

# Legetjenester i sykehjem

– en veileder for kommunene



Heftets tittel: Legetjenester i sykehjem – en veileder for kommunene

Utgitt: 02/2007

Bestillingsnummer: IS-1436

ISBN 978-82-8081-082-3

Opplag: 4000

Utgitt av: Sosial- og helsedirektoratet  
Kontakt: Avdeling for omsorg og tannhelse  
Postadresse: Postboks 7000, St. Olavs pl., 0130 Oslo  
Besøksadresse: Universitets gt. 2, Oslo

Sentralbord: 810 200 50  
[www.shdir.no](http://www.shdir.no)

Hefte kan bestilles hos: Sosial - og helsedirektoratet  
v/Trykksakekspedisjonen  
e-post: [trykksak@shdir.no](mailto:trykksak@shdir.no)  
Ved bestilling, oppgi bestillingsnummer: IS-1436

Bestillingstelefon: 24 16 33 68  
Bestillingsfaks: 24 16 33 69

Forsidefoto: [www.vulkaner.no](http://www.vulkaner.no)

Design og produksjon: [www.kursiv.no](http://www.kursiv.no)



# Forord

God kvalitet på landets sykehjem er avgjørende for tryggheten til syke eldre og andre som i perioder trenger sykehjemstjenester. God kvalitet i alle ledd er avgjørende for at helsetjenesten skal framstå som en sammenhengende kjede og fungere som en helhet for brukerne. God kvalitet er også en forutsetning for god ressursanvendelse i sektoren.

Fagmiljøer, pasienter og pårørende hevder at dagens legetjenester i sykehjemmene er utilstrekkelige for å møte behovene til den enkelte pasient. Helsemyndighetene deler denne bekymringen. Vi tror også at det er nødvendig å etablere en høy standard på legetjenesten for å kunne stå rustet til den kommende veksten i antall eldste eldre.

Derfor har Sosial- og helsedirektoratet på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet utarbeidet denne veilederen som et planleggings- og beslutningsverktøy for kommunene.

Representanter for Kommunenes Sentralforbund, Statens helsetilsyn, Den norske lægeforening, Norsk Sykepleierforbund og Forum for sykehjemsmedisin har deltatt i en referansegruppe for arbeidet og kommet med verdifulle innspill. Det endelige dokumentet står fullt og helt for Sosial- og helsedirektoratets regning.

Vi håper veilederen blir et nyttig verktøy for kommunenes arbeid med kvalitetsforbedring av legetjenesten i sykehjem.

Temaet vil bli fulgt opp i tiden som kommer og vi vil gjerne ha innspill til forbedringer av veilederen. Veilederen vil bli tilgjengelig på direktoratets nettsider. Kommende revideringer vil først bli publisert der.



Bjørn Guldvog  
assisterende direktør

# Innhold

Forord .....	1
Innhold .....	2
<b>1. Innledning .....</b>	<b>5</b>
1.1 Bakgrunn .....	5
1.2 Veilederens virkeområde .....	6
<b>2. Kommunal beslutningsprosess – hovedelementer .....</b>	<b>7</b>
2.1 Beskrive utvikling og status for legetjenester i kommunen .....	9
2.2 Vurdere utvikling og status i forhold til lovkravet om faglig forsvarlighet og egne krav til kvalitet .....	9
2.3 Analysere forbedringsbehov og forbedringspunkter for legedekningen .....	10
2.4 Vedta lokalt nivå for bemanning av leger i sykehjem .....	10
2.5 Etablere systemer for evaluering og revidering .....	11
<b>3. Beskrive utvikling og status for legetjenester i kommunen .....</b>	<b>12</b>
<b>4. Vurdere utvikling og status i forhold til lovkravet om faglig forsvarlighet og egne krav til kvalitet .....</b>	<b>14</b>
4.1 Lovkrav .....	14
4.2 Kommunenes egne krav til kvalitet .....	16
4.2.1 Individrettede oppgaver .....	16
4.2.2 Institusjonsrettede legeoppgaver .....	17
4.2.3 Ansvarsfordeling og samhandling med eksterne aktører .....	18
4.3 Organisering og tilrettelegging .....	19
4.3.1 Organisering .....	19
4.3.2 Kommunens tilrettelegging for god praksis .....	20
4.4 Andre forhold som vil influere på behov for legedekning og kompetanse .....	21
4.4.1 Sykehjemmets profil .....	21
4.4.2 Sykepleietjenesten og annet helsepersonell .....	21
4.4.3 Fysioterapitjenesten og ergoterapitjenesten .....	22
<b>5. Analysere forbedringsbehovet og forbedringspunkter for legedekningen .....</b>	<b>23</b>
5.1 Legetid i forhold til oppgaver .....	23
5.2 Kompetanse i forhold til oppgaver .....	23
5.3 Institusjonsrettede oppgaver .....	23
5.4 Fysiske forhold, utstyr mv. ....	24

<b>6.</b>	<b>Vedta lokalt nivå for bemanning av leger i sykehjem</b> .....	25
6.1	Lokalt nivå for bemanning av leger .....	25
6.2	Andre endrings- eller forbedringsmål .....	25
<b>7.</b>	<b>Etablere system for evaluering og revidering</b> .....	27
<b>Vedlegg</b>	.....	28
1	Litteratur og aktuelle nettsteder .....	28
2	Lover og forskrifter .....	29
3	Legetjenesten i sykehjemmet i dag .....	34
4 a	Hjelpeskjema 1 for pasient på langtidsopphold .....	36
4 b	Hjelpeskjema 1 for pasient på korttidsopphold .....	37
4 c	Hjelpeskjema 1 for institusjonsrettede legeoppgaver og samhandling .....	38
5	Hjelpeskjema 2: Kommunens egne data sammenliknet med SHdirs nasjonale kartlegging av legetjeneste i sykehjem 2005.....	39
6	Legetjeneste i sykehjem og den nasjonale kvalitetsstrategien .....	40
7	Undersøkelser og prosedyrer .....	42
8	Ulike pasienter – ulike behov .....	43



# 1. Innledning

## 1.1 Bakgrunn

Det er bred enighet om at det i mange kommuner er behov for å styrke legetjenesten i sykehjem. I statsbudsjettet for 2006 ble det varslet innføring av lokale normer for legetjenester i den enkelte kommune, basert på lokale forhold og i samsvar med en nærmere beskrevet planleggingsprosess. Legetjenesten på den enkelte institusjon må vurderes konkret i lys av en rekke lokale faktorer, som bl.a. pleietyngde og organisatoriske forhold i tjenesten.

Denne veilederen fra Sosial- og helsedirektoratet (SHdir) er et planleggingsverktøy til bruk for kommunene i dette arbeidet. Veilederen er en oppfølging av *Stortingsmelding nr. 25 (2005-2006) Mestring, muligheter og mening*, og dermed en del av *Omsorgsplan 2015*. Veilederen skal sees i sammenheng med rundskriv I-4/2007 fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD), hvor kommunenes oppdrag i planlegging av legetjenesten i sykehjem er nærmere beskrevet. HOD forutsetter i rundskrivet at kommunene kan dokumentere hvordan planleggingsprosessen for legetjenesten er gjennomført.

Veilederens formål er å planlegge, oppnå og vedlikeholde god kvalitet på legetjenester i sykehjem.

Veilederen baserer seg på planleggingsprosessen slik den er beskrevet i rundskrivet fra HOD. SHdir understreker at utover oppfølging av lovkravene står kommunene fritt med hensyn til om de vil følge anbefalingene fra SHdir i de enkelte faser av planleggingen.

Veilederen henvender seg til beslutningstakere i kommunens ledelse. Det er kommunens ledelse som skal sørge for at det er tilstrekkelig legetjeneste. Det daglige ansvaret for legetjenesten er tillagt virksomhetsleder for sykehjemmet.

HOD har i *St.meld nr 25 (2005-2006) Mestring, muligheter og mening* og i *Nasjonal helseplan 2007-2010*<sup>1</sup> foreløpig anslått et behov for å øke antall legeårsverk med minst 50 % i perioden 2005-2010. Dette målet vil bli drøftet i konsultasjonene med KS etter at kommunene har fastlagt sin lokale norm og fylkesmennene har oppsummert kommunenes samlede behov.

Mer informasjon om bakgrunn finnes i vedlegg 3, "Legetjenesten i sykehjemmet i dag".

---

1 Nasjonal helseplan (2007 – 2010), særtrykk av Stortingsproposisjon nr. 1 (2006 – 2007), Helse- og omsorgsdepartementet.

## 1.2 Veilederens virkeområde

Denne veilederen omhandler legetjenester i sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie etter kommunehelsetjenesteloven § 1-3 annet ledd nr 6.

Sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie er nærmere definert i *Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns opphold av 14.11.1988 nr 932*. Ifølge forskriftens § 2-1 skal det i tilknytning til oppholdet være organisert legetjeneste, fysioterapitjeneste og sykepleietjeneste i samarbeid med andre deler av den kommunale helse- og sosialtjenesten.

Etter forskriften skal sykehjemmet/boformen ha tilknyttet:

- a) en administrativ leder
- b) en lege som skal ha ansvaret for den medisinske behandling
- c) en offentlig godkjent sykepleier som skal ha ansvaret for sykepleien
- d) det antall personell for øvrig som er nødvendig for å sikre beboer nødvendig omsorg og bistand

Denne veilederen setter fokus på legetjenesten. Legetjenesten kan ikke vurderes isolert fra annet personell, institusjonens profil, organisering av tjenesten og samhandling med eksterne aktører. Veilederen omtaler derfor også forhold som vil kunne påvirke behovet for legetjeneste, kvalitativt og/eller kvantitativt. Veilederen inneholder ikke faglige retningslinjer for de spesifikke medisinskfaglige legeoppgavene.

Veilederen er ikke utformet med henblikk på legetjenester til brukere av omsorgstjenester utenom sykehjem/boform for heldøgns omsorg og pleie etter kommunehelsetjenesteloven. Vi håper likevel den kan gi inspirasjon også i arbeid med planlegging av tjenester til hjemmeboende som trenger behandling, pleie og rehabilitering, beboere i omsorgsboliger og andre ikke lovfestede tiltak, og i institusjoner og boliger med heldøgns omsorgstjenester etter sosialtjenesteloven § 4-2d, jf forskrift til lov om sosiale tjenester § 7-2. Eksempler på boliger etter sosialtjenesteloven er aldershjem, boliger for barn og unge under 18 år, og privat forpleining. Kommunen bør planlegge legetjenesten i kommunen ut fra et helhetsspektiv hvor helsetilstand og behov for legetjeneste til alle brukergrupper vurderes.

Videre i denne veilederen benyttes betegnelsen sykehjem som fellesbetegnelse for sykehjem og boform for heldøgns pleie og omsorg etter kommunehelsetjenesteloven. Betegnelsen pasient benyttes istedenfor beboer, bruker eller tjenestemottaker i sykehjem. Betegnelsen sykehjemslege benyttes om lege på sykehjem enten det dreier seg om fastleger som innehar oppgaven som del av sine offentlige allmennt medisinske oppgaver, eller det er egne heltids- eller deltidsansatte leger på sykehjem.

## 2. Kommunal beslutningsprosess – hovedelementer

Helse og omsorgsdepartementet har i *Rundskriv I-4/2007, Nasjonal standard for legetjenester i sykehjem*, redegjort for at kommunen skal foreta en lokal bemanningsvurdering og fastsette en lokal norm for legedekning i sykehjem.

Dette følger av forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten der kommunen pålegges å utarbeide skriftlig nedfelta prosedyrer som sikrer at brukernes grunnleggende behov ivaretas og at forsvarlige tjenester kan tilbys. I forskrift om internkontroll for sosial- og helsetjenesten stilles det ytterligere krav om systematiske tiltak og styring av tjenestene for å sikre gjennomføring av lovpålagte oppgaver og plikter. De nevnte forskrifter pålegger kommunen å utføre en risiko- og behovsvurdering for legetjenester i sykehjem.

I vurderingen skal blant annet følgende elementer tas med:

1. Beskrive utvikling og status for legetjenester i kommunen
2. Vurdere utvikling og status ift lovkravet om faglig forsvarlighet, i tillegg til egne krav til kvalitet (vurdere behovet for legetjenester)
3. Analysere forbedringsbehovet og forbedringspunkter for legedekningen
4. Vedta lokalt nivå for bemanning av leger i sykehjem (innhold, mengde)
5. Etablere systemer for evaluering og revidering.

God dokumentasjon av arbeidet i de forskjellige fasene vil lette kommunens oppfølging og senere kvalitetsforbedring.

