

Kartlegging av medisinskfaglig tilbud i heldøgns omsorgsboliger

Rapport til Helsedirektoratet



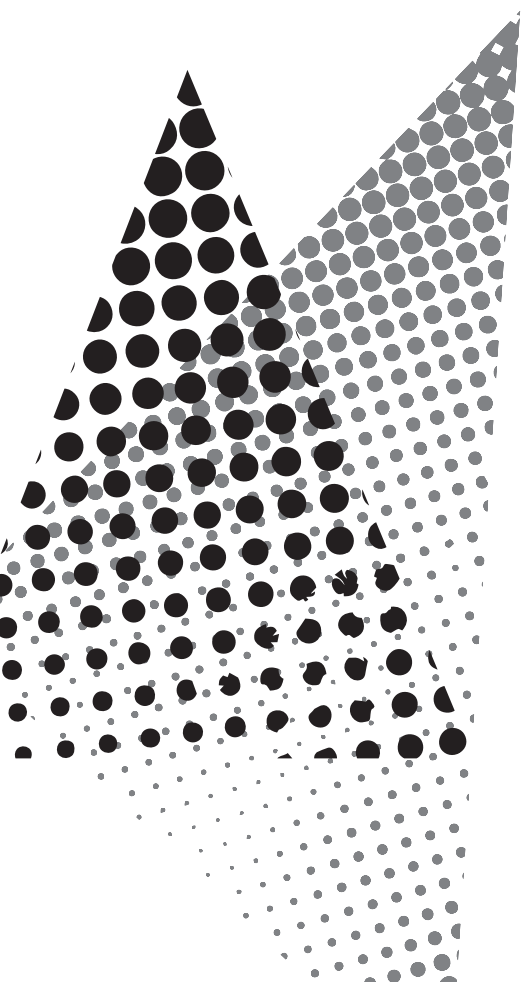
Laila Tingvold og Line Melby



Senter for
omsorgsforskning
• øst

Kartlegging av medisinskfaglig tilbud i heldøgns omsorgsboliger

Rapport til Helsedirektoratet



Laila Tingvold og Line Melby

Kartlegging av medisinskfaglig tilbud i heldøgns omsorgsboliger

Rapport til Helsedirektoratet

Senter for omsorgsforskning, øst

2021



© Forfatterne/Senter for omsorgsforskning

Omslagsbilde: XXX

Senter for omsorgsforskning, rapportserie nr. 03/2021

Tittel: Kartlegging av medisinskfaglig tilbud i heldøgns omsorgsboliger. Rapport til Helsedirektoratet

Forfattere: Laila Tingvold og Line Melby

Satt med Adobe Caslon 10,5/12,5 (Helvetica)

ISBN (trykt utgave): 978-82-8340-118-9

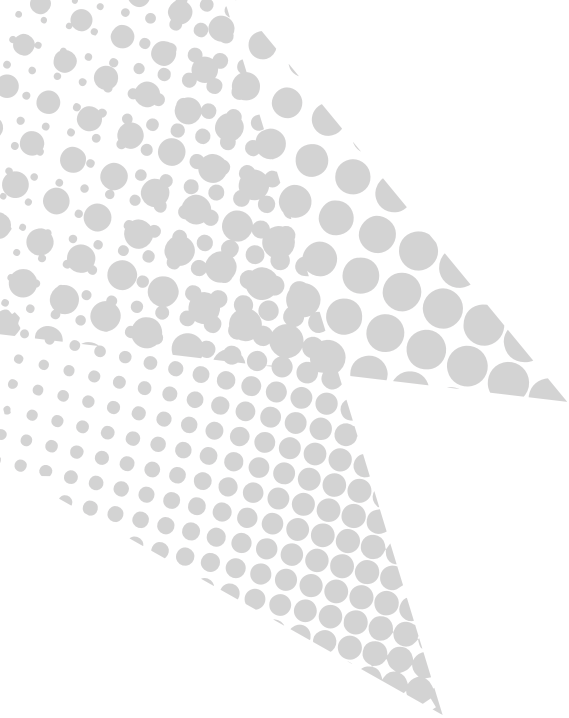
ISBN (digital utgave): 978-82-8340-117-2

ISSN (trykt utgave): 1894-4213

ISSN (digital utgave): 1892-705X

Se hele rapportserien til Senter for omsorgsforskning her:

www.omsorgsforskning.no/rapportserie



FORORD

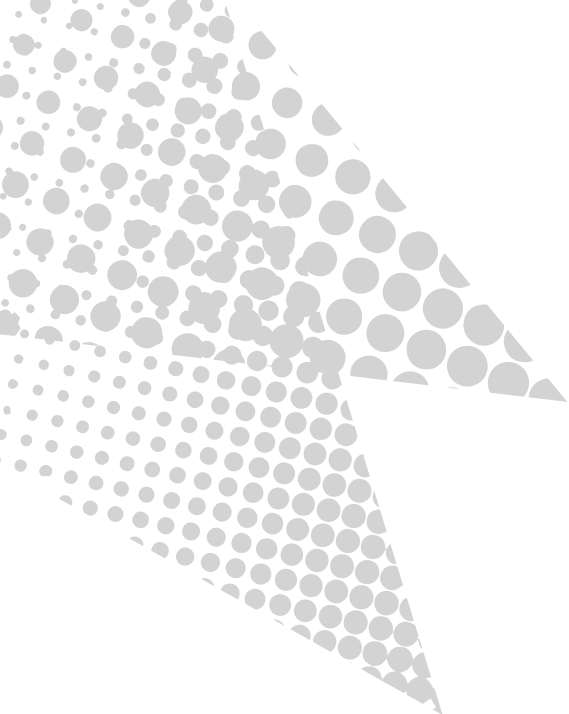
Vi vil takke Helsedirektoratet ved Ingvild K. Haugen og Kine Lynum for godt samarbeid i forbindelse med oppdraget. Videre vil vi takke Ann-Kristin Wassvik, jurist i Helsedirektoratet for oppklaringer omkring lovverk og ansvar for det medisinskfaglige tilbudet til beboere i heldøgns omsorgsboliger.

Vi vil også få rette en stor takk til alle informanter i de kommunale omsorgstjenestene, fastleger og brukerorganisasjoner som stilte til intervju i en krevende tid, preget av covid-19.

Gjøvik, 27.02.2021

Laila Tingvold, prosjektleder





SAMMENDRAG

På oppdrag fra Helsedirektoratet har Senter for omsorgsforskning øst gjennomført en kartlegging av det medisinskfaglige tilbudet i heldøgns omsorgsboliger. Oppdraget har bakgrunn i at det tidligere er gjennomført undersøkelser av det medisinskfaglige tilbudet i sykehjem og at det mangler tilsvarende undersøkelse for heldøgns omsorgsboliger.

To forskere gjennomførte kartleggingen i perioden juni 2020-februar 2021. Det ble valgt en kvalitativ innfallsvinkel for best å kunne få frem de erfaringer og opplevelser bemanning i boligene, fastleger og brukerrepresentanter hadde. Til sammen ble elleve ledere og ansatte i heldøgns omsorgsboliger intervjuet i tillegg til syv fastleger og fire representanter for brukerorganisasjoner. Rekrutteringen av informanter var basert på at vi ønsket å inkludere omsorgsboliger med ulike beboergrupper. Dette innbefattet eldre med somatisk sykdom, eldre med demenslidelser, personer med rus og psykiatriproblemer, personer med psykisk utviklingshemming, samt personer med funksjonshemming og multifunksjonshemming. Vi rekrutterte omsorgsboliger som hadde ulike samarbeidsformer med fastleger. Omsorgsboligene var lokalisert i både store og små kommuner i forskjellige deler av landet.

Kartleggingen viser at beboere i heldøgns omsorgsboliger gjennomgående har stort behov for medisinskfaglig bistand. Ett fellestrekk for beboergruppene er deres behov for støtte og hjelp fra ansatte i bolig for å a) kontakte fastlege og bestille time, b) uttrykke og beskrive plager og symptomer for legen, og c) følge opp medisiner og råd for helseadferd gitt fra legen i etterkant av legebesøket. For noen av gruppene med høy sykkelighet og nedsatt funksjonsevne, er også transport til fastlegekontoret krevende og beskrevet som en «amerika-reise» for enkelte.

Kartleggingen viser videre at omsorgsboligene har organisert det medisinskfaglige tilbudet ulikt. Ansatte og ledere i noen av omsorgsboligene hvor vi gjorde intervjuer, hadde forsøkt å rekruttere noen få fastleger til å yte tjenester til alle - eller de fleste av - beboerne i boligen i stedet for at hver beboer hadde sin individuelle fastlege. Disse initiativene ble iverksatt av ledelsen i boligene som fant det krevende å samarbeide med et stort antall fastleger. I forhold til fastlegetilknypning fant vi tre ulike modeller. Dette var:

- i.) **Alle beboere har hver sin individuelle fastlege.** Denne ordningen tar utgangspunkt i at beboere i heldøgns omsorgsboliger er å betrakte som hjemmeboende og dermed faller inn under fastlegeordningen på lik linje med andre hjemmeboende personer. Av fordeler kan denne ordningen gi kontinuitet i relasjonen mellom pasient - lege, også imellom overgangen fra privat hjem til omsorgsbolig. Relasjonen kan være bygget opp over mange år, hvilket innebærer at fastlegen har god pasientkjennskap forut for pasients fallende helse og aldringsprosesser. Ordningen er i tråd med fritt valg av fastlege. Ulempene er knyttet til vanskeligheter med å gjennomføre hjemmebesøk og motsatt: dersom pasienten har svært dårlig helse kan vedkommende ha vanskeligheter med å komme til undersøkelse på legekantoret. Det er heller ikke gitt at pasient – lege kontakten er opparbeidet over år. Av ulike årsaker (pasienten flytter og bytter lege, utskifting av fastleger) kan fastlegen først ha fått legeansvar for pasienten etter at vedkommende har nådd høy alder, og til og med etter at vedkommende har flyttet inn i en omsorgsbolig.
- ii.) **Noen få fastleger ga legetjenester til flere av beboerne i en omsorgsbolig.** Denne ordningen sprang ut ifra at de ansatte i boligene hadde et særskilt godt samarbeid med enkelte fastleger som hadde spesiell interesse for beboergruppen. Ansatte anbefalte nye beboere å bytte lege til disse navngitte fastlegene som boligen hadde et godt samarbeid med og som gjerne var lokalisert nær boligen. Denne ordningen har som fordeler at det utvikler seg gode samarbeidsrelasjoner omkring beboeren(e) mellom fastlegene og ansatte i boligen. Fastlegene er oppdatert på beboerens helsetilstand, og kjenner beboerne når det kommer en henvendelse. Ansatte i boligen og fastlegene kjenner også hverandres vurderingskompetanse og kan dele oppgaver. Noen ulemper er at fastlegene kan bli kontaktet ad hoc i en full hverdag. Boligen må dessuten formidle kontakt om foretrukne fastleger og anbefale fastlegebytte for nye beboere som egentlig skal velge fastlege selv.
- iii.) **Én felles fastlege for alle beboere i boligen.** Denne ordningen ble begrunnet med at beboerne i boligen har store behov for hjelp som krever mye oppfølging og kontinuitet, samt at de ansatte i boligen opplever det som enklere å forholde seg til én lege de kjenner godt og samarbeide nært med denne. Fordeler ved denne modellen er at den tilrettelegger for hyppig og proaktiv kontakt mellom beboere og fastlegen. Fastlegen kommer til faste avtalte dager, og kan se til flere av beboerne samtidig. Fastlegen har et godt og regelmessig samarbeid med bemanningen og god kjennskap til deres vurderingskompetanse. utfordringer er knyttet til at nye beboere blir oppfordret å bytte fastlege, hvilket i de fleste tilfeller vil bety et brudd med den opprinnelige fastlegen. Listen til en felles fastlege kan dessuten være fulltegnet. Fastlegen kan videre få mange beboere på listen med store medisinske behov. Det ble også nevnt som en ulempe at fastlegen ikke har tilgang til undersøkelsesutstyr i boligen, noe som vanskeliggjør en del undersøkelser og tester. Dette poenget er også gyldig for modell ii.

Modell ii og iii synes å ha vokst frem som en respons på at det er krevende for personell som gir tjenester til beboere i heldøgns omsorgsboliger å finne gode samarbeidsformer med et stort antall fastleger. I dette ligger det også forskjeller mellom by og land, der det i byer er flere fastleger, og omsorgsboligene må samarbeide med flere fastleger enn på små steder. I våre case er det ansatte og ledere i de enkelte boligene som har lagt til rette for at boligen utvikler et samarbeid med enkelte (og færre) fastleger slik som i modell ii og iii. Kommuneledelsen har i liten grad vært involvert i disse prosessene.

Kartleggingen viste at modell ii og iii synes å gi bedre integrerte tjenester med mer og bedre samhandling mellom medisinskfaglig personell omkring beboerne. Gitt brukergruppens manglende autonomi til å forvalte sine egne behov for legehjelp og ta beslutninger, og dermed være avhengig av hjelp fra for eksempel hjemmesykepleien til å formidle sine behov, synes modeller der beboerne mottar legetjenester fra et begrenset antall fastleger å gi et klart bedre medisinskfaglig tilbud.

De forhold som særlig synes å ha betydning for at legetjenesten oppleves som en integrert del av den helhetlige helseoppfølgingen til personer som bor i heldøgns omsorgsbolig er at:

- Fastleger og ansatte i boliger har god kjennskap til beboere og deres helsetilstand
- Det er god samarbeidskompetanse og gode relasjoner mellom ansatte tilknyttet boligen og fastleger
- Fastleger har interesse og kompetanse for beboere i særskilte grupper/mindre diagnosegrupper
- Det tas hensyn til reiseavstand og tilgang til fastlegekontoret for personer som i begrenset grad kan reise

Samlet sett ut ifra denne studien ser vi at noen verktøy og virkemidler kan være nyttige for å sikre medisinskfaglig kompetanse og oppfølging til beboere i heldøgns omsorgsboliger. Dette innbefatter særlig å utvikle et system for faste årskontroller hos beboere som i liten grad er i stand til å kontakte fastlege selv. Å utvikle integrerte timer eller årshjul for bedre oppfølging av beboere kan også være et nyttig grep. Spørsmålet er hvem som skal følge opp dette og lage avtaler. Det må diskuteres mellom de som samarbeider om tjenestene til beboerne. Når det gjelder beboere med sjeldne diagnoser og tilstander, kan læringsnettverk og kortfattede faglige prosedyrer bli utviklet og delt med fastleger som har det medisinske ansvaret.

Den gjennomførte studien har hatt et eksplorerende fokus med utgangspunkt i fem case i syv kommuner og et begrenset antall informanter. En videre utredning av organiseringsformer og løsninger for å knytte fastleger tettere til omsorgsboligene for å kunne ivareta et forsvarlig medisinskfaglig tilbud synes viktig. Dette gjelder også trender og sammenhenger mellom kommunestruktur og organisering av medisinskfaglig oppfølging. Kartleggingen har vist at beboere i heldøgns omsorgsboliger utgjør en variert gruppe som gjennomgående har et stort behov for medisinskfaglig bistand. Nærmere kartlegging av innhold og omfang av hjelpebehov i de ulike beboergruppene bør innhentes ved mer omfattende undersøkelser og baseres på tallmateriale.



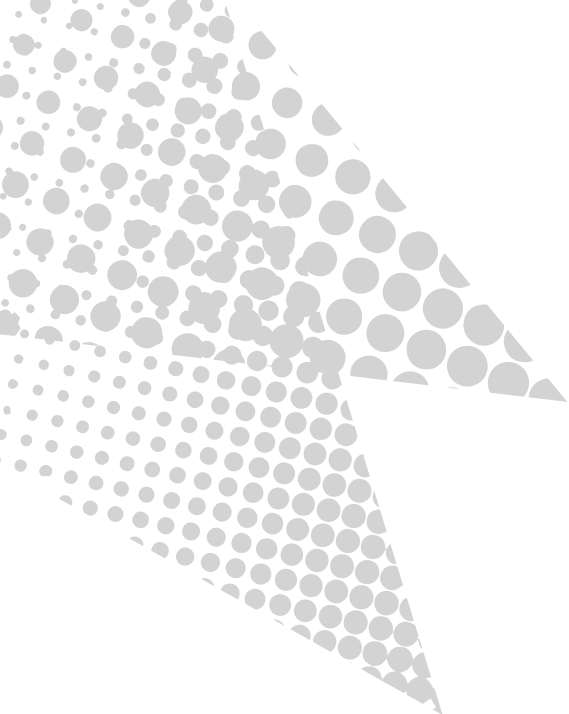


INNHOOLD

FORORD	V
SAMMENDRAG	VII
INNLEDNING	1
Omsorgsboliger – bakgrunn og særtrekk	2
Fremvekst	2
Organisering	2
Brukere/beboere	3
Bemanning	3
Det medisinskfaglige tilbudet til beboere i omsorgsboliger	4
Ansvar for den medisinskfaglige oppfølgingen i heldøgns omsorgsboliger	7
Mål og problemstillinger	8
Metode	9
RESULTATER	15
CASE 1A. Eldre i omsorgsbolig der hver beboer har sin individuelle fastlege	15
CASE 1B. Eldre i omsorgsbolig med én felles fastlege tilknyttet boligen	18
CASE 2. Personer med rus og psykiatriproblematikk der beboere har individuelle fastleger	24
CASE 3. Personer med psykisk utviklingshemming med noen fastleger på flere av beboerne	27

CASE 4. Personer med funksjonshemninger der hver beboer har individuell fastlege	32
Trenger hjelp til å tolke symptomer og formidle disse til lege	34
Erfaringer og refleksjoner blant fastlegene samlet	36
Forståelser av heldøgns omsorgsboliger	36
Hjemmebesøk er utfordrende	37
Samarbeid mellom legen og personalet i boligen	38
Beboergrupper og mest fremtredende medisinske behov	40
Brukerorganisasjoners synspunkter	40
Oppsummering og diskusjon	48
Organisering av det medisinskfaglige tilbudet til beboere i heldøgns omsorgsbolig	48
Modell 1. Alle beboere har hver sin fastlege	50
Modell 2. Noen fastleger for alle beboerne	51
Modell 3. Én felles fastlege på alle beboere	52
Dårlige bestillere	53
Samhandling	55
Begrensninger i studien	57
Konklusjon	57
REFERANSER	59





INNLEDNING

Som et ledd i utviklingen av den kommunale helse- og omsorgstjenesten, har Helse- og omsorgsdepartementet ønsket å få mer kunnskap om det medisinskfaglige tilbudet til personer som bor i heldøgns omsorgsboliger. I oppdragsbeskrivelsen heter det at tidligere undersøkelser i hovedsak er gjort på sykehjem spesielt, eller sykehjem og omsorgsbolig samlet. Det er imidlertid vesentlige forskjeller mellom sykehjem og omsorgsboliger, både når det gjelder økonomisk organisering og helsemessige forhold blant beboerne. Funn fra sykehjem er derfor ikke direkte overførbare til heldøgns omsorgsboliger. Oppdraget har derfor gått ut på å kartlegge det medisinskfaglige tilbudet til beboere i heldøgns omsorgsboliger.

Oppdraget har blitt gjennomført i perioden juni 2020-februar 2021 av forskerne Laila Tingvold og Line Melby ved Senter for omsorgsforskning øst. Det har vært avholdt jevnlig møter mellom forskerne og Helsedirektoratet underveis i prosessen. Vurderinger omkring utvalg av kommuner, design av studien, rekruttering og intervjuguider samt analyse og resultater har blitt delt gjennom hele perioden. I dette oppdraget opplevde vi at utbruddet av covid-19 fikk implikasjoner for å rekruttere informanter. Både ansatte i omsorgsboligene og fastlegene hadde hendene fulle, og det var ikke lett for dem å prioritere deltagelse i et forskningsintervju i en tid med smitteutbrudd og endrede rutiner. Vanligvis ville vi som forskere ha gjennomført en del intervjuer ved å reise til informantene. Denne gangen måtte alt arbeidet med intervjuer gjøres på Teams. Imidlertid opplevde vi at intervjudataene er gode, og at kontakten vi fikk med informanter på Teams har god kvalitet.

Denne rapporten er organisert med en innledning og bakgrunnsinformasjon for oppdraget samt drøftelse av begreper. Videre følger beskrivelse av metode, fremgangsmåte og utvalg. Resultatene er organisert og presentert i form av fem case. Hvert case trekker frem og drøfter det medisinskfaglige tilbudet i lys av de beboergrupper som ble inkludert i studien. Deretter følger et sammendrag av hovedfunn fra intervjuer med fastleger og brukerrepresentanter før vi avslutningsvis drøfter og diskuterer resultatene samlet.

OMSORGSBOLIGER – BAKGRUNN OG SÆRTREKK

FREMVEKST

Fremveksten av omsorgsboliger startet under handlingsplanen for eldreomsorgen og fortsatte videre inn i Omsorgsplan 2015. Boligformen ble opprinnelig lansert som et tiltak for å gi flere en mulighet til å få en god bolig tilrettelagt for omfattende pleie. Fra 1994 ble det ytt tilskudd fra Husbanken der omsorgsboligen ble definert som en «*bolig som er tilpasset orienterings- og bevegelseshemmede og er fysisk tilrettelagt slik at beboerne skal kunne motta heldøgns pleie og omsorg*». Det hevdes at boliggingjøringen av omsorgstjenestene er den mest markante endringen omsorgstjenestene har vært igjennom i nyere tid (Brevik, 2010). De siste 20 årene har antall beboere i omsorgsboliger økt (Otnes, 2015) både regnet i total antall og relativt sammenlignet med beboer ei institusjon (Gautun & Hermansen, 2011).

Beboere i omsorgsboliger er beskyttet av husleieloven og regnes som hjemmeboende. Det er flere ulike kommunale eieformer for omsorgsboliger der den vanligste ser ut til å være kommunale utleieboliger. Det benyttes flere begreper for denne boligformen, for eksempel «bokollektiv», «bofelleskap», «servicebolig» og «selvstendige boliger» (Daatland, 2014). Fra 2008 og i starten av perioden tilhørende Omsorgsplan 2015 var det en overvekt av tilskudd til omsorgsboliger fremfor sykehjem. Dette har trolig sammenheng med at kommunene frem til 2002 hadde stor frihet med hensyn til prioriteringen mellom omsorgsboliger og sykehjemsplasser (Borge & Haraldsvik, 2005) og at det for kommunen var mest fordelaktig økonomisk sett, å legge til rette for utbygging av omsorgsboliger, fremfor sykehjemsplasser (Hagen, McArthur, & Tjerbo, 2013). For omsorgsboliger er det en betydelig økning i antallet mellom 1998 og 2001 og en moderat vekst i perioden 2008-2012 (Hagen et al., 2013). Antall omsorgsplasser med tilsagn fra 2014-2019 fordelt på omsorgsboliger og sykehjemsplasser er nokså jevnt fordelt mellom boformene. I tidsrommet fra 2012 og fremover ble gitt tilsagn om tilskudd til 9 723 sykehjemsplasser og 7 835 omsorgsboliger, hvorav flesteparten var tiltenkt personer over 67 år (Helsedirektoratet, 2019).

ORGANISERING

Omsorgsboligene kan ha ulik organisering. I noen kommuner er de organisert under hjemmetjenesten, mens andre kommuner har lagt organiseringen til institusjonstjenesten eller har egen organisering. Siden noen av plassene i omsorgsboliger er tiltenkt personer med utviklingshemming, funksjonshemmede og personer med psykiatiske lidelser, er det i en del kommuner opprettet avdelinger med egne tjenester for disse brukergruppene. I kommunene kan disse ha ulike navn som «tilrettelagte tjenester» eller «boveiledertjeneste», eller «tjenesten for funksjonshemmede». Egne avdelinger for «tilrettelagte tjenester» kan også være tilrettelagt bredt for personer med rusavhengighet, personer med psykiatiske problemer og personer med utviklingshemming.

Det finnes visse krav til utforming for at en bolig kan defineres som en omsorgsbolig. Etter 2008 krevde myndighetene om at omsorgsboliger skulle bygges med fire til åtte samlokaliserte enheter med fellesareal samt mulighet for vaktrom (Husbanken, 2009).

I dagens regelverk er det et formelt og tydelig skille mellom sykehjem og omsorgsboliger, men i praksis kan det være vanskelig å se hva som skiller disse fra hverandre både innholds- og bygningsmessig. En viktig forskjell på omsorgsbolig og sykehjem er imidlertid at en omsorgsbolig juridisk er å betrakte som boerens private hjem. Beboerne får i hovedsak tildelt hjemmetjenester etter en individuell vurdering, på samme vis som andre hjemmeboende. Beboere i omsorgsboliger betaler husleie og får bostøtte etter vanlige regler. De betaler for kost, medisiner, helsetjenester m.v. som andre hjemmeboende. Kommunenes adgang til å kreve egenbetaling for tjenester i hjemmet er regulert i Lov om kommunale- helse og omsorgstjenester. Betalingsmodeller og satser for hjemmetjenester varierer fra kommune til kommune. Det er ikke betaling for hjemmesykepleie. Beboerne beholder i utgangspunktet sin egne fastlege i overgang fra individuelt hjem og over i omsorgsbolig.

BRUKERE/BEBOERE

Omsorgsboliger er tilrettelagt for en rekke ulike brukergrupper. Dette omfatter eldre personer (både med somatisk sykdom og demens) og brukergrupper under 67 år som personer med psykisk utviklingshemming, personer med funksjonshemninger og multifunksjonshemninger, personer med rus og/eller psykiatriproblematikk, personer med behov for rehabilitering samt barneboliger (Hagen & Tingvold, 2018). Også yngre ressurskrevende brukere og økonomisk vanskeligstilte er nevnt som brukere av omsorgsboliger. Etter HVPU-reformen ble personer med utviklingshemming tilbudt plasser i omsorgsboliger. Et slikt boligtilbud ansees som ideelt og muligheten for «hjemligjøring» er stor. Ute i kommunene der det tidligere har vært sentralinstitusjoner, har mange beboere ønsket å bli værende i kommunen etter at sentralinstitusjonen er nedlagt. Dette har medført at disse kommunene har hatt en større oppgave ved å legge til rette boliger for relativt mange brukere i denne gruppen (Tingvold & Romøren, 2015).

Evaluering av Omsorgsplan 2015 viste at en stor del av brukene eldre med somatiske hjelpebehov som klarte seg godt i omsorgsbolig, og som ikke var så pleietrengende at de var i behov for sykehjems plass. I evalueringen trakk flere informanter i kommunene frem at omsorgsboliger til eldre er et nødvendig og viktig trinn i omsorgstrappen (Tingvold & Romøren, 2015). Når det gjaldt personer med psykiatriske diagnoser, ble omsorgsboliger omtalt som en god og verdig løsning for denne gruppen der brukerne får gode rammer rundt seg. Samtidig bør det nevnes at det over lang tid har foregått en diskusjon om omsorgsboliger er et tilfredsstillende botilbud for personer med demens (Hjort, 2002). Det er også diskusjoner om hvor godt egnet omsorgsboliger er for eldre personer med store hjelpebehov med tanke på at omsorgsboligene i utgangspunktet betjenes av hjemmetjenestene. Dette peker på en utvikling der sykkelighet og hjelpebehovet til personer i omsorgsboliger er større nå enn tidligere. Gitt denne endringen, er spørsmålet om det medisinskfaglige tilbudet i omsorgsboligene er godt nok.

