Pasientenes komplekse behov utfordrer faglige og organisatoriske rammer



Ukom



MELLOM PASIENTENS BEHOV OG SYKEHJEMMETS RAMMER

Pasientenes komplekse behov utfordrer faglige og organisatoriske rammer

Publisert 10. november 2026

ISBN 978-82-8465-050-0

Helsepersonell må sikre nødvendig helsehjelp, og samtidig unngå behandling som har liten forventet nytte, eller påfører pasienten unødig belastning (12, 13).

> “Jeg har en generell opplevelse av at det forekommer mer overbehandling enn underbehandling i sykehjem. Aktiv behandling er blitt lettere tilgjengelig, for eksempel ved at antibiotika kan gis intramuskulært. Tidligere ville vi kanskje ikke gitt antibiotika til en pasient med langtkommen demens som ikke ville latt en intravenøs nål være i fred. Når behandlingen nå kan gis i en muskel, blir det lettere å behandle. Samtidig reiser det spørsmål om det er etisk riktig. Det finnes ikke alltid et fasitsvar.”
> - Lege

Undersøkelsen viser at behandlingsavklaringer i sykehjem innebærer komplekse avveininger både av det som er mulig og av det som er etisk riktig, sett opp mot pasientens livskvalitet og individuelle ønsker og verdier.

Behandlingsavklaring

Fra veilederen “Behandlingsavklaringer ved livsbegrensende eller alvorlig langvarig sykdom”: Behandlingsavklaring er en dokumentert og overordnet beslutning som fastsetter mål for helsehjelpen, behandlingsnivå og behandlingsintensitet. Avklaringen kan omfatte både nåværende og framtidig helsehjelp. Mål for helsehjelpen kan for eksempel innebære balanse mellom livsforlengelse og livskvalitet eller hovedvekt på lindring. Behandlingsnivå og behandlingsintensitet skal både omfatte hvor behandlingen gis, og hvor omfattende, avansert og ressurskrevende behandlingen er. Selv om høy intensitet ofte forbindes med høyere nivåer i helsetjenesten, kan avansert behandling også gis i hjemmet eller i kommunale tjenester (14).

I dette kapitlet beskriver vi tre forhold som påvirker kunnskaps- og beslutningsgrunnlaget for behandlingsavklaringer i sykehjem:

- Oppgavedeling krever riktig kompetanse nær pasienten.
- Rekrutteringsutfordringer for leger øker behovet for faglig støtte.
- Sykdomsspesifikke retningslinjer gir begrenset støtte i komplekse medisinske og etiske avveininger.

Oppgavedeling krever riktig kompetanse nær pasienten

Undersøkelsen viser at leger og sykepleiere har begrenset kontakt med pasientene. Behandlingsavklaringene bygger på legens observasjoner og vurderinger, men også i stor grad på observasjoner fra personell som følger pasientene i det daglige. Vi ser at dette personellet ikke alltid får tilstrekkelig opplæring til å ivareta observasjonsansvaret.

Legene til Ragnvald og Leif fortalte at de så pasientene blant annet ved innkomst og planlagte årskontroller, og ved tegn på nyoppstått sykdom eller forverring. Legene fortalte at stor arbeidsmengde påvirket tiden med pasientene.

Løpende observasjoner er nødvendige for å vurdere funksjonsnivå, skrøpelighet, symptombelastning og endringer over tid. Når annet helsepersonell enn legen har den løpende kontakten med pasienten, har de en sentral rolle i å observere endringer og formidle relevante opplysninger til behandlende lege (14).