Sentrale dokumenter i arbeidet er følgende veiledere fra Sosial- og helsedirektoratet:

- *"Hvordan holde orden i eget hus. Internkontroll i sosial- og helsetjenesten"*, IS-1183, SHdir 2004
- *"Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene"*, IS-1201, SHdir 2004
- *"... og bedre skal det bli". Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten*, IS-1162, SHdir 2004

I dokumentene er det vist til en enkel metode for å utvikle kunnskap i praksis illustrert ved Demings sirkel<sup>2</sup>. Sirkelen beskriver de fire fasene i forbedringsarbeidet slik:



Kvalitetsutvikling i legetjenesten i sykehjem baserer seg på de samme prinsippene og bør være en integrert del av kommunens øvrige kvalitetsarbeid for sykehjem.

Det er kommunens ledelse som har ansvaret for at planleggingsprosessen blir gjennomført. På hvilken måte kommunens ledelse vil organisere arbeidet, avhenger av lokale organisasjonsmodeller og prinsipper for delegering av myndighet. Det forutsettes at beslutning om normering foretas av kompetent organ. Videre i denne veilederen benyttes begrepet kommune som den ansvarlige beslutningstager.

Kommunen bør trekke med relevant personell i prosessen. Kommunelegen skal i henhold til kommunehelsetjenesteloven § 3-5 utføre de oppgaver kommunelegen er tillagt i lov eller instruks og være medisinsk faglig rådgiver for helsetjenesten i kommunen. Kommunelegen bør derfor ha en sentral plass i arbeidet med å vurdere og utforme legetjenesten i sykehjem. Sentrale aktører for øvrig kan være resultatansvarlig for sykehjemsvirksomheten i kommunen, sykehjemets ledelse og andre representanter for sykehjemmet, sammen med sykehjemslegen(e) og representanter for fastlegene.

Brukermedvirkning i planprosessen bør sikres gjennom høringer, brukerråd, brukerundersøkelser og lignende.

I dette kapitlet gis en kort beskrivelse av fasene i prosessen. I kapitlene 3-7 utdypes arbeidet i de ulike fasene.

---

<sup>2</sup> Demings sirkel etter Edward Deming, en sentral person innenfor kvalitetsutvikling. Modellene hans er brukt både i næringslivet og innenfor sosial- og helsetjenestene. *Out of the Crisis*, Deming W.E., Cambridge University Press, 1986

## 2.1 Beskrive utvikling og status for legetjenester i kommunen

Første del i planleggingen forutsetter en kartlegging av status og utvikling for legetjenesten i sykehjem i kommunen. Kartleggingen bør omfatte situasjonen i pleie- og omsorgstjenesten generelt, og i den øvrige legetjeneste i kommunen.

Eksempler på forhold som kan beskrives:

- Sykehjemmenes profil og rolle i kommunens helsetjeneste
- Pasientgrunnlaget
- Legedekningen i sykehjemmet og kommunen generelt
- Legenes kompetanse og spesielle interesseområder
- Organisering av legetjenesten
- Tilgang på leger
- Hvordan forholdene er lagt til rette for sykehjemslegen (kontor, utstyr mv.)
- Personellens fagkompetanse og dekningsgrad
- Eventuelle indikatorer på kvalitet

Kartleggingen må også omfatte en gjennomgang av lover og forskrifter som er styrende for sykehjemmens og legens virksomhet og på hvilken måte lovkravene overholdes.

## 2.2 Vurdere utvikling og status i forhold til lovkravet om faglig forsvarlighet og egne krav til kvalitet

Kommunen skal vurdere status og utvikling i forhold til lovkrav, og videre vurdere om det i tilstrekkelig grad er sikret og dokumentert at lovkravene overholdes gjennom eksisterende rutiner og prosedyrer og måten legetjenesten er tilrettelagt på og praktiseres. Lov og forskrift setter krav til det individrettede helsearbeid og til virksomheten ved sykehjemmet generelt.

Kommunen kan sette krav til sykehjemslegen for å sikre god praksis. En slik definering av hva god praksis innebærer kan bidra til å sikre at tjenesten er forsvarlig i forhold til lovkrav. God praksis kan også innebære at det stilles krav til for eksempel sykehjemslegens tilgjengelighet for pasienter, pårørende, medarbeidere og samarbeidspartnere. Det kan i tillegg stilles krav til kompetanse, medisinskfaglig rådgivning, internundervisning osv.

Kravene må baseres på en gjennomgang av oppgavene det forutsettes at sykehjemslegen skal dekke og en vurdering av rammer og organisasjon legen skal arbeide innenfor.

I vurdering av status bør kommunen også legge til grunn den nasjonale kvalitetsforbedringsstrategien "... og bedre skal det bli".

Den samlede vurdering må være basis for den lokale normeringen man skal komme frem til i prosessen.

## 2.3 Analysere forbedringsbehov og forbedringspunkter for legedekningen

I denne fase må kommunen definere, prioritere og eventuelt avgrense de områdene det er ønskelig å forbedre.

Formålet med denne analysen er å gi grunnlag for:

- Kommunens vurdering av den lokale normering for legetjenesten på sykehjemmet
- Vurdering av endrings-, kompetanse- eller forbedringsbehov i kommunens øvrige helse- og omsorgstjenester og i sykehjemmet som kan påvirke sykehjemslegens virksomhet
- Vurdering/sammenligning med andre kommuner eller landet for øvrig, jf [www.bedrekommune.no](http://www.bedrekommune.no). og vedlegg 5

Mulighetene for å få til forbedring, og hvordan disse skal iverksettes, må vurderes. Forbedringsmulighetene vil avhenge av bl.a. rekrutteringssituasjonen, fysiske og utstyrmessige forhold og aktørene utenfor sykehjemmet. Ofte vil det være snakk om økonomiske rammebetingelser som bremser utviklingen. Men ikke alle forbedringstiltak er nødvendigvis kostnadskrevene, på sikt er de kanskje besparende.

Forhold som influerer på sykehjemslegens virksomhet:

- Tilrettelegging av forholdene for sykehjemslegens arbeid
- Forventet medvirkning i utarbeidelse av rutiner og prosedyrer på institusjonsnivå
- Oppgavefordeling, samhandling og kommunikasjon med andre aktører, bl.a. fastleger, kommunelege, spesialisthelsetjeneste
- Pasientgrunnet
- Krav om tilgjengelighet for pasienter og pårørende
- Kompetanse, kapasitet og organisering av annet personell, spesielt sykepleietjeneste og rehabiliteringspersonell
- Vektlegging av fagutvikling og forskning

## 2.4. Vedta lokalt nivå for bemanning av leger i sykehjem

Når forbedringsbehov og forbedringspotensial er klarlagt, skal kommunene vedta hvor mange legetimer som kreves for legetjenester i sykehjem, og en plan for å oppnå det ønskede nivå. Den lokale norm for legedekning kan beskrives som antall årsverk/ukentlige legetimer i de enkelte sykehjem. Normen kan også uttrykkes som legetid per sykehjems plass.

I tillegg kan lokale normer omfatte:

- Krav til kompetanse, muligheter for kompetanseheving
- Tilrettelegging av fysiske forhold (kontor, utstyr mv.) for å sikre god praksis.
- Organisering av tjenesten internt i sykehjemmet og i forhold til annen legetjeneste i kommunen

Tidsplan for gjennomføring av vedtakene, for evaluering og for eventuell revisjon av vedtakene, bør være en del av vedtaket.

Samtidig bør kommunen spesifisere hvilke oppgaver det er forutsetningen at legen skal utføre innenfor rammen av vedtaket. Det kan også settes opp eventuelle endrings- eller forbedringsmål på andre områder som berører legetjenesten, for eksempel prosedyrekrav i forhold til kvalitetsforskriften.

## **2.5. Etablere systemer for evaluering og revidering**

Kommunen bør spesifisere hvordan en løpende oppfølging og evaluering skal skje i følge oppsatt tidsplan. Forhold som det er ønskelig å følge opp, og indikatorer på utviklingen, kan ta utgangspunkt i de samme forhold og indikatorer som er vurdert tidligere i prosessen.

Tidspunkt for evaluering av resultatene bør vedtas samtidig som lokale normer og forbedringsmål vedtas og iverksettes. Revisjon av vedtak og endring i tiltak kan skje i sammenheng med evalueringen, men kan også gjøres noe sjeldnere dersom evalueringen tyder på at virksomheten er i samsvar med god praksis.

Dersom evalueringen viser manglende måloppnåelse må årsaksforholdene analyseres, slik at korrigerende tiltak kan iverksettes.

### 3. Beskrive utvikling og status for legetjenester i kommunen

I dette kapitlet er beskrevet nærmere hvordan kommunen kan kartlegge status når det gjelder legetjeneste i sykehjem og utviklingen som har ført frem til dagens situasjon.

En del aktuelle områder for kartlegging er beskrevet i kap 2.1. Disse må suppleres ut fra situasjonen i den enkelte kommune. I kartleggingen må kommunen basere seg på tilgjengelige data for legetjenester og på forhold som kan berøre legetjenesten.

Kartleggingen kan basere seg på:

- Nasjonale registreringer og kvalitetsindikatorer (KOSTRA, bedrekommune.no, "Hjulet")
- Eventuelle kvalitetsundersøkelser i kommunens regi
- Brukerundersøkelser og andre innspill fra pasienter og pårørende
- Data innhentet fra sykehjemmene
- Registrerte avvik og klager
- Tilsynsrapporter
- Funn ved internrevisjoner
- Kommunens planverk og styringsdokumenter
- Nasjonale kartlegginger, rapporter og stortingsdokumenter

#### **Nasjonale kvalitetsindikatorer i pleie- og omsorgstjenesten:**

- Legetimer pr uke pr beboer i sykehjem
- Andel personell med fagutdanning
- Andel beboere på korttidsopphold i institusjon
- System for brukerundersøkelser – institusjon
- System for brukerundersøkelser – hjemmetjenester
- Andel plasser i enerom
- Andel plasser i tilrettelagt enerom med bad/WC

Med legetimer forstås gjennomsnittlig antall legetimer per uke per beboer i sykehjem og boform med heldøgns pleie og omsorg. Legetimene inkluderer også tid til journalføring, telefontid med mer. Landsgjennomsnittet ved registrering i 2005 var 0,27 timer per uke per beboer.

Andel personell med fagutdanning er definert som "andel avtalte årsverk av personell med fullført relevant fagutdanning av totalt antall avtalte årsverk i brukerrettede funksjoner i pleie- og omsorgstjenesten". Det antas å være en sammenheng mellom kvaliteten på tjenestene som ytes og tjenesteyternes kompetanse. Dette igjen har betydning for legens arbeid.

Indikatoren andel beboere på tidsbegrenset opphold (korttidsopphold) er interessant i vurderingen av nødvendig legedekning.

System for brukerundersøkelser er en indikator som sier noe om kommunens fokus på brukermedvirkning. Resultatet av brukerundersøkelser kan si noe om tilgjengelighet og grad av fornøydhet med legetjenesten.

De nasjonale kvalitetsindikatorene er data som kommunene rapporterer inn gjennom KOSTRA. Resultatene for den enkelte kommune og landet som helhet publiseres på [www.bedrekommune.no](http://www.bedrekommune.no).

### **Avvik**

De fleste sykehjem har løpende registrering av avvik fra visse oppsatte krav og rutiner som kan variere fra sykehjem til sykehjem. Vanlige registreringer er forekomst av fall hos pasientene, avvik fra legemiddelrutiner, inntaksrutiner, journalrutiner m.v. Resultater ved regelmessig infeksjonsovervåkning, for eksempel i regi av Folkehelseinstituttet, kan også komme i samme kategori.

### **Klager/ tilbakemeldinger på kvalitet**

Gjennomgang av eventuelle klager til sykehjemmet kan også bidra til en forståelse av om kvaliteten på legetjenesten er god nok. I vurdering av status bør derfor dette være informasjon som tas med i vurderingen.

### **Internrevisjon**

Internrevisjon er en del av sykehjemmets internkontrollsystem og kan bl.a. gi informasjon om kravene i kvalitetsforskriften er oppfylt. En vurdering av om det er utarbeidet prosedyrer og at disse følges opp slik forskriften forutsetter, kan gi viktige innspill til vurdering av kvaliteten ved sykehjemmet.

### **Tilsynsrapporter**

Kommunens kartlegging bør fange opp forhold som er påpekt i eventuelle tilsynsrapporter fra Helsetilsynet. Helsetilsynet foretar sine vurderinger ut fra et helhetsperspektiv, men det er allikevel viktig å analysere eventuelle påpekninger som kan ha sammenheng med legetjenesten.

