenester.*
2. *Kompetanseområde i alders- og sykehjemsmedisin må videreutvikles.*
3. *Finansiering av pasientens legemiddelliste må sikres snarest.*

I 2012 hadde man følgende beregninger for legebemanning i sykehjem

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

Kilde: Legeforeningens policynotat nr. 8, 2012.

<https://www.legeforeningen.no/contentassets/6330f7464ab747f8aeae3b8f41d1f519/flere-leger-i-sykehjemmene.pdf>