BEMANNING

I forhold til bemanning, er det ingen regulering av bemanningen i omsorgsboliger som sådan. Det er den enkelte beboers behov som skal styre behovet for personell. Tidligere ble det beskrevet at omsorgsboligene skulle bemannes av hjemmetjenesten på bakgrunn

av vedtak fattet i kommunen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2010-2011). Vedtaket om tildeling av omsorgsbolig skulle fattes separat fra vedtak om omsorgs- og pleietjenester. Beboerne i omsorgsboligene kan derfor søke om 'nødvendig helsehjelp' og velge fastlege og behandlere slik som fysioterapeut og tannlege på samme grunnlag og premisser som beboere i den ordinære boligmassen. Med fremveksten av omsorgsboligene startet en del av kommunen å samle beboere med store hjelpebehov i omsorgsboligene. Økt bemanning ble da nødvendig og ulike bemanningsløsninger har vokst frem. Noen boliger har fast ansatt personale, noen har heldøgns bemanning, noen har bemanning deler av døgnet og andre har en fast nattevakt. Disse ordningene er et resultat av kommunenes mer praktiske tilnærming til beboernes behov. Fra evalueringen av Omsorgsplan 2015 fremkom det for eksempel at kommunene som har mottatt investeringstilskudd til omsorgsboliger, har 38 % svart at de har fast heldøgns bemanning tilsvarende sykehjem, 25 % har fast heldøgns bemanning tilgjengelig via ringevakt, 23 % har noen boliger med fast heldøgnsbemanning og noen uten fast heldøgnsbemanning, mens 10 % har svart at omsorgsboligene bygget med investeringstilskuddet ikke har fast heldøgns bemanning (Tingvold & Romøren, 2015).

Hvordan omsorgsboligen er bemannet, ser også ut til å henge sammen med lokalisering. Noen omsorgsboliger er samlokalisert med sykehjem, eller i samme nærområde som sykehjem. I slike tilfeller kan hjemmetjenesten betjene omsorgsboligene på dagtid, mens det ansatte på sykehjemmet betjener omsorgsboligene ved behov på kveld og natt. Noen av omsorgsboligene kan ha personell til å hjelpe brukere på dagtid, mens de er ubetjent på natt, med ringevakt til hjemmetjenesten.

DET MEDISINSKFAGLIGE TILBUDET TIL BEBOERE I OMSORGSBOLIGER

Det er gjort lite forskning på det medisinskfaglige tilbudet i heldøgns omsorgsboliger i en norsk kontekst. Vi har tidligere gjort en studie som undersøkte dette tilbudet til beboere i *sykehjem* og i *heldøgns omsorgsboliger* (Melby et al., 2019), men materialet som omhandlet omsorgsboliger var lite sammenliknet med sykehjem, og det var derfor behov for mer kunnskap på dette området.

Det medisinskfaglige tilbudet til hjemmeboende beboere i heldøgns omsorgsboliger ivaretas i hovedsak av fastlege, eventuelt supplert med legevakt. Videre går vi kort gjennom noen hovedtrekk ved fastlegeordningen. Fastlegeordningen er hjemlet i "Forskrift om fastlegeordningen i kommunene" (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021), der formålet er å sikre at alle får nødvendige allmennelegetjenester av god kvalitet til rett tid, og at personer bosatt i Norge får en fast allmennelege å forholde seg til. I dag har vi ca. 4860 fastleger i Norge, hvorav 63 prosent er spesialister i allmenne medisin. I 2019 utførte fastlegene 14 mill. konsultasjoner, de fleste av disse foregår på fastlegens kontor. Gjennomsnittlig listelengde er 1084, og listelengde har falt siden 2005, da den var på sitt høyeste med 1204 pasienter i gjennomsnitt. De aller fleste fastlegene er selvstendig næringsdrivende, og kun om lag 14 prosent var fastlønnet av kommunen i 2019 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020).

Fastlegeordningen har fått mye oppmerksomhet de senere årene, og den er beskrevet som en tjeneste under sterkt press. EY og Vista Analyse har evaluert fastlegeordningen (EY og Vista Analyse, 2019), og i evalueringen undersøkte de (i) om fastlegeordningen har hatt ønsket effekt, (ii) om endrede rammebetingelser har påvirket ordningen, sett fra ulike ststeder, og (iii) i hvor stor grad dagens rammebetingelser er bærekraftige med tanke på dagens og fremtidens behov for allmennlegetjenester til befolkningen. Spissformulert viste evalueringen at fastlegeordningen er en godt likt tjenestene, men at det er en tjeneste med utfordringer. EY og Vista konkluderte med at fastlegeordningen er en formålstjenlig institusjon, og at nøkkelkarakteristika ved ordningen blir satt stor pris på. Det omfatter stabile og vedvarende relasjoner mellom pasient og lege, legens helhetsansvar for pasienten, og hans/hennes koordinatorrolle for pasienten i helse- og omsorgssektoren, samt at legen har en portvokterrolle ovenfor spesialisthelsetjenesten.

Evalueringen viste videre at presset på fastlegeordningen er reelt. Legene har opplevd en vesentlig økning i arbeidsbelastning de siste årene. Årsakene er flere og sammensatte, og det kan gå ut over kvaliteten på pasientbehandlingen. Konsekvensene av stort arbeidspress er blant annet at flere fastleger vurderer å slutte. Videre er det relativt få av LIS1-legene/medisinstudentene som ønsker å arbeide som fastlege. Her spiller årsaker som manglende økonomisk trygghet og fravær av sosiale ordninger, foruten høy arbeidsbelastning inn. Konsekvensen på sikt blir rekrutteringsutfordringer og mangel på fastleger. Rekrutteringsutfordringene er allerede til stede i mindre, usentrale kommuner, men er nå i ferd med å spre seg til større og mer sentrale kommuner, viser evalueringen (EY og Vista Analyse, 2019). Dette vil påvirke tilgjengeligheten til fastlege for pasientene, inkludert for beboere i omsorgsbolig. Evalueringen fremhever også at det økte presset på fastlegetjenesten går ut over pasientene på flere måter, blant annet at svake pasientgrupper med sammensatte behov blir nedprioritert, og samhandling utover den som er nødvendig for å ivareta spesifikke pasienter prioritert bort. Dette kan vi tenke oss særlig vil ramme beboere i omsorgsbolig, som er en jevnt over svak pasientgruppe.

I evalueringen undersøkte EY og Vista Analyse også rammebetingelsene for fastlegetjeneste. Evalueringen viste at kommunene ivaretar sitt "sørge-for"-ansvar, men at oppfølgingen av legene må styrkes. Kommunene har på plass funksjoner som kommuneoverlege og administrativ ledelse til oppfølging av legene, men rekrutteringsutfordringer vanskeliggjør ivaretagelsen av "sørge-for"-ansvaret. Hovedmodellen med selvstendig næringsdrift ser videre ut til å skape en distanse mellom fastlegene og kommunen. Fastlegeordningen framstår som en satellitt i forhold til resten av helse- og omsorgstjenesten, og evalueringen konkluderer med at det er behov for en tydeliggjøring av kommunens rolle og ansvar og en avklaring av hva fastlegene kan forvente fra kommunen.

Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020) kan sies å svare ut mange av de utfordringene evalueringen av fastlegeordningen identifiserer. Handlingsplanen beskrives som en forpliktende opptrappingsplan, og Regjeringen vil over planperioden fram til 2024 fremme forslag om å styrke allmennlegetjenesten med betydelige summer. Handlingsplanen delt inn i tre målområder: (i) en trygg og attraktiv karrierevei, (ii) god kvalitet til alle, og (iii) fremtiden er teambasert. Av særlig relevans blant det man ønsker å oppnå innenfor målområdene - for dette oppdraget - kan vi nevne at fastlegene skal oppleve en overkommelig arbeidsbelastning og kunne holde seg faglig oppdatert, at alle innbyggere skal oppleve en allmennlegetjeneste av god kvalitet, som er tilgjengelig og tilpasset deres behov, samt at fastlegetjenesten

skal organiseres på en slik måte at pasientene får et bredere og mer sammenhengende helse- og omsorgstilbud. Teamorganisering lanseres som mulig organiseringsform for å imøtekomme disse behovene. Til sammen inneholder målområdene 17 tiltak som skal bidra til å nå målene. Mange av disse tiltakene, og deres forventede effekter vil ha påvirkning på det medisinskfaglige tilbudet i heldøgns omsorgsbolig.

Det foregår allerede flere forsøk med å organisere lege- og andre helsetjenester i team, for eksempel primærhelseteam (PHT) og tverrfaglig strukturert oppfølgingsteam. I den siste statusrapporten fra forsøket med PHT (Abelsen et al., 2021), gjør forskerne blant annet en drøfting av hvordan organisering av allmennmedisinske tjenester virker inn på det tilbudet til personer i PU-boliger. De drøfter oppfølging både *med* og *uten* PHT. Innledningsvis peker forfatterne (ibid.) på at én utfordring med målgruppen, er at den er liten i omfang og spredd blant landets fastleger. Det betyr at den enkelte fastlege som regel dermed har veldig få listeinnbyggere med utviklingshemming og følgelig liten erfaring med målgruppa. Det kan tale for å organisere tjenesten på andre måter enn ordinær oppfølging av fastlege.

Studien tyder på at beboere med utviklingshemming i pilotkommunene har fått færre *økt kontinuitet* i oppfølgingen. Dette omfatter behandlingskontinuitet, blant annet som følge av at det systematisk gjennomføres årskontroller og at personalet i PU-boligene har fått mer opplæring, noe som igjen gjør at de kan bidra mer i den medisinske oppfølgingen enn før. Det ser også ut som informasjonskontinuiteten har økt, fordi det har blitt en tettere dialog om helsetilstanden til beboerne mellom legetjenesten/teamet og personalet i PU-boligene. Videre beskriver forfatterne at den relasjonelle kontinuiteten har økt betraktelig. Det er det samme helsepersonellet som kommer til beboernes hjem, og det trykker beboerne og bidrar til mindre bruk av tvang. Forfatterne konkluderer med at dette utvilsomt gir en bedre fastlegetjeneste enn før.

Den økte kontinuiteten kan oppnås både med og uten PHT, mener forfatterne. Det kan altså være flere måter å organisere tjenestene på, som vil gi et bedre tilbud til pasientgruppa. Ett alternativ som lanseres er at det er en fast lege som kommer ut av legekantoret og til boligen for å følge opp alle beboere i PU-boligen. Om det er nødvendig å kople på en sykepleier fra PHT er usikkert. Dersom beboerne er multisyke, vil det være en fordel med en sykepleierressurs. Om denne skal dekkes av boligen eller av legekantoret kan diskuteres. PU-boligene som ble undersøkt i studien hadde forskjellige varianter av fastlegetilknytning. I ett tilfelle hadde alle beboerne samme kommunalt ansatte fastlege, og tilbudet til PU-boligen om forsterket legeoppfølging var i utgangspunktet tenkt som en tilsynslegefunksjon (systemnivå) – uten noen kobling til PHT. I det andre tilfellet var fastlegen selvstendig næringsdrivende og deltok i et PHT, mens i et tredje tilfelle hadde beboerne fastleger ved samme legekantor, og en av disse hadde hovedkontakten med PU-boligen, som et ledd i oppfølging fra PHT. Det er altså mange mulige varianter av organisering av legetilbudet, med sine fordeler og ulemper. Studien konkluderer med at både beboere og fastleger er tjent med en mer helhetlig og overordnet organisering (for eks. PHT) enn de ordinære lege-pasientforholdene i fastlegeordningen (Abelsen et al., 2021). Det er lett å se for seg at også andre sårbare brukergrupper i heldøgns omsorgsboliger kan tjene på andre organiseringsformer enn den tradisjonelle.

ANSVAR FOR DEN MEDISINSKFAGLIGE OPPFØLGINGEN I HELDØGNS OMSORGSBOLIGER

Beboere i heldøgns omsorgsboliger er å betrakte som enhver person som bor i egen bolig i en kommune, og som har behov for helse- og omsorgstjenester. På det overordnede nivået er det derfor kommunen, jf. helse- og omsorgstjenesteloven, som har ansvar for at beboerne får den medisinskfaglige oppfølgingen de har behov for. I § 3-1 i loven omtales kommunens overordnede *ansvar for helse- og omsorgstjenester. Her heter det blant annet at "Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester."* Videre heter det at *"Kommunens ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper..."* og at kommunens ansvar *"innebærer plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift."* I §3-2, beskrives hvilke tjenester kommunen skal tilby innbyggerne for å kunne oppfylle ansvaret som er beskrevet i §3-1. Av relevans for beboere i heldøgns omsorgsbolig er først og fremst kommunens ansvar for at innbyggerne får nødvendig utredning, diagnostisering og behandling, herunder at de organiserer fastlegeordningen. I tillegg skal kommunen sørge for helsetjenester i hjemmet og personlig assistanse, inkludert praktisk bistand for de innbyggerne som trenger det.

I tillegg til at kommunen har et ansvar for å tilby fastlegetjenester, hvilket er sentralt med tanke på medisinskfaglig oppfølging, har kommunen også et ansvar som går i linje ned til den enkelte "boligleder" og personellet i boligen, siden det er disse som observerer beboeren i det daglige. Dette ansvaret må ses i lys av forsvarlighetskravet i helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1, hvor det beskrives at helse- og omsorgstjenestene som tilbys eller ytes etter loven skal være forsvarlige. Kommunen skal derfor tilrettelegge tjenestene slik at

- a. den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud
- b. den enkelte pasient eller bruker gis et verdig tjenestetilbud,
- c. helse- og omsorgstjenesten og personell som utfører tjenestene blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter og
- d. tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenestene.

Videre er forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring styrende for hvordan kommunene innretter sine helse- og omsorgstjenester. Forskriften skal bidra til at tjeneste som ytes er faglig forsvarlige, at det gjennomføres kvalitetsforbedring, og at pasient- og brukersikkerhet ivaretas, samt at øvrige krav i helse- og omsorgstjenestelovgivningen etterleves ([Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten - Lovdata](#)).

Fastlegeforskriften er videre svært sentral i regulering av ansvar og plikter for beboere i heldøgns omsorgsboliger ([fastlegeforskriften](#)). I forskriftens kapittel 2 beskrives kommunens ansvar. Blant annet skal kommunen sørge for at personer som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige allmennlegetjenester (jf. helse- og omsorgstjenestelover), og *"kommunen skal sørge for at befolkningen gis et forsvarlig tilbud av allmennlegetjenester,*

hvor fastsatte kvalitets- og funksjonskrav i fastlegeordningen overholdes” (vår understreking). Kommunen skal også legge til rette for samarbeid mellom fastlegene og andre tjenesteytere og sikre at fastlegeordningen er integrert med det øvrige tjenestetilbudet i kommunen. Kommunen skal også legge til rette for samarbeid mellom fastlegene og spesialisthelsetjenesten.

Når det gjelder fastlegens spesifikke ansvar er det regulert i fastlegeforskriften kapittel 3 og 4, hvor listeansvar og medisinskfaglig koordineringsansvar beskrives. I § 17 heter det for eksempel at *“Fastlegen skal, basert på foreliggende journalinformasjon, søke å ha oversikt over innbyggere på listen der medisinskfaglig oppfølging og koordinering er nødvendig.”* Beboere i heldøgns omsorgsboliger vil i stor grad ha behov for koordinerte tjenester. I § 23 omtales hjemmebesøk, som også er relevant for beboerne i omsorgsbolig. Forskriften beskriver at fastlegen skal gi tilbud om hjemmebesøk til egne listeinnbyggere *“a) som på grunn av sin helsetilstand eller funksjonsevne ikke er i stand til å møte til konsultasjon eller b) når dette anses nødvendig for å sikre pasienten forsvarlig helsehjelp. Fastlegen må selv ut fra en medisinsk vurdering prioritere når hjemmebesøk skal foretas.”*

MÅL OG PROBLEMSTILLINGER

Det overordnende målet med kartleggingen har vært å få mer kunnskap om det medisinsk faglige tilbudet til personer i heldøgns omsorgsboliger. Hvordan har kommunene organisert dette tilbudet? Og hva er erfaringene med forskjellige måter å organisere legetjenestene på?

Vi har jobbet ut ifra følgende problemstillinger:

1. Hvordan har kommunene organisert det medisinskfaglige tilbudet til personer i heldøgns omsorgsbolig, både med hensyn til hjemmebesøk og muligheter for telefonkontakt med lege, samt bruk av legevaktstjenester?
2. Har kommunene gjort tiltak for å samle tjenesten på færre fastleger? Hva er i tilfelle styrker og svakheter med en slik ordning?
3. Hva er kommunens begrunnelse for valgte form for organisering av legetjenester til beboere i omsorgsboliger?
4. Hvordan beskriver fastlegene oppfølgingen av pasienter som bor i omsorgsboliger, både når det gjelder hvor ofte og hvor omfattende legetjeneste er, samt hvor systematisk pasientgruppa følges opp.
5. Hvordan samhandler fastlegene med øvrige helse- omsorgstjenester i kommunene og spesialisthelsetjenesten om den medisinske oppfølgingen?
6. Hvilke forhold har betydning for at legetjenesten oppleves som en integrert del av den helhetlige helseoppfølgingen til personer som bor i heldøgns omsorgsbolig, på tvers av ulike diagnoser, helsetilstand og funksjon?
7. I hvilken grad hemmer eller fremmer dagens IKT-systemer samhandling mellom fastleger og ansatte ved boligene?

8. I hvilken grad er velferdsteknologiske løsninger tatt i bruk i det medisinskfaglige arbeidet i omsorgsboligene? Og hvilken nytte har disse løsningene for lege, ansatte i boligene og pasient/beboer?

Basert på kunnskapsgrunnlaget og de påfølgende vurderingene av dette, vil vi gi anbefalinger til eventuelle ytterligere tiltak som kan styrke det medisinskfaglige tilbudet til personer i heldøgns omsorgsboliger.

METODE

I perioden 20.08.2020- 19.01.2021 ble det innhentet data fra ledere og ansatte i heldøgns omsorgsboliger i syv kommuner. Det ble også gjennomført intervjuer med seks fastleger og fire brukerorganisasjoner. Det ble foretatt et strategisk utvalg av omsorgsboliger der hensikten var å få dekket opp de mest sentrale dimensjonene og forholdene som kan gi variasjon i det medisinskfaglige tilbudet. Dette inkluderte:

- Variasjon i beboergruppe i omsorgsboligene
- Ulike former for legetilknytning; ordinær fastlegeordning eller at boligen har knyttet seg en eller et fåtall fastleger
- By (urban) – land (rural)
- Variasjon i kommunestørrelse

REKRUTTERING

Det ble foretatt et strategisk utvalg av informanter. Med strategisk utvalg mener vi her et utvalg som er sammensatt ut fra en målsetting om at materialet best mulig kan belyse problemstillingen som vi ønsket å undersøke (Malterud, 2011; Meadows & Morse, 2001; Patton, 2003).

Til sammen inngår heldøgns omsorgsboliger i syv kommuner i denne kartleggingen. Forskerne hadde fra tidligere studier og oppdrag flere kontakter og gode nettverk ute i kommunene. Tre kommunene ble forespurt på grunnlag av tidligere kontakt og at de fylte kriterier til inklusjon. Disse takket ja til å delta, og vi fikk kontaktinformasjon til lederne i de omsorgsboligene der det var aktuelt å gjennomføre intervjuer. For å utvide utvalget med kommuner som hadde ulike typer organisering av det medisinskfaglige tilbud ble det sendt ut en henvendelse til Utviklingssenter for Sykehjem og hjemmetjenester (USHT) der forskerne beskrev i korte trekk oppdraget vi var i gang med. Vi fikk tips om tre kommuner som kunne være aktuelle å inkludere på bakgrunn av deres erfaringer med organisering av legetjenester for personer i omsorgsbolig. Kommunene ble kontakt og forespurt om deltagelse. To kommuner takket ja til å delta, den ene hadde samlokalisering slik at fastleger og omsorgsboliger var i samme hus. Den andre kommunen hadde en beboergruppe som vi var interessert i å vite mer om (personer med funksjonshemminger og multifunksjonshemminger) i forhold til legedekning. Den tredje kommunen hadde en omsorgsbolig for eldre personer med både somatisk sykdom og kognitiv svikt. Det ble formidlet til oss at ledelsen hadde uttrykt frustrasjon over

legedekningen og samarbeidet de hadde med et stort antall fastleger for omsorgsboligens beboere. Da vi kontaktet leder i boligen, fikk vi bekreftet samarbeidsutfordringer. Leder formidlet at de hadde svært mange beboere med store helseutfordringer, og at de opplevde det som krevende å koordinere og «stå imellom» fastlege og svært syke beboere. Imidlertid takket leder nei til å delta i studien på grunn av høyt arbeidspress og covid-19 utbruddet som førte med seg mye ekstraarbeid. Den fjerde kommunen ble rekruttert via kontakter i Senter for omsorgsforskning Midt. Forskere herfra hadde kjennskap til at kommunen hadde en organisering der de aller fleste av beboerne bevisst var samlet på en fastlege. Den siste kommunen ble rekruttert etter at forskerne hadde holdt et innlegg på Fastlegekonferansen 2020 «Fra plan til Handling». En lege som hadde hørt innlegget på konferansen, kontaktet forskerne og han hadde engasjert seg særskilt omkring legedekning for beboere i omsorgsboliger. Denne kommunen ble rekruttert for å ha lagt til rette for en innretning for legedekning som stod frem som spesiell.

Tabell 1: Karakteristikk ved de heldøgns omsorgsboligene som ble inkludert i studien

	Landsdel	Case navn	Kommune str.	Legetilknytning og modell	Beboergruppe
1	Øst	Grandal	30.000	Felles fastlege for alle beboere (modell iii)	Eldre demens/somatikk
2	Sør	Sjøtun	20.000	Hver beboer har sin fastlege (modell i)	Rus og psykiatri
3	Øst	Åstun	35.000	Noen få fastleger på de fleste beboere (modell ii)	Psykisk utviklingshemmede
4	Vest	Askvik	3.500	Felles fastlege for de fleste beboere (modell iii)	Eldre demens/somatikk
5	Vest	Skogby	40.000	Hver beboer har sin fastlege (modell i)	Eldre
6	Sør	Dalgård	80.000	Noen få fastleger i kombinert stilling på alle beboere (modell ii)	Eldre lettere kognitive
7	Vest	Fjelltun	15.000	Hver beboer har sin fastlege (modell i)	Funksjonshemmede og multifunksjonshemmede

Vi gjennomførte først intervju med ledere og/eller ansatte i omsorgsboligene. I vårt opprinnelige design for denne studien, ønsket vi å rekruttere fastleger tilhørende samme kommune som omsorgsboligen. I intervjuene med omsorgsboligene fikk vi navn på noen fastleger som ansatte i omsorgsboligen kjente til eller hadde samarbeidsrelasjoner med. Vi ønsket å få snakke med disse fastlegene for å høre deres side opplevelser av å gi legetjenester til brukere i en gitt bolig. Vi henvendte oss til legekantorene der de

navngitte legene arbeidet. Ved telefonhenvendelsen noterte sekretær ned vår beskjed og ønske om intervju, og skulle formidle denne til fastlegen. Forskerne skrev også et notat som de sendte per e-post til legekantoret, slik at sekretæren kunne formidle dette til legen. Vi spurte om å få direkte e-postadresse eller telefonnummer til fastlegen slik at vi slik at vi kunne forespørre direkte, men dette ble avslått. Etter gjentatte purringer og henvendelser for å følge opp henvendelsen vår i håp om å inkludere fastlegene, måtte vi gi opp. Kun i én kommune har vi intervjuet både fastlegen og leder i omsorgsboligen og fått deres opplevelser og erfaringer samlet. Innledningsvis i studien gjennomførte vi et intervju med to sentrale personer i Norsk Forening for Allmenntilleggsmedisin (NFA) for å drøfte studiens innhold og teste intervjuguiden for fastlegene. Dette intervjuet har vi regnet med inn i det samlede datamaterialet. Etter råd fra oppdragsgiver, henvendte vi oss til NFA på nytt for å få hjelp til å rekruttere fastleger. NFA var positive til vår henvendelse og ønsket å hjelpe. I løpet av få dager hadde NFA forspurt medlemmer og fem fastleger hadde svart at de kunne stille til intervju. Kriteriet var at legene hadde pasienter på sin liste som bodde i heldøgns omsorgsboliger, og at de kunne uttale seg om fastlegerollen til beboere med ulike behov for tjenester bosatt i heldøgns omsorgsbolig. Vi hadde også planlagt å intervju noen kommuneleger. Vi skrev brev til kommuneleger i de kommuner der vi hadde intervjuet i omsorgsbolig og forklarte vårt mandat og bad om et intervju. Til tross for flere purringer, fikk vi ingen svar. Vi er sikre på at årsaken til dette ligger i den ekstraordinære situasjonen med covid-19 og at kommunelegene ikke kunne prioritere vår henvendelse.

Skriftlig informasjon om undersøkelsen og samtykkebrev (se eget vedlegg) ble sendt til alle informanter.

Tabell 2: Oversikt informanter i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

Nr	Informant	Kjønn, Alder	Utdanning	Case navn
1	Leder, omsorgsbolig	Kvinne	Sykepleier, spes. ledelse	Granvik
2	Avd.leder, omsorgsbolig	Kvinne	Sykepleier	Granvik
3	Avd. leder, omsorgsbolig	Kvinne	Sykepleier, spes. psykiatri, ledelse	Sjøtun
4	Leder, omsorgsbolig	Kvinne	Samfunnsviter	Fjelltun
5	Leder, enhet, omsorgsbolig	Kvinne	Vernepleier, spes. ledelse	Åstun
6	Leder, enhet, omsorgsbolig	Kvinne	Sykepleier, spes. ledelse	Åstun
7	Helsesjef	Kvinne		Skogby
8	Avdelingsleder hjemmetjenesten	Kvinne	Sykepleier	Skogby
9	Leder hjemmetjenesten	Kvinne	Sykepleier	Askvik
10	Sykepleier hjemmetjenesten/ omsorgsbolig	Kvinne	Sykepleier	Askvik
11	Leder, omsorgsbolig	Kvinne	Sykepleier, spes. ledelse	Dalgård

Tabell 3: Oversikt leger som ble intervjuet

	Stilling	Kjønn	Alder	Næring/Komm	År som fastlege	Listestørrelse
1	Fastlege	K	61	Næring	10 i Norge	ukjent
2	Fastlege	K	41	Fastlønnnet	6	500
3	Fastlege	M	44	Næring	14	1400
4	Fastlege	M	42	Næring	11	1500
5	Fastlege	K	60	Næring	27	1200
6	Fastlege	M	62	K/N (delt)	33	ukjent
7	Fastlege	K	48	NFA	ukjent	Ikke aktuell

GJENNOMFØRING AV INTERVJUER

Før intervjuene ble det valgt en kvalitativ fremgangsmåte som er best egnet til å favne erfaringer og opplevelser av den typen vi ønsket å få kjennskap til (Kvale, 2008). Det kvalitative forskningsintervju har som hensikt å bidra med forståelse for ulike sider ved situasjonen til deltakeren, og presentere dette ut fra denne personens eget perspektiv.