Begge sykehjemmene hadde organisert sykepleierne i team som arbeidet på tvers av avdelingene. Sykepleierne fortalte at dette ga bedre mulighet til å utføre sykepleiefaglige oppgaver. På den annen side førte organisering i sykepleieteam til større avstand til pasientene. I det daglige var det helsefagarbeidere og assistenter uten helsefaglig bakgrunn som observerte Ragnvalds og Leifs helsetilstand. Det er mangel på faglært personell i heldøgnsbaserte tjenester (15). Riktig oppgavedeling trekkes ofte fram som viktig for god samhandling og bærekraftig bemanning (16). I sykehjem er sykepleieteam tatt i bruk for å møte personellmangel og bruke den sykepleiefaglige kompetansen mer målrettet (17).

Ved gjennomgang av lokale dokumenter, så vi at kompetanse skulle legges til grunn ved oppgavedeling, men i praksis lot det seg ikke alltid gjennomføre.

Ved begge sykehjemmene arbeidet ufaglært personell i avdelingene. En avdelingsleder fortalte:

> “For ti år siden var det veldig god fagdekning. Det er vanskelig å få tak i faglært personell i dag, så i dag er vi bare to eller tre fag og resten er ufaglært.”
> - Leder i sykehjem

En annen leder fortalte at det var vanskelig å sikre at alle som fulgte pasientene i det daglige hadde kompetanse i å observere endringer. Noen ansatte hadde deltatt i KlinObsKommune, et kompetanseprogram for klinisk observasjon og handlingsberedskap i kommunehelsetjenesten (18).

> “Vi sliter med å sikre at ufaglærte får nødvendig kompetanse i å observere endring hos pasientene, vite når de skal reagere og dokumentere det de ser.”
> - Leder i sykehjem

Sykehjemmene hadde systemer for opplæring. Flere ansatte kjente imidlertid ikke til disse systemene, eller opplevde at de i liten grad ble brukt i praksis. Nyansatte fikk vanligvis noen få opplæringsdager sammen med en erfaren kollega, men innholdet og kvaliteten på opplæringen kunne variere avhengig av hvem de gikk sammen med.

I perioder kunne bemanningssituasjonen føre til at enkelte pasienter kun ble fulgt opp av ufaglærte over flere dager. Informanter trakk også fram at bemanningsutfordringer og bruk av vikarer påvirket avdelingenes samlede observasjonskompetanse.

> “Det er utfordrende å få tilstrekkelig kompetanse hos ansatte i små deltidsstillinger.”
> - Leder i sykehjem

Den kommunale helse- og omsorgstjenesten er preget av høyt sykefravær, høy turnover og mange deltidsansatte. For å få turnusene til å gå opp er det utstrakt bruk av vikarer (15). Helsetilsynet påpeker at rekrutteringsproblemer, utstrakt bruk av ufaglærte og vikarer, samt manglende observasjons- og handlingskompetanse øker risikoen for at noe kan gå galt (19).

Den største utfordringen for tjenestens bærekraft er å sikre tilstrekkelig personell med riktig kompetanse i møte med den demografiske utviklingen (16). Kommunene skal systematisk

vurdere om oppgavene krever formell helsefaglig kompetanse, eller om personell uten slik kompetanse kan ivareta dem. Oppgaver som krever helsefaglig kompetanse, skal bli ivaretatt på riktig kompetansenivå og i tråd med kravet til forsvarlighet (20).

Ukom vurderer at organiseringen ikke er bærekraftig når den forutsetter at medarbeidere ivaretar et ansvar de ikke har kompetanse til. Kommunen må vurdere konsekvensene for det samlede faglige arbeidet rundt pasienten når oppgaver blir fordelt på nye måter. Selv om lokal dokumentasjon sier at kompetanse skal legges til grunn for beslutninger om oppgavedeling, må kommunen sikre at det skjer i praksis.

Den demografiske utviklingen og mangelen på helsepersonell tilsier at disse utfordringene vil forsterkes i årene framover. Det er derfor viktig å være oppmerksom på hvilke utfordringer som kan oppstå ved oppgavedeling, og hvordan dette løses i tjenesten.