### **Annet materiale**

Annet materiale for kartlegging av status vil være kommunens egne planverk og styringsdokumenter samt sykehjemmets budsjettokumenter og årsrapporter. Videre foreligger flere nasjonale rapporter, registreringer og stortingsdokumenter som kan være av interesse både i kartleggingen og i senere faser av prosessarbeidet. En oversikt over dette materiale er vedlagt, vedlegg 3.

### **Hjelpeskjema**

Det kan være et nyttig hjelpemiddel for kommunen å utarbeide et skjema for vurdering av de forholdene det er ønskelig å fokusere på og som kan si noe om kvaliteten i legetjenesten. Et slikt skjema kan også benyttes i den videre planleggingsprosessen og som grunnlag for oppfølging og evaluering, eventuelt justert etter erfaringer underveis.

Vedlagt følger forslag til et skjema (hjelpeskjema 1) som kan være en hjelp til refleksjon over god praksis. Noen eksempler er gitt i skjemaet, men forutsettes tilpasset i den enkelte kommune, se vedlegg 4a-c.

Videre er vedlagt et skjema (hjelpeskjema 2) for registrering av data hvor kommunen kan sammenligne seg med data fra en nasjonal kartlegging i 2005, se vedlegg 5.

## 4. Vurdere utvikling og status i forhold til lovkravet om faglig forsvarlighet og egne krav til kvalitet

Dette kapittel utdyper neste fase i prosessen. Her må kommunen vurdere om kvalitet og omfang av legetjenesten i sykehjem er tilfredsstillende.

Vurderingen bør ta utgangspunkt i lovkravene, jfr 4.1. Det er kommunens ansvar å sørge for at forholdene tilrettelegges for en forsvarlig legetjeneste.

Kommunen kan tydeliggjøre og sikre en forsvarlig legetjeneste ved å spesifisere egne krav til god praksis. Disse kravene bør baseres på en vurdering av hvilke oppgaver og funksjoner legen skal dekke, herunder arbeidsfordeling i forhold til andre aktører, jfr 4.2.

Vurdering og krav må omfatte organisering og tilrettelegging fra kommunens side, jfr 4.3 og sees i sammenheng med andre forhold som kan påvirke behov og kompetansekrav i legetjenesten, jfr 4.4.

### 4.1 Lovkrav

En rekke lover og forskrifter stiller krav til legetjenester og er styrende for sykehjem. Kommunens plikt til å sørge for nødvendig helsehjelp (herunder legetjenester) er regulert i kommunehelsetjenesteloven § 1-1. Bestemmelsen innebærer at kommunen skal sørge for nødvendig helsetjeneste for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen. § 1-1 er formulert som en plikt for kommunen og korresponderer med § 2-1 som er en rettighetsbestemmelse. Sammenholdes disse bestemmelsene med § 1-3a, innebærer retten til nødvendig helsehjelp at det både stilles krav til forsvarlig omfang og innhold i legetjenesten.

Loverket inneholder materielle bestemmelser rettet mot enkeltindividet (pasientrettet virksomhet), mens andre bestemmelser stiller krav på systemnivå (krav til virksomheten). Eksempel på bestemmelser på systemnivå er krav om å lage prosedyrer og rutiner for ulike medisinskfaglige områder. Dette er lovkrav som er rettet mot kommunens og sykehjemmets ledelse, men som kan kreve medvirkning av lege.

Det forutsettes at de aktuelle lover og forskrifter er kjent i kommunen. SHdir har utgitt veiledere til bl.a. Kvalitetsforskriften, Internkontrollforskriften og Forskrift om individuell plan, som også forutsettes godt kjent i kommunen. I vedlegg 2 er lover og forskrifter behandlet mer inngående, med spesiell vektlegging av konsekvenser i forhold til legetjenesten på sykehjem.

De viktigste lover og forskrifter som berører sykehjem og sykehjemslegens virksomhet er:

#### **Lov nr 66 av 19.11.1982 om helsetjenesten i kommunen**

- Retten til nødvendig helsehjelp (inkludert nødvendig legehjelp) er lovfestet i kommunehelsetjenesteloven § 2-1 første ledd. § 1-3 inneholder en oversikt over hvilke tjenester kommunen skal sørge for.  
Kommunehelsetjenesteloven pålegger kommunene å sørge for at nødvendig helsehjelp dekkes på en forsvarlig måte. Dette gjelder også for pasienter i sykehjem.
- Forskrift nr 792 av 27. 06. 2003 om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene (Kvalitetsforskriften) som omhandler sikring av pasientenes grunnleggende behov, § 3
- Forskrift nr 932 av 14.11.1988 for sykehjem og boform for heldøgns opphold
- Forskrift nr 392 av 24. 04.1988 om vederlag for opphold på institusjon mv.
- Forskrift nr 1153 av 18.11.1987 om legemiddelforsyningen mv i den kommunale helsetjenesten mv.
- Forskrift nr 765 av 28. 06.2001 om habilitering og rehabilitering
- Forskrift nr 1731 av 20.12.2002 om internkontroll gjelder for virksomhet (f.eks sykehjem) som omfattes av helselovgivningen og som er pålagt internkontrollplikt etter lov om statlige tilsyn med helsetjenesten § 3. Forskriften skal bidra til faglig forsvarlige sosial- og helsetjenester gjennom krav til systematisk styring og kontinuerlig forbedringsarbeid i tjenestene.

#### **Lov nr 63 av 02. 07.1999 om pasientrettigheter**

- Loven beskriver rettigheter på en rekke områder for pasienten, bl.a. nødvendig helsehjelp, individuell plan, i forhold til journal, medvirkning og informasjon under helsehjelp og samtykke til helsehjelp, samt klage.
- Loven hjemler Forskrift nr 1837 av 23.12.2004 om individuell plan

#### **Lov nr 64 av 02. 07.1999 om helsepersonell m.v.**

- Loven beskriver krav til yrkesutøvelse, taushetsplikt, opplysningsrett og opplysningsplikt
- Loven beskriver dokumentasjonsplikt for helsepersonell og hjemler pasientjournalforskriften (nr 1385 av 21.12.2000)

#### **Lov nr 55 av 05. 08.1994 om vern mot smittsomme sykdommer (Smittevernloven)**

- Loven beskriver bl.a. retten til nødvendig smittevernhjelp og kommunelegens plikter i smittevernet
- Loven hjemler Forskrift nr 610 av 17.06.2005 om smittevern i helsetjenesten

#### **Lov nr 54 av 03. 06.1983 om tannhelsetjenesten**

## 4.2 Kommunenes egne krav til kvalitet

Kommunens egne krav kan omfatte krav som bidrar til å sikre en forsvarlig legetjeneste, men også krav som kan sikre at pasienter, pårørende og samarbeidspartnere oppfatter legetjenesten som en god tjeneste.

I den nasjonale kvalitetsstrategien ”... og bedre skal det bli” setter SHdir opp noen kjennetegn for tjenester av god kvalitet. I vedlegg 6 er beskrevet hvordan legetjenesten kan vurderes i forhold til denne strategien.

I dette kapitlet er beskrevet noen områder hvor det kan være naturlig for kommunen å spesifisere krav til legetjenesten. Krav til god praksis bør følges opp med lokale indikatorer på god praksis.

Formulering av krav til legetjeneste forutsetter en gjennomgang av oppgaver legen forutsettes å skulle løse. Kommunen må vurdere hvilke oppgaver som skal vektlegges og prioriteres, og ta standpunkt til hvordan eventuelle oppgaver som ikke dekkes av sykehjemslegen skal løses.

Legens oppgaver kan naturlig deles i tre områder:

- Individrettede oppgaver
- Institusjonsrettede oppgaver
- Samhandling med eksterne aktører

### 4.2.1 Individrettede oppgaver

Det bør kreves av en forsvarlig legetjeneste at legen har tid og kompetanse til å løse de individrettede oppgavene. Kommunen bør vurdere om det skal spesifiseres krav til god praksis basert på visse indikatorer, se egen ramme.

Individrettede oppgaver er oppgaver som knytter seg til undersøkelse, diagnostikk og behandling av den enkelte pasienten ved innkomsten i sykehjemmet, som ledd i oppfølging av pasienten under oppholdet, ved akutt sykdom og ved utskrivning.

Legens arbeid skal dokumenteres i form av innkomstjournal, behandlingsplan, ordinerer av legemidler, og løpende journalnotater. Annen dokumentasjon knytter seg til epikriser til fastlegen ved utskrivning eller død, henvisninger til spesialisthelsetjenesten ved behov, og erklæringer bl.a. i forbindelse med oppnevning av hjelpeverge og for pasienter med manglende samtykkekompetanse.

I det individrettede arbeidet inngår også samtaler med pasient og pårørende, og tverrfaglig arbeid, bl.a. ved å organisere og/eller delta på regelmessige tverrfaglige og flerfaglige planleggings- og oppfølgingsmøter.

Det er to situasjoner hvor kommunen må vurdere om oppgaven skal dekkes fullt ut av legen på sykehjemmet eller om helsehjelpen skal gis på annen måte. Det gjelder i akutsituasjoner og i situasjoner hvor det er behov for mer spesialisert undersøkelse eller behandling.

Ved *akutt sykdom* som utløser et behov for helsehjelp utenom legens avtalte arbeidstid vil det vanligvis være behov for å tilkalle legevakt. Ved skader, sår og eventuelt mistanke om brudd vil pasienten oftest bli sendt til stasjonær legevakt. Omfanget av legevaktsbruk avhenger bl.a. av hvordan legetjenesten ved sykehjemmet er dimensjonert og organisert. Kommunen må foreta en avveining av om man vil basere seg på bruk av legevakt, eller tilrettelegge legetjenesten ved sykehjemmet slik at akuttsituasjoner i størst mulig grad håndteres av denne. For pasientene er det et gode at de møter den kjente legen i akuttsituasjonen.

Sykehjemslegen bør medvirke til at det utarbeides gode rutiner for håndtering av akuttsituasjoner og retningslinjer for når legevaktslege skal tilkalles.

Sykehjemslegen må også legge til rette for at eventuell legevaktslege får best mulige forutsetninger for å gjøre en god vurdering, bl.a. ved tilrettelegging av pasientdokumentasjon.

Det andre området hvor kommunen må gjøre en avveining er i forhold til henvisninger til *spesialistundersøkelse* eller innleggelse i *sykehus*. Kommunens avveining må gå på hvordan det legges til rette for mer spesialisert og omfattende undersøkelse og behandling i forhold til legetid, legens kompetanse, fysiske forhold, utstyr og kompetanse hos annet personell.

#### **Aktuelle områder for å utvikle kvalitetsindikatorer i individrettet legearbeid**

- Antall dager før samtale med lege og opptak av journal
- Journalens innhold og kvalitet
- Rutiner for sykehjemslegens samtaler med pårørende
- Rutiner for sykehjemslegens deltagelse i tverrfaglig arbeid og kommunikasjon i sykehjemmet
- Etablerte oppfølgingsrutiner med samtale og klinisk undersøkelse for langtidspasienter
- Skriftlig dokumentert oppdatert behandlingsplan, inkludert forholdsregler i akuttsituasjoner
- Skriftlig ordinerer av legemidler,
- Antall legevaktsbesøk i et gitt tidsrom (pr pasient og totalt på institusjonen)
- Antall sykehusinnleggelser i et gitt tidsrom (pr pasient og totalt på institusjonen)
- Grad av fornøydhet hos pasientene (jf brukerundersøkelser, tilgjengelighet til legetjeneste)
- Systematisk utredning av pasienter med symptomer på demens

#### **4.2.2 Institusjonsrettede legeoppgaver**

Sykehjemslegens engasjement i institusjonsrettede oppgaver er ønskelig og nødvendig på flere områder. Dette må kommunen også ta med i vurderingen av behovet for legetjeneste.

Sykehjemmets ledelse har ansvaret for at lovkrav til sykehjemmet og sykehjemmets virksomhet overholdes. I noen tilfelle er kommunelegen gitt et særlig ansvar, for eksempel innen smittevern.

Flere lovkrav berører imidlertid medisinskfaglige områder som gjør det ønskelig at sykehjemslegen deltar i arbeidet. Sykehjemslegen har et ansvar som medisinskfaglig rådgiver for ledelsen, og bør delta i utvikling og gjennomføring av internkontroll- og kvalitetssystemer og i internundervisningen i sykehjemmet. Kommunen må, i samarbeid med sykehjemmets ledelse, vurdere i hvilket omfang legen skal engasjere seg i slikt arbeid. Det kan vurderes om det på noen områder kan utvikles felles prosedyrer hvis det er flere sykehjem i kommunen eller ved interkommunalt samarbeid.