Før intervjuene ble det laget semi-strukturerte intervjuguider for de målgruppene som var inkludert i studien. Dette innbefattet a) ledere og ansatte i omsorgsboliger, b) fastleger og c) brukere og brukerorganisasjoner. Intervjuguidene ble utarbeidet, delt og diskutert mellom forskerne og deretter presentert for oppdragsgiver. Oppdragsgiver hadde noen forslag til tilleggsspørsmål samt reformuleringer av enkelte spørsmål. Guidene ble revidert av forskerne og justert med hensyn til kommentarene fra oppdragsgiver. De tre intervjuguidene som ble benyttet er vedlagt bakerst i rapporten.

Intervjuguidene inneholdt en kombinasjon av lukkede og åpne spørsmål med størst vekt på åpne spørsmål. Fordelen med åpne spørsmål er at intervjueren vil motta en større beskrivelse av en situasjon, som igjen kan føre til ny kunnskap. Videre kan intervjueren stille oppfølgingsspørsmål basert på deltakerens svar, og på denne måten skapes en dialog. Denne måten å utføre intervjuet på karakteriseres gjerne som semistrukturerte forskningsintervju og vektlegger deltakerens opplevelse av emnet gjennom en planlagt og samtidig fleksibel samtale (Kvale & Brinkmann, 2015).

Gjennom kvalitative forskningsintervju får intervjuer en deskriptiv fortelling gjennom deltakerens bidrag, og intervjueren oppfordrer deltakeren til å beskrive det han eller hun opplever og erfarer. I enhver samtale mellom to personer kan det oppstå feiltolkninger og misoppfatninger av hva som blir sagt, og intervjueren kan derfor forsøke å formulere det oppfattede budskapet, og deretter søke bekreftelse hos deltakeren om det er den «rette» fortolkningen (ibid.)

Vi hadde i utgangspunktet planlagt å gjennomføre intervjuer både fysisk og per telefon, men på grunn av covid-19 ble kun tre intervjuer gjennomført fysisk, mens resterende ble gjennomført per telefon eller over Teams. Vi opplevde at intervjuer gjennomført på Teams og telefon var vellykket og av god kvalitet.

Vi ble utfordret av at både fastleger og ansatte i omsorgsboligene hadde vansker med å finne tid til oss. De stod i en situasjon med covid-19 utbruddet som krevde nye måter å

jobbe på og nye rutiner som skulle på plass. I tillegg håndterte ledere på omsorgsboligene mye ustabilitet i staben på omsorgsboligene, for eksempel knyttet til at ansatte var ute i karantene og det kunne være utfordrende å planlegge bemanning og skaffe nok folk.

Til sammen er det gjennomført intervjuer med 22 personer. Det ble gjennomført syv intervjuer med ledere og ansatte i omsorgsboliger. I fire av intervjuene deltok to informanter, slik at det til sammen er 11 personer som har besvart og reflektert rundt spørsmålene i intervjuguiden. Intervjuene varte mellom 40-70 minutter, litt avhengig av hvor mye informantene hadde å fortelle.

Det ble gjennomført syv intervjuer med fastleger. Seks ble gjennomført over telefon eller Teams, mens ett ble gjennomført på kontoret til fastlegen etter at hun var ferdig med dagens pasienter. Intervjuene med fastlegene varte fra 25-60 minutter. Noen av fastlegene som ble intervjuet viste seg å ha stor interesse for oppdraget vårt og bidro mye omkring spørsmålene.

Underveis i studien ble det gjennomført fire intervjuer med brukerorganisasjoner. Det ble vurdert hvilke organisasjoner som skulle forespørres. Dette ble drøftet med oppdragsgiver. De som har bidratt med synspunkter med «brukerøyne» er Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO), Foreningen for Human Narkotika politikk (FHN), Nasjonalforeningen for Folkehelsen samt Norsk Forbund for Utviklingshemmede (NFU). Ved henvendelse til organisasjonene opplyste forskere om oppdraget, og kontaktpersonen i organisasjonen formidlet henvendelsen videre til leder. Organisasjonen drøftet internt hvem som best kunne svare fra deres organisasjon og pekte ut en ansatt eller representant som de ønsket skulle stille til intervju. Personene som ble valgt ut, stilte seg positive til intervju og vi avtalte intervju per telefon eller Teams. Alle intervjuer hadde en god kvalitet og som forskere er vår vurdering at intervjuene foretatt digitalt har like god kvalitet som et fysisk møte.

Alle intervjuene ble tatt opp på bånd og ble transkribert. I transkriberingen ble steds- og personnavn, spesifikke sykdommer og lignende slettet, for å utelukke identifiserbart datamateriale. Det ble brukt en egen kodebok, med navneliste og nummer, som igjen ble holdt fraskilt fra transkripsjonene for å sikre deltakernes konfidensialitet.

ANALYSE

Til sammen utgjør materialet intervjuer med 22 personer hvorav 11 er ledere eller ansatte i omsorgsboliger, syv er fastleger og fire er brukerrepresentanter. Det transkriberte materialet innbefatter til sammen ca 190 sider.

I kvalitativ forskning begynner gjerne analysen allerede i intervjufasen. Analysen kan starte med ett enkelt intervju, for deretter å sammenligne flere intervjuer for å finne hvilke elementer som finnes i alle intervjuene, og hvilke variasjoner det finnes i de enkelte erfaringer (Kvale & Brinkmann, 2015). Samtidig kan en reflektere over om det kan finnes erfaringer som ikke er undersøkt og danne seg synspunkter om nye spørsmål som bør inngå.

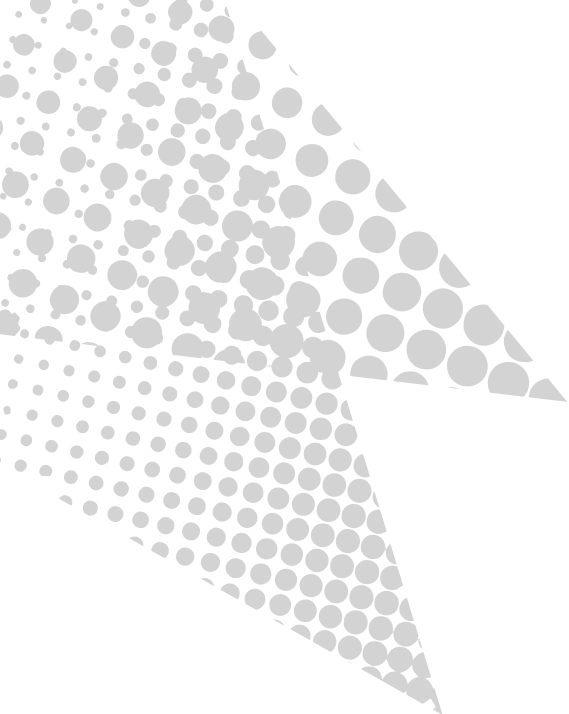
Gjennom transkribering blir intervjuene strukturert for videre analyse. Intervjueren henter frem deltakernes egen forståelse og presenterer fenomenet med nye perspektiver. Gjennom meningsfortolkning kan en utvide den transkriberte teksten ved å benytte en hermeneutisk tilnærming som kan skape forståelse, det vil si at en ser enkeltfunn i en større helhet. Analyseprosessen går gjerne gjennom fem steg: helhet, identifisere

meningsenheter, sammenfatte innholdet i meningsenhetene, utforske meningsenhetene i lys av problemstillingen og til slutt finne deskriptivt utsagn (Kvale & Brinkmann, 2015). Analysearbeidet i denne studien har konkret foregått på følgende måte: Begge forskerne leste gjennom intervjutranskripsjonene, og vi diskuterte funnene på tvers av hele materialet. Etter overveielser omkring hvordan funnene best kunne presenteres, valgte vi en løsning der brukergruppene var styrende for presentasjonen. Det medførte at i den videre analysen gikk vi gjennom intervjuer og så dem i sammenheng for følgende brukergrupper: eldre, personer med rus- og psykisk helseutfordringer, personer med psykisk utviklingshemming og trafikkskadde. Når det gjaldt de eldre, fordelte de seg på to forskjellige fastlegeordninger, som vi synes det er vesentlig å få fram erfaringer med. Denne brukergruppa ble dermed delt i to, basert på hvilken fastlegeorganisering det var i boligen. Underveis i analysen diskuterte vi resultatene med hverandre og på tvers av brukergruppe-casene.

Når vi presenterer resultatene, er de strukturert etter brukergrupper. For hver brukergruppe med deres medfølgende omsorgsbolig/er og medisinskfaglige tilbud har vi det samme oppsettet: vi går først gjennom utfordringer og behov ved brukergruppa, deretter ser vi bredt på fastlegenes oppfølging av beboerne, og til slutt ser vi på samhandling rundt og i den medisinskfaglige oppfølgingen.

ETIKK

Prosjektet ble fremlagt og godkjent for gjennomføring av personvernombudet, Norsk Senter for Forskningsdata (NSD) under referanse 759739.



RESULTATER

Nedenfor følger resultatene fra intervjuene gjennomført i heldøgns omsorgsboliger, med fastleger og brukerrepresentanter. Først presenteres fem case basert på ulike beboergrupper i omsorgsboligene. Intervjuene er foretatt i syv ulike omsorgsboliger med ulike modeller for legetilknytning (se tabell 1 foran). Etter case-presentasjonene følger sammendrag av hovedfunn fra intervjuer med fastleger og brukerrepresentanter før vi avslutningsvis diskuterer resultatene samlet.

CASE 1A. ELDERE I OMSORGSBOLIG DER HVER BEBOER HAR SIN INDIVIDUELLE FASTLEGE

Det første caset vi skal ta for oss er eldre som bor i heldøgns omsorgsbolig og har hver sin fastlege. En slik fastlegetilknytning er den vanligste ordningen blant beboere i heldøgnsomsorgsbolig. I Skogby, som vi bruker som det primære eksemplet her, har de fire omsorgsboliger. En av dem har heldøgns bemanning og fast nattevakt. Det er en bolig for eldre med forholdsvis stort og hyppig hjelpebehov, og mange har omfattende vedtak på hjemmesykepleie. Samtidig forutsettes det at beboerne er såpass somatiske og kognitivt friske at de klarer seg i egen bolig.

BOLIGER OG BEBOERE

Grappa eldre i omsorgsbolig rommer en del variasjon i helseutfordringer, og det kan omfatte multisykdom, kognitiv svikt og generell skrøpelighet. Omsorgsboligen i Skogby har 30-35 plasser og en litt blandet beboergruppe, hvor altså de aller fleste er skrøpelige eldre. Det er også eldre som har vært i psykiatrien i årevis, men likevel kan bo for seg selv, forklarer en leder i hjemmetjenesten. Behovene til beboerne er veldig forskjellige, og det er alt fra de som bare har trygghetsalarm til de som trenger hjelp til absolutt alt, forteller hun videre. Det er en felles oppfatning blant informantene at beboergruppa er en sårbar gruppe, og at de gjerne skulle hatt tettere oppfølging av helse si.

Legen i Skogby forteller for eksempel at han jevnlig bekymrer seg over helsetilstanden til flere av pasientene på lista si. Han mener at mange av beboerne burde hatt en

sykehjemsplass. Han har derfor sendt melding til Bestillerkontoret, og har bidratt i søking på sykehjemsplass. Men flere av pasientene har heller flyttet til en omsorgsbolig. Der får de naturligvis ikke den tette omsorgen og observasjonen som på et sykehjem, og da blir denne gruppa sårbar, mener legen.

FASTLEGEORDNING

Alle beboerne i Skogby har sin egen fastlege. Det er ingen spesielle ordninger rundt organisering av legetilbudet, for eksempel å samle beboerne på en lege. Denne gruppa med eldre er hjemmeboende, så noen endring av organisering av legetjenester har derfor ikke vært på tapetet, sier helsesjefen. ”Det er vel greit sånn som det er nå... jeg tror kanskje at pasienten ... har best av det, å ha den nære tilknytningen til sin fastlege lengst mulig”, funderer legen vi intervjuet i Skogby. Andre leger mener det samme som legen i Skogby:

Mitt inntrykk er absolutt at de pasientene som bor i omsorgsbolig fortsatt har et veldig klart ønske om å forholde seg til meg som deres fastlege som på en måte har fulgt dem gjennom flere år. Så jeg tror det er et visst brukerønske om fortsatt å kunne få lov å ha medbestemmelsesrett i forhold til det der.

Legen i Skogby mener at når en eldre person flytter til en omsorgsbolig, har pasienten kommet til et kritisk punkt når det gjelder helse og funksjon. Det er en sårbar situasjon for pasienten. Å begynne å skifte lege på det tidspunktet er ufornuftig, for da går man glipp av all den kunnskapen legen har som kjenner pasienten fra før. Det gjelder alt som vedrører pasienten selv, sykehistorien, medisiner, og kjennskap til de pårørende. Så det høres litt spesielt ut å bytte lege på det tidspunktet, mener legen.

En fastlege i en annen by mener de eldre generelt sett er en svak gruppe, og at fastlegetjenesten egentlig ikke er rigget for dem:

I hovedsak venter vi på at folk skal ta kontakt med oss. Og så vet man jo at eldre har en fallende kontakt med lege etter hvert som de blir skikkelig gamle og skrøpelige, for de klarer verken fysisk eller kognitivt å ivareta seg selv. Fastlege fungerer jo veldig godt så lenge folk ivaretar seg selv og tar kontakt når de har behov.

Siden mange av de eldre beboerne er kognitivt svekket og de færreste kommer seg til legen selv, er de avhengige av transport til legen, eller at legen kommer til dem. Legen i Skogby opplever at det hovedsakelig er de pårørende som bringer og henter pasientene. Noen ganger er det hjemmesykepleieren som kjører, eventuelt er det taxi, eller ambulanse hvis de er svært dårlige, har legen erfart. En hjemmesykepleier i Skogby forklarer:

Nja, det er jo ikke noe som ligger i vår dagsplan, men vi pleier å ... hvis denne brukeren ikke kommer seg til legen uten at vi følger, at det er helt påkrevd, så vi må bare ordne det. Enten må vi leie inn noen nye [ansatte] da, eller så må vi lage rom for det på listene.

Hjemmesykepleieren forteller at det ikke er alle som har noen pårørende, og så er det ikke alle som har pårørende som er interessert i å stille opp på de tingene. De har liksom hele spekteret, som hun sier.

Siden transport til lege kan være utfordrende, er det aktuelt for flere beboere å få hjemmebesøk. Legen i Skogby gjør hjemmebesøk, men strever med stor arbeidsmengde og må derfor velge med omhu når han gjør hjemmebesøk:

Sånn som situasjonen er nå, altså ressursene mine, tiden og sånt, så er det begrenset med hjemmebesøk. Tidligere så var det kanskje litt mer, men sånn som det er nå, så må jeg være ganske selektiv, fordi at du skal serve hele lista. Du har ikke mulighet til å være borte mye. Og du har såpass stort arbeidspress ifra før, at det er kun i spesielle tilfeller at du velger å gå på hjemmebesøk. Selv om det er ... på en måte kan være nyttig og interessant og givende på mange måter, så er det (...) begrenset.

SAMHANDLING RUNDT MEDISINSKFAGLIG OPPFØLGING

Medisinskfaglig oppfølging av beboere i omsorgsbolig krever stort sett innsats fra flere aktører, med fastlege, hjemmesykepleie, spesialisthelsetjenesten og legevakt blant de mest sentrale. Det krever i sin tur organisering, koordinering og samhandling mellom aktørene. I Skogby, som er en ganske stor by, må hjemmetjenesten forholde seg til mange fastleger. En av sykepleierne i hjemmetjenesten sier:

Det hadde vært veldig gunstig om hele hjemmetjenesten hadde hatt én lege og forholdt seg til, ikke sant. Vi forholder oss jo til nesten alle fastlegene i byen. Det er veldig mange å forholde seg til. Det er klart at det hadde gjort jobben litt lettere (...) Det er jo egentlig helt umulig, ikke sant. Men det hadde jo vært veldig mye enklere.

Sykepleieren i Skogby tror sterkt på prinsippet om at alle beboerne fritt må få velge sin egen fastlege. Hun mener det derfor ville vært helt umulig og sagt til dem ved innflytting at ”nå får du hjemmetjeneste, og nå må du forholde deg til den legen”. Det tror hun ikke noen hadde godtatt, som hun sier. Men for dem som jobber i hjemmetjenesten hadde det vært praktisk, mener hun. I dag kommuniserer pleiepersonalet mye med fastlegene via PLO-meldinger, og det fungerer stort sett veldig bra. Det er alltid noen utfordringer, er hennes erfaring, men overordnet mener hun at de har et greit samarbeid med fastlegene.

Legen i Skogby mener det er mye krevende logistikk og samspill rundt pasientene som bor i omsorgsbolig. Det er samhandling med hjemmesykepleie og leger på sykehuset, og pasientene har ofte et komplekst utfordringsbilde som innebærer mange medisiner. Multidosesystemet som er utformet for å gjøre medikamenthåndtering enklere og sikrere for sårbare pasientgrupper, synes han ikke så veldig mye om. Det er utfordrende å få det til å være oppdatert og fungere godt.

Hjemmesykepleien er utvilsomt en viktig aktør når det gjelder å følge opp hjemmeboende eldre. I Skogby er legen enig i dette. Han har imidlertid erfart at beboerne følges opp av svært mange forskjellige ansatte, og han mener at det hadde vært bedre for pasientene og oppfølgingen av helsetilstanden at det var færre hjemmesykepleiere som fulgte dem over tid. Han sier:

Ja, det er noe med det, ... det å følge de enkelte over tid, og det å se at det er noe som er galt blir lettere hvis man har en kontinuitet.

Selv kjenner han ikke sykepleierne i det hele tatt, forteller han. Han mener det hadde vært lettere også for ham å forholde seg til en person man vet hvem er, og kjenner kompetansen til. Hvis det hadde vært færre sykepleiere, ville det forenklet kommunikasjonen hans med dem, reflekterer han. Han foreslår:

Det er så mange forskjellige som er innom, og de skulle gjerne hatt en fast sykepleier også, som kunne kanskje hatt (...) et spesielt ansvar for ... den pasienten. I og med at det er en

sårbar gruppe som ... det er jo ikke så lett å få det til. Men kanskje akkurat for den gruppen, at man skulle prioritert det ... [en] som er innom pasienten iallfall fem av syv dager, kan du si, og har dialog opp mot fastlegen. Kanskje noe sånt kunne ha vært en idé.

I studien finner vi også mer positive eksempler rundt samhandling mellom fastleger, hjemmesykepleie og pasient. I en mellomstor kommune, med samme system for legetjenester som i Skogby, opplever legen at hjemmesykepleien avlaster henne. Hun bruker hjemmesykepleierne som en ressurs, forteller hun:

Det forutsetter at jeg er trygg på dem som jobber der (...) I noen tilfeller så handler det om at pasienten tar direkte kontakt med legekantoret, og at i stedet for at de får akutt time hos oss, for eksempel, så snakker vi med dem som jobber i omsorgsboligen ... og får deres ... og gjerne bruker dem som mellomledd, både til diagnose og behandling av ulike ting. Og det kan definitivt gjøre det enklere.

Denne legen hadde videre erfaring med at ikke alle de eldre ønsker seg så hyppige legebeføk. For noen av dem kan det oppleves tryggere å snakke med en sykepleier som de kjenner godt og har regelmessig kontakt med, og som de vet fungerer som en formidler av legens informasjon, enn å snakke med legen selv. Legen har også erfaring med at hjemmetjenesten bruker henne og fastlegekontoret som en ressurs. Hun forteller at hjemmesykepleien ofte kommer innom kontoret, for eksempel kommer de innom med en prøve, eller de kommer innom for å låne noe prøveutstyr av dem hvis de mangler noe. ”Her en dag så kom de og lånte nitrosprøyten vår til en som hadde litt vondt i brystet, men som ikke ville til legen, forteller hun. Hun konstaterer at legekantoret og hjemmesykepleien har et ganske godt samarbeid. Men et slikt samarbeid fungerer best når lege og sykepleier kjenner hverandre. Der man ikke har bygget noen skikkelig relasjon, fungerer det ikke så bra, var hennes erfaring.

CASE 1B. ELDERE I OMSORGSBOLIG MED ÉN FELLES FASTLEGE TILKNYTTET BOLIGEN

En mindre utbredt løsning for å ivareta beboere i omsorgsboligs behov for legetjenester er å samle flest mulig av beboerne i en bolig på én fastlege. Vi tar utgangspunkt i to av kommunene når vi gjør rede for hvordan denne ordningen erfare.

BOLIGER OG BEBOERE

Den ene kommunen kaller vi Askvik. Askvik har ca. 3500 innbyggere og i den ene bygda i kommunen ligger tre heldøgns omsorgsboliger med forskjellige brukergrupper. To av dem er organisert under hjemmetjenestene, og begge er rettet mot eldre med store tjenestebehov. Den ene boligen har ti leiligheter, hvorav to av dem er parleiligheter med litt større soverom enn enkeltleilighetene. Den andre boligen er et omhjemlet sykehjem, som er en bolig med ti leiligheter. Disse leilighetene har ikke kjøkken, så der blir maten laget på kjøkken i omsorgsboligen, og beboerne får servert alle måltider i et fellesareal. De fleste av beboerne i omsorgsboligene har den samme legeordningen, det vil si at de har valgt å ha fastlegen som holder til i nabobygget til boligene. Det er en kommunalt lønnet lege. Nå har legen fulle lister, så når de siste beboerne har flyttet inn i omsorgsboligen har de ikke kunnet få komme på lista hennes, selv om de har ønsket seg det.

Den andre kommunen kan vi kalle Grandal. Kommunen har ca. 30 000 innbyggere, og her er det én omsorgsbolig med 24 leiligheter vi har data fra. Beboergruppa er den samme som i Askvik, eldre personer med store tjenestebehov. Også her har man en ordning der det store flertallet av beboerne har én felles fastlege. Legen er selvstendig næringsdrivende og holder til et stykke unna boligen.

Ser vi nærmere på hvordan de ansatte beskriver beboernes behov, beskriver de et utfordringsbilde som samsvarer med det vi gjorde rede for i forrige avsnitt der vi tok for oss boliger med ordinær oppfølging av fastlege. Oppsummert forteller hjemmesykepleierne at det er ganske stor variasjon i beboernes behov. Det spenner fra at noen trenger hjelp til det meste; fra personlig stell til å gi mat og bruke heis – og til de som er fysisk oppgående og klarer mer selv, men likevel trenger oppfølging når det gjelder hygiene og påkledning. Og så har jo flesteparten en demensdiagnose, forklarer en sykepleier ved boligene i Askvik.

Informantene mener at omsorgsboligene nærmer seg et sykehjem, og faktum er da også at den ene boligen i Askvik med alle beboerne inntil omhjemlingen for noen år siden faktisk var et sykehjem og beboerne var sykehjemsbeboere. Imidlertid mener informantene at forskjellen er at helsetilstanden til beboerne i omsorgsboligene har en mer avklart og stabil situasjon, selv om de kan ha ”voldsomt store hjelpebehov”. På sykehjemmet har pasientene gjerne en mer ustabil helsesituasjon. Men generelt sett har kommunen få langtids sykehjems plasser, forteller en sykepleier/leder. Da sykehjemmet ble omhjemlet fikk alle pasientene spørsmål om de ville fortsette å bo der, eller om de ville ha en langtids plass på sykehjemmet. Ingen hadde lyst til å flytte til sykehjemmet, og det ble heller ingen forandring i bemanning ved omhjemlingen, forklarer en sykepleier.

I Grandal beskriver sykepleierne at beboerne generelt sett er ganske dårlige og har store hjelpebehov. Men samtidig er det ganske stor variasjon i den kognitive funksjonen og i de somatiske tilstandene og de helseutfordringene de har. De tre siste beboerne som har flyttet inn har en demensdiagnose, men bra funksjonsnivå. De andre beboerne er mye dårligere fysisk. Mange har tilleggsdiagnoser, for eksempel Parkinson og demens. De 24 beboerne har kort sagt et omfattende og sammensatt bilde. En sykepleier mener at boligen minner mer og mer om et sykehjem, og beboerne har store legebegreper. En av informantene reflekterer rundt omhjemlingen og påvirkningen det har hatt på at de eldre (nå: beboerne) får ivaretatt sine behov. Hun mener at omhjemlingen kanskje har ført til et bedre tjenestetilbud. Staten har mange gode tilskuddsordninger for hjemmeboende, og i kommunen fikk de opprettet et nytt dagtilbud til beboere med demens når de plutselig ble hjemmeboende og kunne nyttiggjøre seg statlige tilskuddsordninger. Totalt sett ble altså tilbudet til de som bodde der bedre, var hennes erfaring.

FASTLEGEORDNING

I både Askvik og Grandal har de svært gode erfaringer med at beboerne har den samme fastlegen. Også i byen vi kan kalle Dalgård forteller en informant om gode erfaringer med en slik løsning. Alle understreker at det er frivillig for beboerne å bytte fastlege. På spørsmål om hvorvidt de samler alle beboerne på en fastlege, forklarer de det slik i Askvik:

Ja, vi prøver i hvert fall. Det er jo frivillig. Og det er jo noen som beholder fastlegen sin. Det er et fátall, da. Men det er jo greit. Da finner vi jo måter å gjøre det og på. Vi er jo litt ...

bortskjemt med at nå er vi jo bare et minutt unna til legekantoret. Så da har vi på en måte oppfordret og informert om at vi har en mulighet til å ha ... en lege inn, da, på avdelingen en gang i uka. Men da er det avhengig, da, av at de bytter fastlege. Og hvis de ikke ønsker å bytte fastlege, så blir det sånn et ... når du har behov, da, så går det jo an å ringe legen. Så de aller fleste har villet bytte, og ... det har vi jo gjort egentlig fram til nå når da fastlegen vår fikk full liste. Da har vi støtt på en utfordring vi ikke har hatt før.

