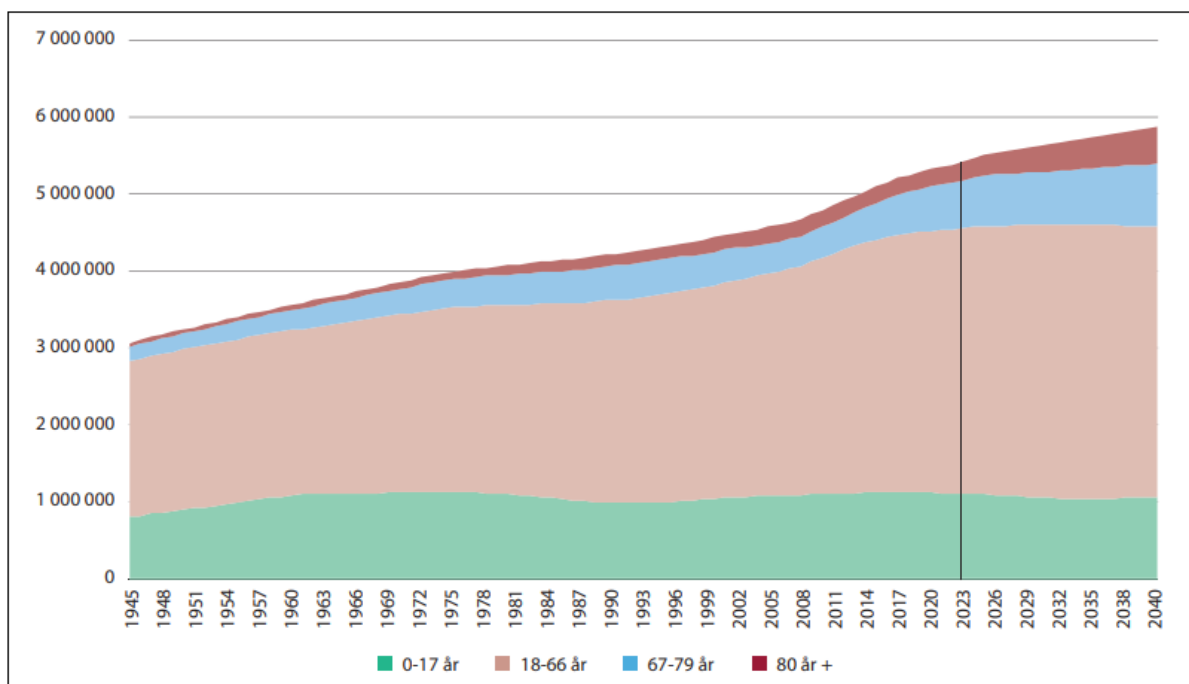




## Utfyllende tekst. Eldre. Plan for legetjenesten.

### Behov for legetjenester til eldre

Den eldre befolkningen vil øke i Kristiansand, både i antall og i andel av befolkningen. Parallelt med dette vil andelen av befolkningen i arbeidsfør alder avta. Selv om eldre har bedre helse enn tidligere, bruker eldre mye helsetjenester. Norge har nå en svært høy andel leger og sykepleiere i befolkningen sammenlignet med alle andre land. Vi kan ikke planlegge med å få tilført helsepersonell svarende til økningen i den eldre befolkningen i årene som kommer, noe Helsepersonellkommisjonen klargjør. I mellomalternativet for etterspørsel etter helse- og omsorgstjenester beregnet av Statistisk sentralbyrå, er det forventet et samlet underskudd av helsepersonell på nesten 70 000 årsverk i 2040. Av dette utgjør underskuddet på leger 1 700 årsverk. (Helsepersonellkommisjonen side 30-31). Det er verken sannsynlig eller bærekraftig at en vesentlig høyere andel i den yrkesaktive delen av befolkningen enn i dag skal arbeide i helsesektoren.



Figur 2.12 Befolkningen fordelt på aldergrupper, observert før 2022) og fremskrevet deretter. 1945–2040

Fremskrivningene bruker SSBs hovedalternativ for befolkningsutvikling, med middels fruktbarhet, levealder og innvandring (MMM).