Foto: Shutterstock

Rekrutteringsutfordringer av leger øker behovet for faglig støtte

Undersøkelsen viser at behandlingsavklaringer for pasienter med sammensatte behov i sykehjem stiller store krav til relevant klinisk erfaring og kompetanse. I de undersøkte sykehjemmene hadde flere av legene begrenset erfaring fra sykehjemsmedisin og hadde behov for faglig støtte og veiledning.

Forskrift for sykehjem

Forskrift for sykehjem stiller krav om at sykehjemmet skal ha en organisert legetjeneste og en lege med ansvar for den medisinske behandlingen (21). Kommunene kan organisere legetjenesten på ulike måter. Noen kommuner ansetter leger på sykehjem, mens andre knytter fastleger i mindre stillinger til sykehjemmene (22).

Ved sykehjemmet der Leif bodde, hadde den mest erfarne legen arbeidet i stillingen i tre år. Legen var selv under spesialisering og brukte mye tid på å følge opp mindre erfarne kolleger, som medisinstudenter med studentlisens og leger uten gjennomført LIS1 (tidligere kalt turnustjeneste).

> “Å hjelpe nye uerfarne leger tar mye tid. Dagen er veldig tettpakket, det er jobb fra man kommer til man går. Det er ingen pusterom i arbeidshverdagen.”
> - Lege

Flere kommuner har rekrutteringsutfordringer og bruker blant annet leger uten gjennomført LIS1 i sykehjem (23). LIS1 er den første delen av legenes spesialistutdanning og omfatter tjeneste i både sykehus og kommune (24). LIS1 gir leger grunnleggende klinisk erfaring gjennom veiledet tjeneste. I flere større kommuner blir LIS-ordningen for allmennmedisin beskrevet som en kilde til diskontinuitet i sykehjemslegetjenesten, fordi legene må ut i to års allmennpraksis. Dette øker behovet for vikarer. Leger som venter på LIS1-stilling kan ansettes i vikarstillinger på sykehjem, men utfordringen er at de som regel mangler kompetanse i sykehjemsmedisin (25). Regelverket stiller ingen kompetansekrav i alders- og sykehjemsmedisin for leger som arbeider i sykehjem (26).

Alders- og sykehjemsmedisin

Alders- og sykehjemsmedisin er et kompetanseområde for leger med godkjent spesialitet og erfaring fra arbeid med eldre pasienter (27). Norsk forening for alders- og sykehjemsmedisin arbeider for at alders- og sykehjemsmedisin skal bli en egen spesialitet (28).

På sykehjemmet der Ragnvald bodde, hadde flere av legene arbeidet over lengre tid. Kommunen hadde likevel også her i perioder hatt utfordringer med rekruttering, og hadde brukt leger uten gjennomført LIS1, som trengte tett oppfølging.

> “Vi har i perioder hatt rekrutteringsutfordringer, det betyr ikke at vi ikke får tak i leger, men at vi ikke får tak i legene som vi ønsker, slik at vi bruker leger uten LIS1. Mange er flinke, men noen trenger tett oppfølging.”
> - Leder i kommune

Kartlegging av medisinskfaglig tilbud i sykehjem og heldøgns omsorgsboliger fra Senter for omsorgsforskning beskriver rekruttering av leger til kommunale helse- og omsorgstjenester som en generell utfordring (22). Rapporten peker på at ivaretakelse av pasienter i livets siste fase er et område med kompetanseutfordringer, og fremhever behovet for kompetanseheving innen blant annet palliasjon. Rapporten gjør rede for flere forslag til tiltak for å styrke legetjenesten i sykehjem, blant annet kompetanseutvikling, større stillinger og sterkere faglige fellesskap (22).

Leger i sykehjem kan ved behov for faglig drøfting kontakte spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten har veiledningsplikt overfor kommunene innenfor sine fagområder (29). Veiledningen innebærer faglig bistand, mens kommunene fortsatt har ansvar for å organisere og yte den kommunale helse- og omsorgstjenesten (30).

