Organisering av tenestene til dei eldre



Ukom



FALL SOM SYMPTOM

Organisering av tenestene til dei eldre

Publisert 17. november 2026

ISBN 978-82-8465-051-7

Fleire forhold forma korleis tenesta forstod og følgde opp endringane hos Anne. Dei tilsette måtte tolke observasjonar som kunne ha fleire forklaringar. Samtidig var arbeidet organisert rundt vedtak, planlagde oppgåver og behov hos fleire bebuarar. Tilgang til medisinsk støtte og organiseringa av tenesta påverkar oppfølginga når helsetilstanden endrar seg.

Tilgang til lege for konferering når situasjonen er uklar

Anne fall fleire gonger og hadde uklare symptom. Dei tilsette fekk ikkje kontakt med fastlegen, og brukte ikkje andre ordningar for å få kontakt med lege på dagtid. Dei hadde plan å kontakte legevakt i løpet av kveldsvakta.

I perioden då dei tilsette var usikre på kva symptoma kunne tyde på, fekk dei ikkje kontakt med fastlegen for å konferere. Dei følgde derfor situasjonen vidare fram til legevakta blei tilgjengeleg.

Kommunen hadde ulike ordningar for at helsepersonell kunne kontakte lege. På dagtid skulle dei kontakte fastlegen ved behov for akuttime. Helsepersonell hadde ei liste med direkte telefonnummer til legekontora. Kommunen hadde også ei daglegevaktordning for pasientar som ikkje fekk hjelp hos fastlegen.

Ordningane var lite innarbeidde i verksemda og få av dei tilsette kjende til at det var ei telefonliste med direktenummer. Dei tilsette ringde legekontoret på den ordinære publikumslinja. Dei kom i den vanlege telefonkøen, som dei då ikkje hadde tid til å vente i.