Det kan også være behov for å utvikle medisinsk faglige prosedyrer og retningslinjer for å sikre at legetjenesten kan utøves på en forsvarlig måte. God kvalitet i den medisinske behandlingen er avhengig av at observasjon og oppfølging skjer på en god måte også når sykehjemslegen ikke er tilstede. Dette kan skje gjennom skriftlige prosedyrer for behandling og oppfølging av pasienter med ulike medisinske tilstander. Det bør også lages retningslinjer for hvorledes akutte situasjoner skal håndteres, og prosedyrer i forbindelse med inn- og utskrivning i sykehus.

Aktuelle institusjonsrettede oppgaver for sykehjemslegen er å ta ansvar for eller medvirke til utarbeidelse av:

- Medisinskfaglige retningslinjer og prosedyrer
- Rutiner knyttet til legetjenesten
- Retningslinjer ved etiske og juridiske problemstillinger
- Legemiddelrutiner
- Journalrutiner
- Infeksjonskontrollprogram
- Program for internundervisning, fagutvikling og forskning

At sykehjemmet har skriftlige prosedyrer på ulike områder, ikke minst som oppfølging av lov- og forskriftskrav, er et uttrykk for at sykehjemmets virksomhet drives på en forsvarlig og god måte. Direkte og indirekte kan dette også være et uttrykk for en god legetjeneste. Dette er også et område hvor kommunen kan stille kvalitetskrav og utvikle kvalitetsindikatorer.

#### **4.2.3 Ansvarsfordeling og samhandling med eksterne aktører**

Ansvars- og oppgavefordeling innen helse- og omsorgstjenesten og samhandling med andre aktører påvirker sykehjemslegens virksomhet. Spesielt i forholdet mellom sykehus og sykehjem kan det lett oppstå gråsoner. Videre er ansvars- og oppgavefordelingen i forhold til pasientenes fastlege spesielt viktig, ikke minst for pasienter på tidsbegrensede opphold. Også for sykehjemslegens institusjonsrettede oppgaver bør ansvars- og oppgavefordeling klarlegges, spesielt i forhold til kommunelegens funksjon. Det bør avklares ansvar og hvilke oppgaver de ulike aktørene har.

Det er under arbeid en rammeavtale mellom Regjeringen og KS om samhandling mellom kommunenes helse- og omsorgstjenester og helseforetakenes spesialisthelsetjeneste. Det vil også bli utarbeidet en veileder for å understøtte inngåelse av lokale avtaler.

Samhandling krever tid. Samhandling med andre aktører bør være en viktig del av sykehjemslegens oppgaver. God samhandling innebærer gode rutiner når pasienter flyttes fra et behandlingsnivå til et annet, god dokumentasjon om pasienten og god informasjonsflyt. Det må være rom for sykehjemslegen til aktiv medvirkning i disse prosessene, dels i forhold til den enkelte pasient, dels i utarbeidelse av gode rutiner for samarbeidet. Krav til den dokumentasjonen som skal følge pasienten bør være klarlagt, ikke minst gjelder det oppdaterte medisinske opplysninger som skal følge pasienten. Dette har betydning både for kvaliteten på legearbeidet og for den tid det er nødvendig å bruke på å samle inn dokumentasjon. Dette gjelder begge veier og i forhold til både sykehus og primærhelsetjeneste.

Samhandling med andre aktører kan være et område hvor kommunen vil sette krav til god praksis og eventuelt utvikle kvalitetsindikatorer, enten for sykehjemmets virksomhet generelt, eller for sykehjemmets legetjeneste spesielt. Noen eksempler er gitt nedenfor.

***Mulige områder for utvikling av kvalitetsindikatorer i sykehjemmets/ sykehjemslegens samhandling med andre aktører***

- Retningslinjer for utveksling av medisinske pasientopplysninger mellom sykehjemmets og helseforetakets lege og pleiepersonale
- Avklart ansvarsfordeling mellom sykehjemslege og fastlege for pasienter på korttidsopphold
- Retningslinjer for utveksling av medisinske pasientopplysninger mellom sykehjemslege og pasientens fastlege, for eksempel epikrise til fastlegen etter korttidsopphold
- Legeopplysninger fra fastlege, eventuelt annen primærlege, følger pasienten ved innleggelse
- Sykehjemslegen deltar i individrettede og systemrettede samarbeidsmøter med helse- og omsorgstjenesten i kommunen, og i inntaksprosessen for sykehjemmet
- Sykehjemslegen deltar i kollegiale kontaktmøter i den øvrige legetjeneste i kommunen og i det lokale sykehuset

## **4.3 Organisering og tilrettelegging**

### **4.3.1 Organisering**

Kommunen må i prosessarbeidet vurdere hvordan organisering og arbeidsfordeling mellom legene i kommunen vil kunne påvirke dimensjoneringen av legetjenesten på sykehjemmet.

Noen steder har det til tider vært vanskelig å rekruttere leger til sykehjem. Etter innføring av fastlegeordningen kan kommunen tilplikte fastlegene å delta i offentlige allmennmedisinske oppgaver, herunder legetjeneste ved sykehjem, i inntil 7,5 timer pr uke.

Ved større sykehjem er det imidlertid påpekt at når legetjenesten deles mellom flere fastleger kan tjenesten bli oppstykket. Dette innebærer dårlig kontinuitet i forholdet til den enkelte pasient og manglende helhet i det medisinskfaglige ansvaret for

sykehjemmet. Det er derfor tatt til orde for at det i større grad bør satses på sykehjemsleger som har denne virksomheten som sitt hovederhverv. Dette vil vanligvis bety en større stillingsbrøk enn det er mulighet for fastlegene å innpasse i sin virksomhet. En større stillingsbrøk kan legge et bedre grunnlag for et helhetlig engasjement fra sykehjemslegen, både overfor pasientene, de institusjonsrettede oppgaver og forholdet til eksterne aktører.

Det er vanlig å fordele avtalt legetid på bundet og ubundet tid. I den ubundne tiden har legen avtale om telefontilgjengelighet, i noen tilfelle også mulighet for tilkalling. Kommunen må vurdere om det er ønskelig med en slik fordeling av legetimene.

#### **4.3.2 Kommunens tilrettelegging for god praksis**

Kommunen må vurdere om forholdene er lagt tilstrekkelig til rette for at sykehjemslegen kan drive en forsvarlig praksis.

##### ***Kontorforhold mv***

Det foreligger ingen bestemmelser om at legen har krav på eget kontor eller bestemt utstyr. Derimot finnes lovkrav om forsvarlighet i tjenesten, om taushetsplikt og krav til dokumentasjon. For å oppfylle taushetsplikten vil det vanligvis være en fordel med eget kontor for legen bl.a. for å ivareta taushetsplikten ved samtale med pasient og pårørende, pasientrelaterte telefonsamtaler med sykehus eller fastleger, overformynderi eller tilsynsmyndighet. Eget kontor vil også legge til rette for uforstyrret arbeid med journalskriving og annen dokumentasjon. Fravær av kontor og egnet utstyr betyr ikke nødvendigvis at legenes arbeid blir uforsvarlig, men kan bety at oppgavene blir mer tidkrevende og dokumentasjon og kommunikasjon om pasienten mindre tilfredsstillende.

Kontortekniske forhold som utstyr for elektronisk journal og tilknytning til Norsk Helsenett med mulighet for elektronisk overføring av henvisninger og epikriser påvirker hvordan legen kan utføre oppgavene sine.

##### ***Medisinskfaglig utstyr***

Kommunen må vurdere ansvars- og oppgavefordelingen i kommunens tilbud om helsehjelp og sikre at det finnes nødvendig medisinsk utstyr til å ivareta kravet om faglig forsvarlighet og nødvendig helsehjelp i sykehjemmet. Sykehjemmets diagnostiske utstyr bør som et minimum ha tilsvarende nivå som på allmennlegekontorene. Dette vil ivareta legens mulighet for å utføre faglig forsvarlig arbeid i forhold til de vanligste tilstander hos pasientene, uten å måtte overføre pasientene til spesialisthelsetjenesten. Eksempler på undersøkelser som kan gjøres i sykehjem og som krever utstyr er presentert i vedlegg 7.

##### ***Laboratoriefunksjoner***

Laboratorieanalyser utført på sykehjemmet i eget laboratorium eller på legekantoret kan gi legen og annet personell raskere avklaring av diagnose, og ved behov iverksette behandling. Som regel er det begrenset hvilke undersøkelser som kan gjøres. Øvrige undersøkelser gjøres ved at sykehjemmets personale tar prøver som sendes til eksternt laboratorium. Det finnes også ordninger med ambulant laboratorieservice fra sykehus. Kommunen må vurdere hvordan laboratorietjenesten skal organiseres, men det er nødvendig å sikre kvaliteten både på undersøkelser som gjøres på sykehjemmet og ved prøvetagning og forsendelse av prøver. Dette kan gjøres ved at sykehjemmet blir medlem av Norsk senter for kvalitetssikring av laboratorietjenester utenfor sykehus (NOKLUS).

## 4.4 Andre forhold som vil influere på behov for legedekning og kompetanse

### 4.4.1 Sykehjemmets profil

Avhengig av sykehjemmets profil vil pasientsammensetningen og behovet for helsehjelp variere. Dette må tas med i vurderingen av hvilke krav som skal stilles til legetjenesten både når det gjelder dekning og kompetanse.

Med sykehjemmets profil menes sykehjemmets plass i kommunens helsetjeneste og sammensetning av tilbud sykehjemmet har, for eksempel fordeling av plasser på ulike typer korttidsplasser, langtidsplasser, dagplasser og evt. nattplasser. Det kan være spesialisering av plasser for ulike formål: skjermede enheter for pasienter med aldersdemens, for pasienter med psykiske lidelser og pasienter i palliativ omsorg. Egne spesialiserte enheter for pasienter med MRSA- infeksjoner<sup>3</sup> er også aktuelt.

Det er kommunen som innenfor kommunehelsetjenestelovens og sykehjemsforskriftens rammer bestemmer hvilke oppgaver sykehjemmet skal vektlegge og prioritere. I større kommuner med flere sykehjem kan kommunen også ønske å utvikle ulike profiler på sykehjemmene.

Ulike pasientgrupper kan stille ulike krav til kompetanse og tidsbruk i legetjenesten.

Aktuelle pasientgrupper er:

- Langtidspasienter
- Pasienter på tidsbegrenset opphold for:
  - Rehabilitering
  - Etterbehandling
  - Vurdering av omsorgsnivå
  - Utredning og behandling
  - Avlastningsopphold
- Pasienter med spesielle behov
  - Pasienter med demens
  - Pasienter med behov for palliativ omsorg
  - Pasienter med psykiske lidelser
  - Psykisk utviklingshemmede

I vedlegg 8 er pasientgruppene nærmere beskrevet.

### 4.4.2 Sykepleietjenesten og annet helsepersonell

Sykepleietjenesten vil ha avgjørende innflytelse på hvordan legen kan utføre sitt arbeid, og på utfallet av de tiltak sykehjemslegen iverksetter. Høy fagkompetanse i sykepleietjenesten sikrer god oppfølging av pasienten, og kan medvirke til å prioritere legens arbeid.

---

3 MRSA: Methicillinresistente gule stafylokokker

Hvordan øvrige ansatte og primærkontakter observerer og følger opp pasienten er også av stor betydning for den samlede helsehjelpen pasienten får. Det er viktig at det personalet som har den nærmeste kontakten med pasienten i det daglige får tilstrekkelig informasjon om pasienten til å kunne foreta en forsvarlig observasjon og oppfølging av pasienten. Sykehjemslegen må ha tilstrekkelig tid til informasjon og kommunikasjon om oppfølging av pasientene, og til at dette kan skje innenfor tidsrom som er hensiktsmessig for pleiepersonalet.

Det er nødvendig at kommunen i samarbeid med sykehjemmets ledelse vurderer forholdene i pleietjenesten som en del av de rammene sykehjemslegen skal arbeide innenfor. Denne del av sykehjemmets virksomhet ligger utenfor denne veilederens virkeområde. Dette er ikke til hinder for at prinsippene i veilederen også anvendes i forhold til andre personalgrupper.

#### **4.4.3 Fysioterapitjenesten og ergoterapitjenesten**

I tillegg til sykepleiere og annet pleiepersonale er fysio- og ergoterapeuter viktige samarbeidspartnere for leger i sykehjem. Med sin spesialkompetanse er de sykehjemslegens nærmeste samarbeidspartner i kartlegging og vurdering av pasientenes funksjonsnivå ved hjelp av ADL-vurderinger og psykometriske tester, i planlegging og gjennomføring av rehabiliteringsopplegg, og i utarbeidelse av tiltaksplaner. Dette krever at sykehjemslegen har kompetanse og interesse for tverrfaglig arbeid og deltar i tverrfaglige møter.

Som for sykepleietjenesten må kommunen vurdere fysio- og ergoterapitjenesten som en del av rammeverket for sykehjemslegens virksomhet, selv om dette også er en tjeneste som faller utenom denne veilederens virkeområde.