I Grandal har de hatt ordningen med en felles fastlege for beboerne siden 2007 da omsorgsboligen var ny. En sykepleier forteller at "da beboerne flyttet inn, så vi at vi trengte en annen legeordning enn den alminnelige fastlegeordningen. Vi hadde 24 beboere og 19 forskjellige fastleger." Implisitt i dette ligger det at det er krevende å organisere god medisinsk faglig oppfølging når beboerne er spredt på så mange leger. Mer konkret erfarte pleiepersonalet at når de skulle koordinere resepter og medisiner for beboerne, så brukte de nesten en hel dag bare på det. Derfor ønsket de seg en lege som kunne bli kjent med arbeidsmetodikken i boligen, og som de selv kunne vite hvordan jobbet. De fikk kontakt med en fastlege, og fikk etablert en ordning som innebar at han kom til boligen hver fjortende dag. Pleiepersonalet erfarte fort at det var en mye bedre løsning. Da fastlegen sluttet og en ny overtok lista hans, ble organiseringsformen videreført. Boligen har ikke opplevd problemer med å få én fastlege til å ta hele beboergruppa. Begge de to fastlegene de har hatt har sagt at de synes det er bedre å komme hit og være her en time eller to enn å få beboerne til kantoret. Da fastlegen kommer på sin faste dag så da samler vi opp spørsmål og tilsyn for flere av beboerne samtidig. Dette bidrar til å begrense vår trafikk til legekantoret.

Som i Askvik, understreker også informantene i Grandal at det er frivillig for beboerne å bytte lege. En av sykepleierne forteller at de jo ikke kan pålegge noen å bytte fastlege, men at de anbefaler det. Rutinen i boligen er slik at når det flytter inne en ny person i boligen, har hjemmetjenesten en inntakssamtale, en såkalt førstegangssamtale, hvor de informerer om at de har en fastlege tilknyttet boligen og at det er mulighet til å bytte. Pleiepersonalet har også erfaring med at de eldre beboerne kan være en krevende gruppe, og at det slett ikke alltid er så lett å ta dem med på et kontor. De kan ha vanskeligheter med å vente på venterommet, og det kan være at pårørende som ledsager dem ikke har nok kunnskap om symptomene deres og dermed ikke godt nok klarer å formidle pasientens behov. Som en av informantene sier: de pårørende ser jo ikke beboeren hele tiden slik de gjør. Pleiepersonalet observerer beboerne og har helsefaglig kompetanse og kan derfor lett formidle problemer og behov til legen, forklarer informanten. Etter hvert opplever også pårørende at det er en lettvinnt løsning at fastlegen kommer hit til boligen i stedet for at pasienten skal dra til legen.

Fastlegen som er tilknyttet boligen i Grandal beskriver det første møtet med pasienten slik:

Når det er ny pasient, så kommer jeg og hilser på. Men først snakker personale med pårørende og sier at det er vanlig at de som kommer inn bytter lege. Og hvis de pårørende motsetter seg og sier "vi vil ikke det", da gjør vi ikke noe. Men de fleste sier ja, og da går jeg og hilser neste gang jeg er der. Jeg overtar da journalen og foretar årlige kontroller og så videre, da blir jeg kjent.

Grandal og Askvik har en enkel organiseringsform der boligene har tilknyttet seg én fast fastlege. I Dalgård har de fordelt den medisinskfaglige oppfølgingen på flere leger, som sammen følger opp 12 pasienter. Det krever mer planlegging, men samtidig fordeles ansvaret på flere leger, og ordningen blir således mer robust. En av legene i Dalgård reflekterer rundt organiseringen:

Disse legene ... som har ... tolv pasienter hver, de klarer jo å lage en slags rytme i dette, ikke sant. De finner jo ut sammen med institusjonen: Hvor ofte er det nødvendig å komme innom? Og så er det fortrinnsvis på dagtid, og litt planlagt. Og det blir helt annerledes enn det var for denne institusjonen før. For da var det alltid ad hoc ...

ORGANISERING AV KONTAKT OG OPPFØLGING AV LEGE

Hvordan foregår så legeoppfølgingen av beboerne helt konkret? Både i Askvik og Grandal har de organisert legebesøket på en måte som minner om tilsyn på et sykehjem. I Askvik beskriver en av sykepleierne organiseringen slik:

Hver tirsdag så har vi legevisitt ca. klokka 9 på morgenen. I forkant av det så har vi en perm der vi skriver ned ... vi skriver bare ned romnumrene da, og om det er noe spesielt som skal tas opp på legevisitten. Så går vi nå igjennom det. Og hvis det ikke er noe spesielt, så snakker vi om ... generelt alle, egentlig, hvordan det går med dem. Og så er det jo ... en gang i året så er det legemiddelgjennomgang. Da går vi jo igjennom alle.

En annen informant mener det er “veldig effektivt” å ha disse legevisittene. På omsorgsboligen er pasientene forberedt, og personale og pasient har diskutert de problemstillingene de ønsker å ta opp med legen. Pasientene slipper også å vente på legekantoret, og boligen slipper å frigjøre personale for å følge pasientene. For legen er det effektivt i den forstand at hun raskt kan se mange pasienter etter hverandre, slik informantens forstår legens mening.¹ I boligen opplever de at de får gjort unna mye på kort tid med denne ordningen. Samtidig får i alle fall de ansatte på boligen “en helt annen flyt i arbeidshverdagen”, mener en informant. Som nevnt over, er det et fåtall beboere som ikke har den “faste legen” som sin fastlege. Informantene forteller at om det er noe spesielt, for eksempel et sår som trenger tilsyn, så ser legen likevel til pasienten.

Informantene har få kritiske bemerkninger knyttet til det å ha en fast lege tilknyttet boligen, men de nevner et par utfordrende forhold. Det ene handler om de beboerne som ikke har den felles legen som fastlege. Når de likevel følges opp av henne, fratras/mister de en del kontakt med sin egen fastlege. Den ordinære fastlegen får da opplysninger i form av epikriser fra sykehuset, eller fra den faste legen, hvis det skjer noen endringer, forklarer en informant. Et annet litt utfordrende forhold er å få organisert “visitten” slik at det er sykepleiere på vakt fra boligen og legen kommer til boligen til avtalt tid. En av informantene forklarer at det *må* være en sykepleier tilgjengelig under legevisitten, hvis ikke får ikke legen beskjed om hva de trenger hjelp til i boligen. Dette krever i sin tur at hjemmesykepleien organiserer tjenesten på en sann måte at det er frigjort tid til en sykepleier. Boligen er derfor nødt til å ta en sykepleier ut av pleien som kan være tilgjengelig for legen på det tidspunktet visitten er satt opp. Samtidig erfarer boligen at

¹ Vi fikk dessverre ikke intervjuet legen, så vi har ikke legens direkte synspunkter.

det skjer forsinkelser hos legen hvor hun ikke klarer å overholde tidene. Det er ikke et problem som forekommer veldig ofte, men det er frustrerende når det gjør det.

I Grandal har de altså organisert seg på en tilsvarende måte som i Askvik. Den faste fastlegen kommer alltid annenhver torsdag. Det betyr at det er forutsigbart når legen kommer, og det er lett for boligen å planlegge avtaler med pårørende samme dag. Legen bekrefter at hun kommer fast til boligen annenhver uke, men forklarer at det var litt tilfeldig at det ble slik fordi hun overtok en praksis som allerede hadde en slik ordning med boligen. Men hun er godt kjent med at boligen synes det er stort behov for at hun kommer dit, og derfor gjør hun det regelmessig som den forrige legen gjorde. Hun forteller at hun også kommer på hjemmebesøk ved behov, men at det er mye som kan ordnes på telefonen om det oppstår noe utenom de planlagte besøkende. Om det er påkrevd, pleier hun å gjøre hjemmebesøk på ettermiddagstid, etter at hun er ferdig med pasienter på kontoret. Legen i Grandal tar opp den samme problematikken med å gjøre hjemmebesøk som vi tok opp i forrige avsnitt og som handler om at tilgangen til utstyr er mye bedre på kontoret enn i pasientens hjem. Hun mener derfor også at hvis det er et helseproblem som er spesielt krevende, så vil hun at pasienten kommer på kontoret så hun får gjort en grundigere undersøkelse. I tillegg forteller legen at hun har sagt til boligen at de kan ringe henne også i helgene, og når hun er på ferie, så slipper de å ringe legevakta. Hun kjenner jo pasientene, det gjør ikke legevakta, som hun sier.

SAMHANDLING RUNDT MEDISINSKFAGLIG OPPFØLGING

Både i Grandal og Askvik beskriver personalet i boligen og legen at det er et nært og godt samarbeid, og at de etter hvert kjenner hverandre godt. Det fremmer et velfungerende samarbeid, der begge parter er kjent med den andres kompetanse og arbeidsmåter, mener de.

Informantene fra boligen i Askvik beskriver generelt sett et tett samarbeid mellom legen og pleiepersonalet. Legen har gjerne regien i det medisinskfaglige arbeidet, og sykepleierne observerer pasientene og utfører det legen har bestemt. I tillegg muliggjør ordningen med legevisitt at de kan foreta tester og få svarene på dem mens legen fortsatt er i boligen, for eksempel CRP og INR. Det skaper en effektiv arbeidsflyt, som vi var inne på over. Informantene forteller at de kommuniserer omtrent daglig med legen. Som regel foregår det gjennom PLO-meldinger. En av sykepleierne trekker fram medisin håndtering som et område der de særlig jobber tett sammen med legen. Det innebærer både digital kommunikasjon via PLO-meldinger og fysisk møte med legen som dobbeltkontrollerer medisinlista og signerer på medisinarket. Sykepleierne mener PLO-meldinger forenkler kommunikasjonen i stor grad, og så lenge det ikke er noe som haster veldig sender meldinger. En av informantene påpeker at fordi de har PLO-meldinger går det som regel veldig greit å kommunisere med legene til beboerne som ikke har den faste fastlegen også.

I boligen ser de på en måte på legen som en kollega, forteller en informant. Det viser seg for eksempel når de har sommerfest i boligen, med middag med både pasienter, pårørende og ansatte. Det er da helt naturlig at legen blir invitert og deltar på det. Informanten setter pris på dette:

Jeg synes det er fint at hun er en litt mer integrert del, av ... et team på en måte. Det er jo helt normalt hvis man tenker på tverrfaglige team.

I likhet med i Askvik beskriver informantene i Grandal et tett samarbeid mellom lege og pleiepersonalet. Legen snakker med de ansatte i boligen, og de gir henne sine observasjoner og vurderinger og vice versa. Videre kan legen selv gjøre observasjoner av beboerne. Når hun kommer til boligen, forteller hun, ser hun ofte at de sitter i gangen - og selv om hun ikke er der for å se til dem som pasienter, gjør hun seg sine tanker om helsetilstanden deres. Hun sier:

Jeg ser pasientene når jeg er der, selv om jeg ikke skal se dem som pasienter, så observerer jeg dem. Du vet når jeg kommer og de sitter de gangen ... de kjenner meg igjen og de vinker til meg. Det er ikke alltid de husker at det er jeg som er legen deres, men jeg er et kjent ansikt, eller kanskje det er stemmen min, bevegelsene mine, en de har sett før og som de – ja forholder seg til.

Sykepleierne i boligen trekker videre fram betydningen av at de kjenner hverandre godt, og at det er tillitsskapende:

Jeg tror hun [fastlegen] liker å jobbe med oss, tror jeg ... Vi kjenner hverandre godt. Og hun vet hvordan vi jobber og tenker. Hun vet hva slags observasjoner vi gjør, og hva vi gjør i forkant av at vi tar kontakt. Jeg tror hun synes det er greit å jobbe med oss. Så når jeg sier at "denne beboeren trenger en kur for urinveisinfeksjon"... da vet hun at det er det beboeren trenger.

Sykepleierne mener det er store forskjeller i samarbeidet med den faste fastlegen som de ser fast og kanskje snakker med et par ganger i uka versus en fastlege som de "egentlig aldri ser... eller ser en gang i året." Sykepleierne mener videre at de fastlegene som de ikke har regelmessig kontakt med, ikke stoler på vurderingene deres på samme måte. Kjennskap til hverandre, oppleves altså å styrke samarbeidet og å skape en god arbeidsfordeling.

I Dalgård er legen inne på det samme. Han tror også at personkontakt er ganske viktig for at det medisinskfaglige tilbudet til beboerne skal fungere. Han mener at det er mye lettere å få til når man strukturerer oppfølgingen på en slik måte de har gjort i Dalgård (et fåtall leger følger opp beboerne) enn at alle beboerne har hver sin lege. Han eksemplifiserer:

Når hjemmesykepleieren ringer til en fastlege, så er det nesten alltid en ukjent person for fastlegen. Med en gang du har strukturert det litt, så snakker en plutselig om litt andre ting. Kan bli litt mer langsiktige. Kan sjekke ut litt mer omgivelsesspørsmål. Altså, ikke bare det saklige. Men hvordan gikk det med det nå? Noe en snakket om sist. Og det endrer karakteren på kontakten.

I de tre kommunene i studien, som har en ordning som beskrevet over, er altså alle enige i at kjennskap til hverandre og personlige relasjoner styrker samarbeidet og følgelig tjenestetilbudet til pasienten. Gitt at de fleste kommuner ikke har en slik organisering, blir spørsmålet da hvordan man kan tilrettelegge for godt samarbeid når mange leger skal samarbeide med mange hjemmesykepleiere, der ingen egentlig kjenner hverandre.

CASE 2. PERSONER MED RUS OG PSYKIATRIPROBLEMATIKK DER BEBOERE HAR INDIVIDUELLE FASTLEGER

Omsorgsboligen vi kan kalle «Sjøtun» ligger i en mellomstor kommune der det over tid har vært mangel på omsorgstilbud til personer med rus og psykiatri utfordringer. Noen av personene som er beboere på Sjøtun i dag har tidligere hatt korte opphold i sykehjemmenes korttidsplasser. Kommunen ønsket at disse personene kom over i boliger med hensyn til å få bedre rammer rundt seg, men også for å skjerme skrøpelige eldre mot uro fra personer med rus- og psykiatriutfordringer. Informanten i dette caset er en sykepleier med spesialisering innen psykisk helsearbeid. Hun har lang fartstid med personer med rus og psykiatriutfordringer og hun har videreutdanning i ledelse.

BOLIG OG BEBOERE

På Sjøtun bor beboere med psykiatri og rus problemer i alderen 24-66 år. På boligen har kommunen også lokalisert miljøtjeneste, feltsykepleier, boligsosial konsulent samt hjemmetjenesten som yter somatisk helsehjelp til gruppen. Det finnes også et ambulerende team som har base i boligen. Sjøtun er et knutepunkt der flere andre tjenester er samlet og som også betjener et par andre heldøgns omsorgsboliger til beboere med rus og psykiatri utfordringer. Disse omfatter en gruppe med personer som er i overgang mellom fengsel- utdanning- arbeid og helsehjelp, og en bolig med to ressurskrevende brukere med bemanning 2:1 og 1:1. Informanten fremhevet at beboerne (og personer med rusproblemer generelt) ofte har dårlig somatisk helse som en konsekvens av mange år med rusmisbruk. Noen ganger kan de har et sterkt ønske om å ikke komme til sykehus eller legevakt av ulike årsaker, og det har da vært nyttig å ha feltsykepleier eller andre sykepleiere i staben som har kunnet være behjelpelig. Informanten forteller også at beboere i denne gruppen ofte kan bærer på traumer som også kan gi utslag på hvordan de forholder seg til hjelpere, om de helst ønsker hjelp fra kvinnelige eller mannlige behandlere, eller yngre eller eldre personer i hjelpeapparatet.

FASTLEGEORDNING

Alle beboere på Sjøtun har hver sin fastlege og denne ordningen har de alltid hatt. Informanten mente det var viktig for denne gruppen beboere å ha egen individuell fastlege, og at de må få velge fastlege selv. Det å velge en lege som de har tillit til fremstod som svært viktig for beboerne. Beboerne på Sjøtun hadde forskjellige grader av hjelpebehov, men det var ikke graden av hjelpebehov som styrte hvor fornøyd eller hvor godt samarbeidet mellom beboer og fastlege fungerte. Informanten i boligen sa:

Noen ganger så kan vi ansatte tenke «å nei, nå har den og den bytta fastlege!». For vi kan synes det har vært et dårlig valg, men det skjer også at vi tenker at det er bra fordi det er ikke alltid at fastlege og beboeren går godt sammen. Vi har jo de [beboerne] som har den dårligste fungeringsevne – men som har god kontakt med fastlegen. Så har du god kontakt med fastlegen, så beholder du den ...

Denne beboergruppen har mye kommunikasjon med fastleger i forbindelse med medisiner. Dersom det kom ønske om fastlegebytte fra beboeren sin side, så hadde dette ofte foranledning i diskusjon omkring medisiner. Informanten ved Sjøtun fortalte at de opplevde nokså hyppig konflikter med hensyn til utskrivinger av medisiner eller at leger

ikke gikk med på å skrive ut den mengden eller typen som beboeren ønsker seg. Lederen i boligen sier:

Vi har mange med diagnoser ... de er paranoide, får forestillinger om at fastlegen ikke ønsker de noen godt... Dette med medikamenter ... nå er det fleste fastlegene på dette med bremsen der altså ... jeg tenker på dette med å skrive ut medikamenter som er vanedannende ... Vi har stort sett opplevelse av at dette skrives ut på en ordentlig måte...

Beboerne i boligen i Sjøtun var samtykkekompetente så ansatte i boligen kan ikke blande seg inn i eventuelle skift av fastlege. Leder i bolig understreket i intervjuet at beboerne har rett til å velge fastlege og at denne retten skal gjelder for alle:

Dette er jo ting som gjelder oss alle: er man misfornøyd med fastlegen sin så kan man bytte og dette er en rettighet som alle har. Egenbestemmelse er viktig.

Noen svakheter ved fastlegeordningen – slik lederen på Sjøtun så det - var dersom det er dårlige samarbeidsrelasjoner og at man ble stående fast i dette. Da kunne beboeren vegre seg for å ta kontakt med fastlegen eller være negativt innstilt i forkant av konsultasjoner. Hun sa:

Hvis man [beboer -fastlege] kommuniserer bra så er det det beste for alle sammen at beboere kan velge lege selv. Det er nok også det beste for oss som ledere og alle som ser beboerne ... at vi får til et godt tilbud.

SAMHANDLING RUNDT MEDISINSKFAGLIG OPPFØLGING

Informanten beskriver et godt samarbeid med fastlegene som er bygget opp over tid og at dette er avgjørende for at samhandlingen går bedre. Det ligger også tillitt i samarbeidsforholdet:

De fastleger som har kjennskap til våre tjenester og grupper, og vet hvordan vi jobber – ja de vet at vi ringer kun dersom vi vet at det er nødvendig. Og da får vi de timene og den hjelpen vi trenger.

Ansatte på boligene samarbeider med fastlegen på individnivå og de benytter ofte e-link (PLO-meldinger). Dette oppleves som et godt system. Typiske saker å diskutere på denne måten er medisiner og informasjon om helsetilstand. Boligen henvender seg også noen ganger til fastlege per e-link dersom de mener det er nødvendig med en sjekk eller at de ønsker å rådføre seg. De opplever at fastlegen svarer hurtig og ofte på samme dag. Dersom noe haster så ringer ansatte på boligen til det aktuelle fastlegekontoret.

Informanten er fornøyd med samarbeidet med fastlegene. Hun påpekte at hun synes fastlegene er sitt ansvar bevisst og at de stiller opp på møter om nødvendig og svarer på spørsmål og meldinger fra henne og staben på omsorgsboligen. Informanten opplevde imidlertid at fastlegene noen ganger kunne kreve raske endringer og forvente at ansatte i boligene stod parat til å hjelpe. Noen ganger hadde hun tenkt at fastlegen ikke riktig vet hvordan omsorgsboligen er bemannet. Hun sa:

Det som kan være problematisk, er når beboerne har kommunal tjeneste og bor i bolig, så er det lett for fastlegen å si: 'pasienten har vært hos meg og det skal gjøres endringer i medisineringen fra i morgen tidlig!' Og det er ikke så lett alltid å få til. Det krever mye av oss å skulle endre en hel dosett, hente ut medisiner, legg i dosett og organisere dette på timen ...

Informanten hevdet at det hadde fungert bedre dersom endringer av medisinerings skulle ha virkning fra oppstarten av ny uke for eksempel.

Ansatte i omsorgsboligene på Sjøtun følger beboere til fastlegen dersom de trenger det. Dersom de ansatte ser at en beboer trenger å gå til lege så oppmuntrer de beboere til å gå til fastlege for å ta en sjekk. Beboerne kan ha forskjellige ønsker med hensyn til hvilken rolle ansatte i boligene skal ha. En tilbakevendelse ting er at mange beboer kan ønske seg hjelp til å forklare eller utdype ting for fastlegen, eller etter avsluttet legebesøk. Informanten forteller:

Mange trenger oss i etterkant ... å forklare eller oppsummerer hva som ble satt på legekonto-
ret, det er neste snakk om å oversette det som bla sagt, slik at det blir forståelig. Det trenger
hjelp til å forstå hva som er blitt sagt og husker ikke. Mange er jo i aktiv rus og har liten
erindring. Så er det jo det at vi hjelper ... og sier til dem at i 'går var du sånn' og at vi kan minne
dem på hva de har sagt og opplevd.

Informanten fortalte at det var sjelden de hadde behov for å ha fastlege på hjemmebesøk til beboere. Dersom det var behov for hjemmebesøk så kom fastlegen stor sett innen rimelig tid, men dette var selvfølgelig avhengig av hva slags problemstillinger det gjaldt.

I intervju la hun til at det kan være krevende å hjelpe personer med rus og psykiatriutfordringer og at det derfor kan være litt greit at det er en viss fordeling mellom fastlegene når det kommer til denne gruppen:

Det er mye jobb med de [personer med rus og psykiatriutfordringer]... Det er krevende og
det krever at du har overskudd til å håndtere det det... Så dersom en fastlege hadde hatt en
stor liste med mange med alvorlig rus og psykiatriproblemer så er det tungt ... Ja også er det
dette med at de beboerne her er akkurat like forskjellige som oss andre ... det er bra at det
fastlegen ordningen er som den er.

Vanligvis gikk beboerne på Sjøtun til fastlege selv, og det er sjelden de hadde behov for transport til fastlegekontoret. Dersom dette allikevel var nødvendig, så hadde boligen egne biler som de kan benytte. I noen tilfeller kan også pårørende være behjelpelig med å følge beboere, men det var varierende hvor mye og hvor god kontakt brukerne har med sine nærmeste pårørende. Mange hadde traumer og vansker med familiemedlemmer, og dette gjelder særlig de yngste beboerne.

Utover behovene for legehjelp som beskrevet over er de vanligste grunner til å søke legehjelp gjelder infeksjoner, sår, eller antibiotika kurer. Boligen har en feltsykepleier som observerer helsetilstand for beboerne kontinuerlig og denne er veldig raskt på banen dersom det er nødvendig og er i kontakt med fastleger om det er bekymring omkring en beboer. Feltsykepleier gjør dessuten en del arbeid selv. Noen beboere har i tillegg hjemmesykepleie som måler blodtrykk, tar CRP og gjennomfører enklere tester. Dette gjør at mange ting kan løses i boligen og det tar unna for en del av behovet for fastlegekontakten.

Av andre behov for samspill så nevnes ansvarsgruppemøter og det å legge planer sammen med brukere. Informanten i boligen opplever dette som viktig, og også her har fastlegen en viktig rolle:

Dette er lurt å gjøre med fastlegen fordi de kjenner ofte til brukeren på flere områder og noen
tilfeller langt tilbake i tid. Sammen setter vi opp planer. Og det som er bra – er for eksempel
at fastlegen bestemmer en nedtrapping på medisiner ... så er dette fastlegen sitt ansvar så vi

putter det der---for dette er ofte en kilde til aggresjonen og frustrasjon – og da er det fint at vi har hver våre ansvarsområder.

Informanten sa at de noen ganger også benyttet legevakt eller sendte til sykehus:

«Er det akutt, så er det akutt, og de kommer, eller vi benytter legevakt ... men ting som oppstår her gjør at de ofte må ha ambulanse og da er det akutt. Dette kan handle om overdoser og selvskading som krever rask hjelp».

Samlet sett illustrerer dette caset en gruppe beboere som har særlig mye kontakt med fastleger i forbindelse med medisiner. På den heldøgns omsorgsboligen dette caset springer ut ifra, var det også lokalisert en rekke andre tjenester som beboerne benyttet. Retten til å velge egen fastlege fremstod som viktig for denne gruppen.

CASE 3. PERSONER MED PSYKISK UTVIKLINGSHEMMING MED NOEN FASTLEGER PÅ FLERE AV BEBOERNE

BOLIGER OG BEBOERE

Åstun ligger i en mellomstor kommune som har flere omsorgsboliger for personer med psykisk utviklingshemming. Åstun har flere avdelinger med alt fra 3-8 beboere i hver bolig. Omsorgsboligene har beboere i ulike aldre, med forskjellige grader av hjelpebehov og med varierende heldøgns bemanningsløsninger.

Av de to bofelleskapene vi skal se særskilt på her, består det ene av seks personer med psykisk utviklingshemming fra rundt 60 år og oppover. Det er tre ansatte på vakt på dagtid og en våken nattevakt. Den andre boligen har fem beboere med psykisk utviklingshemming, og det er syv ansatte på vakt på dagtid. På natt er det tre våkne nattevakter. På denne beboergruppen har de ansatte kun langvakter på 12,5 timer. Dette bidrar til å redusere uro i vaktskiftet, og gjør at beboerne har de samme ansatte å forholde seg til over flere dager. Som bemanningsmodellen er et tegn på, har denne boligen beboere med store hjelpebehov og utfordringer knyttet til adferd og utagering.

Beboerne har hver sin egen fastlege, men det er noen beboere som har samme lege. Dette er fordi Åstun er lokalisert på et mindre sted og at det er to fastlegekontorer nokså nær boligen. Dessuten har et par av fastlegene utviklet et særlig godt samarbeid med ansatte på boligen, og de har blitt valgt som fastlege til flere av beboerne over de siste årene. I intervju med to avdelingsledere ved Åstun forteller de at de bevisst har «funnet ut av hvem av fastlegene som er best», og at de som ansatte har hjulpet flere av beboeren over på listene disse fastlegene.

BEBOEREN OG LEGEBEHOV

Den første gruppen av beboere er over 60 år gamle og de har mange somatiske plager knyttet til aldring og til kognitiv svikt. Avdelingsleder forteller at selv om denne gruppen er dårlige fungerende i utgangspunktet, så merker en at de blir enda dårligere med økende alder:

... dårligere i måten å gå på, smerter i ledd og bevegelighet. De observeres når de ikke har ... verbalt språk. De har vanskelig for å gi uttrykk for hvor de har smerter og hva som er problemet. Og enda vanskeligere blir det jo når vi skal fortelle legen det.

Ansatte i boligen kartlegger endringer og det blir prøvd ut smertestillende og andre ting. Det er mye adferdsendringer som observeres av de ansatte og de jobber for å se sammenhengen i nye adferdsmønstre, se etter bakgrunn eller hva som utløser endring. I forhold til mistanke om smerter og endringer i søvn og søvnmønster, benytter de validerte kartleggingsskjema som utgjør nyttig dokumentasjon når det blir behov for legehjelp og medisinerings.

