Anbefalingar



Ukom



FALL SOM SYMPTOM

Anbefalingar

Publisert 17. november 2026

ISBN 978-82-8465-051-7

Undersøkinga viser at det er viktig for pasienttryggleiken at tenesta oppdagar akutte og subakutte endringar, tolkar symptoma og ser opplysningane i samanheng. Gjentatte fall og andre nye symptom, god kjennskap til habituell tilstand og bekymring frå pårørande kan samla gi grunnlag for ei ny vurdering. Når situasjonen er uklar, må dei tilsette få fagleg støtte og ha tilgang til konferering med lege.

Mange bebuarar i bemanna omsorgsbustader har omfattande og samansette behov. Tenestene er organiserte som heimetenester og den medisinske oppfølginga skjer vanlegvis gjennom fastlegeordninga. Kommunane må derfor innrette organiseringa, kompetansen og den medisinske støtta etter behova i bebuargruppa og kunne trappe opp oppfølginga når behova endrar seg.

På denne bakgrunnen gir Ukom tre anbefalingar som handlar om:

- tilgang til medisinsk støtte
- kompetanse til å forstå og følge opp endringar i helsetilstanden
- å vurdere om organiseringa og innhaldet i bemanna omsorgsbustader svarar til behova i bebuargruppa

Anbefalingane rettar seg i hovudsak mot kommunane, men også mot Helsedirektoratet når det gjeld nasjonal fagleg støtte. Gjennomføringa krev samarbeid mellom kommunal leiing, fastlegar, legevakt, omsorgstenester, bebuarar, pårørande og USHT.

1. Føreseieleg tilgang til medisinsk vurdering

Kommunane må sikre at tilsette i bemanna omsorgsbustader har føreseieleg tilgang til medisinsk konferering, og at bebuarane får rask medisinsk vurdering gjennom heile døgnet. På dagtid må kommunane og fastlegetenesta ha kjende kontaktvegar og avklarte ordningar for respons.

Kommunane må følge med på om ordningane faktisk gir tilsette rask tilgang til lege, også når fastlegen ikkje er tilgjengeleg.

Skiljet mellom omsorgsbustad og institusjon set samtidig rammer for korleis kommunen kan organisere legetenesta. Kommunen kan ikkje utan vidare organisere denne tenesta som i sjukeheim. Ein må tilpasse supplerande løysingar til rammene i fastlegeordninga.

Vurdering av korleis vegen til lege kan fungere i praksis

Tilsette må ofte vurdere fall og andre symptom som kan ha fleire forklaringar. Medisinsk konferering kan støtte tolkinga av observasjonane og avklare vidare oppfølging. I hendinga fekk dei tilsette ikkje kontakt med fastlegen. Kommunane treng derfor eit kjent og fungerande alternativ når fastlegen ikkje er tilgjengeleg.

Kommunane kan samle oppfølginga hos nokre få fastlegar. Det kan gi færre kontaktpunkt og tettare samarbeid, men kan også bryte etablerte behandlingsrelasjonar og avgrense den reelle valfridommen. Kommunane må derfor tilpasse ordninga til lokale forhold og retten til å velje fastlege. Kartleggingar viser gode erfaringar med samla legetilknyting, men ikkje at éin modell gir betre helseutfall (15, 21).

Kommunane har ansvar for å organisere allmennlegetenesta. Fastlegane skal tilby allmennlegetenester til innbyggarane på fastlegelista, og følge dei opp ved behov, jf. helse- og omsorgstenestelova (23) og fastlegeforskrifta (29). Kommunen og fastlegane må avklare kontaktvegar, responstid og alternativ på dagtid når fastlegen ikkje er tilgjengeleg. Legevakta skal gi hjelp når hjelpa ikkje kan vente, jf. helse- og omsorgstenestelova (23) og akuttmedisinforskrifta (30). Legevakta skal likevel ikkje vere ei fast erstatning for fastlegen på dagtid. Kommunane må også avklare korleis bebuarar som treng bistand, skal kome til legevurdering, jf. helse- og omsorgstenestelova (23).

Betre kontaktvegar er ikkje alltid nok. Fastlegeordninga er i hovudsak innretta mot konsultasjonar med den enkelte pasienten og sikrar ikkje i seg sjølv rask konferering eller heimebesøk. Det kan også vere krevjande å etablere ei felles forståing og felles ordningar når bebuarane har ulike fastlegar.