## 5. Analysere forbedringsbehovet og forbedringspunkter for legedekningen

Dette kapittel handler om hvordan kommunen sammenholder dagens situasjon med de ønsker og krav man har til god praksis.

Siden kvaliteten i det helsetilbudet pasienten får på sykehjemmet også avhenger av andre forhold enn bare legetjenesten, må denne vurderes i et helhetsperspektiv. Kommunen må vurdere om forbedringsbehovet først og fremst knytter seg direkte til legetjenesten, eller om det er andre forhold som spiller inn dersom tjenesten vurderes som utilstrekkelig.

Det er opp til kommunen å prioritere på hvilke områder forbedringstiltak bør iverksettes og hvilke muligheter det er for gjennomføring. Nedenfor er nevnt noen områder kommunen bør vurdere.

### 5.1 Legetid i forhold til oppgaver

Svært ofte blir det påpekt at legen har for lite tid til å kunne dekke alle oppgaver som forventes løst. Det er derfor spesielt viktig at kommunen vurderer om legedekningen står i forhold til de oppgaver legen forventes å ivareta. Dette må i utgangspunktet basere seg på skjønn, eventuelt på erfaringer andre har gjort, og hva som er vanlig praksis på tilsvarende sykehjem. Dersom tilgjengeligheten til lege anses dårligere nå enn før, må det vurderes om det er andre forhold som har endret seg, for eksempel om det er kommet flere korttidspasienter, mer krevende pasienter, større krav til dokumentasjon, eller større forventninger til å utarbeide prosedyrer og lignende.

### 5.2 Kompetanse i forhold til oppgaver

En stor del av legearbeidet utføres av spesialist i allmennmedisin, som vil ha en bred erfaring innenfor sitt fagområde. Det kan allikevel være behov for spesiell kompetanse innenfor visse områder. Kommunen må derfor vurdere om det er behov for å trekke inn annen kompetanse, eventuelt ved samarbeidsordninger og kompetanseoverføring fra sykehus. Kompetansekrav kan også møtes ved å legge til rette for videre- og etterutdanning for legene. I særlig grad vil dette gjelde for leger uten spesiell erfaring innen allmennmedisin eller andre relevante fagområder. Det er viktig at legene i kommunehelsetjenesten får mulighet til kompetanse- og fagutvikling ved at det legges til rette for deltakelse i kurs og nettverkssamlinger.

### 5.3 Institusjonsrettede oppgaver

Kartleggingsfasen kan avdekke mangelfull oppfølging av for eksempel kvalitetsforskriftens krav til skriftlige prosedyrer på viktige områder. Manglende og ufullstendige prosedyrer og retningslinjer kan også avdekkes gjennom

internrevisjon. Slike funn kan skape usikkerhet om hvorvidt kravene i lov og forskrift overholdes. Siden sykehjemslegens medvirkning er ønskelig for å rette opp disse forholdene, kan forbedring av situasjonen få konsekvenser for legedekning og kompetanse.

#### **5.4 Fysiske forhold, utstyr mv.**

Det er ikke slik at legetjenesten nødvendigvis er uforsvarlig om det ikke er tilrettelagt fullt ut med eget kontor og utstyr. Det kan imidlertid føre til at legen må bruke mer tid, og til flere sykehusinnleggelse for pasienten uten at dette betyr at praksis er uforsvarlig. I svært mange kommuner er det allikevel et forbedringspotensial for tilrettelegging for at legen kan utøve en forsvarlig og god praksis.

## 6. Vedta lokalt nivå for bemanning av leger i sykehjem

### 6.1 Lokalt nivå for bemanning av leger

Rundskriv I-4/2007 forutsetter at kommunen fatter et konkret vedtak om legedekning i kommunens sykehjem, og en plan for å oppnå det ønskede nivå.

Vedtaket må basere seg på de tidligere faser i planprosessen:

- Initial kartlegging av legetjenesten og forhold som influerer på denne
- Hvilke krav kommunen vil stille i forhold til lov, forskrift og god praksis
- Analyse av om det er behov for endringer/forbedringer i forhold til de kravene som er stilt

Vedtaket om legetjeneste skal angi en lokal norm for antall årsverk/ukentlige legetimer i de enkelte sykehjem, gjerne også uttrykt som legetid pr pasient pr uke, jf de nasjonale kvalitetskriteriene.

I tillegg kan vedtaket omfatte:

- Eventuell fordeling på tilstedetid og ubundet tid.
- Eventuelle krav til kompetanse hos legen.
- Kommunens tilrettelegging for forsvarlig praksis, for eksempel kontor og utstyr, mulighet for fagutvikling, kompetanseheving og forskning.
- Organisering av legetjenesten.
- Tilgang til lege ved behov for øyeblikkelig hjelp.

Det bør beskrives i saken hvilke premisser vedtaket baserer seg på, jf kap 4, for eksempel nærmere definerte oppgaver legen skal ivareta, pasientkategorier ved sykehjemmet, dekningsgrad og fagkompetanse hos annet personell, først og fremst sykepleietjenesten og rehabiliteringspersonell.

Videre bør omtales hvilke indikatorer man vil benytte for å måle effekten av de iverksatte vedtakene, for eksempel tilgjengelighet, grad av brukertilfredshet, bedre journalkvalitet, tverrfaglig samarbeid i rehabilitering eller mer tid til å delta i internundervisning.

Vedtaket må omfatte en tidsplan for når vedtakene skal være iverksatt og eventuelle forutsetninger for gjennomføring.

### 6.2 Andre endrings- eller forbedringsmål

Ved kommunens kartlegging og analyse av legetjenesten kan det være avdekket behov for endringer eller forbedringer på andre områder enn legetjenesten. Dette kan ha konsekvenser for legetjenesten og for en helhetlig tilnærming til helsehjelpen.

Eksempler på dette kan være:

- Revisjon av organisasjonsplanen for legetjenesten i kommunen
- Avtaler med eksterne aktører om samhandlingsrutiner og kommunikasjon
- Dekningsgrad og fagkompetanse
- Internundervisning og fagutvikling for personalet
- Skriftlige prosedyrer som skal være utarbeidet i henhold til lovverk mv.
- Pasientrelaterte forhold som pasientsammensetning, fordeling mellom langtids- og korttidsplasser, behov for plasser for aldersdemente mv.
- Kommunen bør følge opp slike forhold parallelt med vedtak om legetjeneste.

## 7. Etablere system for evaluering og revidering

Denne veilederen beskriver en prosess for kvalitetsforbedring i legetjenesten. Denne prosessen bør skje kontinuerlig på samme måte som det internkontrollforskriften og kvalitetsforskriften legger opp til. En kontinuerlig kvalitetsforbedring innebærer at kommunen må etablere et system for å kunne følge opp og evaluere effekten av de iverksatte tiltakene.

Oppfølging og evaluering av mål og tiltak forutsetter at det er definert i forrige fase hvilke indikatorer og forhold som skal danne grunnlag for dette. Hjelpeskjemaer kan være et verktøy i oppfølgingen jf vedlegg 4 og 5.

En løpende oppfølging og registrering av på forhånd definerte hendelser knyttet til det aktuelle området vil også gi godt grunnlag for evalueringen. Evalueringen må følges av en analyse av hvorfor målene ikke er nådd.

Manglende måloppnåelse når det gjelder kvalitet på legetjenesten kan henge sammen med at de vedtatte normeringer ikke har blitt gjennomført som forutsatt eller ikke har hatt den ønskede effekt.

Forklaringen på manglende måloppnåelse kan for eksempel være:

- Normeringen ble ikke iverksatt eller evaluert
- Manglende økonomiske eller personellmessige ressurser
- Instabilitet i legetjenesten
- Endringer i sykehjemmets profil eller pasientsammensetning
- Endringer i personalsammensetningen i forhold til forutsetningene
- Endret oppgavefordeling i forhold til eksterne aktører

Korrigerende tiltak vil være avhengig av årsakene. Det kan da være nødvendig å gjennomføre planprosessen på ny.

Det bør allerede når forbedringsmålene vedtas fastsettes en tidsplan for når evaluering skal foretas. En oppfølging og evaluering av status og måloppnåelse bør minimum foretas hvert år i forbindelse med årsrapporter. Det er selvsagt ikke nødvendig med revisjon av vedtak om normering og andre tiltak hvert år dersom tjenesten ikke vurderes som uforsvarlig.

# Vedlegg

## Vedlegg 1

### Litteratur og aktuelle nettsteder

- St.meld.nr.45 (2002-2003) Betre kvalitet i dei kommunale omsorgstenestene
- Normering av legetjenester i sykehjem, rapport, IS-1293, SHdir 2005
- Legetjenester i sykehjem: en nasjonal kartlegging, Statens helsetilsyns utredningsserie IK- 2698, 1999
- "Når du blir gammel – og ingen vil ha deg", Legeforeningens statusrapport om helsetjenester for eldre, 2001
- Legetjenester til personer med kommunale omsorgstjenester utenfor institusjon, rapport, IS-1420, SHdir 2006
- St.prp. nr.1 (2005 – 2006) for budsjettåret 2006. Helse- og omsorgsdepartementet.
- St. meld.nr.25 (2005 – 2006) Mestring, muligheter og mening
- Nasjonal helseplan (2007-2010). Særtrykk av St.prp. nr.1 (2006 – 2007) Helse- og omsorgsdepartementet
- "Hvordan holde orden i eget hus". Internkontroll i sosial- og helsetjenesten, veileder, IS-1183, SHdir 2004
- Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene, veileder, IS-1201, SHdir 2004
- "... og bedre skal det bli". Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten, IS-1162, SHdir 2005
- Kvalitetsindikatorer i Norsk Allmennmedisin, Den norske lægeforening, Kvalitetsutvalget for primærmedisin, 2003
- Anette H. Ranhoff, Gisle Schmidt, Unni Ånstad (red): Sykehjemsmedisin for sykepleiere og leger. Universitetsforlaget 2007
- Nasjonal standard for legetjenester i sykehjem, rundskriv I – 4/2007, Helse- og omsorgsdepartementet

### Aktuelle nettsteder:

- [www.lovdata.no](http://www.lovdata.no)
- [www.SHdir.no](http://www.SHdir.no)
- [www.odin.no](http://www.odin.no)
- [www.bedrekommune.no](http://www.bedrekommune.no)
- [www.effektiviseringsnettverkene.no](http://www.effektiviseringsnettverkene.no)
- [www.ogbedreskaldetbli.no](http://www.ogbedreskaldetbli.no)
- [www.kup.no](http://www.kup.no)
- [www.legeforeningen.no](http://www.legeforeningen.no)
- [www.sykehjemsmedisin.no](http://www.sykehjemsmedisin.no)

## Vedlegg 2

### Lover og forskrifter

#### Lovkrav

Gjennomgang av relevante lover og forskrifter som stiller krav til kvaliteten på legetjenester og som er styrende for virksomheten på sykehjem.

#### 1. Kommunehelsetjenesteloven (nr 107 av 25.9.1992)

Retten til nødvendig helsehjelp (inkludert nødvendig legehjelp) er lovfestet i kommunehelsetjenesteloven § 2-1 første ledd. § 1-3 inneholder en oversikt over hvilke tjenester kommunen skal sørge for.

Kommunehelsetjenesteloven pålegger kommunene å sørge for at nødvendig helsehjelp dekkes på en forsvarlig måte. Dette gjelder også for pasienter i sykehjem.

Hva som anses som nødvendig helsehjelp tar utgangspunkt i en medisinsk og en juridisk begrepsforståelse. I den medisinske dimensjonen vil *nødvendig* først og fremst referere seg til pasientens behov. Hjelpen er nødvendig når pasienten har noe ved sin tilstand som viser eller begrunner mistanke om eller forekomst av sykdom eller mulig funksjonstap som ikke er ubetydelig. Nødvendig helsehjelp innebærer at det foretas en vurdering av hvorvidt pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen, og at kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt. Nødvendig helsehjelp omfatter ikke bare undersøkelse og behandling ved skade og sykdom (Ot.prp. nr 66 (1981-1982) – forarbeider til kommunehelsetjenesteloven). Av kommunehelsetjenesteloven § 1-3 går det fram at nødvendig helsehjelp også omfatter handlinger som har et forebyggende, diagnostisk, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål.

#### 2. Pasientrettighetsloven (lov nr 63 av 2.7.1999)

Pasientrettighetsloven omhandler rettigheter som mottakere (pasienter) av helsetjenester har overfor kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Lovens formål er å bidra til fordelingsrettighet, som innebærer lik tilgang til helsetjenester. Med dette menes at alle skal sikres helsehjelp uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomisk, kulturell, språklig og sosial status.