I den andre boligen på Åstun opplever de mye utagering hos beboere som kan resultere i ulike fysiske skader. Noen ganger er det vanskelig å vite hva som frembringer negativ adferd hos beboere, om det er somatiske plager eller om det er noe psykiatrisk. Vanligvis utelukkes det somatiske først, og det er vanlig å starte med fastlegen. Ofte byr det på utfordringer å få gjennomført undersøkelser. Den ene avdelingslederen sier at det ofte er behov å henvise videre:

... vi ønsket å få en skikkelig helsesjekk på ham [en beboer] da, og CT for å finne ut av ... Han kunne jo ha smerter hvor som helst, for han hadde ikke noe godt språk og ... var ikke noe god kognitivt. Så det var ... og det pågikk i mange, mange måneder. Men så til slutt, etter ... ja, var det fire måneder eller noe sånt, så kom vi inn faktisk [til sykehus]... da hadde han drevet på så lenge ... kom vi inn og fikk sjekket ham fra topp til tå.

Ansatte fra boligen måtte være med og assistere når de medisinske undersøkelsene skulle gjøres og sykehuset hadde ofte vansker i å håndtere dette. Avdelingslederen forteller:

Beboeren hadde ganske omfattende sår da, som skulle behandles. Og så visste de ikke hvordan de skulle klare å behandle det heller. Fordi han kunne ikke ha gips, den kan han jo slå med. Og så kunne de ikke operere, for da bet han jo bare opp igjen det operasjonssåret.

Spesielle utfordringer gjelder de beboere som ikke kan klare å kommunisere godt. Den ene avdelingslederen sier:

... de [beboere] har jo språk, men de har ikke verbalt språk. De er jo helt avhengige av at andre ... prøver å formidle det vi har observert da. Jo mer vi har av dokumentasjon å komme med til fastlegen, jo bedre er det. ... Vii sier til legen at han [beboeren] har vondt i ankelen sin. Så er det ikke så lett å være lege og si ja, men ... hva skal vi gjøre med det liksom? Altså, hva er vondt og hvor vondt er det og ... hva har skjedd liksom? Jeg skjønner jo at legen ikke vil kanskje sende en til røntgen bare ... på grunn av et sånt utsagn. Men samtidig så er det jo det vi har observert da...

Lederen opplevde at det var viktig at de ansatte hadde med dokumentasjon av observasjoner, notater de hadde gjort omkring beboere. Dette kunne gjøre det lettere for fastlegen å henvise videre. Lederen la til at *«fastlegen blir kanskje trodd på en annen måte, han og, i et system på denne måten»*.

I denne sammenheng fremhevdtes det som viktig å bruke ulike kartleggingsskjema. Et eksempel på dette er skjema som forteller om søvn som dokumentasjon for å få innsovningsmidler, eller skjema for å kartlegge smerter. De ansatte opplever at fastlegen stoler på vurderinger og observasjoner som er gjort i slike skjema, og de legger til at: *«de får jo heller ikke gjort noe mer undersøkelser enn det vi har gjort. De har jo ikke sjanse! For vi har dem [beboerne] jo 24/7, ikke sant, så det ... er jo enklest for oss å kunne si noe ...»*

Dersom det er snakk om å ta CT eller røntgen av en beboer, må ofte beboeren legges i narkose fordi de motsetter seg undersøkelsen. De ansatte har opplevd at fastleger og

leger i sykehus ikke ønsker å medvirke til at beboeren legges i narkose og oppgir at de er engstelig for at beboeren ikke skal tåle narkosen. De ansatte synes at slike synspunkter er uforståelige og lurer på om det heller skyldes motvilje hos legen, at det blir merarbeid og at dette tar så lang tid:

... og så er det jo kostbart. En enkel røntgen kan jo ta ganske mye lenger tid når du skal inn og få narkose og ... Det er jo andre leger som må til og ... ja. Det blir jo generelt mye styr med oss når vi kommer, da vet du. For ... ja. Det er ikke bare brukeren som kommer, men han har jo med seg flere drøss med personer på lasset, ikke sant, når han kommer.

De ansatte opplever at det stadig kan forekomme raske endringer hos beboerne. De ansatte har hatt flere opplevelser av å ha kartlagt alt de har kunnet, men at det ikke alltid var nok til å utløse undersøkelser:

«Han [beboeren] var jo kartlagt absolutt hele døgnet, han, i forhold til atferden sin ... for å finne ut hva det [økt aggresjon] kom av. Men det var ikke lett å finne ut noe. Så vi antok jo at beboeren hadde fått en tilleggsdiagnose da. Men å få utredet han var jo helt håpløst, rett og slett! Han ble jo henvist flere ganger til psykiatrisk. Men de ... tar ham jo ikke imot for at ... jeg skal ikke si at det er for at de er psykisk utviklingshemmede, men ... vi ser jo at disse her får mye lettere avslag enn andre da».

Fastleger tilknyttet Åstun har ofte vært frustrerte over at de ikke får henvist videre. Den ene avdelingslederen påpeker at fastleger ikke får gjort jobben sin for de får ikke sendt beboere videre til undersøkelsene som kan være klargjørende.

FASTLEGEORDNING

De som jobber på Åstun har ikke like god relasjon til alle fastlegene. De har en særskilt god fastlege som tar seg veldig god tid når han kommer til omsorgsboligen. Han har ansvar for fire av seks beboere. Når han kommer, så har vanligvis en samtale med avdelingsleder i boligen omkring de andre beboerne som han også har ansvar for. Han kan også se over medisinalister og ha en ordentlig dialog sammen med de faste ansvarlige i boligen der. Dette opplever de ansatte i boligen som svært nyttig.

De ansatte sier at denne fastlegen har full liste, men at avdelingsleder ved et par anledning hadde fulgt med når det var en ledig plass og bistått beboere med å komme over til denne fastlegen. De ansatte sier at de ønsker å ha denne fastlegen fordi han bryr seg om brukergruppen. De føler ikke at alle fastleger engasjerer seg på samme måte, og at kommunikasjonen ikke alltid er så bra:

Altså, det virker ikke som at de [fastlegene] er interessert eller har noen forståelse for den problematikken vi kommer med da. Og det kan en jo godt skjønne på et vis. Men de kan i hvert fall prøve å sette seg inn i ting. Men det virker ikke som at de gjør ... Nei, det er liksom ikke interessant nok. Og det kreves mye for å kunne prate med den her brukergruppa, for å få noe ut av dem. For hvis du prater med dem som du prater med oss på en måte, så får du jo ikke noe ut av dem.

Avdelingslederne forklarer at spørsmålene må stilles på en slik måte at beboerne forstår det.

Og ganske mange av beboerne forstår mye hvis du er god til å formulere spørsmålene dine ... og legger deg på et nivå så de faktisk forstår det. Og det er mye bedre det, for da får du svar

direkte fra brukeren i stedet for at vi [ansatte] sitter og svarer for dem. For det er en god del fastleger som henvender seg direkte til oss. Og det er jo ikke vi som er på legesenteret. Det er jo brukeren. Og det blir ... det og reagerer jo vi veldig på da. At det er vi som på en måte skal prates med og ikke den det gjelder.

De ansatte i omsorgsboligene opplever at de ofte må være et mellomledd i kommunikasjonen. Det handler om at beboeren har lite språk og har vanskeligheter med å meddele seg. Dersom fastlegene eller andre som ikke ser beboeren til daglig ønsker å kommunisere, må han eller hun ta seg god tid og prøve seg frem litt påpeker den ene avdelingslederen og sier:

Beboerne bør kunne ha anledning til å kunne prate med legen sin selv og si hva som plager dem, uten at vi skal gå inn. Og vi er jo og mange forskjellige typer ansatte som kan komme med masse forskjellige vinklinger på hvordan beboeren har det. Så det beste er jo å få det direkte av beboeren selv.

Samtidig påpeker avdelingsleder i boligen at det er viktig for beboere å velge sine egne fastleger, og at det er en lovfestet rett de har som øvrige hjemmeboende. Denne valgfriheten er en del av de alminnelige rettighetene som alle andre har som bor i kommunen. Hun legger til : «... *det er jo individuelle ... forskjeller mellom dem [beboerne og fastlegene] og. Alle har ikke like god kjemi med alle. Så jeg tenker at det er viktig at de velger sine egne fastleger*». Dette understreker variasjon innenfor en beboergruppe og at det kan være utfordringer med universelle innretninger.

De to avdelingslederne forteller om flere episoder der de har opplevd vansker med å få hjelp til beboere av spesialisthelsetjenesten. De hadde nylig en beboer på legevakta med ... politiet til stede, og fikk ikke henvist videre. Det måtte da med beboeren tilbake til omsorgsboligen og politiet hadde beklaget seg over dette og gitt uttrykk for at de aldri hadde tatt med seg en så utagerende bruker ut igjen fra legevakta noensinne. For vanligvis så blir jo personer med så sterk utagering tatt med til psykiatrisk avdeling. Avdelingslederen fortalte:

Dem nekter å ta imot rett og slett... og ja fastlegen oppe i dette, han ble helt rådvill, rett og slett. Fastlegen var kjempefink. Han kom jo på hjemmebesøk til boligen. Ukentlig, kanskje flere ganger i uka. For beboeren fikk jo en del sår og sånt som måtte behandles. Og i tillegg så var det jo å prøve å finne ut av den atferden her. Så fastlegen gjorde en kjempejobb altså. For vi kunne ikke gå opp til fastlegekontoret. For beboeren var så utagerende. Vi kunne ikke sitte og vente heller. Så legen kom ned. Og han kom på kort varsel. Men han ble helt fortvilet selv, for han fikk ikke beboeren videre i systemet. Han hadde ikke sjanse til å få ham videre. Nei. Og da er det jo ikke så mye han får gjort heller, ikke sant. For han får jo ikke utredet ham på alle vis ... som fastlege.

Noen av beboerne kan komme seg til fastlegesenteret selv, men ikke alle. For noen beboere er det gjort avtaler for jevnlig møter med fastlegen bare for å ha en liten prat om brukeren. Der hvor det har vært særlig behov har avdelingsleder på Åstun hatt samtaler hver tredje måned med den fastlegen som har fire beboere på sin liste, og hun opplever at dette har fungert. Fastlegen er med på samarbeidsmøter med verge og pårørende, avdelingsleder og andre ansatte i boligen samt habiliteringstjenesten i noen tilfeller. Da er det Åstun som kaller inn med bestemte tidsintervaller. Dersom det er noe akutt, må

avdelingslederen sende hasteinnkalling, og hun opplever at det er velvilje til å møtes selv om det er hektisk for legene.

Samtidig sier de at de har et par sykepleiere på ett av legesentrene som kan ta unna en del jobber for fastlegen der, og som gjennomfører enkle undersøkelser som blodtrykkmålinger og enkle samtaler. Disse sykepleiere er på et prøveprosjekt der de skal se på om de kan ta unna en del oppgaver for fastlegene. Sykepleieren kan også komme til Åstun og ta blodprøver på beboere som ikke vil dra til legesenteret. Dette har fungert bra:

Vi har jo noen som må holdes fast, da vet du, når de tar blodprøver. Så det er noen kapittel 4-tvangsvedtak på det. Og da er det veldig greit at de kommer til oss da. For det blir jo ofte litt sånn leven med det og sånn. Og da ... slipper vi å drive med det på legesenteret. Nei, så det har vi veldig bra erfaring med altså.

Informantene forklarer at det er jo en del tvang i forbindelse med legeundersøkelser generelt, og at det er fastlegen som skriver ut kapittel 4-vedtakene.

Det er ikke alle legesentrene som deltar i prosjektet med sykepleiere som får utvidet ansvar. Åstun har beboere som er knyttet opp imot ulike legesentre så hvis brukeren ikke har lege på det legesenteret, så får den ikke nyttiggjort seg prøveordningen.

Omsorgsboligen har biler tilknyttet boligen som benyttes ved legebesøk. Ansatte i boligen kan følge eller pårørende. Det er en spesiell utfordring dersom beboer er utagerende. Da trenger boligen ofte hjelp av ambulansse eller politi. Ved innleggelse der beboer er utagerende har det vært tilfeller der politiet har måttet bli med i ambulansen i tillegg til ansatte i boligen. De må innom fastlege før beboeren kan bli henvist videre og deretter bli kjørt til psykiatriske avdeling. Fastlegen kommer vanligvis ut i bilen for å unngå støy og vanskelige situasjoner inne på legekantoret.

De eldste beboerne i boligen har ofte ikke pårørende. Noen beboere har pårørende, men det er liten kontakt og de pårørende følger for eksempel ikke til fastlege. De yngste beboerne har alle pårørende og mange av de pårørende følger godt opp også når det gjelder legebesøk. Avdelingsleder i boligen beskriver at en utfordring med å være flere hos fastlegen er nå en beboer, personale og pårørende går til fastlegen sammen:

Og ... pårørende og de ansatte i boligen har helt forskjellig ... inntrykk av hva som er problemet til beboeren. Og fastlegen da sitter der midt imellom og så skal ta en avgjørelse på dette her. Den er litt tricky... Vi hadde en beboer som skulle til fastlegen. Vi ansatte mente jo at han [beboeren]drev og utviklet ... en depresjon. Mor mente at det var ikke det som skjedde i det hele tatt. Han trengte bare å bli veiledet på riktig måte, så ville dette her gå over av seg selv. Men det endte jo med at brukeren ble lagt inn på psykiatrisk. Og mor var der og hentet han ut igjen, rett og slett. Og det er klart at det blir ikke noe sånn kjempegodt samarbeidsklima av det. Og for fastlegen så blir det jo helt ... helt håpløst når han sitter der og skal vurdere det ene opp mot det andre. Om det er atferden eller om det har rett og slett utviklet seg en depresjon.

Avdelingslederne påpeker også at de har hatt en del opplevelser av at pårørende ikke føler de blir hørt og sett av fastleger. De ene ledere sier at denne erfaringen ser ut til å henge sammen med fastlegens interesse for beboeren:

Og ... jeg tror vel kanskje det kommer av at de ... fastlegene kanskje ... egentlig ikke vil innrømme at de ikke kanskje ... vet helt hva de skal ta tak i eller hva de skal gjøre da. Mens

han [fastlegen som har flere beboere på listen sin] ... han her som vi synes vi har veldig ålreit samarbeid med, han kan jo si det, at dette her har jeg ikke vært borti eller ... kan prøve sånn. Eller hva tenker dere? Altså, han stiller jo spørsmål og ... vil jo prøve å hjelpe på et vis da.

SAMHANDLING

Boligen benytter elektronisk meldingsutveksling, PLO-meldinger. Dette benyttes spesielt når det gjelder å etterspørre resepter, bestille timer eller deltagelse på samarbeidsmøter. Avdelingslederne sier dette fungerer stort sett veldig bra. De har hatt et avvik nylig på en lege som ikke svarte i det hele tatt, men dette er det første gang de har opplevd. Fastlegen er pålagt å svare innen tre dager og det må overholdes. Noen ganger sender de ansatte i boligene bilder av skader, utslett og andre småting på mobiltelefonene sine til fastlegen for vurdering. Noen beboere har egen iPad hvor ansatte har filmet epileptiske anfall, for eksempel som er blitt sendt til fastlegen eller nevrolog. Dette materialet har vært nyttig og bistått boligen i dokumentasjon da for eksempel når epileptiske anfall endrer seg.

En fastlege som hadde jobbet særskilt mot PU sa i intervju at det var nyttig å ha et fast møte i året med personalet og primærkontakten til beboeren. Han hadde erfaringer med at det kunne glippe dersom det kom inn ny primærkontakt eller ble endringer internt i boligen:

Og jeg har tenkt at kommunen burde ha en struktur på det for de psykisk utviklingshemmede. For de ivaretar ikke sin egen interesse. Noen må gjøre det for dem. Og skal du unngå å falle ned og bli ad hoc hvor en glemmer ting, så må det være strukturert. Og så er det best for fastlegene, og meg og inkludert, at den andre parten har ordnet strukturen i møtene, istedenfor at jeg må passe på det og kalle dem inn.

Dette caset viser at noen beboergrupper kan ha store utfordringer med å kommunisere og samhandle med andre omkring egen helse. Ansatte i denne boligen hadde mange situasjoner hvor de måtte observere og tolke sykdom og smerteproblematikk hos beboerne. Ansatte i denne boligen forsøkte å legge til rette for et godt helsetilbud til gruppen ved å kople på bestemte fastleger i kommunen som de visste hadde interesse av beboergruppen. Å samle flere beboere på en fastlege kunne også skaffe legen mer erfaring og kompetanse om beboergruppen og legen kunne se til flere beboere på sin liste da han var i omsorgsboligen.

CASE 4. PERSONER MED FUNKSJONSHEMMINGER DER HVER BEBOER HAR INDIVIDUELL FASTLEGE

BOLIG OG BEBOERE

Ett av kravene som stilles til oppføring av omsorgsboliger er universell utforming med tanke på at boligen skal passe for personer med funksjonsnedsettelse. I det siste caset som vi har kalt for Fjelltun, er det åtte beboere. I denne boligen har kommunen valgt å innlemme både personer med funksjonshemminger og psykiske utviklingshemminger i sammen bolig. Av disse har fem funksjonshemminger etter trafikkulykker og tre beboere er utviklingshemmede. Noen av beboerne har flere diagnoser i tillegg til hoveddiagnosen.

Eksempler på dette er autisme, cerebral parese og epilepsi i tillegg til flere andre somatiske problemstillinger og komplikasjoner etter trafikkulykker.

Fjelltun har personale i boligen på hverdager fra kl 07.30 til 22.00. I helgene er det personale der til kl 23. Boligen har nattevakt som kommer innom fire ganger per natt, og oftere dersom det er behov for det. Dersom det er behov for hjelp på natt, så benytter de hjelp fra sykehjemmet. Omsorgsboligen er lokalisert inntil sykehjemmet, men hører til under en annen avdeling i kommunen. Det er av og til behov for hjelp på natt med brukere som påkaller hjelp. Det kan handle om mange forskjellige ting, men ofte småting der beboere sliter med å skille viktig fra uviktige ting.

Argumentet for å opprette omsorgsboligen var at kommunen ikke ønsket å benytte plasser i sykehjem til funksjonshemmede. Om utviklingen av boligen sier leder at det ikke er ideelt å plassere de trafikkskadde sammen med de utviklingshemmede, men at alternativet hadde vært sykehjem.

FASTLEGEORDNING

Beboerne har hver sin individuelle fastlege. Leder i omsorgsboligen ser behovet for at noen av de åtte beboerne i økende grad kunne ha hatt behov for en tilsynslege. Lederen nevner spesielt de som har flere og kompliserte komplikasjoner og sykdommer etter trafikkulykker, men også noen av eldste personene med psykisk utviklingshemming:

Det er jo gjerne sånn med den gruppa at de er ... kanskje 20 år eldre somatisk enn de egentlig er da. Så hun på 60 er jo nå ... gjerne som en 80+. Trenger veldig mye. Det er veldig mye forskjellig. Og jeg ser jo det at å reise ned til fastlegen, det er en Amerika-reise for dem.

Bemanningen i omsorgsboligen får stort sett organisert seg praktiske med å hjelpe beboerne til fastlegekontoret. Tre av beboerne har egne biler som de ansatte kjører. Det er vanligvis enkelt å frigjøre bemanning til å følge beboere til legen. Bemanningsmessig har to brukere én til én, så det er sjelden mangel på personale. Dersom noen fra den ordinære bemanningen skal assistere med å følge til et langvarig legebekesøk, så kan det gå på bekostning av tilbudet til de andre beboere, og det kan være en utfordring. For noen av beboerne er det svært anstrengende allikevel å ta denne reisen til fastlegekontoret.

Behovene for legehjelp er som nevnt over varierende mellom beboerne. Beboere som har alvorlige komplikasjoner etter trafikkulykker omtales som en spesiell gruppe fordi det kan være vanskelig å følge med på symptomutvikling. Lederen for omsorgsboligen sa for eksempel:

Der har det vært veldig mye komplikasjoner med en [beboer]... at han har ... altså, dårlig gjennomstrømming av ... urin, og han har hatt sepsis et par ganger. Så vi følger jo veldig godt med på allmenntilstanden hans til enhver tid. For i og med at han er lam fra livet og ned, så kjenner gjerne ikke han så godt om det er noe galt. Men at det har gått veldig fort ifra null til hundre når det gjelder ... at han har fått blodforgiftning og alvorlig UVI, da.

I denne situasjonen sier lederen at de har vært så heldige at det tilfeldigvis er en sykepleier som jobber på boligen, og at de har hatt stor nytte av sykepleierens kompetanse. Omsorgsboligen har imidlertid muligheten til å dra nytte av kompetansen på sykehjemmet dersom det oppstår noe. Hun sier:

Men det er mer sånn for å være greie, sant, at de har egentlig ikke noe ansvar for oss... Er det akutt nok så kommer de, ja. Det gjør de ... men ... det er jo helt sånn ureglementert at vi benytter dem.

Fastlegen kommer på hjemmebesøk dersom det er alvorlig nok, men informanten opplever at de ikke kommer uten at det er helt prekært. Omsorgsboligen benytter ellers legevakt ved behov. Informanten sier at fastlegene, særlige nye leger forstår ikke forskjellen på omsorgsbolig og sykehjem, men tror at beboerne bor i institusjon og at de blir ivaretatt tettere enn de i virkelighet gjør. Fastlegen kan tenke at beboerne har flere tjenester i boligen enn det de i virkeligheten har, men etter hvert når fastlegen har hatt brukeren en tid så vet de om at det bor i eget hjem. Men fastlegen kan allikevel tro at boligen har en tilsynslege eller mer faglig kompetanse enn de i virkeligheten har. Informanten sier at stadig vekk når de mottar epikrise så kan de stå at:

«... tilsynslegen på boligen bør komme og sjekke så og så ofte, for eksempel. Så må vi forklare da, at det er fastlege og ikke en tilsynslege. Og det er en helt alminnelig ordning som oss andre i samfunnet, og ikke noe mer».

Noen pårørende er aktive omkring sine og stiller opp når de skal til lege. Noen pårørende er verger for beboere, og da har de ofte god kjennskap til helsetilstanden til beboeren. Dersom beboere har plager med ufarlige og tilfeldige småting som for eksempel et hudutslett, involverer vanligvis ikke personalet i omsorgsboligen pårørende. Dersom det er større ting og sykehusinnleggelse så er pårørende mer naturlig inne. Dersom pårørende ikke er verger for beboere så har ansatte på omsorgsboligen ikke opplysningsplikt. I slike tilfeller er det med andre ord beboeren selv som styrer hvem som skal informeres.

TRENGER HJELP TIL Å TOLKE SYMPTOMER OG FORMIDLE DISSE TIL LEGE

Leder på omsorgsboligen forteller at beboeren ofte trenger hjelp til å formidle sykdomsopplevelser og hva som har skjedd når de kommer til fastlegen. Alle beboerne har en eller annen form for kognitiv svikt. Hun sier:

De [beboerne] har jo alle... en kognitiv svikt Og du kan si, de... trafikkskadde som da ...har en ervervet skade, de har jo store problemer med korttidsminnet ... Og veldig ofte så opplever vi jo at... vi følger han ene til legen med en problemstilling. Og hvis han da får snakke fritt, så har han glemt hva det egentlig var som var hans tema den dagen. Så da begynner han på alle mulig andre ting. Og da må vi selvfølgelig være der og få han inn på rett spor og ... og sanne ting da. Og det er ofte litt sånn ... kanskje spesielt med de som er trafikk-skadde, at de ikke husker hvorfor de er hos legen.

Leder for omsorgsboligen opplever at det kan være litt av det samme for beboeren med psykiske utviklingshemming. Også her må bemanningen i boligen hjelpe til noen ganger. Lederen forklarer:

De kan svare adekvat når det gjelder smerteopplevelse og sanne ting. Men det er jo og ... gjerne at de svarer direkte feil på spørsmål fra legen. At de kan lyve litt, gjerne, for å ... ja ... av forskjellige grunner da. Og en [beboer]... snakker jo ikke i det hele tatt. Altså, han snakker kun når han blir tilsnakket. Han sier aldri noe på eget initiativ. Han ville vært enig ... uansett hva noen hadde sagt, så svarer han ja da. Mm. Så det trengs korrigerende og hjelp hos alle brukerne våre.

Boligen forsøker alltid å sende primærkontakten med til fastlegen, men dersom legetimen faller på en dag da primærkontakten ikke er til stede, så sender de andre ansatte. Informanten legger til at hun er opptatt av at den som er med må kjenne brukeren godt.

Leder på omsorgsboligen opplever at legetjenestene kan være en utfordring, men samtidig har ikke dette blitt tatt fatt i og løftet opp som et stort problem. For tiden holder kommune på å slå sammen omsorgsboliger for å spare penger i kommunene, og lederen sier at det muligens vil medføre noen endringer. Leder i boligen har ikke gjort seg noen formening om hva som er best eller dårligst for beboeren med tanke på legehjelp. Hun har jobbet holdt i flere omsorgsboliger tidligere og ser at fremveksten av omsorgsboliger er et nytt fenomen og med veldig mange ulike løsninger. Hun sier at for omsorgsboligen hadde det sikkert vært mer praktisk at brukerne hadde hatt tilsynslege som kunne ha en mer kontinuerlig oppfølging. Imidlertid så er beboerne i forskjellige situasjoner, så det er ikke alle som ville trenge dette.

SAMHANDLING RUNDT MEDISINSKFAGLIG OPPFØLGING

Det brukes mye e-Link (PLO-meldinger) og det kommuniseres veldig mye via Geric. Informanten sier at de får raskt svar og at dette er et nyttig hjelpemiddel. Hun nevner det som en ulempe at ikke alle ansatte har tilgang til å skrive e-Link.

Av velferdsteknologiske løsninger har de et par brukere som kommuniserer via 'rolltalk'. Så har de en talestyrt alarm på natt for en annen bruker. Denne brukeren roper da når han trenger hjelp. Og så blir det satt over til personale eller til nattevakt dersom det er på natt. Denne brukeren er ikke i stand til å trykke på noe, så derfor fungerer en talestyrt alarm godt. De benytter også øyestyrt PC for en bruker. Når brukeren fokuserer blikket lenge nok på et eller annet punkt, så er det å regne som at han klikker på det punktet. På denne måten kan brukeren kommunisere noe selv. Han har fått hjelp til å utvikle noen setninger som ansatte har lagt i samarbeid med han, med bilder. Han kan ikke lese, men kun kommunisere med enkle setninger til folk. Disse hjelpemidlene, særlig 'rolltalk' benyttes hvis beboeren er hos lege:

Han er i stand til å fortelle noe om smerteopplevelser osv. Så da vil han kommunisere med den, ja. Eller med et vanlig bokstavbrett der han peker på bokstavene. Men det tar jo ... ja, det er jo nødløsningen da. Og den talestyrte alarmer er jo klart at den ... er jo i aller høyeste grad brukt når han brukeren har vondt en plass og sårne ting.