Kilde: SSB statistikkbank tabell 10211 og 13599.

### Boformer for eldre

Det vanligste er at eldre bor i egen bolig og får legetjenester fra sin fastlege. Kommunen har 17 omsorgssentre som kan bestå av to typer heldøgns omsorgsplasser for varig opphold: Sykehjem eller omsorgsboliger. Til sammen utgjør dette 925 plasser per august 2023. Sykehjemmene er



heldøgnsinstitusjoner og har egen legetjeneste. Omsorgsboligene er i to former: Selvstendige leiligheter eller bokollektiv. Beboerne i omsorgsboliger leier sitt bosted, anses ikke som institusjonspasienter og får legetjenester fra sine fastleger.

Følgende omsorgssentre har omsorgsboliger:

- Kleplandstunet: 32 omsorgsboliger i bokollektiv. Ytterligere 32 åpnes i 2025
- Strømmehaven: 42 omsorgsboliger i bokollektiv og 24 leiligheter
- Songdalstunet: 10 omsorgsboliger i bokollektiv (Loftet) og 19 leiligheter
- Ternevig: 15 leiligheter
- Presteheia. 23 leiligheter
- Grimtunet: 24 leiligheter
- Randesund: 18 leiligheter

Øvrige omsorgssentre har kun sykehjemsplasser og det finnes ingen omsorgsboliger utenom omsorgssentrene.

## **Legetjenester til eldre som bor i omsorgsbolig i bokollektiv**

Disse beboerne får legetjenester fra sine fastleger. Det er klare og samstemte tilbakemeldinger fra både fastlegetjenesten og samtlige involverte faggrupper på at legetjenester til omsorgsboliger i bokollektiv ikke er godt nok ivaretatt ved at hver enkelt beboers fastlege skal følge opp beboeren. Beboerne har tilsvarende behov for legetjenester som beboere på sykehjem, og samtlige tilbakemeldinger peker på behov for en dedikert ressurs tilsvarende sykehjemslege for å sikre kvalitet, god arbeidsflyt og pasientsikkerhet. Dette vil samtidig sikre at dedikert legeressurs også bidrar til å gi et forsvarlig helsetilbud på systemnivå, inkludert reduksjon av overmedisinering og utvikling av rutiner. Denne utfordringen er tydelig på Kleplandstunet og i Strømmehaven.

Slik lovverket nå er utformet har ikke kommunen en lovpålagt plikt til å organisere egen legeressurs til omsorgsboliger i bokollektiv, men vi har ansvar for å tilby forsvarlige legetjenester til alle våre innbyggere.

Den enkelte beboer i omsorgsbolig i bokollektiv har plass på listen hos sin fastlege og har rett til å bli stående på denne listen. En alternativ organisering av legetjenesten for denne pasientgruppen vil avhenge av at den enkelte beboer samtykker til endring av legetjenesten.

## **Alternativ organisering av legetjenesten til omsorgsboliger i bokollektiv**

Den mest nærliggende reorganiseringen av legetjenesten er å gjøre dette på samme måte som for sykehjemmene med egne, ansatte leger. Boligene lokalisert ved Kleplandstunet og Strømmehaven har kontorer og journalsystemer som kan benyttes.



En alternativ organisering er at det inngås avtale med en fastlege om å håndtere disse beboerne. Arbeidsmengden vil være betydelig, og det ligger derfor best til rette for dette ved å knytte tjenesten til ny null-liste. Den økonomiske fordelene med dette er at en fastlege som tar på seg dette arbeidet vil ha rett på egenandeler og trygderefusjoner for konsultasjoner, sykebesøk og tverrfaglige møter. En slik løsning vil derfor være økonomisk gunstigere for kommunen enn å ansette en institusjonslege. Dersom den aktuelle fastlegen er ansatt i Kristiansand kommune vil dette arbeidet være en av de definerte arbeidsoppgavene. Dersom vedkommende fastlege er næringsdrivende slik som de øvrige fastlegene i kommunen, er det behov for en juridisk avklaring av problemstillingen.