Som rettighetslov vil pasientrettighetsloven komme til anvendelse på personer som oppfyller lovens definisjon (§ 1-3a) av å være *pasient*, uavhengig av om tjenesten defineres som en kommunal eller spesialisert tjeneste. Med pasient etter definisjonen i pasientrettighetsloven menes *en person som henvender seg til helsetjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helsetjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfellet*.

Pasientrettighetsloven utløser rettigheter som bl.a. rett til informasjon, rett til vurdering/fornytt vurdering (§2-2, § 2-3), rett til valg av sykehus, rett til individuell plan (§ 2-5), rett til syketransport (§ 2-6), rett til innsyn i egen journal og rett til nødvendig helsehjelp (herunder nødvendige legetjenester).

Helsehjelp kan bare gis med pasientens samtykke, jf § 4-1. Dette med mindre det foreligger lovhjemmel eller annet gyldig rettsgrunnlag for å gi helsehjelp uten samtykke. Samtykkekravet gjelder for alle former for helsehjelp som pasienter undergis eller medvirker til, det vil si pleie, omsorg, undersøkelse, innleggelse og behandling.

De generelle bestemmelsene om samtykke går fram av vergemålloven.

Hovedregelen er at personer må være myndige, det vil si ha fylt 18 år for å kunne samtykke (ha samtykkekompetanse). For at et samtykke skal være gyldig, må samtykket være informert. Det betyr at pasienten må ha fått nødvendig informasjon om sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen, forstå hva hun/han har sagt ja eller nei til, og eventuelle konsekvenser av helsehjelpen. Videre kreves at samtykket er gitt frivillig.

Pasienten kan trekke sitt samtykke tilbake. I så fall skal den som yter helsehjelp (legehjelp) gi nødvendig informasjon om betydningen av at helsehjelpen ikke gis.

Rett til å samtykke til helsehjelp har:

- a) Myndige personer, med mindre annet følger av særlige lovbestemmelser
- b) Mindreårige etter fylte 16 år, med mindre annet følger av særlige lovbestemmelser eller av tiltakets art

Samtykkekompetansen kan bortfalle helt eller delvis dersom pasienten på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemning åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter. Den som yter helsehjelp avgjør om pasienten mangler samtykkekompetanse.

En vurdering av om en person har rett til nødvendig spesialisert helsehjelp (for eksempel legetjeneste), innebærer at det tas en konkret individuell vurdering av personens tilstand basert på alvorlighetsgrad, pasientens lidelse, utsikt til bedring og behandlingens effekt (rundskriv IS-12/2004 merknader til pasientrettighetsloven § 2-1).

### **3. Lov om helsepersonell m.v. (nr 64 av 2. juli 1999)**

Kravet om forsvarlig yrkesutøvelse for helsepersonell er presisert i helsepersonelloven § 4, der det går fram at helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Lov om helsepersonell § 4 pålegger alt helsepersonell å utføre sin virksomhet faglig forsvarlig. Samme lov § 16 pålegger virksomheten som yter helsehjelp at virksomheten skal organiseres slik at helsepersonell blir i stand til å oppfylle sine lovpålagte plikter.

Helsepersonelloven setter også andre krav til legens tjenesteutøvelse. Som tjenesteutøver har legen plikt til dokumentasjon. Dette er nærmere utdypet i Journalforskriften. Videre settes krav til legen om taushetsplikt. Kravene i Helsepersonelloven har sitt motstykke i Pasientrettighetsloven.

Helsepersonellens (herunder legens) plikt til forsvarlig yrkesutøvelse må ses i sammenheng med den plikt helsetjenesten har til forsvarlig virksomhet. Plikten innebærer at ledelsen ved et sykehjem har et ansvar for å legge forholdene til rette slik at legen og annet helsepersonell kan utføre sine oppgaver på en forsvarlig måte. Dette gjelder også tilrettelegging av dokumentasjonsplikten og taushetsplikten. I praksis betyr dette at fysisk tilrettelegging for utøvelse av legetjenester vil ha relevans ved en forsvarlighetsvurdering av legetjenesten, jf helsepersonelloven § 4. En tilsvarende vurdering vil gjelde for legens tilgang til medisinsk utstyr. Hva som er nødvendig utstyr vil kunne variere mellom sykehjemmene, avhengig av hvilke funksjoner det enkelte sykehjemmet har.

#### **4. Kvalitetsforskriften**

Forskriften gjelder for helsetjenester og for sosiale tjenester, og skal sikre kvalitet på bl.a. helsetjenester ved en helhetlig tilnærming av brukerens (sykehjemsbeboerens) behov. Det stilles krav til kommunen om å utarbeide skriftlig nedfelte prosedyrer som skal sikre at brukere av slike tjenester får ivaretatt sine grunnleggende behov.

Målsettingen er å bidra til kvalitet på helsetjenestene (herunder legetjenestene) gjennom individuelle, fleksible og helhetlige løsninger.

Av kvalitetsforskriften § 3 går det fram at kommunen er pålagt å etablere et system av prosedyrer som skal sikre at personer som mottar pleie- og omsorgstjenester (herunder legetjenester) skal få ivaretatt sine grunnleggende behov. Slike prosedyrer kan være skriftlig nedfelte rutiner om hvordan beboernes behov for nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling, rehabilitering og pleie og omsorg som skal tilpasses den enkeltes tilstand, er dekket. Andre eksempler på prosedyrer kan være rutiner som sikrer god medisinsk behandling ved akutt sykdom under korttidsopphold og langtidsopphold på sykehjem, og som ivaretar et godt samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Rutiner som ivaretar beboerens behov for tjenester fra spesialisthelsetjenesten ved akutt sykdom, eller som sikrer at legetjenester integreres i et samlet tverrfaglig rehabiliteringstilbud, kan være andre eksempler på prosedyrer som har til formål å sikre kvalitet på tjenestene i sykehjem.

#### **5. Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten**

Forskrift om internkontroll pålegger kommunen å ha systematiske tiltak i form av innarbeidede rutiner som skal sikre at virksomhetens aktiviteter planlegges, organiseres, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av sosial- og helselovgivningen. Det skal klart framgå hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt. Forskriften pålegger kommunen å utføre risiko- og behovsvurderinger, for eksempel for legetjenester i sykehjem.

Internkontrollforskriften pålegger kommunen å gjøre bruk av erfaringer fra pasienter og pårørende til forbedring av virksomheten, og å skaffe oversikt over områder i virksomheten hvor det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav. Videre å utvikle, iverksette, kontrollere, evaluere og forbedre nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av sosial- og helselovgivningen. Dette betyr at kommunen må ha et system for håndtering av avvik for læring og forbedring.

Ledelsen må legge til rette for en kultur der det oppmuntres til å bruke uønskede hendelser i et systematisk lærings- og forbedringsarbeid, og at virksomheten registrerer og følger opp sine resultater.

## **6. Forskrift om individuell plan**

Personer med behov for langvarige og koordinerte helse- og/eller sosiale tjenester, har rett til å få utarbeidet en individuell plan. Dette innebærer at beboere som har behov for langvarige og koordinerte helse/sosiale tjenester, har rett til å få utarbeidet en slik plan. Planen skal ikke utarbeides uten personens samtykke. Samtykket skal være informert. Det betyr at tjenestemottakeren må være informert om og ha forstått hva en individuell plan er, og hva samtykke vil innebære.

Rett til individuell plan betyr at tjenestemottakeren har rett til et dokument (plan) med et innhold som spesifisert i forskriften § 7. Planen skal bl.a. gi en helhetlig og samlet oversikt over tjenestetilbudet, et tidsperspektiv, hvem som er ansvarlige og gi en oversikt over virkemidler. Planen gir ikke tjenestemottaker større rett til helse- og/eller sosiale tjenester, men er et viktig verktøy og et virkemiddel for å oppnå et helhetlig tilbud av nødvendige tjenester.

Brukermedvirkningsprinsippet i § 4 er et sentralt prinsipp og innebærer at tjenestemottakeren har rett til å delta i arbeidet med sin individuelle plan. Kommunen har plikt til å legge til rette slik at tjenestemottakeren kan medvirke i planprosessen. En tjenesteyter skal ha hovedansvaret for oppfølging av tjenestemottakeren (§ 2 a). Legen kan delta i arbeidet med utarbeidelse av en individuell plan, og for eksempel gis ansvar for å følge opp egne tiltak/legetjenester eller medvirke i samordningen av og framdriften i arbeidet med planen (§ 7).

Det er tre instanser som er pålagt å utarbeide en individuell plan. Det er den kommunale sosial- og/eller helsetjenesten og helseforetakene. Den delen av kommunens sosial- /helsetjeneste eller det helseforetaket som tjenestemottakeren først henvender seg til, har en selvstendig plikt til å sørge for at planarbeidet iverksettes, uavhengig av om tjenestemottakeren mottar eller har mottatt bistand fra andre deler av tjenesteapparatet (§6).

## **7. Pasientjournalforskriften** (nr 1385 av 21.12.2000)

Det finnes en rekke lover og forskrifter som omhandler og har betydning for dokumentasjonsplikten, for eksempel pasientjournalforskriften (21.12.2000 nr 1385), helsepersonelloven, pasientrettighetsloven, personopplysningsloven (nr 31 14.4.2000) og helseregisterloven (nr 24 18.5.2001). Disse inneholder bestemmelser som er rettet mot enkeltindividet (rett til innsyn i egen journal § 5-1), og bestemmelser som pålegger virksomheten å utarbeide skriftlig nedfellede prosedyrer/systemer.

## **8. Forskrift om vederlag for opphold på institusjon m.v. av 26.4.1995 nr 392**

Vederlagsforskriften omhandler hva beboere skal betale for kort- eller langtidsopphold på sykehjem. Av forskriftens §7 går det fram at nødvendige legetjenester, medisiner og sykepleiertjeneste er noen av de tjenestene som omfattes (skal dekkes) av betalingen (vederlaget) på sykehjem.

Dette gjelder både for sykehjemsbeboere på korttids,- langtids,- dag- eller nattopphold på sykehjem. Det gjelder også for medisiner som er rekvirert av lege utenfor sykehjemmet, med unntak for de tilfeller hvor det er klart at det som er rekvirert står i misforhold til hva som er behovet (jf rundskriv I-47/98 fra Sosialdepartementet og IK-25/96, merknader til § 7).

#### **9. Smittevernloven med forskrift med mer** (nr 55 1954 og forskrift nr 610 av 17.6.2005)

Formålet er å forebygge og begrense forekomsten av infeksjoner i helsetjenesten. Smittevernloven gjelder for alle institusjoner som yter tjenester etter kommunehelsetjenesteloven § 1-3 andre ledd nr 6, det vil si for sykehjem eller boform for heldøgns omsorg og pleie. Enhver helseinstitusjon, herunder sykehjem, er i følge forskrift om smittevern i helsetjenesten pålagt å ha et infeksjonskontrollprogram (forskriften § 2-1) som er tilpasset institusjonen.

Et infeksjonskontrollprogram er et program som omfatter alle nødvendige tiltak for å forebygge og motvirke infeksjoner i institusjon, og for håndtering og oppfølging av utbrudd av slike infeksjoner. Programmet skal angi hvem som har det faglige og organisatoriske ansvaret for de tiltak programmet omfatter. Ledelsen ved institusjonen skal sørge for at infeksjonskontrollprogrammet utformes, iverksettes og vedlikeholdes som en del av institusjonens internkontrollsystem.

#### **10. Forskrift nr 765 av 28.6.2001 om habilitering og rehabilitering**

Forskriften gjelder for habiliterings- og rehabiliteringstjenester som tilbys og gis etter både kommunehelsetjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven (§3).

Med habilitering og rehabilitering menes tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, der flere samarbeider for å gi nødvendig bistand (hjelp) til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse både sosialt og i samfunnet.

Kapittel 2 i forskriften omhandler habilitering og rehabilitering i kommunen. Kommunen skal bl.a. sørge for at alle som bor eller oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendig utredning og oppfølging ved behov for habilitering og rehabilitering (§7). Tjenester som inngår i kommunens helsetjenestetilbud skal integreres i et samlet tverrfaglig rehabiliterings-/habiliteringstilbud. Tilbudet skal gis uavhengig av brukerens (for eksempel pasientens) boform. Det betyr at kommunen skal legge til rette for at (det lovpålagte) tjenestetilbudet i kommunehelsetjenesteloven §1-3 kan tilbys som en del av et tverrfaglig rehabiliteringsopplegg. Dette vil kunne omfatte tjenester som allmennlegetjeneste og sykepleietjeneste. Etter forskriftens §7 vil kommunen også kunne pålegges å gi rehabiliteringstjenester i sykehjem (herunder legetjenester) og boform for heldøgns pleie og omsorg.