Denne gruppen med bruker har veldig mye kontakt med spesialisthelsetjenesten slik som for eksempel psykiatri, urolog og ortoped. Informanten opplever at fastlegene er veldig raske til å henvise videre til spesialist der det er behov for det:

Det henvises jo veldig ofte. Dette er jo helt klart en spesiell brukergruppe. Fastlegene innrømmer jo ofte at de har ikke veldig god kompetanse på Downs, for eksempel, eller på ... stomi eller ... altså ... Så det er ... ja, veldig mye kontakt med spesialister.

En sjelden gang så opplever lederen at fastlegen ikke har skjønnet helt kompleksiteten i en beboers sykdomsbilde og behov. Hun sier:

Men samtidig så er det forståelig, sant. For det er veldig ... det er innfløkte saker, og det er sjeldne diagnoser og det er det ene eller andre. Ja. Men sånn alt i alt så synes jeg at de gjør en god innsats for å sette seg inn i sakene og er engasjerte, ja.

Fastlegen kobles på når det er mindre prekære ting slik som forkjølelser, hudutslett, smerter og fornying av multidoser. Noen av fastlegene har imidlertid sluttet med multidose, fordi de mente det kunne være fare for at vanedannende medisiner ble brukt for lenge. Dette handler om at det er en automatikk i innholdet i multidosen og det kan ta tid før det registreres endringer av medikamenter. Informanten på boligen sier at dette har medført stress for dem som jobber der:

Men det har vært veldig upraktisk for oss at en del har sluttet. For det innebærer jo selvfølgelig at vi må dosere veldig mye mer ... som vi ikke har noen ekstra administrativ tid til å gjøre da.

Samlet sett viser dette caset en beboergruppe som trenger en del tilrettelegging og hjelp fra bemanningen i omsorgsboligen til å kommunisere omkring egen helse. Flere av beboeren har sjeldne og sammensatte sykdomsbilder som fastlegene eller møter lite av i sin praksis, og de henviser videre til spesialistene.

ERFARINGER OG REFLEKSJONER BLANT FASTLEGENE SAMLET

I den medisinskfaglige oppfølgingen av beboere i heldøgns omsorgsbolig er fastlegen den mest sentrale aktøren. Vi har berørt deres synspunkter i gjennomgangen av brukergruppe-casene i de forrige avsnittene, men vier noe mer plass til temaer som ikke har blitt tilstrekkelig løftet fram.

FORSTÅELSER AV HELDØGNS OMSORGSBOLIGER

Når et medisinskfaglig tilbud for beboere i heldøgns omsorgsbolig skal organiseres, er det en fordel at alle aktører har en omforent forståelse av hva en slik boligløsning innebærer. Hva slags tjenester finnes i boligen? Hva slags personale? Hvordan kan man innrette et godt samarbeid med personell, med beboer og med pårørende? Men som vi innledningsvis har beskrevet innledningsvis i rapporten, innretter kommunene sine omsorgsboliger på ulike vis med hensyn til bemanningsløsninger, kommunal organisering og beboergrupper. På grunn av slike variasjoner er det ikke overraskende at fastlegene i intervjuene reflekterte over hvordan de, i møtet med beboere, skulle forstå begrepet heldøgns bemannet omsorgsbolig. To leger beskrev det slik:

Jeg må innrømme at den første tanken min er jo at det [heldøgns omsorgsbolig] er en sånn type eldrebolig ... gjerne med hjemmesykepleie som har base... og tilstedeværelse der. Og at det dermed blir ofte en form for ... heldøgns tilstedeværelse av det at hjemmesykepleien har base der

En omsorgsbolig for meg er på en måte en forsterket hjemmesituasjon, en bosituasjon hjemme hvor de har ekstra nær kontakt opp mot kommunens sykepleiersteam, hjemmesykepleie, hvor på en måte man er ekstra på. Men ellers så er de som en vanlig fastlegepasient. Men kommunen og hjemmesykepleien er enda mer på og tettere på. Tettere oppfølging enn de i egen bolig.

En tredje lege mener beboerne i heldøgns omsorgsboliger stort sett er personer som har behov for mer legetjenester enn mange andre. Men så er det variabelt hvor mye

legetjenester de faktisk får. Legen tror likevel at det at de bor i omsorgsbolig med ganske hyppig oppfølging av hjemmetjenesten avhjelper legebehovet:

... altså, for noen av dem så tror jeg at jeg hadde hatt behov for å følge dem opp veldig mye mer hvis de bodde hjemme. Men at det at de bor i omsorgsbolig gjør at de ... har noen å spørre om ... om sine plager og får en del tilbakemeldinger fra sykepleierne som jobber der.

En av legene beskrev videre at det var omsorgsboliger lokalisert nær legekantoret, men hun var usikker på om de var heldøgns bemannet, eller hva som måtte til av bemanning for å oppfylle kriteriet for å være «heldøgns bemannet». Flere av legeinformantene lurte på om nattevakt eller sovende nattvakt var tilstrekkelig for at boligen kunne defineres til å være heldøgns bemannet.

Nok en lege påpekte man må kjenne til omsorgsboliger enkeltvis for å vite hvordan de er innrettet og bemannet. Hun hadde erfart at noen omsorgsboliger hadde bemanning som kun drev med tilsyn deler av døgnet, mens andre omsorgsboliger var nesten identiske med sykehjem. Hun konkluderte dermed med å si at: *«Så det at noen bor i omsorgsbolig, sier egentlig veldig lite».*

Enda en annen lege bemerket at det kunne være store forskjeller i forhold til kompetanse på de ulike omsorgsboligene også. Hun mente at det var personavhengig hvordan samarbeidet mellom fastleger og omsorgsboligene var: *«Og det er nok litt kulturavhengig i de ulike kommunale organiseringsformene. Jeg opplever at det kan være ekstremt forskjell på fagkompetanse og måter å håndtere sammen ting på mellom ulike boliger som egentlig skulle ha vært på samme nivå da»*

Oppsummert tenker legene hovedsakelig på eldre med mange helseplager som målgruppe i omsorgsboliger. Alle har en forståelse av at de har mye oppfølging av hjemmetjenesten. De er vanlige fastlegepasienter, men hjemmetjenesten kan muligens avlaste legen i den medisinskfaglige oppfølgingen. Samtidig understrekes det at det er store variasjoner mellom omsorgsboliger og i kompetanse blant de som jobber der.

HJEMMEBESØK ER UTFORDRENDE

Som vi var inne på i de foregående avsnittene, er tilgjengelighet til legen et viktig tema når vi skal forstå den medisinskfaglige oppfølgingen. For en del brukere innebærer det at legen helst bør komme til dem, heller enn at de skal dra til legekantoret. Alle legeinformantene beskriver at de gjør hjemmebesøk, men det kan hende det må gjøres etter at arbeidsdagen på kontoret er over. En lege sier det slik: *«det er klart at når det er behov for det, så gjør vi det. Men det er jo en typisk sann ... kveldsaktivitet.»* En annen lege beskrev det samme. Hun fortalte at rammen for å være fastlege under dagens forhold gjør at hun må være nøye med hvordan hun bruker tiden sin. For eksempel må hun være selektiv med tanke på hvem hun drar på hjemmebesøk til, siden hun har en nokså stor liste og ikke kan være mye borte fra kontoret.

Når det først skal gjøres hjemmebesøk i omsorgsboligen er det bra om det er kommunikasjon med hjemmesykepleieren i forkant av legebesøket og avklaring om hva som er pasientens problem, mener flere informanter. Det oppleves mer effektivt, og disse hjemmebesøkene kan ofte være veldig nyttige, ifølge en lege. Så er det andre hjemmebesøk som er vanskelige, ifølge den samme legen. Det handler hovedsakelig om at undersøkelser og oppfølging må gjøres under forhold som ikke er tilrettelagt for det.

En lege forteller at fordi hun ikke helt vet hva som møter henne av medisinske problemer, må hun ta høyde for alle eventualiteter og ta med seg en mengde utstyr. Hvis det er snakk om behandling av et sår, må en ta med seg kompresser, bandasjer osv., alt etter hvordan en tror såret ser ut. Alle legene i studien foretrekker derfor, ut ifra medisinskfaglige hensyn, at pasienten kommer på kontoret, hvor de er godt utrustet til å hjelpe pasienten.

Samtidig er det noen ganger hjelp å få fra en nærliggende institusjon, viser intervjuene. Mange steder er omsorgsboligene lokalisert vegg i vegg med sykehjem. Omsorgsboligen kan til og med være fysisk i en fløy på sykehjemmet, og det er de samme sykepleierne som har ansvar både i omsorgsboligen og på sykehjem, i alle fall på natten. Når boligen er lokalisert slik, og det er et samarbeid med sykehjemmet, kan det skje at leger på hjemmebesøk kan låne utstyr fra institusjonen.

Oppsummert, er det stor enighet blant legene om at hjemmebesøk medfører utfordringer. Det skyldes både at legene har en svært hektisk hverdag og hjemmebesøk tar tid, og at de mangler nødvendig utstyr hjemme hos pasientene. Det kan gi dårligere kvalitet på tjenesten. Når det først skal gjøres hjemmebesøk, er det en fordel med kommunikasjon med hjemmesykepleien i forkant slik at legen er forberedt.

SAMARBEID MELLOM LEGEN OG PERSONALET I BOLIGEN

Det medisinskfaglige tilbudet ytes ikke utelukkende av fastleger, selv om de i de fleste tilfeller har den mest sentrale rollen. Personalet i boligen og hjemmesykepleien er - eller kan være - viktige samarbeidspartnere for legen. Intervjuene viser variasjon også når det kommer til omfang av samarbeid mellom leger og personalet. Likevel framkommer det et bilde av at samarbeidet ikke er særlig omfattende, og at det er mye å hente på å styrke samarbeidet mellom dem.

Et par fastleger fortalte om særlig god kontakt med ansatte i omsorgsboliger der de hadde pasienter, og mente at gode samarbeidsrelasjoner var ”gull” for alle parter. Legene kjente godt til de ansatte og deres kompetanse. Når det er tillit mellom de ansatte i boligen og legen, forenkler det en felles medisinskfaglig oppfølging. En lege beskrev at pasientene kan unngå en del slitsomme legebekker dersom ansatte i boligen virket som mellomledd. For eksempel kunne en bestemt sykepleier på omsorgsboligen snakke på vegne av pasienten:

For noen av dem [beboere i omsorgsbolig], så er det veldig trygt å kunne vite at ”ok, sykepleieren som jeg kjenner, og som jeg snakker med hver dag, hun har snakket med legen min. Og de har blitt enige om at nå gjør vi sånn og sånn”. Men jeg ser det at det er mye lettere med dem jeg kjenner godt av sykepleierne der ... enn de som er ganske ferske eller som jeg gjerne ikke har så mye relasjon til enda.

Legen opplevde at akkurat dette samarbeidet i denne konkrete boligen var veldig forskjellig fra de andre omsorgsboligene der hun hadde pasienter. På spørsmål om hva som er forskjellig svarte hun at:

Jeg bruker ikke de[ansatte] som hjelpere på samme måten. Og de kjenner ikke meg på samme måten heller. Så det blir mer den her ... formelle om at ... fru Hansen trenger en time. At de blir mer sånn hjelper som bare driver med det administrative og ... og at jeg sender dem meldinger om hvordan medisiner skal endres, men uten at vi samarbeider om behandlingen på samme måten da.

Hun mente at det gode samarbeidet hun hadde på den ene omsorgsboligen både handlet om at byggene var lokalisert sammen, men også at flere av beboerne benyttet fastlegene på hennes legekontor. Dette gjorde at de ansatte på begge steder ble kjent, at de traff hverandre i forbindelse med beboere og at de tilfeldigvis sees uten å ha planlagt det.

Flere av legene hevdet at innleggelses kunne unngås dersom fastlegen hadde opparbeidet kjennskap til beboeren og personalet i boligen. En sa: *«Jeg tror helt klart at vi kan unngå innleggelses når vi samarbeider tett med sykepleierne. Særlig når vi treffer på en sykepleier vi kjenner. Nå er jeg i en situasjon der noen har gått av med pensjon ... så vi har ikke klart å samle folk ... men vi på legekantoret hadde faktisk tenkt å invitere dem [de ansatte i boligen] på lunsj eller noe»*

Mange av beboerne/pasientene i omsorgsboliger trenger hjelp til å formidle problemer og behov. Særlig gjelder dette skrøpelige eldre og eldre med demenslidelser, fremhevet flere. Derfor blir kontakt mellom legen og de ansatte i boligen så viktig. Som vi har vært inne på flere ganger, er kjennskap og tillit mellom lege og de som jobber i boligen viktig for å skape et godt samarbeid. Imidlertid kan forhold som turnusorganisering og lav bemanning i boligen vanskeliggjøre kontakt og relasjonsbygging. En lege hadde erfart at omsorgsboliger har lavere bemanningsfaktor enn sykehjem, og at det ofte er flere ansatte som rullerer på hovedansvaret for beboeren. Når legen ringte til en omsorgsbolig for å følge opp henvendelse, opplevde han at det ikke alltid var så gode svar å få:

Veldig ofte er tilbakemeldingen at man ikke vet fordi ... det er en stund siden man har vært på den beboeren på vakt og tilsvarende. Så det er generelt litt vanskeligere å få gode svar når jeg stiller konkrete spørsmål om helsesituasjonen og hvordan ting har utviklet seg siste uke eller dager.

Fastlegene beskrev i intervjuene å ha et litt perifert forhold til noen av pasientene som bor i omsorgsboliger, selv om de har det overordnede medisinske ansvaret. Derfor blir god kommunikasjon og kontakt med de som jobber i boligen og ser beboeren daglig så viktig. En lege fortalte for eksempel at hun noen ganger ikke hadde sett pasienten før det kom beskjed fra en ansatt i boligen om at en beboer hadde behov for legetilsyn. Hun kunne da dra til dem på hjemmebesøk, men erfarte at det var stor forskjell på om hun kjente personale eller ikke. En lege forteller:

Vi får litt sånn halvøyeblikkelig hjelp på PLO-melding som egentlig er en sånn lang liste av opplysninger av hvem som er verge, medisinlister og all informasjon om pasienten. Også kommer det nederst bare vitalia: Er litt slapp. Ja så sitter jeg der med full dag. Ja, skal jeg dra dit? Hva skal jeg gjøre? Hva slags muligheter har de der? Hva slags kunnskaper har personellet der? Så da ringer jeg. Også bruker man masse tid. Også spør en seg om de kan komme hit til legekantoret. Og det kan de stort sett ikke fordi de er jo så syke at de ikke klarer det. Og da må man bruke masse tid på å dra dit i en full dag, og det blir på slutten av dagen. Da må jeg prøve å finne ut hvem som jobber der, hva som har skjedd.

Fastlegen fortalte at hun lettere kunne vurdere en slik beskjed - er litt slapp- dersom hun kjente personalet som hadde skrevet, og kjente deres vurderinger og kompetanse. Og når hun kom på stedet og stilte oppfølgingsspørsmål knyttet til situasjonen var hun avhengig av å få gode svar og helst treffe den eller de ansatte som har fullgod kjennskap til vedkommende pasient.

BEBOERGRUPPER OG MEST FREMTREDENDE MEDISINSKE BEHOV

Tabellen under gir en liten oversikt over hvilke medisinske behov fastlegene nevner som de mest fremtredende for de ulike brukergruppene.

Beboergruppe	Vanligste medisinske behov
Eldre skrøpelige, ofte multisyke	Forkjølelser, kontroller og råd for vekt og ernæring, urinveisinfeksjoner, forstoppelser, diabetes, justering av medisinering og legemiddelgjennomgang, trykksår, fall og brudd, palliasjon
Personer med rus og psykisk helse-utfordringer	Forkjølelser, sårskader og brudd, samtale, medikamenter, angst, depresjon, psykose, suicidalitet, selvskading, somatiske problemer pga rus
Personer med psykisk utviklingshemming	Forkjølelser, sårskader og brudd, utredninger knyttet til endret adferd og evt smerter, psykiatri, syn (keratokonus)
Personer med funksjonshemninger (og multifunksjonshemninger)	Forkjølelser, hudutslett, sår, henvisninger til spesialisthelsetjenesten

Den gruppen som fastlegene særlig peker ut for å ha store og regelmessige behov for medisinskfaglig bistand er eldre med somatiske og/eller kognitive utfordringer. Eldre har ofte flere diagnoser og bruker mye medikamenter. Det er ofte behov for å justere, endre eller bytte medikamenter. Helsetilstanden hos denne gruppen kan raskt endre seg, og beboere i denne gruppen blir ofte sammenlignet med beboere i sykehjem med hensyn til sykелighet.

Imidlertid påpekes det at faste årskontroller og mer systematisk oppfølging kunne være nyttig for alle beboergrupper i heldøgns omsorgsbolig. For personer med rus og psykiatriutfordringer nevnes det at somatisk helse blir svekket av langvarig rusmisbruk. For personer med psykisk utviklingshemming nevnes blant annet problemer knyttet til syn (keratokonus). Slike særskilte ting som forekommer i spesifikke grupper, kan i større grad følges opp systematisk.

Oppsummert er relasjonen og samarbeidet mellom fastlege og personale i boligen svært viktig, både fordi pasienten ikke alltid klarer å kommunisere sine problemer og fordi et godt samarbeid ser ut til å tilrettelegge for tjenester av bedre kvalitet.

BRUKERORGANISASJONERS SYNSPUNKTER

I denne delen tar vi for oss brukerorganisasjoners perspektiver på den medisinskfaglige oppfølgingen. Vi har altså intervjuet representanter for fire brukerorganisasjoner, som representerer forskjellige brukergrupper. Nasjonalforeningen for folkehelsen,

Funksjonshemmedes fellesorganisasjon (FFO), Norsk forbund for utviklingshemmede (NFU) og Foreningen for human narkotikapolitikk (FHN). Videre går vi gjennom refleksjoner rundt hva en omsorgsbolig er, brukerne/pasientenes behov for medisinskfaglig oppfølging, tilgjengelighet og kontakt med leger, og ønsker for en framtidig organisering av den medisinskfaglige oppfølgingen. Alle informantene har ikke snakket like mye om alle temaer, men alle temaer er dekket opp i intervjuene. Informantene snakker på et generelt grunnlag, og har i liten grad gått inn i enkeltbrukeres historier.

Hva er en heldøgns omsorgsbolig?

To av informantene tar opp problemstillinger rundt hva en heldøgns omsorgsbolig er, og hvordan det blir forstått. Informanten fra Nasjonalforeningen forteller at mange pårørende ikke vet hva en heldøgns omsorgsbolig er, og at de blir overrasket når de innser hvor mye ansvar og arbeid knyttet til oppfølgingen av beboeren som faller på dem:

Altså, folk flest skjønner det ikke. Altså, aner ikke. Vet ikke. Jeg har snakket med pårørende som på en måte ... de er glade, de takker ja til dette tilbudet. Og så vet de ikke at dette er egen bolig, og at de faktisk får ansvar ... som pårørende, får ganske mye ansvar for å følge opp, som de tenkte kanskje at dette her var jo en institusjon. Så jeg opplever at det er litt uklart (...) Så en del pårørende opplever at de kanskje har takket ja til en plass som de ikke helt skjønnte omfanget av ... sin egen oppfølging etterpå, og hva de måtte ha ansvar for.

Informanten fra NFU understreker at en bolig for mennesker med utviklingshemning ikke pleier å omtales som en "heldøgns omsorgsbolig", men at de kalles samlokaliserte boliger fordi hver enkelt eier har sin leilighet og bor i sitt eget hjem. I tillegg til sin egen leilighet, deler beboerne ofte et fellesrom. Leilighetene kan være eid av den enkelte etter en byggeprosess med stor medvirkning fra foreldrene, eller de kan være leid av kommunen. Boligene inneholder også gjerne lokaler med en base for tjenesteytere fra kommunen. Men, som hun påpeker, boligen er likevel ikke en institusjon selv om den fysisk sett likner på en:

Det er ikke sann at dette er en institusjon. Men vi sliter med institusjonstankegangen. Mennesker med utviklingshemning skal ikke bo på institusjoner lenger. De har sine egne hjem og skal få individuelle tjenester fra kommunen. Og særlig nå i koronatiden lages det for en del boliger bare regler og retningslinjer, og beboere og pårørende har lite de skulle ha sagt (...). Det har for eksempel vært veldig mye besøksrestriksjoner, mer enn for folk flest. Og det kan man faktisk ikke gjøre med folk som bor i sin egen leilighet. Men det har veldig mange boliger pålagt sine beboere selv om de ikke hadde lov til det.

På den ene siden, ser vi altså at pårørende til eldre som flytter i heldøgns omsorgsbolig blir overrasket når de skjønner hva boformen faktisk er (et privat hjem). På den andre siden, eksemplifisert fra NFU, ser vi at ledelsen i boligene innfører besøksrestriksjoner som at boligen skulle vært en institusjon. Denne forvirringen og den motstridende og inkonsekvente praksisen ser vi tendenser til på flere måter i omsorgsboligene gjennom studien.

Informanten i NFU setter den uklare forståelsen og praksisen i omsorgsboligene i en større kontekst, ved å trekke linjene tilbake til HVPU-reformen. Hun beskriver situasjonen slik:

Nå ser vi at masse samlokaliserte boliger stadig blir større. Altså, de er ofte større i snitt enn det de var før HVPU-reformen. Og så er det mange som ... ja, altså, det er mye av de samme lokalene som brukes også. Så er det en del som sier at den reformen var de imot. Så det henger nok veldig mye igjen fra institusjonstiden.

Informantens argument er altså at til tross for deinstitusjonaliseringen i omsorgen for personer for utviklingshemming på 90-tallet, ser vi en praksis i samlokaliserte boliger som fører tankene til en reinstitusjonalisering.

Brukergruppenes behov for økt medisinskfaglig kompetanse og oppfølging

Det er klart at brukere som bor i heldøgns omsorgsboliger har svært varierende behov for medisinskfaglig oppfølging. Samtidig kan vi si det er et fellestrekk at flere av gruppene krever leger med særlig kompetanse på området for å kunne gi riktig oppfølging (eks. personer med utviklingshemming, personer med samtidig rus og psykisk helse problematikk).

Informanten fra Nasjonalforeningen snakker særlig om personer med demenssykdom sine behov. Mange av beboerne i heldøgns omsorgsbolig har en form for demens. Nasjonalforeningens erfaring er at etter at pasientene har fått diagnosen, er det ikke så mye mer som skjer. Hun mener det absolutt er et stort behov for bedre medisinskfaglig oppfølging, og sier "Det oppleves som at man får en alvorlig diagnose, og så er det ikke mer." Hun utdyper behovet:

Det er jo en oppfølging av sykdommen som jeg tenker at de har behov for. Altså, når de er hjemmeboende, og de får foreskrevet medisiner (...) med bivirkninger, som virkelig trenger medisinsk-faglig oppfølging. Og når de bor i egen bolig uten noe bemanning, men også med bemanning, at det [er behov for] oppfølging og observasjon etter at de begynner på nye medisiner. Det er ganske mange som begynner med ganske sterke medisiner, uten at de kanskje får den nødvendige faglige oppfølgingen... jeg tenker spesielt på antipsykotika som brukes en del ved demens, ved uro, hallusinasjoner, som jo er symptomer ved demens, og som er alvorlige symptomer. Og som kommer for veldig mange etter hvert. Og som er vanskelig å håndtere for personalet, og som er vanskelig å håndtere for lege, og så begynner man med medisiner som krever ganske tett oppfølging av fagpersoner, tenker jeg.

Informanten retter altså særlig oppmerksomheten mot behovet for å følge opp medisiner og bivirkninger av medisiner. Dette er oppfølging som krever fagkunnskap, og som er svært viktig for beboernes funksjonsnivå og livskvalitet.

Informanten fra NFU mener at den medisinskfaglige oppfølgingen av personer med utviklingshemming generelt sett er for dårlig, og at det mange steder skorter på kompetanse som gjør tjenesteyterne og legene i stand til å følge opp beboerne godt nok. Det kan være vanskelig å oppdage nyoppståtte helseproblemer hos gruppa, fordi de allerede kan ha et ganske komplekst helseutfordringsbilde og problemer med å sette ord på sine symptomer. I tillegg er mange av dem ofte redde for legetjenesten, slik at man må iverksette spesielle tiltak for å få til et godt møte mellom pasient og lege. Informantens erfaring er at det er variabelt hvor mye fastleger kan om personer med utviklingshemming – de fleste fastleger møter pasienter fra denne gruppa temmelig sjelden. I tillegg kan det altså være vanskelig for tjenesteytere i boligen og se hvorvidt

folk er syke eller trenger hjelp. Informanten er godt orientert om det medisinskfaglige behovet personer med utviklingshemming kan ha, og også som mor til et barn i en bolig, forsøker hun å formidle kunnskap til boligen. Hun forteller:

Senter for aldring og helse har jo lagt retningslinjer for årlige helsekontroller for mennesker med utviklingshemming. Og der er det blant annet en lang sjekkliste for fastleger, som er veldig fin. Jeg har sendt den ut, til de ansatte og til de andre foreldrene. Så de bruker jo den og ... tar med den til fastlegen for sikkerhets skyld og viser frem. Og det er jo også retningslinjer for annet helsepersonell, og sånt som at mennesker med utviklingshemming bør ha time tidlig på dagen av spesielle hensyn. Veldig mye rundt legebesøk.

Informanten er også opptatt av å forklare at det er stor oversykelighet av forskjellige tilstander hos personer med utviklingshemming, og at det derfor er veldig viktig med årlige kontroller. Generelt er det for lite systematikk og struktur i helseoppfølgingen, slik hun vurderer det.

FHN-informanten snakker for en brukergruppe som ofte har mye helseplager, både psykisk og somatisk, og som i tillegg har mange utfordringer med bruk (og misbruk) av legemidler. Hun beskriver deres behov slik:

Det er ofte medisiner som er spørsmålet når det kommer til legetjenestebehov. Men vi ser jo et økende behov for tjenester knyttet til somatikk. Dog det handler jo litt om at man begynner å få en sånn eldre ... grupper av ... rusbrukere... og de somatiske plagene kommer jo mye, mye før. Altså, er du 50 år så kan du jo ha ... utfordringer som 70-åringene ellers. Og ellers så er det jo ... er du i aktiv rus så blir det jo feltpleie, særstilling og den type ting selvfølgelig. Men det er jo medisiner ofte som er ... hovedbakgrunnen. Men for så vidt også (...) den her kategorien som er litt sånn ullen og diffus, med depresjon og angst, ja, den psykiske helsen da. Eller uhelsen må vi vel egentlig kunne si.