En tredje mulighet er at det ansettes en koordinerende legeressurs i anslagsvis 30% stilling som skal sikre enhetlig behandling. Denne legen vil da bli et mellomledd mellom bemanningen i bokollektivene og de involverte fastlegene. En slik ordning vil gi bemanningen lettere legetilgang, men legens rolle som mellomledd uten behandlingsansvar vil bli utfordrende.

## Institusjonslegetjenesten til eldre

Legetjenesten i sykehjem er dels dekket av sykehjemsleger i store stillinger og dels av fastleger med oppgaver som sykehjemslege som bistilling. Den ene legestillingen ved Kløvertun er faglig isolert, og særlig ved behov for vikar gir dette utfordringer. Beboerne i sykehjem og pasienter innlagt til korttidsopphold har omfattende behov for helsehjelp som krever legefaglig bistand. Behovet er ikke avgrenset til dagtid, men også kveld/natt/helg. Behovet for kontinuitet i oppfølgingen og ønske om å unngå unødvendige innleggelser gjør at ad hoc tilsyn fra kjørelege på legevakt ikke er en faglig god løsning. Det er en gjennomgående anbefaling i alle innspill til planen et ønske om store, faste legestillinger som deltar i tverrfaglig fagutviklingsarbeid og fagspesifikk undervisning for å kunne ivareta kommunens rolle som utdanningsinstitusjon i sykehjemsmedisin. Et slikt fagmiljø vil gi mindre grad av uønsket variasjon i praktisering av rollen som sykehjemslege i samarbeid med øvrige faggrupper i institusjonstjeneste, forvaltningskontor, sykehus, legevakt, pårørende og pasienter.

## Korttidsopphold

For pasienter med korttidsopphold i sykehjem eller på Valhalla beskrives diskrepans mellom «bestillingen» fra Forvaltning om en avgrenset kartlegging og behovet for en mer helhetlig og omfattende avklaring som viser seg når pasienten innlegges til korttidsopphold. Observasjon på døgnbasis vil ofte avdekke behov som ikke er klarlagt i forkant av oppholdet. Identifisering og håndtering av begynnende "skrøpeligheit" ved slike korte opphold vil på sikt kunne gi betydelig gevinst. Det er i innspillene etterlyst bedre dialog mellom fastlege og institusjonslege for pasienter som innlegges til korttidsopphold. Dette er bakgrunnen for kommunens anbefaling om å tilføre legeressurs til Forvaltning for vurdering av tjenestetildeling og for å bidra til mest mulig målrettet bruk av korttidsoppholdene.



## **Palliativ medisin**

Vi må forvente en utvikling med økt behov for lindrende behandling i kommunal regi. Dermed har kommunen også behov for økt kompetanse innen lindring. Helsedirektoratet har i juni 2023 sendt på høring forslag til innhold i ny legespesialitet i palliativ medisin. Det er naturlig at Kristiansand kommune sikrer at denne kompetansen blir tilgjengelig, gjerne knyttet til Valhalla helsesenter.

## **Skrøpelige eldre – samhandling med spesialisthelsetjenesten**

Det er utført et omfattende kartleggings- og analysearbeid på oppdrag fra Helsefelleskapet Agder. Analysene viser blant annet at det foreligger potensiale for forebygging og forbedrede pasientforløp på tvers av behandlingsnivåene knyttet til skader i hofter og lår, influensa/lungebetennelse og identifisering av eldre med begynnende «skrøpeligheit». Dette arbeidet videreføres og konkretiseres i planperioden.

## **Samhandling om eldre pasienter**

Det er gode erfaringer med den ekstra ressursen primærhelseteam utgjør sammenlignet med vanlige fastlegetjenester i oppfølging av beboere i omsorgsboliger/bemannede boliger. Det er behov for utstrakt samhandling om behandling for eldre med sammensatt sykdomsbilde og skrøpeligheit. PLO-meldinger er nyttig som kommunikasjonsverktøy, men er lite egnet når det kreves rask tilbakemelding. Det er et forbedringspotensial for regelmessig legemiddelgjennomgang for hjemmeboende eldre i samarbeid mellom hjemmesykepleie og fastlege.