§8 i rehabiliteringsforskriften pålegger kommunen å planlegge sin rehabiliterings- og habiliteringsvirksomhet på systemnivå. Plankravet innebærer at kommunen skal beskrive kommunens prioriteringer og framtidige utvikling av virksomheten. Den kan innarbeides i helseplan eller den generelle kommuneplanen.

## Vedlegg 3

### Legetjenesten i sykehjemmet i dag

I *St.meld. nr. 45 (2002-2003) "Betre kvalitet i dei kommunale omsorgstjenestene"* (kvalitetsmeldingen) påpekes at brukere av pleie- og omsorgstjenestene er i alle aldersgrupper og i en livssituasjon med nedsatt helse eller funksjonsevne. Mange har en sykdomssituasjon som kan innebære et stort behov for helsehjelp i form av utredning og diagnostikk, sykdomsovervåking, hjelp i akutte sykdomsfaser, behandling, rehabilitering og pleie.

Meldingen viser til en kartleggingsundersøkelse av legetjenester i sykehjem som Statens helsetilsyn gjennomførte i 1999 (Statens helsetilsyn, Utredningsserie 8-99, IK-2698). Kartleggingen avdekker at det er behov for en vesentlig styrking av denne tjenesten. I tillegg til det rene kapasitetsproblemet blir det løftet fram en rad problemstillinger knyttet til faglig utvikling, utdanningssystemet, spesialistordningene og det som blir omtalt som en struktur rundt legen. Dette omfatter organisatoriske forhold, utstyr, rammevilkår som arbeidet blir utført innenfor, og lønnsutvikling. Kartleggingen konkluderer med at legetjenestene i sykehjemmene bør økes med 25 prosent.

Kvalitetsmeldingen påpeker at sykehjemsforskriften ikke definerer innholdet i legefunksjonen. Viktige oppgaver vil være å delta i vurderingen av behovet for sykehjems plass, å stå for medisinsk undersøkning ved innleggelse og å utrede og behandle pasientene. En annen oppgave er å overvåke system for utdeling av medisin og andre forhold av systemkarakter som omfatter medisinske aspekter. Videre er det ønskelig at sykehjemslegen deltar i opplæring av personellet.

Meldingen viser også til at det ikke er fastsatt noen norm for dimensjonering av legetjenestene i sykehjem. I tillegg til sykehjemslege benytter mange sykehjem også legevaktjenester og etter hvert fastleger som følger sine pasienter inn i institusjonen. Behovet for legetjenester er avhengig av mange forhold, blant annet hvilket tilbud sykehjemmet dekker, pasientbelegget og tilbudet i hjemmetjeneste og i spesialisthelsetjenesten. Hver kommune må ut fra plikten til å organisere nødvendig og forsvarlig helsehjelp, avgjøre hvor store legeressurser det er behov for i sykehjemmene, og sikre at legene kan utøve virksomheten sin på en faglig forsvarlig måte, jf. blant annet kommunehelsetjenesteloven § 6-3 første ledd og helsepersonelloven § 4.

Den norske lægeforening utga i 2001 rapporten *"Når du blir gammel - og ingen vil ha deg"*. Her vises det til at sykehjemsbeboere har store og legitime medisinske behov: Kronisk sykdom skal behandles og følges opp i tråd med faglige standarder. Nye symptomer må avklares. Sykehjemslegen har ansvaret for beboernes allmennt medisinske problemer og utover dette for å henvise videre til spesialisthelsetjenesten når dette er nødvendig. Rapporten beskriver at dagens legetjenester til sykehjemsbeboere er underdimensjonert og i verste fall medfører at syke og pleietrengende eldre ikke får nødvendig helsehjelp. Legeforeningen anbefaler at det fastsettes normtall for legedekning i sykehjem for å sikre sykehjemsbeboere et minstenivå av legetjenester. Det vises videre til

at mange sykehjem sliter med en ustabil bemanning, en situasjon som skaper utrygghet for pasientene.

Som en del av utredningen om normering av legetjenester i sykehjem gjennomførte SHdir i 2005, med bistand fra Statistisk sentralbyrå, en landsomfattende kartlegging av tjenesten. Undersøkelsen ble utformet med hensyn på sammenlikning med Helsetilsynets rapport om legetjenester i sykehjem fra 1999. Ved beregning av gjennomsnittlig antall avtalte timer per uke per pasient etter kommunestørrelse varierer antall pasienter per legetime mellom 3 og 5. Antallet leger som har færre enn 8 pasienter per ukentlig legetime har økt en del siden 1999. Undersøkelsen viser at 8 % av sykehjemspasientene har hatt kontakt med fastlege eller legevakslege i løpet av en uke, med stor variasjon mellom kommunene. De nyeste KOSTRA-tallene og SHdir-undersøkelsen indikerer liten realvekst i legedekningen i forhold til antall institusjonsplasser. For tilgang til medisinsk utstyr på sykehjemmene har det også vært liten utvikling mellom 1999 og 2005.

Etter gjennomgang av dette materialet fant SHdir ikke grunnlag for å anta at legedekningen i sykehjem generelt er uforsvarlig. Om legetjenesten er uforsvarlig i det enkelte tilfelle avgjøres av Helsetilsynet ved eventuelle tilsyn. Dataene kan imidlertid tyde på at det i svært mange kommuner er en legedekning som ikke kan innfri de krav direktoratet vil stille til god kvalitet. I direktoratets kvalitetsbegrep ligger det ivaretagelse av de hensyn som Legeforeningen, og dels også Helsetilsynet har påpekt, nemlig at leger i tillegg til den medisinske behandlingen av pasientene også bør delta i kommunenes inntaksvurderinger og annet tverrfaglig samarbeid og administrasjon, og at behovet for undervisning, dokumentasjon og forskning knyttet til tjenesten blir ivare tatt.

I *St.meld.nr 25 (2005 – 2006) Mestring, mulighet og mening* og i *St.prp.nr 1 (2006 – 2007)* viser regjeringen til flere tiltak for å styrke det allmennmedisinske tilbudet til beboere i sykehjem. Hva som er forsvarlig antall legetimer i sykehjem vil variere etter pasientenes behov, hvilke oppgaver sykehjemmet skal dekke og hvordan tjenestetilbudet i kommunen for øvrig er organisert og dimensjonert. Forholdet mellom antall boliger der det ytes heldøgnstjenester og antall langtidsplasser på sykehjem og omfang og sammensetning av kompetansen vil blant annet være avgjørende for behovet for legetjenester i sykehjem. Fastsettelsen av det forsvarlige nivået på antall legetimer må derfor ta utgangspunkt i ulike faktorer og vurderes konkret i det enkelte sykehjem.

I St.meld. nr 25 vektlegges behovet for å styrke infrastrukturen rundt sykehjemslegen. Dette gjelder både en økt satsning på kvalitetsforbedring av laboratorievirksomhet utenfor sykehus og at kommunene vurderer å knytte sine sykehjem til Norsk helsenett.

## Vedlegg 4 a

### Hjelpeskjema 1 for pasient på langtidsopphold

Dette er et forslag til hjelpeskjema til bruk i kvalitetsarbeid for legetjenester i sykehjem. Dette eller et tilsvarende hjelpeskjema utarbeides lokalt og brukes for å vurdere måloppnåelse ved hjelp av indikatorer for god praksis. Kommunen definerer selv hvilke kriterier som skal benyttes i kommunen. Forslag til krav til legetjenesten finnes i kap 4 i veilederen. Skjemaet kan brukes i ulike faser i kvalitetsprosessen og danne grunnlag for den årlige oppfølging og evaluering.

<b>Pasient – langtidsopphold</b>	<b>Ja</b> Dato og merknad	<b>Nei</b> Dato og merknad	<b>Ikke relevant</b> Dato og merknad
Klinisk undersøkelse/ journalopptak innen (lokal norm for antall dager) etter innleggelse			
Etablert regelmessige oppfølgingsrutiner med samtale og klinisk undersøkelse			
Tverrfaglig arbeid			
Utredning ved symptomer på demens			
Andre forhold			

## Vedlegg 4 b

### Hjelpeskjema 1 for pasient på korttidsopphold

Dette er et forslag til hjelpeskjema til bruk i kvalitetsarbeid for legetjenester i sykehjem. Dette eller et tilsvarende hjelpeskjema utarbeides lokalt og brukes for å vurdere måloppnåelse ved hjelp av indikatorer for god praksis. Kommunen definerer selv hvilke indikatorer som skal benyttes i kommunen. Forslag til krav til legetjenesten finnes i kap 4 i veilederen. Skjemaet kan brukes i ulike faser i kvalitetsprosessen og danne grunnlag for den årlige oppfølging og evaluering.

<b>Pasient – korttidsopphold</b>	<b>Ja</b> Dato og merknad	<b>Nei</b> Dato og merknad	<b>Ikke relevant</b> Dato og merknad
Klinisk undersøkelse/ journalopptak innen (lokal norm for antall dager) etter innleggelse			
Etablert regelmessige oppfølgingsrutiner med samtale og klinisk undersøkelse			
Tverrfaglig samarbeid og kommunikasjon			
Tilrettelegging for oppfølging av pasientens fastlege ved utskrivning			
Andre forhold			

## Vedlegg 4 c

### Hjelpeskjema 1 for institusjonsrettede legeoppgaver og samhandling

Dette er et forslag til hjelpeskjema til bruk i kvalitetsarbeid for legetjenester i sykehjem. Dette eller et tilsvarende hjelpeskjema utarbeides lokalt og brukes for å vurdere måloppnåelse ved hjelp av indikatorer for god praksis. Kommunen definerer selv hvilke indikatorer som skal benyttes. Forslag til krav til legetjenesten finnes i kap 4 i veilederen. Skjemaet kan brukes i ulike faser i kvalitetsprosessen og danne grunnlag for den årlige oppfølging og evaluering.

<b>Institusjonsrettede legeoppgaver</b>	<b>Er etablert</b> Dato og merknad	<b>Følges opp</b> Dato og merknad	<b>Evalueres</b> Dato og merknad
Utvikling av medisinsk faglige prosedyrer			
Legemiddelrutiner			
Infeksjonskontrollprogram			
Kriseplan/beredskapshåndtering			
Retningslinjer ved etiske og juridiske problemstillinger			
Internundervisning/fagutvikling /forskning			
Rutiner knyttet til legetjenesten			
Deltar i ledelsesfunksjonen			
<b>Samhandling</b>			
Retningslinjer for kommunikasjon og samarbeid med spesialist-helsetjenesten			
Retningslinjer for kommunikasjon og samarbeid med fastlege			
Kontakt ambulante palliative team			
Samarbeidsmøter med helse- og omsorgstjenesten i kommunen			
Deltar i inntaksprosessen			

## Vedlegg 5

### Hjelpeskjema 2 : Kommunens egne data sammenliknet med SHdirs nasjonale kartlegging av legetjeneste i sykehjem 2005.<sup>4</sup>

	Andel pasienter fordelt på ulike typer opphold (Det er overlapping mellom gruppene)				Gj. snitt antall legetimer.	Andel leger med spesialitet	Eget kontor for legen	Kontor- plass for legen per pasient per uke
	langtid	korttid	demens	palliativ				
SHdir 2005 – nasjonale gj. snitt	87%	13%	21%	1%	0,27	67 %	31 %	43 %
Kommunens egne sykehjem								
<b>Medisinsk utstyr</b>								
	EKG		undersøkelsesbenk		smertepumpe		tonometer	
SHdir 2005 – nasjonale gj. snitt	39 %		40 %		44 %		34 %	
Kommunens egne sykehjem								
	<b>Elektronisk journal</b>		<b>Laboratorie- funksjon i sykehjemmet – tilknyttet NOKLUS</b>		<b>Andel pasienter tilsett av legevakt en vanlig uke</b>		<b>Andel pasienter tilsett av egen fastlege en vanlig uke</b>	
SHdir 2005 – nasjonale gj. snitt	56 %		25 %		3 %		5 %	
Kommunens egne sykehjem								

4 Tilsvarende skjema kan utarbeides for nasjonale kvalitetskriterier.

## Vedlegg 6

### **Legetjeneste i sykehjem og den nasjonale kvalitetsstrategien**

Kravene til legetjenesten i sykehjem bør sees i lys av den nasjonale kvalitetsstrategien, jf “... og bedre skal det bli”, IS-1162. SHdir 2004

Strategiens kjennetegn for god kvalitet er at tjenestene:

- Er virkningsfulle
- Er trygge og sikre
- Involverer brukerne og gir dem innflytelse
- Er samordnet og preget av kontinuitet
- Utnytter ressursene på en god måte
- Er tilgjengelige og rettferdig fordelt

*Virkningsfulle legetjenester* i sykehjem avhenger av en gjennomtenkt dimensjonering og organisering av legetjenesten, og av at sykehjemslegen innehar den nødvendige kompetansen. Legen må også ha utstyr og muligheter til å foreta de nødvendige undersøkelser for å stille en diagnose, og nødvendig utstyr og legemidler til forsvarlig behandling av pasienten. God kvalitet for pasienten er noe som også skapes i møtet med den enkelte pasient. Legens holdninger og verdier vil influere på resultatet for pasienten.