Som nevnt i forhold til de andre pasientgruppene, trekker også denne informanten fram at det er mange fastleger som ikke har tilstrekkelig kompetanse på brukerorganisasjonens målgruppe, i dette tilfellet personer med rusutfordringer. Hun forteller for eksempel at når man spør brukerne hva de ønsker seg av helsevesen og av legene, er det en gjenganger, at de ønsker å bli tatt på alvor. De etterlyser en større forståelse for sin situasjon, og en forståelse for at når de ber om medisiner, er det ikke for lure legen til å skrive ut medisiner de kan bruke til å ruse seg på. Det er fordi de har et reelt smertebehov. Informanten mener dette er viktige poeng, og understreker at når pasienten/beboeren nærmest opplever seg avskrevet og stigmatisert fra starten av, så blir resten av samtalen og relasjonen mellom pasienten og legen ikke så god. Den nødvendige relasjonsbyggingen blir ødelagt i startgropa.

Kontakt med - og tilgjengelighet til - fastlege

Brukerorganisasjonene mener alle at det er stor variasjon i det kommunale tjenestetilbudet til deres brukergrupper. Det er imidlertid ingen av dem som har en tydelig politikk, eller et uttalt ståsted, på hvordan det medisinskfaglige tilbudet skal utformes. De ser fordeler og ulemper med forskjellige typer organisering av tilbudet. Vi skal ta opp noen sentrale erfaringer med dagens tilbud.

Et poeng som flere av organisasjonene tar opp, er den manglende proaktiviteten blant fastlegene. Som vi har vært inne på tidligere, er fastlegeordningen ikke rigget for å være en oppsøkende tjeneste, men den krever at pasienten selv tar kontakt med legen. For gruppene som bor i heldøgns omsorgsbolig kan det bety at de får for lite oppfølging. En av informantene sier:

Nå er jo fastlegesystemet lagt opp sånn at de i veldig stor grad leverer helsetjenester til folk som møter opp til konsultasjon på legekantoret. Og så ligger det jo i fastlegeforskriften en plikt til også å yte tjenester til de som ikke kan komme til legekantoret. Og også faktisk sjekke hvorfor ikke folk kommer til legekantoret som man har på sin liste. Sånn at man kan ta en telefon eller ... bare sjekke liksom ... om denne pasienten ikke ønsker å komme til legen eller hva det er for noe. Sånn at de har en forpliktelse i forskriftene. Men vi har altså et inntrykk av at den delen av fastlegjetjenesten ikke fungerer veldig godt.

FFO erfarer noe tilsvarende. Informanten sier ”vi pleier å si det litt sånn popularisert at ... fastlegeordningen er liksom skrudd sammen for den friskeste delen av befolkningen.” Organisasjonen ønsker seg også mer utadrettede og proaktive fastleger. FHN har også et ønske om leger som kommer til pasientene, heller enn at pasientene skal dra til legen, selv om de innser at det kanskje ikke er så realistisk:

Det er vel sikkert en ønskesituasjon, for jeg har full forståelse for at det her kan liksom ikke leger gjøre. Det har de verken tid eller kapasitet til. Men, vi vet jo at det her [rusbrukere] er en gruppe som ... gjerne må oppsøkes. Det er jo en gruppe som ikke alltid kan tilpasse seg systemet, og hvor systemet da må tilpasse seg gruppen.

Også Nasjonalforeningen er opptatt av at brukerne kunne tjent på at legen kom på hjemmebesøk. Informanten mener at særlig personer med demens virkelig ville hatt behov for det, både fordi det forenkler legebesøket for pasienten og fordi legen får et helhetsblikk inn i bosituasjonen.

Fastlegens manglende oppsøkende virksomhet er én sak, en annen er at fastlegesystemet heller ikke er slik at det finnes noen rutiner eller system for innkalling til time. Felles for alle brukergrupper som er dårlige bestillere, er at andre da må minne dem på at de bør/må gå til lege. Hjemmesykepleien eller andre i tilknytning til boligen blir viktige i en slik rolle. I tillegg blir det en oppgave for pårørende, men ikke alle har pårørende som kan følge opp legebesøk. Nasjonalforeningen har mange erfaringer med at det er utfordrende for pårørende å følge til timen, men også at de i en rekke tilfeller ikke får beskjed om når timen er, og dermed glipper legebesøket. Informanten fra NFU forteller at i den boligen hun kjenner best til, skal de legge inn lege- og tannlegebesøk i beboerens årshjul, slik at det blir lettere å huske å bestille time:

Det står jo også på dette årshjulet fra NN kommune ... helsesjekk lege minimum en gang per år, og helsesjekk tannlege minimum en gang hvert år. Sånn at ... det er veldig bra, for at man blir minnet om at man bør bestille time. For det er jo problemet, at det er få fastleger som har et system hvor de kan kalle inn pasienter til en årlig helsesjekk. Så vidt jeg vet, har boligen akkurat fått tilsendt dette årshjulet.

En annen utfordring, som gjelder pasienter som har oppfølging fra spesialisthelsetjenesten, er at fastlegen gjerne ”koples litt av.” Dette kan gjelde flere beboere/pasientgrupper

i heldøgns omsorgsboliger, men ble særlig løftet fram av informanten fra FHN som refererer til personer med rusproblematikk. Hun hadde erfart at når brukeren er i et behandlingsløp et eller annet sted, og i tillegg forholder seg til helsepersonell i boligen, er det ikke alltid at hen kjenner fastlegen sin. Resultatet blir en lite tett eller ikke-eksisterende relasjon mellom brukeren og fastlegen. Det gir nok ikke den beste medisinskfaglige oppfølgingen.

Informanten i FFO hadde erfart at mindre geografiske forhold og det at helsepersonell kjenner til hverandre bidrar til bedre tjenester. Dette temaet ble mye diskutert at helsepersonellinformantene, og vi har tatt det opp tidligere i kapitlet. Informantens erfaring, generelt innhentet gjennom FFOs brukerorganisasjoner, var at i små kommuner hvor mange kjenner hverandre og man ikke er så rigide, tar folk ansvar når det trenges. Kanskje kan det være noe å lære av slike litt ad-hoc organiseringsformer, uten at improvisert organisering skal være normen:

Det vi har sett altså, at de [små kommuner] kan komme opp med gode ... gode tjenester ... og fleksible tjenester som kanskje er bedre tilpasset beboerne enn et mer rigid system. Og hvis fastlegen kjenner pleie- og omsorgssjefen eller de som jobber i hjemmetjenesten og sånn, så er det mye enklere med kontakt. Og da kan man ringe til legen og bare spørre: Du ... ja, sånn og sånn, og vi trenger litt sånn ... noe veiledning her og ... Og det er liksom sanne ting vi klarer å få til da. Vi gir jo gode tjenester på den måten.

For noen pasientgrupper, mer enn for andre, kan relasjonene med legen og annet helsepersonell være preget av lite tillit, og kommunikasjonen kan være vanskelig. Dette gjelder blant annet pasienter med psykisk helse og rusproblemer. Informanten fra FHN forteller at brukerne kan få piggene ut når det blir brudd mellom han/hennes forventninger og hva slags oppfølging som faktisk gis. Særlig er det knyttet til medisiner, har informanten erfart. Videre kan disse problematiske situasjonene oppstå når det er dårlig kommunikasjon og manglende samordning mellom tjenesteutøverne (i alle fall ser det slik ut fra brukerens perspektiv). Hun forteller:

De fleste [brukerne] har jo en fastlege. Og majoriteten er jo egentlig ganske hyppig i kontakt med sin fastlege (...). Av og til så er det mange som plundrer litt med at det blir litt lite samsvar mellom det man kanskje tenker man har blitt enig med sin fastlege om og det tilbud man får i omsorgsboligen. At der er en sånn ... kommunikasjonssvikt ... eller det at omsorgsboligen har et personale som ikke har vært i dialog med fastlegen, eller ikke har kjennskap til hva pasient og lege har blitt enige om, og dermed på en måte tilbyr noe som bruker ikke føler helt ... det var ikke det man var forberedt på, eller det var ikke det man trodde man skulle få, eller ... Og det gjelder ofte medisiner da.

Det kan synes som noen leger er flinkere med noen brukergrupper/diagnoser enn andre, hvilket ikke er særlig overraskende. Informanten fra FHN forteller at det tidvis sprer seg "rykter" om at noen leger er særlig flinke med personer med rusutfordringer, og dermed er det mange som ønsker å bytte til den legen.

Noen leger blir flinke, holdt jeg på å si... det handler jo litt om antall pasienter man har med rusutfordringer, og dermed mer erfaring. Og det ryktes jo ganske fort også i miljøet hvis det er en lege som man føler både forstår og ... og har kompetanse. (...) At ... ja, at det er leger som på en måte forstår de utfordringene som er ... og også evner å se forbi akkurat det med rus.

Vi kan tenke oss at om man har en eller flere slike leger i nærheten av omsorgsboligen, kan det oppstå en konsentrasjon av pasienter blant disse legene. Vi får dermed en slags hybridløsning, der boligen ikke har noen formell kontakt med én lege, men at resultatet likevel er at en rekke pasienter har den samme legen. Personalet i boligen kan videre tenkes å oppmuntre til en slik praksis, dersom den er hensiktsmessig for både beboer og dem selv.

Et siste poeng vi tar med når det gjelder kontakt med lege, handler om muligheten for å bytte fastlege. Poenget ble tatt opp av informantene fra FHN, men er gyldig for svært mange av de som bor i heldøgns omsorgsbolig. Informantene peker på at fastlegebytte må skje digitalt, og at det er mange som ikke har verken tilgang til digitale verktøy (pc eller smarttelefon), eller har den nødvendige kompetansen til å gjøre det, selv om de skulle ha verktøyet som trengs. Bytte av lege blir dermed vanskelig. I tillegg kan manglende digitale kompetansen og verktøy også gjøre timebestilling og annen digital kontakt med lege vanskelig. Dette forsterker oppfatningen om at mange av beboerne i omsorgsboliger trenger hjelp til å huske på å gå til lege, hjelp til å bestille time og hjelp til å komme seg til legen.

Pårørendes rolle

Pårørende har en sentral rolle for beboere i omsorgsboliger (gitt at de har noen). Fra case-beskrivelsene så vi at pårørende rollen tematiseres. Også informantene fra brukerorganisasjonene snakker om temaet, særlig gjelder dette informantene fra Nasjonalforeningen. For det første tar hun opp det som vi har vært inne på tidligere i rapporten, at det kan være vanskelig for pårørende å følge med på når beboeren har legetimer. I tillegg er det mange som ikke har anledning til å transportere beboeren til lege. Som pårørende til en person med demens, har man stort behov for informasjon og kontakt med de som yter den medisinskfaglige oppfølgingen. Informantene har erfart at mange pårørende opplever at fastlegen er ganske utilgjengelig, og hun etterlyser en sterkere kopling mellom pårørende og fastlegen; at de kan "være på samme lag" og på den måten hjelpe pasienten. Hun utdyper:

Det er jo det [om] tilgjengelighet. Det å oppleve at (...) fastleger eller leger må snakke med den som har demens om at det er viktig å involvere familien, eller viktig å involvere pårørende. At det oppleves nok ... at pårørende ønsker seg fastlegen liksom på laget da ... så de blir inkludert ... for det er vanskelig å ... vanskelig å være pårørende hvis ikke du får ... kontakt med fastlegen.

Til sist tar informantene også opp behovet for mer kunnskap om hvordan man som pårørende skal sende inn en bekymringsmelding til fastlegen dersom de merker at en nærstående viser tegn til demens eller liknende. Hun forteller at det ikke er helt åpenbart for folk hvordan de kan gjøre det, og mange pårørende vet heller ikke hvem fastlegen er. Eldre beboere i omsorgsbolig vil ha hjemmesykepleie og bekymring for helsetilstanden kan derfor også diskuteres med dem, så poenget er kanskje mest gyldig før den eldre har flyttet inn i en omsorgsbolig/fått hjemmesykepleie. Men poenget kan også tolkes mer generelt: Pårørende til mange av omsorgsbolig-beboerne har et behov for å vite hvem fastlegen er, og de trenger tidvis å ha noe kontakt med legen.

Utvikling og styrking av den medisinskfaglige oppfølgingen

Avslutningsvis i denne delen skal vi se på hva representantene for brukerorganisasjonene mener kan styrke det medisinskfaglige tilbudet til beboere i heldøgns omsorgsbolig. Som nevnt over, har ingen av dem et tydelig standpunkt på om det kan lønne seg å samle flest mulig beboere på én lege, eller om dagens standard ordning er best. Det er heller andre elementer for å styrke det medisinskfaglige tilbudet som blir trukket fram. Dette gjelder først og fremst at flere aktører sammen må ta ansvar for det medisinskfaglige tilbudet (eks. personale i boligen og spesialisthelsetjenesten), at man kan organisere tjenestene i team og at legene er mer oppsøkende og kaller inn til timer for pasientene som bor i omsorgsboliger. Informanten fra NFU reflekterer rundt hva som er den ideelle organiseringen:

Det er litt vanskelig å si at en metode er best. Hvis det er en dedikert fastlege som har fulgt en person hele livet og kjenner foreldre og søsken og alt mulig, så kan det hende det er best for personen med utviklingshemning å også ha denne fastlegen. Men det er flere sider av samme sak, ikke sant. Hvis det er fastleger som har vært mye inne i bildet helt fra beboere var små, så kan det være nyttig at det er samme fastlege som følger opp videre. Men hvis de allikevel må ha nye fastleger, så tenker jeg at det hadde nå vært ... greit å ha leger som hadde erfaring med utviklingshemming. Og fordi personer med utviklingshemming gjerne har så mange medisinske tilleggstilstander, er det viktig at de ofte blir undersøkt av spesialister.

Sitatet viser den ambivalensen ordningen med én fast fastlege for beboerne innebærer for beboeren selv. Vi kjenner også igjen fordelene og ulempene fra casebeskrivelsene tidligere. Å beholde sin "gamle" lege kan være en fordel med tanke på kontinuitet i oppfølgingen. På den andre siden, kan man ha en lege som har lite inngående kunnskap om spesifikke utfordringer som gjerne opptrer sammen med beboernes tilstand. Kontinuitet blir særlig viktig for beboere med nedsatt kognitiv funksjon og dårlig språk, som personer med utviklingshemming.

Når det gjelder samarbeid og samordning av den medisinskfaglige oppfølgingen, trakk særlig FFO fram teamorganisering som en måte å styrke tjenestetilbudet på. Informanten snakker om erfaringer med primærhelseteam, hvilket er et godt eksempel på forsøk med teamorganisering. FFOs erfaring var at dette er en lovende måte å organisere tjenester på:

Det vi har sett nå med primærhelseteam er at man i mye større grad nå kan bruke sykepleiere en del ... også ute på oppdrag hos pasienter. At de kan ta en del hjemmebesøk og vurdere situasjonen. Og så at man har litt mer å spille på i fastlegeordningen, at man da blir litt flere faggrupper og som kan spille på hverandre. (...) Så det blir jo veldig spennende å se. Og vi mener jo altså at det er en ordning som også kan utvides ytterligere med andre faggrupper. Altså, vi har snakket om psykolog. Fysioterapi kan være en ... at man får lokalisert [tjenester] sammen. Sånn at det kan bli en litt sånn mer kraftfull tjeneste.

Informantens oppfatning, etter å ha fulgt med på erfaringene fra primærhelseteam-forsøket, var at terskelen for å få kontakt med helsevesenet blir lavere når det er sykepleiere involvert. Å organisere tjenesteutøvere i team kan altså være en vei å gå for å styrke det medisinskfaglige tilbudet til brukerne, og som harmonerer med mål i handlingsplanen for allmennlegetjenesten.

I tillegg til team-organisering er det viktig at personale i boligen er på banen og følger opp brukerens behov, og hjelper til å formidle kontakt med lege. Særlig fra NFU ble dette løftet fram som et poeng, men vi vil argumentere for at det er relevant for de fleste av beboerne i heldøgns omsorgsbolig. Det kan være nødvendig å utvikle systematikk og rutiner på hvordan brukernes behov følges opp.

Det siste poenget med tanke på utvikling av det medisinskfaglige tilbudet handler om at det er ønskelig at fastlegen tar en mer aktiv rolle overfor pasienten, både gjennom å innkalle pasienter som har behov for det og i større grad gjøre hjemmebesøk. Informanten fra NFU mener det for den gruppa foreningen representerer er nødvendig med en tettere oppfølging fra lege:

Ja, absolutt. Og det bør være en aktiv oppfølging, ikke bare at de må bestille time selv når det er noe. Altså, at det er en oppfølging jevnlig som fastlegen tar initiativ til, med innkalling hvert halvår eller hvert år, eller et eller annet ... som de blir enige om. Men at det i hvert fall er en oppfølging som er på initiativ fra legen.

Dette er en brukergruppe som ikke bestiller seg time til legen selv, og da blir den oppgaven i stor grad overlatt til pårørende eller tjenesteytere i samlokaliserte boliger. Informanten mener at det er vanskelig for pårørende eller tjenesteyterne i boligene å vite når det er store nok problemer til at man trenger å kontakte fastlegen. Det bør derfor være en organisert jevnlig oppfølging som sikrer at personer med utviklingshemming får de nødvendige medisinskfaglige tjenestene.

FFO forteller videre at de samarbeider med Legeforeningen om utvikling av det medisinskfaglige tilbudet, og at de hovedsakelig er enige om at det er behov for å styrke tilbudet til de brukerne FFO representerer. En ting organisasjonen ønsker seg, er at legene hyppigere kan gjøre hjemmebesøk. På grunn av kapasitetsproblemer får ikke legene gjort det i så stort omfang som FFO (og deres medlemmer) ønsker seg, og det har informanten forståelse for. Implikasjonen blir kanskje at man må finne andre måter å ivareta pasientenes behov på, gitt at hjemmebesøk er utfordrende å få til.

OPPSUMMERING OG DISKUSJON

Nedenfor følger en oppsummering og diskusjon av resultater i kartleggingen. Vi presenterer de tre modellene for organisering av legetilbudet, og deretter drøfter vi de tre modellene opp mot beboergruppene, fagfolk i omsorgsboligene og fastlegenes opplevelser.

ORGANISERING AV DET MEDISINSKFAGLIGE TILBUDET TIL BEBOERE I HELDØGNS OMSORGSBOLIG

Det medisinskfaglige tilbudet i heldøgns omsorgsboliger er organisert på ulike måter. I analysen av de fem casene kom det frem tre måter tilbudet er organisert på. Disse er:

- i.) Hver beboer har sin individuelle fastlege. Dette er begrunnet i at beboere i omsorgsboliger regnes som hjemmeboende og dermed faller inn under fastlegeordningen på like linje med andre hjemmeboende personer.

- ii.) Omsorgsboligen har knyttet kontakt med enkelte fastleger/leger som de har god kommunikasjon med. De ansatte i boligene anbefaler beboere å endre til navngitte fastleger som boligen har et godt samarbeid med, som ofte er lokalisert nær boligen, eller at den navngitte fastleger har særskilt interesse for beboergruppen i omsorgsboligen.
- iii.) Omsorgsboligene har lagt til rette for å knytte til seg én enkelt fastlege som betjener de aller fleste beboerne. Dette begrunnes i at beboerne i boligen har store behov for hjelp som krever kontinuitet, samt at de ansatte i boligen opplever det enklere å forholde seg til en lege de kjenner og samarbeide nært med denne.

Tabell 4: Noen hovedtrekk (med vekt på kvalitet og tilgjengelighet) fra de tre modellene

Modell	Innretning	Betydning for beboerne	Betydning for de ansatte	Betydning for fastlegen	Betydning for samhandlingen
i)	Hver beboer har sin individuelle fastlege	Varierende, positivt med kontinuitet, men vanskelig ifht tilgjengelighet, og særskilt kompetanse om brukergruppen	Mange fastleger å forholde seg til, fragmentert kommunikasjon, ulike måter å jobbe på med de ulike legene	Sjelden kontakt, Kjenner ikke alltid beboerne, beboere for syke til å komme på legekontoret, vanskelig å vurdere diffuse beskjer om endret helse når de ikke kjenner beboer eller personal godt	Mange personer blir nødt til å finne ut av samarbeidsformer fragmentering, mangel på systematikk i oppfølging, noen uavklarte ansvarsfordelinger
ii)	Noen fastleger for alle beboerne	Trygghet, legen bygger og har god kompetanse om gruppen	Kjenner legene, blir vant til å jobbe sammen, lett å ta kontakt, har faste avtaler	Kjenner beboerne, kjenner ansatte i boligene og deres fag- og vurderings-kompetanse	Ansatte i bolig og leger kjenner hverandre, arbeider sammen over tid, mer formell og uformell kontakt
iii)	En felles fastlege for alle beboerne	Kontinuitet, kjenner legen, kommer til faste tider, forutsigbart, men må forholde seg til lege som andre har valgt	Lett å forholde seg til, godt samarbeid, kjenner hverandre og hverandres vurderinger, tilsyn på faste avtalte dager	Oversikt, kontinuitet med beboerne, hyppig oppfølging gir oppdatert pasient kunnskap, får hjelp med observasjoner fra medisinsk faglig personell ved boligen	Faste samarbeidsrutiner, forutsigbarhet mht legebesøk

MODELL 1. ALLE BEBOERE HAR HVER SIN FASTLEGE

Dette er den modellen som er mest utbredt i heldøgns omsorgsboliger. Siden beboere regnes om hjemmeboende i omsorgsboliger, har de rett til fritt valg av fastlege. Det blir argumentert for at denne modellen - særlig dersom fastlegen har fulgt beboeren over mange år- sikrer kontinuitet og at dette har en stor verdi når det gjelder å opprettholde god helse og funksjon for beboeren. Fastlegen har da samlet pasientkunnskap over lang tid og kan gjøre vurderinger av beboerens helsetilstand basert på observasjoner og helseopplysninger over flere år. Styrken til denne modellen ligger i kontinuitet i kontakten for beboere som er i en overgang fra individuelt hjem til omsorgsbolig. En generell styrke er også at beboere har valgt denne legen, og kan velge hvem de ønsker som sin lege, samt at de står fritt til å bytte fastlege to ganger per år dersom de ønsker det. Imidlertid er det ikke alltid slik at det foreligger en lang historie mellom beboer og fastlege. Fastleger kan ha beboere på sine lister som bor i omsorgsboliger som de ikke har møtt tidligere og dermed ikke har fulgt inn i en tid med økende helseproblemer. Dette kan være utfordrende særlig fordi beboerne kan ha vansker med å komme til fastlegekontoret for undersøkelser.

Når det gjelder gjennomføring av hjemmebesøk, så vi fra casene at det kunne være utfordringer med å legge til rette for dette, særlig dersom fastlegen ikke kjente pasienten fra tidligere. Det kunne av og til komme utydelige beskjeder til fastlegen fra en omsorgsbolig vedrørende en beboers helsetilstand med ønske om snarlig legetilsyn. For fastlegen kunne det være vanskelig å vurdere henvendelsen, og fastlegen måtte bruke tid på å følge opp henvendelsen ved å kontakte boligen og etterspørre mer informasjon. Spesielt utfordrende var det å vekte/fortolke informasjonen fra ansatte i boligen når fastlegen ikke kjente personalet i boligen og deres fag- og vurderingskompetanse. Å gå på hjemmebesøk er imidlertid en lovfestet plikt som alle fastlegene forholder seg til. Fordi fastlegene har travle dager og pasientavtaler ofte gjennom hele dagen, så ble hjemmebesøk gjerne lagt til ettermiddagstid etter kontortid. Det kunne være en ekstra utfordring å legge til rette for hjemmebesøk dersom det var lang avstand mellom fastlegens kontor og omsorgsboligen og fastlegens arbeidsdag ble betydelig lengre.

Omsorgsboligene som har beboere med individuelle fastleger, begrunner dette med at beboere har rett til å velge fastlege selv- og at denne retten skal være lik for alle. Imidlertid ser vi at jo større behov en beboer har for legetjenester, jo mer komplisert blir det for denne å forvalte den autonomien som fastlegeordningen forutsetter. Flere av beboerne i omsorgsboliger er ikke i stand til å kontakte fastlege selv, de trenger hjelp til å forstå og formidle symptomer, noen har ikke språk og andre igjen er ute av stand til å vurdere egen situasjon og behov for helsehjelp. I noen heldøgns omsorgsboliger blir beboerne der til livets slutt, og det er kjent at livets siste fase og palliativ pleie krever tett samarbeid og tilrettelegging fra lege. I mange tilfeller kan det virke som om fastlegen benyttes kun ved særskilte behov, og oppfølging med generell helsekontroll og fokus på forebygging blir i mindre grad gjennomført. Dette til tross for at beboere i heldøgns omsorgsboliger er sårbare grupper som kunne ha stor nytte av en slik type oppfølging.

For personer med rus og psykiatriutfordringer ble det nevnt eksplisitt i intervjuer at de kunne være særlig opptatt av å ha en fastlege i en bestemt aldersklasse eller kjønn, så for denne gruppen ville det trolig være vanskelig å få utpekt en spesifikk lege.

Fastlegene i studien argumenterte for at det er viktig med kontinuitet mellom pasient og lege, og at det å bytte lege i en fase av livet der helsen blir dårligere, kan

være uheldig. Fastlegene som ble intervjuet så ikke nødvendigvis det som en fordel å ha mange beboere i omsorgsboliger på sin liste, og de viste til at mange beboere i denne gruppen hadde kompliserte og omfattende behov for hjelp og at de ønsket seg variasjon i pasientpopulasjonen. I tillegg vil mange tunge pasienter fra omsorgsboliger kunne gjøre listen ekstra arbeidskrevende.

Fastlegen samhandler med ansatte i boligen ved behov, men dette samarbeidet beskrives ofte som ad hoc og at det tar tid å bygge opp relasjoner. Fastlegen samarbeider med spesialisthelsetjenesten dersom det er snakk om innleggelse eller utredninger. Det er noen ganger misforståelser i forhold til hva som finnes av legeressurser i omsorgsboligen. Leger i spesialisthelsetjenesten kan for eksempel tro at omsorgsboligen har tilsynslege.

Forhold som har betydning for at legetjenesten oppleves som en integrert del av den helhetlige helseoppfølgingen handler om kvaliteten på samarbeid og kommunikasjon samt kjennskap til andre som følger opp beboeren i omsorgsboligen. Når det er et godt samarbeid og kommunikasjon rundt en beboer, gir dette bedre tjenester. God fagkompetanse og interesse for brukergruppen fremtrer som viktig, både i samhandling og for å yte gode tjenester. Tilstrekkelig kompetanse kan være utfordrende i denne modellen fordi fastlegene har få brukere i en gruppe/diagnose på listen sin og dermed ikke opparbeider tilstrekkelig erfaring og kompetanse for å følge opp brukergruppene med store og komplekse behov som bor i omsorgsbolig.

Beboere med individuell fastlege følges opp av fastlege når fastlegen blir etterspurt. En kommune har jobbet med en å finne systematikk i å sette opp årskontroller og faste tilsyn. De har plottet inn årskontroller fast hvert år i den måneden beboeren har fødselsdag.

