



Kommentar

Debattinnlegg på inntil 800 ord sendes
tidsskriftet@legeforeningen.no

Finansiering av legetjenester i sykehjem

Trygderettigheter knyttet til boform og mangel på innsatsstyrt finansiering av legevirkosomhet i sykehjem gjør at kommunene belastes med utgifter som naturlig er statens.

Dagens finansieringsordning for legetjenester i sykehjem er uheldig. Dette ble grundig fastslått i heftet *Sykehjemmenes rolle og funksjoner i fremtidens pleie- og omsorgstjenester*, utgitt av Sosialdepartementet 1999 (1). Det er nå gått ytterligere fire år og lite har skjedd.

Legetjenesten i norske sykehjem er underdimensjonert. Til sammenlikning har for eksempel Nederland en fire ganger høyere legedekning i sine sykehjem, og Legeforeningen har satt som mål å doble antall legestillinger i norske sykehjem (2).

Sykehjemmene har en viktig funksjon i den kommunale helsetjenesten. Den viktigste funksjonen er å ivareta pleie og omsorgsbehovet for kronisk syke som vanskelig kan pleies i eget hjem. Den typiske langtidsboer er svært gammel og hjelpetrengende og har mange diagnoser. Dette krever en legetjeneste som ivaretar behovet for kontinuitet og tilgjengelighet. Organiseringen er en viktig forutsetning for en god legeservice for disse pasientene.

Den tradisjonelle måten å organisere legetilbudet for sykehjemspasienter ivaretar ofte ikke pasientenes behov. Tilsynslegen er vanligvis tilgjengelig bare én eller to dager i uken, og akutte tilstander blir tatt hånd om av lokale legevaktleger. Dette fører ofte til sykehusinnleggelser for tilstander som i utgangspunktet godt kunne vært behandlet ved sykehjemmet.

I de fleste situasjoner kan de medisinske behovene for denne pasientgruppen best ivaretas ved sykehjemmet. Tilstander som pneumoni og forverring av hjertesvikt kan med fordel ofte tas hånd om ved sykehjemmene, dersom disse hadde en kontinuerlig

og tilgjengelig legetjeneste. I mange tilfeller kan medisinsk vurdering og oppstart av behandling skje i sykehus, mens den videre oppfølgingen kan skje ved sykehjem. På den måten blir liggetiden i sykehus kortest mulig. En styrket legetjeneste ved sykehjemmene vil i større grad kunne selektene de pasienter som virkelig trenger sykehuskompetanse.

Kommunehelsetjenesten har de siste årene måttet overta et økende antall ressurskrevende oppgaver, både som følge av en «tøffere» utskrivningspolitikk fra sykehusene og som følge av den teknologiske utviklingen. Terminal pleie ved sykehjem kan være det rette tilbudet til pasienter i sluttfasen av avansert sykdom, også der omfattende pleie og smertelindring blir det vesentlige. Pasienter som trenger hjemme-respirator, parenteral ernæring, opptrening og rehabilitering krever tilgjengelighet og kontinuitet i legetjenesten.

Dagens finansieringssystem bidrar ikke til en optimal pasientbehandling, også sett fra en samfunnsøkonomisk synsvinkel. LEON-prinsippet – behandling etter laveste effektive omsorgsnivå – utnyttes dårlig i sykehjemmene. Dette henger blant annet sammen med at trygderettigheter i for stor grad er knyttet til boform. Gjennom folke-trygden bidrar staten til finansiering av helsetjenester som lege, fysioterapi, hjelpemidler, utstyr og medikamenter på blå resept. Når en pasient innlegges i sykehjem, mister pasienten disse refusjonsrettighetene, og slike utgifter belastes kommunen i stedet for staten.

Medisinsk virksomhet i sykehjem er ikke underlagt noen form for refusjonsrett. I all kurativ legevirkosomhet er innsatsstyrt finansiering et gjennomgående prinsipp med takster for prosedyrer eller DRG-poeng. Tankegangen er at behandlende instans skal ha en gulrot for å gi pasienten et medisinsk godt tilbud. En slik gulrot mangler for legevirkosomhet i sykehjem. Når en pasient behandles for pneumoni ved et sykehjem, så genereres det utgifter for

kommunen – og ingen inntekt. Blir i stedet pasienten behandlet i sykehus, så får sykehuset inntekter gjennom sine DRG-poeng.

I dag har vi altså et system som gjør at det som er billig, godt og riktig medisinsk sett er utgiftsgenererende for kommunene. Skal vi få styrket legetjenesten ved sykehjemmene, må finansieringsordningene endres slik at kommunene får et økonomisk incitament til å styrke legetjenesten ved sykehjemmene. Slik finansieringsordningen fungerer i dag, diskrimineres kommunene i for stor grad.

Johannes Høie

jhoie@online.no

Labråten 60

1614 Fredrikstad

Litteratur

1. Sykehjemmenes rolle og funksjon i fremtidens pleie- og omsorgstjenester – analyse av alders- og sykehjemsfunksjoner. Rapport. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 1999.
2. Når du blir gammel og ingen vil ha deg. Oslo: Den norske lægeforening, 2001.