
Sykehjemmene

REDAKSJONELT

OTTO CHRISTIAN RØ

Otto Christian Rø (f. 1946) er spesialist i indremedisin og geriatri. Han var prosjektleder for Nasjonalt geriatriprogram (1994 – 99) og er nå seniorrådgiver i Statens helsetilsyn og Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefording.

Statens helsetilsyn
Postboks 8128 Dep
0032 Oslo

Sykehjemmenes pasientgrunnlag har endret seg de senere årene, slik det fremgår av artikkelen av Harald A. Nygaard og medarbeidere i dette nummer av Tidsskriftet (1). Pasientene er blitt eldre, og aldersdemens er den vanligste medisinske tilstand ved opphold i sykehjem. Til tross for dette er bare 14 % av plassene i norske sykehjem tilrettelagt for aldersdemente (2).

Sosial- og helsedepartementet har gjennomført en sykehjemsanalyse (3). Det har i mange år blitt tatt til orde for å redusere sykehjemmenes helseinstitusjonspreg. På samme tid har sykehjemmene fått ansvar for stadig eldre og sykere pasienter med behov for et styrket helsetilbud, ikke bare pleie og omsorg.

I en landsdekkende kartlegging av legetjenesten i sykehjem i 1999, initiert av Nasjonalt geriatriprogram, har Statens helsetilsyn i sin rapport vist til at sykehjemslegene selv mener det er behov for 25 % flere legetimer i norske sykehjem. Med 22 % ubesatte stillinger (årsverk) for sykepleiere i sykehjem er det positivt at sykehjemslegene mener at det viktigste er å få et tilstrekkelig antall sykepleiere på plass (4).

Emnekurs i geriatri, bl.a. for sykehjemsleger, har eksistert i over 15 år. Bare halvparten av sykehjemslegene i den nasjonale kartleggingen hadde gjennomgått emnekurs i geriatri, og 59 % hadde gjennomgått kurs om aldersdemens. Undersøkelsen viste en mangelfull utstyrmessig tilrettelegging for sykehjemslegenes arbeid, f.eks. hadde bare hver åttende lege tilgang på elektronisk pasientjournal i sykehjem, mot ca. 90 % i allmennpraksis.

Sykehjemmene i Norge har ca. 35 000 plasser og kostet det offentlige ca. 29 milliarder kroner i 1997. Dette tilsvarer 29 % av kommunenes netto driftsutgifter (3).

Sykehjems plass er et rasjonert gode, og etterspørselen er større enn tilbudet. Ved en

undersøkelse i 1998 var 17 % av pasientene over 75 år i landets indremedisinske avdelinger ferdigbehandlet, og 60 % av disse ventet på plass i sykehjem (5).

Endringer i befolkningsutvikling, dødelighet, sykdomstilstand og funksjonssvikt blant gamle påvirker behovet for helsetjenester og institusjonsomsorg. Samtidig med redusert dødelighetsrate for de aller eldste, viser tall fra USA en reduksjon i andelen eldre med funksjonssvikt i perioden 1982 – 94 (6). For dimensjonering av tilbudet er det spørsmål om økningen i den aldrende befolkning oppveies av tendensen til redusert funksjonssvikt blant eldre. I en OECD-rapport er det beregnet at det i Sverige blir en årlig nedgang på 5 % i antall personer 80 år og over i sykehjem (7). Spørsmålet er om denne tendensen, som gjenspeiles internasjonalt, også vil gjøre seg gjeldende i Norge. Sosial- og helsedepartementet har etter henvendelse fra Finansdepartementet satt i gang en utredning om disse spørsmålene.

Et scenario 2030, gjennomført på initiativ av Nasjonalt geriatriprogram, viser at det kan bli en økning på 40 – 60 % i antall syke personer over 65 år frem til 2030 (8). I Handlingsplan for eldreomsorgen er det lagt opp til en dekningsgrad i sykehjem på 25 plasser per 100 personer over 80 år. Spørsmålet som Sosial- og helsedepartementets rapport reiser (3), er i hvilken grad sykehjemmene bør styrkes som helseinstitusjon eller videreutvikles som botilbud for svært pleie- og omsorgstrengende.