Det er nødvendig å organisere legetjenesten slik at den samlede kompetansen og den faglige støtten er tilpasset pasientgruppens behov. At noen leger er nye i yrket eller har begrenset erfaring og kompetanse fra sykehjem, gjør det viktig at kommunene har strukturer som gir dem nødvendig opplæring, veiledning og faglig støtte. Ansvaret for dette må være tydelig organisert, og ikke avhengig av om en erfaren lege er på jobb og har kapasitet.

Sykdomsspesifikke retningslinjer gir begrenset støtte

Undersøkelsen viser at det er en del usikkerhet når medisinske og etiske hensyn veies mot hverandre. I tillegg gir sykdomsspesifikke retningslinjer begrenset støtte når pasienten har flere samtidige sykdommer. Legen må se rådene i sammenheng og avveie forventet nytte og belastning mot pasientens livskvalitet, ønsker og verdier.

Legene ved begge sykehjemmene beskrev det som krevende å avgjøre hvilke hensyn som skulle veie tyngst i vurderingen av behandlingsnivå, -mål og -intensitet. De stod i dilemmaer med risiko for både å over- og underbehandle. Legene beskrev at det tidvis var utfordrende å vite hvilke tiltak som forlenget et liv med store plager.

Ragnvald og Leif hadde flere samtidige sykdommer. Leif hadde blant annet epilepsi, hypertensjon, kronisk nyresykdom, dermatitt og Alzheimer. Ragnvald hadde blant annet kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS), hjernebetennelse forårsaket av helvetesild (Herpes zoster), uspesifisert epilepsi og atrieflimmer.

Flere leger fortalte at retningslinjer i liten grad var tilpasset pasienter på sykehjem, og derfor ikke kunne anvendes direkte.

> “Retningslinjer er nasjonale for alle pasienter, uavhengig av alder. Sykehjemsmedisin handler derfor ofte om å tilpasse behandling til pasienter, og kan bety å bryte nasjonale råd.”
> - Leder i kommune

Nasjonale faglige retningslinjer gir normerende anbefalinger for bestemte sykdommer og tilstander (31). For pasienter på sykehjem med flere samtidige sykdommer må legen se anbefalingene i sammenheng og vurdere dem opp mot skrøpelighet, funksjonsnivå, forventet nytte, belastning og pasientens mål og ønsker. Dette gjør klinisk skjønn til en sentral del av behandlingsavklaringene.

Flere leger etterlyste tydeligere nasjonale føringer for vurdering av behandling i sykehjem.

Veilederen *Behandlingsavklaringer ved livsbegrensende eller alvorlig langvarig sykdom* ble publisert etter oppstart av denne undersøkelsen (14). Veilederen omtaler blant annet pasienter med skrøpelighet og flere samtidige sykdommer, en pasientgruppe som i stor grad finnes i sykehjem. Den gir et overordnet faglig rammeverk for behandlingsavklaringer og skal støtte vurderinger der ulike hensyn må bli avveid (14).

Flere leger beskrev etiske vurderinger som en viktig del av behandlingsavklaringene. Strukturert etisk refleksjon kan synliggjøre og bidra til å avveie hensyn som trekker i ulike retninger, for eksempel forventet nytte og pasientens livskvalitet. Refleksjonen gir ikke nødvendigvis et entydig svar, men kan styrke beslutningsgrunnlaget (32).

Ukom ser at klinisk skjønn blir særlig viktig hvis sykdomsspesifikke retningslinjer trekker i ulike retninger. Slike retningslinjer kan gi begrenset støtte når pasienten har flere samtidige sykdommer. Behandlingsavklaringene innebærer krevende medisinske og etiske vurderinger uten entydige svar. Tjenesten må derfor legge til rette for at kliniske vurderinger kan drøftes tverrfaglig og etisk når ulike hensyn må veies mot hverandre.



Foto: Shutterstock

Statens undersøkelseskommisjon
for helse-og omsorgstjenesten

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