Kommunane må følge med på om kontaktvegane er kjende og brukte. Dei kan vurdere supplerande ordningar, for eksempel tilsynslege. Slike løysingar er ikkje uproblematiske. Skiljet mellom omsorgsbustad og institusjon set rammer for kva kommunen kan etablere. Ein tilsynslege i ein omsorgsbustad får for eksempel ikkje utan vidare same rolle og ansvar som ein sjukeheimslege. Kommunane må tilpasse supplerande løysingar til rammene i fastlegeordninga, med tydeleg avklaring av ansvar, oppgåver og kapasitet.



Foto: Shutterstock

Ukom anbefaler derfor at kommunane etablerer ordningar som gir føreseieleg tilgang til medisinsk konferering og vurdering når helsetilstanden endrar seg. Slik kan risikoen reduserast for at nødvendig medisinsk vurdering kjem for seint.

Kommunane og fastlegane treng å finne ut gode samarbeidsmåtar med allmennlegeutvalet og samarbeidsutvalet for å avklare behov, ansvar, kapasitet, responstid og kompensasjon innanfor ASA 4310 og dei individuelle fastlegeavtalane.

Samarbeid og avtalar i fastlegeordninga

Allmennlegeutvalet (ALU)
ALU skal bidra til nødvendig samarbeid mellom legane om oppgåvene i fastlegeordninga. Kommunen skal ta initiativ til å opprette utvalet. Alle sjølvstendig næringsdrivande og kommunalt tilsette allmennlegar deltar.

Lokalt samarbeidsutval (LSU)
LSU skal legge til rette for samarbeid mellom kommunen og fastlegane. Utvalet gir råd i saker som gjeld allmennlegetenesta, mellom anna planlegging, kapasitet, organisering og rutinar.

ASA 4310 og individuelle avtalar
ASA 4310 er rammeavtalen mellom KS og Den norske legeforening for sjølvstendig næringsdrivande fastlegar (31). Avtalen regulerer oppgåver og samarbeid og gir rammer for den individuelle avtalen mellom kommunen og fastlegen. Andre reglar gjeld for kommunalt tilsette fastlegar.

Denne undersøkinga har gitt innblikk i ulike lokale og tverrsektorielle prosjekt og modeller som kan både fange opp og følgje opp akutte og subakutte behov. Eksempel er kommunale fag- og tryggleiksteam og samarbeid der kommunale tenester og spesialisthelsetenesta vurderer pasientar saman. Helsefellesskapa kan vere ein arena for å utvikle samhandlingsmåtar. Prosjekt X er eit anna eksempel på samarbeid mellom kommunale tenester og spesialisthelsetenesta. Målet er at pasientane skal få raskare og meir samanhengande hjelp som er tilpassa lokale behov og føresetnader (32).

Helsereformutvalet foreslår ei teambasert allmennmedisinsk teneste som svarar på fleire av utfordringane denne undersøkinga peiker på. Utvalet går lenger organisatorisk enn våre anbefalingar. Vi har tatt utgangspunkt i dagens organisering (41).

2. Forstå når fall er teikn på forverring

Kommunane må sikre at tilsette som følger opp eldre, kan forstå gjentatte fall som teikn på akutte eller subakutte endringar i helsetilstanden. Arbeidsmåtane må sikre at relevante opplysningar frå pårørande inngår i den samla vurderinga.

Ukom anbefaler at Helsedirektoratet, i samarbeid med USHT, styrker den nasjonale faglege støtta gjennom råd, rettleiing og støtte til implementering.

Korleis kan leiing og arbeidsmåtar styrke dei kliniske vurderingane.

Hos skrøpelege eldre kan sjukdom, skade eller legemiddelproblem vise seg som gjentatte fall, svimmelheit, forvirring, uro eller redusert matlyst. Tilsette må kunne fange opp endringar som kan verke subakutte eller akutte, sjå dei i samanheng, samanlikne med habitualtilstanden og avklare behovet for helsefagleg eller medisinsk oppfølging. Kunnskap og bekymring frå pårørande kan gi viktig informasjon til den samla vurderinga.