Avklaring av sykehjemmenes fremtidige rolle og funksjoner blir i stor grad spørsmål om hvor mange av de aldersdemente som skal få plass i sykehjem og hvor mange som skal tilbys alternative boformer med bistand. Basert på Nygaard og medarbeideres undersøkelse er det mulig å tenke seg at inntil hver tredje person med aldersdemens (lett eller moderat) som i dag er i sykehjem, kan tilbys alternative bo- og omsorgsformer. Det må i så fall gjelde personer med avklart diagnose, relativt stabilt sykdomsforløp og uten store atferdsforstyrrelser som krever ekstra tett oppfølging og kompleks medisinerings. Også disse pasientene vil i hovedsak være ”tunge” pleiepasienter. Dette kan utgjøre omkring 9 000 personer. Sykehjemmenes resterende funksjoner får dermed sterkere preg av helseinstitusjon, også for dem med alvorlig demens. I beste fall kan dette bety at flere helseproblemer hos sykehjemspasientene kan løses uten sykehusinnleggelse. Ca. 6 % av pasienter over 75 år som innlegges i indremedisinsk avdeling, kommer i dag fra sykehjem (5). Det er ingen studier som viser hvor mange av disse innleggelsene som eventuelt er unødvendige eller som kunne ha vært unngått ved bedre medisinsk-faglig oppfølging i sykehjem. Ettersom hver tiende pasient over 75 år i indremedisinsk avdeling venter på plass i sykehjem, kunne man med bedre medisinsk-faglig kompetanse i sykehjem bidra til riktigere ”pasientflyt” mellom sykehus og sykehjem.

Dersom man velger å gi sykehjemmene et sterkere helseinstitusjonspreg, slik det foreslås i ett av alternativene i Sosial- og helsedepartementets analyse, forutsetter det en styrket pleiefaglig, medisinsk-faglig og rehabiliteringsfaglig kompetanse i sykehjem. I lov om spesialisthelsetjeneste, som trer i kraft 1. januar 2001, er ansatte i sykehus pålagt en plikt til å gi helsepersonell i kommunene råd og veiledning. Spesialisthelsetjenesten i geriatri har allerede eksempler på gode områdegeriatrike arbeidsformer der spesialistene bistår personell i sykehjem, bl.a. med undervisning og konsultativ støtte. Også innen psykiatri bør det videreutvikles gode veiledningsordninger til kommunehelsetjenesten og sykehjem, bl.a. fra distriktpsykiatriske senter som etableres under Opptrappingsplan for psykisk helse.

Statens helsetilsyn stiller seg åpen for at sykehjemmene dreies sterkere mot helsefaglige oppgaver. Sykehjemmene skal ikke utvikle seg til B-sykehus, men blir et viktig tiltak i kommunehelsetjenesten og et ledd i behandlingsskjeden mellom kommune og sykehus. Erfaringene fra norske sykestuer kan tjene som en god modell. Det bør åpnes for interkommunale samarbeidsavtaler og eventuelt samarbeid med fylkeskommunen. Dette er særlig aktuelt for sykehjem som driver medisinsk rehabilitering og dekker andre oppgaver der det er behov for kompetanse det er knapphet på i mange små kommuner.

LITTERATUR

1. Nygaard HA, Naik M, Ruths S. Mental svikt hos sykehjemspasienter. Tidsskr Nor Lægeforen, 2000; 120: 3113 – 6.
2. Eek A, Nygård AM. Innsyn og utsyn. Tilbud til personer med demens i norske kommuner. Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens. Tønsberg: INFO-banken, 1999.
3. Sykehjemmenes rolle og funksjon i fremtidens pleie- og omsorgstjenester – analyse av alders- og sykehjemsfunksjoner. Rapport. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 1999.
4. Legetjenester i sykehjem. En nasjonal kartlegging 1999. Utredningsserie 8 – 99. Oslo: Statens helsetilsyn, 1999.
5. Gamle i sykehus. Innlagte 75 år og over i medisinsk avdeling 1998. Utredningsserie 7 – 99. Oslo: Statens helsetilsyn, 2000.
6. Manton KG, Corder L, Stallard E. Chronic disability trends in elderly United States populations: 1982 – 1994. Proc Natl Acad Sci 1998; 94: 2593 – 8.
7. Jackobzone S, Cambois E, Chaplain E, Robine JM. The health of older persons in OECD countries; is it improving fast enough to compensate for population ageing? Labour Market and Social Policy – Occasional Paper No.37. Paris: OECD, 2000.
8. Scenario 2030. Sykdomsutviklingen for eldre fram til 2030. Utredningsserie 6 – 99. Oslo: Statens helsetilsyn, 1999.

Publisert: 30. oktober 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 11. juli 2026.