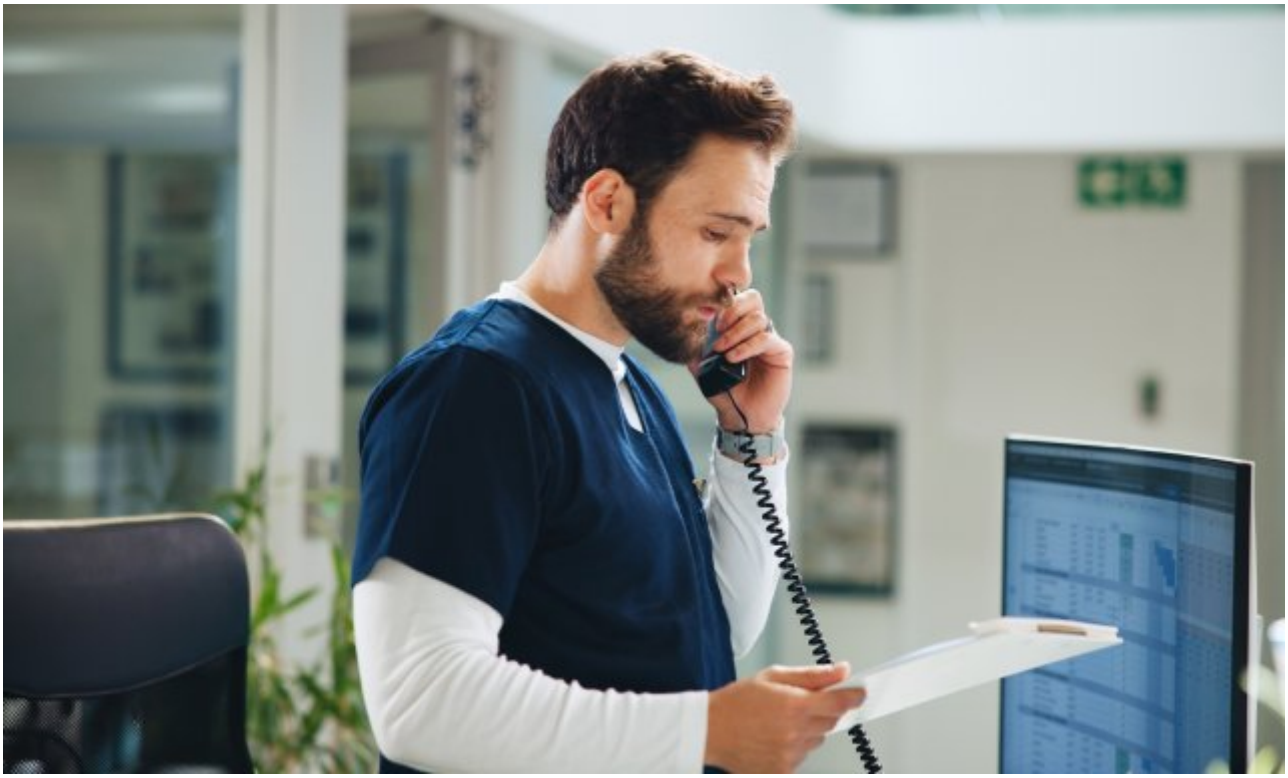


Foto: Shutterstock

Pleie- og omsorgsmeldingar (PLO)

Elektroniske meldingar, ofte kalla pleie- og omsorgsmeldingar (PLO), kan støtte samarbeidet om planlagd oppfølging. Det kan gå to dagar før legekontoret svarer på meldingane.

I omsorgsbustaden nytta dei PLO-meldingar. Sidan det kan gå lang tid før dei får svar på desse, er dette ikkje ein sikker kanal når helsepersonell treng rask medisinsk avklaring.

Eit besøk hos fastlegen ville for Anne kravd følge. Verksemda hadde ikkje tilbod om å følge bebuarar til lege. Legebesøk måtte derfor løysast på ein annan måte i denne verksemda.

For skrøpelege bebuarar kan heimebesøk vere nødvendig for at dei skal få medisinsk vurdering. Fastlegen skal tilby heimebesøk når det er nødvendig for å gi forsvarleg helsehjelp, men ordninga sikrar ikkje nødvendigvis heimebesøk på kort varsel. Ukom har sett i både denne undersøkinga, i andre undersøkingar og i melde saker at det er varierande tersklar for å gå på heimebesøk til pasientane.

Det kan altså vere vanskeleg å få kontakt med lege for tilsette i omsorgsbustad. Ein sjukepleiar fortalte at dei sleit med å få tak i fastlege, «som er eit stort problem for oss i omsorgsbustad, for dei har jo kvar sin fastlege. Nokre er flinke til å svare, mange ikkje». Andre fortalde at det er ein trøttheit knytt til det å få fatt i lege.

Planen om å vente med å kontakte lege var forståeleg ut frå slik dei vurderte symptoma, kontaktvegane, erfaringane og kapasiteten som var tilgjengeleg der og då. Tolkinga av symptoma

og erfaringane med avgrensa legetilgang på dagtid gjorde at dei venta med å kontakte lege. Sidan dei vurderte at dei ikkje skulle ringe 113, var alternativet då å vente til dei kunne ta kontakt med legevakt på ettermiddagen.

Bebuarar i omsorgsbustader får i hovudsak medisinsk oppfølging gjennom fastlegeordninga (2). Kartleggingar viser at mange bebuarar i heildøgns omsorgsbustader har omfattande behov. Samtidig varierer organiseringa av legetenesta, kontinuiteten og samarbeidet. Kartleggingane peikar på tilgang til lege, kontinuitet og samarbeid som viktige vilkår for den medisinske oppfølginga (15, 21). Tal frå Helsedirektoratet viser at bebuarar med omfattande bistandsbehov hadde færre konsultasjonar hos fastlegen enn andre bebuarar i omsorgsbustad, men dei med meir behov for hjelp brukte oftare legevakta (2). Vi har i denne undersøkinga og i Funksjonsfall hos eldre som får heimetenester sett at skrøpelege eldre i nokre situasjonar kan vere avhengige av pårørande for å få tilgang til legetenester (22).

Kommunane organiserer følge til fastlege og andre helsetenester ulikt. Kommunane må sikre forsvarlege tenester, også når bebuaren treng følge (23). Korleis kommunane legg til rette for dette påverkar den reelle tilgangen til fastlegen. Undersøkinga viser at utfordringane med tilgang til fastlege får ulik merksemd og blir forstått ulikt av kommunal leiing, omsorgstenesta og fastlegane. Det kan vere krevjande å få god oppslutning og deltaking i samarbeidsarenaer som allmennlegeutvalet. Det kan derfor vere vanskeleg å få ei felles situasjonsforståing.

Når lege er lite tilgjengeleg, kan akutte og subakutte endringar bli avklarte og følgde opp for seint. Skrøpelege eldre som får heimetenester, for eksempel i bemanna omsorgsbustader, treng derfor rask og føreseieleg tilgang til medisinsk vurdering.