*Trygge og sikre legetjenester* i sykehjem krever at det samlede helsetilbudet til pasienten fungerer i henhold til lover, forskrifter og lokale standarder, og at de tiltak legen iverksetter følges opp av kompetent personell. Gode samarbeids- og kommunikasjonsrutiner mellom legen og annet personell, spesielt sykepleietjenesten, er en forutsetning. Pasienten må være sikret nødvendig helsehjelp også når legen ikke er til stede på sykehjemmet, f. eks. legevakt. Ved behov for spesialisthjelp må pasienten ha tilgang på tjenester fra sykehus og poliklinikker eller ambulante team. Skriftlig dokumenterte prosedyrer og retningslinjer som er pålagt gjennom lovverk og for medisinskfaglige områder er viktige bidrag til en trygg og sikker helsehjelp.

*Brukermedvirkning* på individnivå for pasienter på sykehjem fremgår av pasientrettighetsloven, som bl.a. har bestemmelser om samtykke og rett til informasjon. Brukermedvirkning på systemnivå kan ivaretas ved brukerundersøkelser blant pasienter og pårørende og innspill fra pårørende foreninger, pasientrepresentanter i sykehjemmets styre o.l.

*Samordnede og kontinuerlige legetjenester* stiller krav til tydelig ansvars- og oppgavefordeling og gode og tydelige samhandlingsrutiner mellom sykehjemmet og andre helsetilbud. På kommunalt nivå dreier det seg først og fremst om bo- og omsorgstilbud utenom sykehus, fastlege, helse- og omsorgstjeneste og legevakt og evt. andre ordninger i akutte situasjoner. På andrelinjenivå er sykehuset, både innen somatikk og psykiatri, meget viktige samarbeidspartnere. Det samme gjelder polikliniske tilbud og eventuelle ambulante team fra spesialisthelsetjenesten. Gode kommunikasjonsrutiner er en sentral del av samhandlingen, i særlig grad gjelder dette utveksling av informasjon og dokumentasjon om de felles pasientene.

*En god ressursutnyttelse* i kommunen fremmes ved en god og gjennomtenkt plassering og bruk av sykehjemmet innenfor kommunens samlede helse- og omsorgstilbud. Legetjenesten må tilpasses til formålet både hva angår tilgjengelighet (legetid) og kompetanse. Sykehjemmets profil, det vil si sammensetningen av de ulike tilbud sykehjemmet gir, får konsekvenser for hvordan legetjenesten i sykehjem skal dimensjoneres og organiseres.

Ressursbruken i sykehjem må ta utgangspunkt i en vurdering av ressursbruk ved å gi pasientene et helsetilbud i annen omsorg, f.eks. i eget hjem med omfattende hjemmetjenester og tilsyn av fastlege. Dimensjonering og krav til legetjenesten og medisinsk utstyr må vurderes opp mot ressursbruk ved tilkalling av legevakt eller innleggelse i sykehus. Ressurser kan omfatte mer enn økonomi, for eksempel bruken av sykehusets senger og spesialkompetanse som også skal være til disposisjon for befolkningen for øvrig. Bruk av ressurser må ikke minst vurderes i forhold til det som er sykehjemspasientens eget ønske, behov og fremtidsutsikter.

*Tilgjengelige og rettferdig fordelte tjenester* vil i denne sammenheng omfatte både sykehjemmet og sykehjemmets legetjeneste. Det ligger utenfor denne veilederens område å drøfte tilgjengelighet til sykehjem på generelt grunnlag. For legetjenesten i sykehjemmet vil legens tilgjengelighet være avhengig av avsatt tid. En riktig bruk av legetjenesten forutsetter tid og kompetanse til å få et godt forhold til hver enkelt pasient.

På kommunenivå må legetjenesten vurderes ut fra et helhetsperspektiv, hvor legetjenesten ved sykehjem sees i i forhold til og i sammenheng med legetjeneste til den generelle befolkning og særskilte grupper i befolkningen. Behovet for legetjenester i omsorgsboliger og andre botilbud utenom sykehjemmet er nylig kartlagt og beskrevet i en rapport fra SHdir, "*Legetjenester til personer med kommunale omsorgstjenester utenfor institusjon*", IS-1420, oktober 2006.

## Vedlegg 7

### Undersøkelser og prosedyrer

Nedenfor er gitt en oversikt over undersøkelser og prosedyrer som bør kunne gjøres på sykehjemmet. Undersøkelser og prosedyrer setter spesifiserte krav til nødvendig utstyr. Hvilket utstyr som skal anskaffes må vurderes lokalt i samarbeid med sykehjemslegen. Bruken av utstyret setter krav til kompetanse, og klargjøring av legens rolle i forhold til andre personellgrupper er nødvendig. Det bør foreligge skrevne rutiner for utførelse og ansvarsfordeling og mulighet for opplæring. For laboratorieundersøkelse vil tilknytning til NOKLUS være verdifullt.

#### Aktuelle undersøkelser i sykehjemmet:

- Hemoglobin
- CRP
- INR
- Blodsukker
- Taking og sending av blodprøver for sending til eksternt laboratorium
- Urinundersøkelse med stix, eventuelt mikroskopi
- Taking og sending av prøver til mikrobiologiske undersøkelser (urin, avføring, puss, sårsekret, halsutstryk, ekspektorat, blodkultur)
- Blodtrykksmåling
- EKG
- PEF-måling (Peak expiratory flow)
- Spirometri
- Måling av oksygenmetning
- Oftalmoskopi
- Tonometri
- Synstest
- Otoskop

#### Aktuelle prosedyrer:

- Øreskylling
- Legge inn venflon/butterfly og administrere intravenøs eller subkutan infusjon
- Sette medikamenter intravenøst
- Smertelindring ved kontinuerlig subkutan tilførsel av morfin
- Engangskateterisering og innlegging av permanent kateter hos kvinner og hos menn
- Blæreskylling
- Gynekologisk undersøkelse
- Sugning av munnhule/svelg/trakea
- Oksygentilførsel
- Suturere enkle sår
- Fjerne eller justere gipsbandasjer
- Sette ned gastroduodenal sonde
- Skifte og håndtere PEG (PErcutan Gastrostomi)

## Vedlegg 8

### Ulike pasienter – ulike behov

#### **Langtidspasienter**

Langtidspasientene er kjennetegnet ved høy alder, mange sykdommer og omfattende behov for helsehjelp og omsorg. Behovet for medisinsk oppfølging vil være varierende mellom pasientene og over tid. Dette er pasienter som trenger regelmessig legetilsyn for å fange opp endringer i pasientens tilstand. Den medisinske diagnostikk og oppfølging bør i større grad enn hos korttidspasienter vektlegge livskvalitet og lindring. Sykehjemmet er deres hjem i siste livsfase. Dette gir utfordringer i forhold til medisinsk behandling, etikk og integritet. Enkelte langtidspasienter kan være svært ressurskrevende, for eksempel respiratorpasienter og pasienter med kreft i sent stadium.

#### **Korttidspasienter**

Formålet med korttidsopphold på sykehjem kan være etterbehandling etter utskrivning fra sykehus, rehabilitering, vurdering for fast sykehjemsplass, medisinsk undersøkelse og behandling ved akutt sykdom eller avlastningsopphold for hjemmeboende eldre. Mange korttidspasienter setter større krav til legetjenesten. Tidsmessig fordi større sirkulasjon betyr mer legearbeid i form av journal skriving, undersøkelser, epikriser, henvisninger og lignende, men også når det gjelder kompetanse. Det krever også mer tid til tverrfaglig arbeid og samarbeid med andre aktører. Antall pasienter på korttidsopphold samsvarer ikke alltid med plasser avsatt til korttidsopphold. Det er derfor andelen korttidspasienter i sykehjemmet kommunen bør vurdere når legetjenesten skal dimensjoneres.

#### **Pasienter med demens**

Nyere undersøkelser viser at nær 80 % av pasientene i norske sykehjem lider av demens<sup>5</sup>. En stor del av disse vil ha andre sykdommer og funksjonshemninger i tillegg, som medvirker til at sykehjemsopphold blir nødvendig. En stor gruppe av disse pasientene vil ha kognitiv svikt, eventuelt kombinert med atferdsforstyrrelser, i et omfang som gjør at de trenger opphold i skjermet enhet i sykehjemmet. I en skjermet enhet kreves spesialkompetanse hos personalet. Det gjelder også for legen. Funn fra flere tidligere undersøkelser viser at personer som utvikler symptomer på demens ofte ikke er tilstrekkelig utredet og mangler diagnose. Det er derfor tatt inn en bestemmelse i sykehjemsforskriften som sier at personer som flytter inn i skjermet enhet skal være grundig undersøkt og diagnosen langtkommet senil demens være fastslått. Vanligvis vil dette være fastlegens eller spesialisthelsetjenestens ansvar, men sykehjemslegen må følge opp at dette kravet er oppfylt eller sørge for at det blir gjort.

Pasienter på langtidsopphold vil etter hvert kunne utvikle demenssymptomer. Det er da sykehjemets lege som må utrede pasienten, eventuelt ved hjelp av

---

5 Selbæk, G., Kirkevold Ø., Engedal K.: The prevalence of psychiatric symptoms and behavioural disturbances and use of psychotropic drugs in Norwegian nursing homes. Int J Geriatr Psychiatry. 2006: epub

de verktøy som finnes for kartlegging av pasienter med demens i kommunehelsetjenesten. Dette er nødvendig for å utelukke annen sykdom og for å kunne tilrettelegge tjenestetilbudet på en bedre måte.

### ***Pasienter med utviklingshemning***

En stadig større andel utviklingshemmede når høyere alder og er aktuelle for langtidsopphold i sykehjem. En del utvikler demens. Personer med utviklingshemning har fra moderate til store vanskeligheter med å formidle seg verbalt. Det medisinskfaglige tilbudet må tilrettelegges slik at det er nødvendig tid og kompetanse til kommunikasjon og individuell tilrettelegging. Både i denne pasientgruppen og blant pasienter med demens, vil det være en stor gruppe som ikke har samtykkekompetanse. I slike tilfelle foreligger en informasjonsplikt overfor pårørende som også må ivretas.

### ***Pasienter med psykiske lidelser***

Ved nedbyggingen av de psykiatriske institusjonene er det flere pasienter som må tas hånd om i kommunene. En del har behov for opphold i sykehjem. Dette kan skyldes somatiske lidelser, mens deres psykiatriske lidelse er under god kontroll. Dette er pasienter som kan integreres i en vanlig sykehjemsavdeling. Men det kan også være pasienter som må ha et institusjonstilbud på grunn av sin psykiatriske lidelse og symptomatologi. Denne pasientgruppen kan også trenge å skjermes fra andre pasienter i en egen enhet i sykehjemmet. Sykdommens art og ytringsformer kan også sette spesielle krav til kompetanse både for sykehjemslegen og personellet for øvrig.

### ***Pasienter i palliativ omsorg***

Ca 40 % av alle dødsfall i Norge skjer i sykehjem. Dette innebærer at det må legges til rette for at både lege og annet personale har tid og kompetanse på lindrende behandling og omsorg ved livets slutt. Enkelte sykehjem organiserer egne enheter for lindrende behandling ved livets slutt etter mønster av hospiceavdelinger ved sykehus.

Smerter og plagsomme symptomer som følge av kroniske sykdommer er vanlig forekommende hos sykehjemspasienter generelt. Dette er et felt hvor både lege og annet personell må ha solid kompetanse.

I tillegg til dette kan det være sykehjem som etablerer egne enheter med tilbud om palliativ behandling for pasienter med langtkomne kroniske sykdommer, spesielt kreft, og spesielle utfordringer til smertelindring. Dette kan være hjemmeboende pasienter som kommer inn til kortvarige opphold for vurdering og igangsetting av behandling. Slike enheter setter spesielle krav ikke bare til kompetanse men også til tilgjengelighet på døgnbasis for lege og sykepleiere. Flere sykehus har ordninger med ambulante team for palliasjon som kan gi råd, veiledning og bistand.

Sosial - og helsedirektoratet  
Postboks 7000, St. Olavs pl, 0130 Oslo  
Tlf.: 810 200 50  
[www.shdir.no](http://www.shdir.no)