Foto: Shutterstock

Kompetanse hos den enkelte er ikkje nok. Tenesta må ha faste arbeidsmåtar for fagleg konferering når tilstanden endrar seg eller vurderinga er usikker. Dei tilsette må vite kven dei kan drøfte observasjonane med, og få støtte frå personell med relevant klinisk kompetanse.

Tenesta må ha ein kultur der tilsette lyttar til pårørande, også når tilstanden verkar akutt eller subakutt. Arbeidsmåtane må sikre at relevante opplysningar frå pårørande inngår i den samla vurderinga.

Nasjonale faglege råd om fallførebygging og tidleg oppdaging og rask respons legg vekt på forhold som kompetanse, systematiske observasjonar, ferdigheitstrening og rutinane for varsling og respons (13, 33). KlinObsKommune, utvikla av USHT gir ein trinnvis modell for klinisk observasjonskompetanse (34). Råda og opplæringsressursane viser likevel i avgrensa grad at gjentatte fall kan vere eit klinisk signal om sjukdom, skade eller legemiddelproblem. Helsedirektoratet kan tydeleggjere dette i dei nasjonale faglege råda og bygge vidare på eksisterande opplæringsressursar, mellom anna KlinObsKommune.

Leiinga må vurdere kva kompetanse bebuargruppa treng, og sikre at arbeidsdeling og rammer gjer det mogleg å bruke kompetansen, jf. forskrift om leiing og kvalitetsforbetring (35). Forsking frå heimetenestene viser at opplæring åleine ikkje er nok, men er avhengig av implementering og for eksempel oppfølgingsaktiviteter (28). Leiing, arbeidsrutinar, ressursar og stabil bemanning påverkar om dei tilsette bruker den nye kunnskapen (27, 28). Strukturerte verktøy kan støtte kliniske vurderingar, men kan ikkje erstatte fagleg skjønn og ei samla vurdering av pasienten (36, 37).

3. Kommunane må tilpasse tilbodet til behova i bebuargruppa

Kommunane må jamleg vurdere om tilbodet i bemanna omsorgsbustader svarar til behova i bebuargruppa.

Vurdering av korleis rammene betre kan svare til behova

Bemanna omsorgsbustader er heimar, ikkje institusjonar. Bebuarane får individuelt vurderte vedtak om heimetenester, og fastlegen står vanlegvis for den medisinske oppfølginga. Dette skil seg frå sjukeheimar, som har organisert legeteneste og ikkje fattar eigne vedtak om den daglege helsehjelpa. Ein bemanna omsorgsbustad kan likevel skape forventningar om tett oppfølging, nesten som sjukeheim. Bebuarar, pårørande, fastlegar og tenesta kan derfor forstå innhaldet i tilbodet ulikt.

Vedtak, arbeidsplanar og planlagde oppgåver påverkar kva dei tilsette har høve til å observere og følge opp. Fast bemanning sikrar derfor ikkje i seg sjølv at tenesta har kapasitet, kompetanse eller tilgang til lege når behova aukar. Forsking frå heimetenestene viser at arbeidsplanar, ressursar, klinisk observasjonskompetanse og støtte frå kollegaer påverkar om dei tilsette fangar opp endringar (27, 28). Ukom peikte i Funksjonsfall hos eldre som får heimetenester på at vedtak, arbeidsplanar og bemanning kan avgrense høvet til å oppdage og følge opp funksjonsfall (22). Når tenesta i stor grad er organisert rundt vedtak og planlagde oppgåver, kan oppfølginga bli reaktiv. For å fange opp endringar før situasjonen blir akutt, må tenesta også ha rom for å arbeide proaktivt og tilpasse oppfølginga når behova endrar seg (18).

Kommunane må jamleg vurdere behov, vedtak, bemanning, kompetanse, arbeidsmåtar og medisinsk støtte i samanheng. Vurderinga må vise om rammene gir dei tilsette handlingsrom til å tilpasse oppfølginga. Når tilbodet ikkje lenger svarar til behova i bebuargruppa, må kommunen justere tenestene, bemanninga eller kompetansen. Dei må også avklare tilgangen til lege eller vurdere eit anna omsorgsnivå, jf. forskrift om leiing og kvalitetsforbetring (35).



Foto: Shutterstock

Statens undersøkelseskommisjon
for helse-og omsorgstjenesten

Postboks 225 Skøyen
0213 Oslo
E-post: post@ukom.no
Org nr: 921018924