Foto: Shutterstock

Bemanning i omsorgsbustad sikrar ikkje nok oppfølging når behova aukar

Til vanleg følgde dei tilsette i den bemanna omsorgsbustaden opp Anne etter individuelle vedtak og innanfor andre rammer enn i sjukeheim. Etter falla vurderte dei tilsette tiltak og planla å sjå oftare til henne.

Undersøkinga viser eit spenn mellom forventningane som eit butilbod med bemanning kan skape, og rammene som bemanna omsorgsbustad har med vedtaksbaserte heimetenester. Tenesta, fastlegar og pårørande kan forstå innhaldet i tilbodet ulikt. Ein leiar fortalde at det kan vere vanskeleg å få tilgang til lege til bebuarane fordi at enkelte fastlegar kan ha høgare terskel for å sjå til desse pasientane sidan dei i bustaden har helsepersonell rundt seg. I tillegg viser undersøkinga at forventingane kan vere vanskeleg å innfri innanfor rammene av vedtaksbaserte heimeteneste.

Bebuarane i omsorgsbustadar kan ha svært ulike behov. Ein sjukepleiar fortalde om mange «dårlege bebuarar med ulike somatiske og psykiatriske tilstandar» og sa: «Vi er eigentleg i mine auge ei sjukeheimsavdeling». Samtidig mangla verksemda praktiske og juridiske innrettingar som ein sjukeheim har. Pasientane i bemanne omsorgsbustad kan vere eller bli meir pleietrengande enn det verksemda er innretta for.

Dei tilsette observerte Anne, informerte pårørande og planla tettare oppfølging. Samtidig skulle dei følge opp planlagde oppgåver og dei andre bebuarane. Bemanninga gav derfor ikkje nødvendigvis rom for tett tilsyn fordi behovet auka raskt.

Vedtaksbaserte tenester

Kommunen må gjere enkeltvedtak når desse tenestene er venta å vare meir enn to veker, det gjeld for eksempel helsetenester i heimen, personleg assistanse, praktisk bistand og opplæring og vedtak om å få plass på sjukeheim eller i ein bustad som gir tilsvarande heildøgnstenester

Vedtaket skal bygge på ei individuell behovsvurdering og seie kva tenester kommunen gir (24).

Institusjon og sjukeheim

Institusjon er ei lovregulert buform. Sjukeheim gir heildøgns opphald. Kommunen gjer vedtak om opphaldet, men ikkje eigne enkeltvedtak om den løpande helsehjelpa. Sjukeheimen skal mellom anna ha organisert legeteneste (23; 25-26).

Bemanna omsorgsbustad

Ein omsorgsbustad er heimen til bebuaren, ikkje ein institusjon. «Bemanna» viser at personell er knytt til bustaden, men endrar ikkje den rettslege statusen.

Bebuarane får individuelt vurderte tenester i heimen. Fastlegen har vanlegvis det medisinske ansvaret (23-25).

Vedtaksbaserte tenester kan rette merksemda mot planlagde oppgåver og gjere det vanskelegare å fange opp endringar i den samla helsetilstanden. Ukom fann dette også i rapporten Funksjonsfall hos eldre som får heimetenester (22).

Forsking frå heimetenestene viser at arbeidsplanar og planlagde oppgåver påverkar kva endringar dei tilsette fangar opp. Kjennskap til bebuaren, klinisk observasjonskompetanse og støtte frå kollegaer kan styrke vurderingane. Det krev at arbeidsplanar, ressursar og rutinar gir rom for å observere og følge opp endringar (27, 28).

I undersøkinga fortalde informantane at dei som bur i desse omsorgsbustadane no har større hjelpebehov enn tidlegare. Ein fastlege, som har vore kommuneoverlege, peika på at «bebuarar i omsorgsbustad har blitt skrøpelegare og samtidig har mindre kontakt med fastlege».

Knytt til dette må vi vere merksame på tal som viser nettopp dette med at bebuarar med omfattande bistandsbehov har færre fastlegekonsultasjonar enn andre bebuarar (2). Dette synleggjer eit spenn mellom behova i bebuargruppa og den medisinske oppfølginga som er tilgjengeleg.

Bemanning sikrar ikkje i seg sjølv tett observasjon, rask medisinsk avklaring eller mellombels forsterka oppfølging. Kommunane må derfor jamleg vurdere om tilbodet svarar til behova i bebuargruppa.



Foto: Shutterstock

Statens undersøkelseskommisjon
for helse-og omsorgstjenesten

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