Det brukes mye elektroniske meldinger (PLO-meldinger) i samhandlingen, og dette oppleves som en stor hjelp. Fastlegen skal kunne besvare slike meldinger i løpet av tre virkedager og det meldes om at boligen får raskt svar på sine henvendelser. Samhandling gjennom PLO-meldinger ble unisont beskrevet som positivt og velfungerende både av leger og ansatte i boligene og de fremhever at det muliggjør raske avklaringer.

MODELL 2. NOEN FASTLEGER FOR ALLE BEBOERNE

Denne modellen har vokst frem basert på at ansatte i boliger og fastleger har opplevd det stressende å holde oversikt, samarbeide og gi hjelp til beboere som trenger mye oppfølging. Det finnes ingen kunnskap om hvor utbredt denne modellen er. De har dannet seg samarbeidsrelasjoner enten fordi fastlegekontoret er lokalisert nær boligen, eller at ansatte i boligen har funnet fastleger som har særlig interesse for beboergruppen. Vi har også et eksempel på at kommuneoverlegen har initiert et slikt samarbeid for en omsorgsbolig. Her samarbeider personalet i den heldøgnsbemannede boligen nært med fastlege. Styrken til denne modellen ligger i at de ansatte i boligen bli kjent med fastlegene og kommuniserer godt med fastlegen angående spørsmål og vurderinger av beboeren. Fastlegen blir kjent med de ansattes vurderings/observasjonskompetanse, og med tid og erfaring blir de trygge på samhandlingen. Fordi fastlegen har jevnlig kontakt med boligen kjenner fastlegen godt til hvilke rammer omsorgsboligen har, og motsatt: ansatte i boligen vet hvordan fastlegen jobber og hvilke muligheter han eller hun har for oppfølging.

Boliger som har knyttet til seg noen få fastleger på legekantor som er lokalisert nær omsorgsboligen, melder om både mer formell og uformell kontakt, noe som fører til at

fastlegen har god kjennskap til beboere på sine lister. Fastlegen er også kjent med de ansatte og deres vurderinger, noe som bygget tillit over tid. De ansatte i boligen kjente til fastlegens stramme dager og det var en gjensidig forståelse mellom fastlege og ansatte at de ansatte kunne be om hjelp fra fastlegen og at de da ville få det. Når fastlegen kjente de ansatte ville ikke fastlegen på samme måte tvile på eller vurdere realismen i et ønske om tilsyn, men etterkomme dette så snart det lot seg gjøre. Omsorgsboligene som hadde forsøkt å samle beboere inn mot noen enkelte fastleger, var fornøyd med samarbeidet. De opplevde at disse utvalgte fastlegene hadde god kjennskap og særlig interesse for beboerne. De så gjerne til flere av beboerne samtidig når de først var i boligen, og tok seg tid til å snakke med ansatte.

Hjemmebesøk ble foretatt ved behov. Det var en fordel her at fastlegekontoret var lokalisert nær omsorgsboligen og at fastlegen kom «innom» ved behov eller etter at fastlegekontoret stengte.

Ansatte i heldøgns omsorgsboliger kunne også ha noen hjelpefunksjoner for fastlegen i oppfølgingen av eldre beboere. I kartleggingen kom vi over at sykepleiere fra omsorgsboligen kunne, etter instruks fra fastlegen på legekantoret, ta blodprøver av eldre beboere og bringe blodprøven over til legesenteret for analyse. Dette samarbeidet ble beskrevet som viktig og det sparte den eldre beboeren for forflytning. Muligheten for å låne utstyr var også til stede, og det var lav terskel for ansatte i boligen å ringe og spørre fastlegen om hjelp. Noen fastleger har tett kontakt og kjenner de ansatte godt og kan benytte ansatte som mellommenn i kommunikasjonen. Fastlege og ansatte i omsorgsbolig kunne samarbeide om å tolke og forstå behovet for helsehjelp. I intervjuene kom det også frem eksempler på at fastlegen i noen tilfeller hadde sendt en helsesekretær for å ta blodprøve av beboere i boligen for at syke beboere skulle slippe transportetappen.

En fastlege hevdet at hun på grunn av hyppig kontakt og et godt samarbeid med personalet ikke trenger å bruke like mye tid på beboerne. Hun fortalte at dersom hun følte seg trygg på dem som jobber der kunne hun benytte de ansatte som en ressurs i forhold til observasjoner av beboeren. Ett eksempel kunne være at istedenfor at en beboer får akutt time hos fastlegen, snakker fastlegen med sykepleiere eller andre ansatte i omsorgsboligen og får deres oppfatning og opplevelse av saken. I slike tilfeller ble de ansatte mellomledd, både for diagnose og behandling. Dette kunne gjøre det enklere å følge opp. En fastlege mente at det var trygt og godt nok for en beboer å vite at sykepleieren som de kjenner har snakket med legen og blitt enige om hvordan ting skal gjøres. Men dette forutsatte imidlertid god kjennskap mellom lege og ansatte, og det tok litt tid å bygge opp en slik tillitsfull samarbeidsrelasjon.

Som beskrevet i modellen over, ble det brukt mye elektroniske meldinger, og dette var til stor hjelp.

MODELL 3. ÉN FELLES FASTLEGE PÅ ALLE BEBOERE

Denne modellen kom i stand som en følge av at ansatte og leder i omsorgsboligene opplevde det svært vanskelig å organisere samarbeid med mange fastleger til sine beboere som hadde store helse- og omsorgsbehov. Å forholde seg til én fastlege i stedet for 20 fastleger ga mulighet for å danne gode samarbeidsrelasjoner som fungerer omkring beboere. I våre case hadde legen én fast dag hver uke eller annenhver uke i boligen. Staben i boliger som hadde knyttet seg opp mot én enkelt fastlege, hadde mulighet til

å planlegge hvem av beboeren som skulle ha legebesøk i tillegg til de allerede avtale beboerne. Legen så da først og fremst til de beboerne der det var innmeldt behov for legetilsyn, men benyttet samtidig anledningen til å se til andre beboere som trenger mindre avklaringer. De ansatte kjente fastlegen godt fra samarbeid over flere år, og de kjente hverandres fagkompetanse, ansvarsområder og vurderinger. Fastlegen i Case Grandal syntes også det var nyttig å bare hilse, observere og møte beboere på vei inn eller ut av omsorgsboligen og mente at hun fikk med seg en oppdatering på de fleste beboerne når hun var der på besøk. Både personalet og legen uttrykte glede over felles samarbeid. De hadde blitt kjent med hverandre over tid og var vant til å dele vurderinger og drøfte beboere.

Styrken til denne modellen ligger i at beboerne får regelmessig tilsyn av lege som følger dem opp fast. Dette synes spesielt viktig for beboere som hadde omfattende behov for helsehjelp. De ansatte følte det var tidsbesparende og godt å kunne jobbe inn mot én lege. En ansatt i boligen mente at det å ha en felles fastlege som kjente beboergruppen godt hadde forhindre innleggelse i sykehus for en del beboere. Dette handlet om at fastlegen fikk god pasient kjennskap og god hjelp av ansatte til å gjøre vurderinger. Høy kompetanse på brukergruppen ble opparbeidet.

En svakhet ved denne ordningen, slik den er i dag, er at beboere må bytte fastlege når de får plass i boligen, og det er ikke gitt at det er plass på listen til fastlegen. Dessuten strider dette imot retten til fritt fastlegevalg når beboere og pårørende til beboere blir anbefalt å bytte fastlege. Samtidig kan det som vist tidligere være vanskelig for beboere med store behov og håndtere autonomien som følger med selvbestemt fastlege. Slik sett kan et organisert bytte, som i denne modellen, likevel kunne gi et bedre tilbud. Et tilsvarende bytte ser en også for pasienter som flytter i sykehjem.

Denne fastlegen støttet seg mye på de ansatte i boligen sine vurderinger og gjennomførte hjemmebesøk ved behov, men opplevde at mye kunne avklares med de ansatte over telefon eller det kunne planlegges inn i den faste dagen fastlegen var ved boligen. Legevaktstjenester ble benyttet ved behov. Dersom det var akutte tilstander som ikke kunne vente så ble legevakt koblet inn. Informant ved omsorgsboligen med én felles fastlege på alle beboerne hevdet at de hadde mindre bruk for legevakt etter at de knyttet til seg fastlegen. Fastlegen var veldig tilgjengelig for boligen og de ansatte i boligen kunne også ringe legen privat etter at fastlegekontoret hadde stengt for dagen eller i helger.

Bruken av PLO-meldinger fremmer og forenkler samhandling mellom fastleger og ansatte ved boligene. Det brukes mye elektroniske meldinger og dette oppleves som en stor hjelp. Fastlegen skal kunne besvare slike meldinger i løpet av tre virkedager og det meldes om at boligen får raskt svar på sine henvendelser.

DÅRLIGE BESTILLERE

I kartleggingen har vi inkludert de beboergruppene som hyppigst har tilbud innen heldøgns omsorgsboliger. Vi ser at beboerne har ulike behov for legehjelp og ulike muligheter for å selv oppsøke fastlege. Mange av omsorgsboligene har eldre og andre beboere med store pleie- og omsorgsbehov. Disse kan sammenlignes med beboere i sykehjem i forhold til pleietyngde og det planlegges ikke alltid at beboere i denne gruppen skal flytte videre til sykehjem ved ytterligere funksjonsfall. Det betyr at i noen kommuner

dør beboerne i omsorgsboligen og mottar omsorgstjenester der livet ut. På grunn av høy sykkelighet har eldre med omfattende somatisk og kognitiv sykdom liten mulighet for å ta kontakt med fastlege selv. Behovet for lege må vurderes av enten pårørende eller ansatte i boligen og de må bestille time på vegne av beboeren. Nesten all kommunikasjon om legehjelp og samarbeid med lege omkring konkrete behovet for legehjelp gikk i hovedsak gjennom ansatt personell i boligen. Boligen som hadde en fastlege på alle beboere hadde organisert legebesøk i boligen på en bestemt dag, og en ansatt fulgte med fastlegen rundt til beboere på legevisitt. Den ansatte kunne oppdatere legen på beboerens tilstand og sykdomsforløp samt formidle til de andre ansatte hvordan behandlingstiltak ordinert av lege skulle følges opp

Gjennomgående ser vi at beboerne i heldøgns omsorgsboliger er «dårlige bestillere» av legetjenester. Mens noen beboere kan kommunisere om egne helsebehov og kontakte lege selv, trenger mange hjelp fra andre for å komme i kontakt med lege og å formidle helseplager og symptomer. Mange trenger også hjelp for å følge opp medisiner, råd og veiledning fra lege i etterkant av legebesøk. Et problem som er gjennomgående for alle gruppene er at beboeren i liten grad klarer å gjøre rede for seg eller forklare om sykdomsopplevelser eller smerte på egenhånd. Dette betyr at beboerne ikke klarer å forvalte den autonomien som fastlegeordningen bygger på. For beboergruppen personer med psykisk utviklingshemming var det særlig mange som ikke klarte å formidle symptomer eller smerteopplevelser. Det samme gjaldt også for personer med funksjonshemminger og multifunksjonshemmede som hadde ofte kompliserte somatiske lidelser og akkumulerte helseplager. Noen beboere kunne også aktivt motsette seg legebesøk eller undersøkelser. Noen beboere klarte å kommunisere selv omkring enkle helseplager slik som forkjølelser, sår eller bruddskader.

Et annet forhold som skapte vansker, var forflytning og transport til fastlegekontoret. Noen av beboere hadde så store helseutfordringer at de ikke var i stand til å forflytte seg eller opplevde reisen som en «Amerika-reise». Noen boliger for personer med rus og psykisk helse- utfordringer, samt personer med psykisk utviklingshemming hadde egne biler på boligen og en bemanningsfaktor som tillot at bemanningen kunne hjelpe beboeren til legen. På omsorgsboliger for eldre med somatisk eller kognitiv sykdom var det ikke biler til disposisjon, og det kunne være krevende å omorganisere bemanningen slik at de fikk frigjort en ansatte til å følge beboer. Boligene kunne forsøke å få pårørende til å følge sine til legebesøk utenfor boligen.

Personer med rus og psykisk helse- problematikk kunne komme seg til legekontoret uten hjelp, være i venterommet vanligvis uten assistanse og forklare eller vise frem årsaken til legebesøket ved oppmøte på fastlegekontoret. Dersom det var mer alvorlige, sammensatte eller uavklarte helseplager, måtte de ofte ha følge. Dersom beboere med psykisk utviklingshemming hadde utagerende adferd, var dette et problem med hensyn til transport, opphold på venterom med mange andre pasienter til stede samt ovenfor fastlegen i undersøkelsesrommet. Ofte måtte flere ansatte fra boligen assistere og holde beboerne som motsatte seg helsehjelp, og dette kunne skape mye oppstuss. På grunn av utagerende adferd hos beboeren, hadde møtet mellom fastlege og beboer måttet skje utenfor fastlegekontoret med beboeren i bilen. Ofte kunne dette handle om underskrift for henvisning og innleggelse i akutt plass.

For flere av beboergruppen var det krevende å kommunisere om helse. Beboere med langtkommen demens var i en særstilling med hensyn til å forstå og behandle det ansatte

tolket som smerteopplevelser. Dette gjaldt å kunne forstå og gjengi hvor smerter var lokalisert, frekvens og opplevelsen av varighet. For personer med kognitive vansker ble det gjentagende nevnt at beboeren ikke klarte å huske på hva de skulle fortelle eller at de fortalte om andre ting når det skulle snakke selv med sin fastlege. For personer med psykisk utviklingshemming kunne det å finne ut av plager og smerter være særlig utfordrende. Ansatte i omsorgsboligene gjorde observasjoner og prøvde danne seg inntrykk av hvilke plager beboerne kunne ha. Utfordringen lå i å ta dette videre og få ting undersøkt hos fastlege eller i spesialisthelsetjenesten. Det var ikke alltid legetjenestene var med på å gjennomføre undersøkelser fordi de ikke mente det var hold for det, og fordi det kunne være krevende å gjennomføre slik undersøkelser dersom beboeren var utagerende.

SAMHANDLING

Fastlegene samhandler med det medisinskfaglige personalet i boligene på varierende måter. I noen tilfeller eksisterer det svært lite samarbeid og kjennskap mellom fastleger og personalet som er tilknyttet boligene. I intervjuer med fastlegene kom det frem eksempler på at fastlegen ikke alltid kjenner de ansatte i boligen og heller ikke har møtt beboeren tidligere. Ut ifra det forholdsvis begrensede antall intervjuer som er gjort i denne studien får vi inntrykk av at det er etablert mer/bedre samarbeidsrelasjoner mellom rus og psykisk helse feltet og fastlegene enn for de andre beboergruppene. I omsorgsboligen med beboere med rus og psykisk helse utfordringer i denne undersøkelsen var basen for ambulerende team og annet helsepersonell knyttet til boligen. Dette var aktører som kunne svare på spørsmål og løse oppgaver som fastlegen vanligvis måtte ha gjort. Disse kunne handle om skader, kutt og sår som det helsefaglige personalet tilknyttet boligen kunne håndtere selv. For boliger for personer med psykisk utviklingshemming, der personalet i større grad består av vernepleiere, ser vi at samarbeid om medisinfaglige spørsmål ikke er etablert på samme måte som for omsorgsboliger som hadde flere sykepleiere. Vi har fått beskrevet av personalet i disse boligene at de kan oppleve det som utfordrende å nå frem til fastlegen, få forståelse for beboernes behov og også at denne brukergruppen er vanskeligere å henvise videre i helsetjenestene. En vanlig situasjon beskrevet i intervjuene var beboere som hadde betydelig adferdsendring der det var ønske om å undersøke hva dette kunne skyldes. De opplevde at spesialisthelsetjenesten var tilbakeholdne med å ville undersøke og fastlegene synes det var vanskelig å henvise videre, og noen ganger ble det stoppet. I intervjuene mente informantene at dette handlet om at det var mange vurderinger knyttet til å undersøke denne gruppen beboere. På grunn av utagering kunne relativt små undersøkelser måtte foregå i narkose og det måtte ofte flere personer til for å holde beboere slik at de nødvendige undersøkelsene kunne bli gjennomført. Det var også vanskelig å forstå hvilke underliggende plager som kunne utløse utagering, og det krevde systematiske observasjoner fra personalet for å lete seg frem til dette.

Som vi har sett i resultatdelen, opplevde ansatte i omsorgsboligene at medisinskfaglig personell utenfor boligen hadde uklare forståelser og forventninger til hva en heldøgns bemannet omsorgsbolig var. Også i intervju med fastlegene, fortalte de at det var vanskelig for å vite hvilken bemanning, tilbud og fasiliteter en heldøgns bemannet omsorgsbolig hadde med mindre de hadde kjent boligen over tid. Forståelsen av boligen og tjenestene der endret seg etter hvert som legene ble kjent med beboeren som de hadde på sin

fastlegeliste, og legene fikk innsikt i organiseringen av omsorgsboligen. Når de ansatte i omsorgsboligen møtte legene i forbindelse med legekonsultasjon for en beboer, gav det mulighet for å stille spørsmål og oppklare forventninger til både innhold og tjenester.

De ansatte i boligene hadde erfart at særlig leger i spesialisthelsetjenesten hadde en uklar forståelse av tilbudet i omsorgsboligen. For eksempel ved utskrivning av beboer tilbake i omsorgsbolig kunne utskrivende lege indirekte forvente at det var flere ressurser i omsorgsboligen enn det faktisk var og forvente at pasientene skulle bli ivaretatt på et høyere nivå enn det boligen hadde rammer for. De kunne for eksempel tro at det var egen tilsynslege i omsorgsboligen fordi beboeren ble vurdert til å ha like store behov for pleie og omsorg som beboere på sykehjem.

Det er interessant å merke seg at omsorgsboligene i denne kartleggingen hadde ulike innretninger med tilgang til andre tjenester. I boligen for personer med rus og psykisk helseproblemer merket vi oss som beskrevet over - at de hadde flere helserelaterte støttetjenester samlokalisert på omsorgsboligen (feltpleie, hus-sykepleier, og i tillegg tiltak som hjelper beboere til å komme i jobb, utdanning etc). Personalet i disse funksjonene kunne også være sentrale i å hjelpe beboere i boligen. I tillegg kunne det medisinskfaglige personalet enklere kommunisere med fastlegen omkring enkelt beboere og deres legebehov. Omsorgsboliger for eldre med alvorlig somatisk sykdom og kognitiv svikt hadde, så langt det var mulig, en sykepleier på dag og ettermiddag. En del mindre helserelaterte skader og problemstillinger kunne dessuten bli løst i omsorgsboligen av ansatte med medisinsk faglig kompetanse og de trengte derfor ikke alltid involvere fastlege. I intervjuene med boligen for PU og boligen for funksjonshemmede hadde flere beboere større bemanning for eksempel gjennom at flere beboere hadde én til én kontakt eller to til én. Fordi det var flere personer å spille på og tilgang til biler, var det enklere å følge beboere til lege eller andre nødvendige gjøremål.

Det er altså en utfordring at mange viktige aktører mangler kunnskap om hva slags tjenester beboere i en heldøgns omsorgsbolig får. Det gjelder både annet helsepersonell (fastleger og leger i spesialisthelsetjenesten) og pårørende. Fordi beboerne kan ha temmelig store hjelpebehov, og omsorgsboliger kan ligge i samme bygg som et sykehjem, kan det lede tankene over på sykehjem og et medisinskfaglig tilbud innenfor institusjonens fire vegger/overvurdering av det medisinskfaglige tilbudet.

Forhold som har betydning for at legetjenesten oppleves som integrert del av den helhetlige helseoppfølgingen til personer som bor i heldøgns omsorgsbolig er at fastleger og ansatte i boliger har god kjennskap til beboerne og deres helsetilstand. Et annet forhold er at det er god samarbeidskompetanse og gode relasjoner mellom de ansatte tilknyttet boligen og fastleger, og at de kjenner hverandres rutiner og rammebetingelser. En tredje forhold er at fastleger har interesse og kompetanse for beboere i særskilte små beboergrupper/mindre diagnosegrupper siden dette er pasienter som de sjelden møter. Et siste forhold vi vil nevne er at det tas hensyn til reiseavstand og tilgang til fastlegekontoret for personer som i begrenset grad kan reise på grunn av svekket helse.

Samlet sett ut ifra denne studien ser vi at noen verktøy og virkemidler kan være nyttige for å sikre medisinskfaglig kompetanse og oppfølging i heldøgns omsorgsboliger. Dette innbefatter særlig å utvikle et system for faste årskontroller hos beboere som i liten grad er i stand til å kontakte fastlege selv. Å utvikle integrerte timer eller årshjul for bedre oppfølging av beboere kan også være et nyttig grep. Spørsmålet er hvem som skal følge

opp dette og lage avtaler. I forhold til beboere med sjeldne diagnoser og tilstander, kunne læringsnettverk og kortfattede faglige prosedyrer bli utviklet og delt med fastleger som har det medisinske ansvaret.

BEGRENSNINGER I STUDIEN

Avslutningsvis vil vi bemerke at dette er en begrenset kvalitativ studie som har hatt til hensikt å kartlegge og utforske et felt det finnes begrenset kunnskap om. For å utforske dette ytterligere er det behov for flere og mer detaljerte studier. Kartleggingen ble også planlagt med et design der vi ønsket å intervjuer både ansatte i heldøgns omsorgsboliger og fastleger i samme område. På grunn av covid-19 var det vanskelig å rekruttere fastleger og vi måtte rekruttere fastleger som delte erfaringer fra andre områder enn de boligene vi har samlet data fra.

KONKLUSJON

Tre ulike modeller for organisering av legetjenestene er identifisert, beskrevet og analysert i denne kartleggingen. Modell ii og iii synes å gi bedre integrerte tjenester med mer og bedre samhandling mellom medisinskfaglig personell omkring beboerne. Gitt brukergruppens manglende autonomi til å forvalte sine egne behov for legehjelp og ta beslutninger, synes modeller som har færre fastleger på brukerne å gi et klart bedre medisinskfaglig tilbud.

En videre utredning av organiseringsformer og løsninger for å knytte fastleger tettere til omsorgsboligene for å kunne ivareta et forsvarlig medisinskfaglig tilbud synes viktig. I denne studien hadde ikke kommuneledelsene sentrale roller i å utforme innretninger i heldøgns omsorgsboliger. Dette kan ha implikasjoner for variasjon i tjenestetilbudet som gis i ulike kommunale kontekster. Kartleggingen har vist at beboere i heldøgns omsorgsboliger utgjør en variert og sammensatt gruppe som gjennomgående har stort et stort behov for medisinskfaglig bistand.

Ting som bør undersøkes videre:

- Kommuneledelsens synspunkter og hvordan kommunen kan ta ledelsen i en nyorganisering av legetjenester til beboere i omsorgsbolig
- Samfunnsøkonomiske/kommunaløkonomiske konsekvenser av forskjellige modeller
- Utprøving av teammodeller og erfaringer med dem (som det gjøres i PHT)
- Gjøre grundigere studier av boliger som har tilknyttet seg én/et fåtall leger. Hva er fordeler og ulemper og hvordan kan slike modeller raffineres?
- Ulike kommunale praksiser knyttet til steg i «omsorgstrappen» og implikasjoner av at heldøgns omsorgsboliger i noen tilfeller utgjør høyeste nivå

- Abelsen B, Evenstad Ø, Gaski M, Godager G, Iversen T, Løyland HI, Snilsberg Ø, Sten-Gahmberg S, Sæther EM. (2021) *Evaluering av pilotprosjekt med primærhelseteam og alternative finansieringsordninger: Statusrapport III*. [pht-statusrapport-januar-2020.pdf \(regjeringen.no\)](#)
- Borge, L.-E., & Haraldsvik, M. (2005). *Ressursbruk og tjenestetilbud i institusjons- og hjemmetjenesteorienterte kommuner*. Trondheim: Senter for økonomisk forskning.
- Brevik, I. (2010). *De nye hjemmetjenestene: langt mer enn eldreomsorg : utvikling og status i yngres bruk av hjemmebaserte tjenester 1989-2007* (Vol. 2010:2). Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Daatland, S. O. (2014). Boliggjøring av eldreomsorgen? *NOVA-rapport*. (Vol. 16/2014).
- EY og Vista Analyse. (2019). *Evaluering av fastlegeordningen*. [Møte 2 - Referansegruppe - 10.01.2019 KK.PPTX \(regjeringen.no\)](#)
- Gautun, H., & Hermansen, Å. (2011). *Eldreomsorg under press: kommunenes helse- og omsorgstilbud til eldre* (Vol. 2011:12). Oslo: Forskningsstiftelsen FAFO.
- Hagen, T. P., McArthur, D. P., & Tjerbo, T. (2013). *Midtveisevaluering av Omsorgsplan 2015: Effekter for pleieårsværk og plasser i boliger og institusjoner*. Retrieved from
- Hagen, T. P., & Tingvold, L. (2018). Planning future care services: Analyses of investments in Norwegian municipalities. *Scandinavian journal of public health*, 46(4), 495-502.
- Helsedirektoratet (2019): *Omsorg 2020 – Årsrapport 2019*, Kap 4. Moderne lokaler og boformer.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2021) *Forskrift om fastlegeordning i kommunene*. [Forskrift om fastlegeordning i kommunene - Lovdata](#)
- Helse- og omsorgsdepartementet (2020) *Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024*. [Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024; Attraktiv, kvalitetssikker og teambasert - regjeringen.no](#)
- Hjort, P. F. (2002). Vi trenger både sykehjem og omsorgsboliger. *Demens*, 6(4), 6-8.
- Husbanken. (2009). *Rom for trygghet og omsorg: veileder for utforming av omsorgsboliger og sykehjem*. Drammen: Husbanken.
- Kvale, S. (2008). *Interviews. An introduction to Qualitative Research Interviewing*. London: Sage.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Interview: Det kvalitative forskningsinterview som håndverk*: Hans Reitzels Forlag.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring* (3. utg. ed.). Oslo: Universitetsforlaget.

- Meadows, L. M., & Morse, J. M. (2001). Constructing evidence within the qualitative project. *The nature of qualitative evidence*, 195.
- Melby, L., Ågotnes, G., Ambugo, EA. & Førland, O. (2019) Kartlegging av medisinskfaglig tilbud i sykehjem og heldøgns omsorgsboliger. Gjøvik/Bergen: NTNU og HVL. [Rapport 03_19_web-Final.pdf \(ntnu.no\)](#)
- Otnes, B. (2015). Utviklingen i pleie- og omsorgstjenestene 1994-2013. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 1, 48-61.
- Patton, M. (2003). *Qualitative Research and Evaluation Methods*.(3rd ed.). In: London: Sage Publications.
- Tingvold, L., & Romøren, T. I. (2015). *Evaluering av Omsorgsplan 2015. Tjenestens innhold og fordeling*. Gjøvik: Senter for omsorgsforskning rapportserie nr 5/2015.



www.omsorgsforskning.no